

**MINISTERIO DEL INTERIOR**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS**

**PREVALENCIA COMUNITARIA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y  
DISCAPACIDAD ASOCIADA.**

**Trabajo de Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas.**

**Dr. Gil Alberto Reyes Llerena**

**Tutor**

**Dr. en Ciencias Médicas Antonio Pérez Rodríguez**

**Asesores**

**Prof. e Investigador Nacional Dr. Mario H. Cardiel Ríos**

**Prof. De Mérito. Dr. Ciencias Gabriel J. Toledo Curbelo**

*C. Habana, 1 de abril del 2004*

**MINISTERIO DEL INTERIOR**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS**

**PREVALENCIA COMUNITARIA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y  
DISCAPACIDAD ASOCIADA.**

**Trabajo de Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas.**

**Dr. Gil Alberto Reyes Llerena**

**Tutor**

**Dr. en Ciencias Médicas Antonio Pérez Rodríguez**

**Asesores**

**Prof. e Investigador Nacional Dr. Mario H. Cardiel Ríos**

**Prof. De Mérito. Dr. Ciencias Gabriel J. Toledo Curbelo**

*C Habana, 1 de abril del 2004*

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta obra presupone un extraordinario esfuerzo, por lo cual queremos dejar plasmadas estas sinceras notas de agradecimiento para todos aquellos que de alguna forma han tenido que ver con su realización, nuestra formación profesional y desarrollo científico académico.

A mi familia por sus desvelos, su infinito apoyo, preocupación e interés para la consecución de mis logros y sueños.

A la dirección del CIMEQ, en particular al Dr. Alfredo Hernández, por propiciar el desarrollo de nuestras potencialidades científicas.

Al Prof. M. H. Cardiel mi asesor del INNSZ de México quien nos ayudó a diseñar esta investigación y transitar el camino de la epidemiología en el campo de la reumatología.

A mi tutor, profesor Antonio Pérez del IPK, por la dedicación que mostró, su entrega, enseñanzas y sabios consejos al igual que el insigne profesor Gabriel J. Toledo.

Al Dr. A. Penedo quien devino de alumno en indispensable colaborador en este proyecto.

A mi querida esposa Marlene, por su apoyo sin límites, sus acertadas críticas constructivas, y su infinito amor familiar.

Al equipo de dirección del Policlínico docente Lawton, Dra. Rosa Báez y Dr. Chamicharo con su colectivo médico familiar que tanto aportó en la ejecución del trabajo de terreno.

Al colectivo del S. Nac. de Reumatología: retaguardía segura para el desempeño de nuestras iniciativas científicas en el orden personal y en pro de la reumatología nacional.

En suma a todos muchas gracias.

## **DEDICATORIA**

A mis padres Berta y Patricio por todo lo que representan.

A mi esposa Marlene y mis hijos Gilín y Evis Gil por formar parte de mi vida, mi realización y mis sueños.

A la dirección del CIMEQ por propiciar el desarrollo de nuestras potencialidades científicas.

A todos mis seres queridos, Rolando mi hermano y amigos por su respeto cariño y admiración.

A la Revolución por su gran obra creadora.

A la vida por todo lo espiritual que me ha dado.

El autor.

EXERGO

*«La verdadera medicina no es la que cura, sino la que precave:  
la higiene es la verdadera medicina, más que recomponer  
los miembros desechos del que cae rebotando por un  
despeñadero, vale indicar el modo de apartarse de*

*José Martí*

## SÍNTESIS DEL TRABAJO DE TESIS

Las enfermedades reumáticas constituyen un serio problema de salud mundial por su elevada prevalencia, discapacidad y el formidable impacto socioeconómico que imponen. La prevalencia resulta desconocida en la mayoría de los países en desarrollo incluyendo a Cuba y estos se rigen arbitrariamente por los datos de los países desarrollados.

El objetivo principal en esta investigación estuvo dirigido a determinar la prevalencia general y discapacidad causada por las enfermedades reumáticas en la comunidad. Para ello aplicamos el cuestionario comunitario COPCORD, de la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología y la OMS, validado para ser aplicado en países en desarrollo a través del pesquisaje de síntomas reumáticos y resultados del examen físico como expresión de estas enfermedades.

Inicialmente desarrollamos un estudio piloto en la comunidad del Cerro, la validación en Cuba de la sub-escala de discapacidad del instrumento, y realizamos dos estudios de muestreo en una zona urbana y rural.

El universo fue de 3155 adultos escogidos al azar en el área de salud de Lawton que cuenta con 48 médicos de familia que entrenamos previamente. Los resultados más relevantes arrojaron que la prevalencia general de las enfermedades reumáticas alcanzó el 43.99% (IC 42.25-45.74) de la población, la osteoartritis fue la enfermedad más prevalente con el 20.41% (IC 19.02-21.87), el dolor lumbar bajo en 11.66% (10.57-12.84), y la artritis reumatoide en el 1.24% (0.89-1.7) del estudio con un nivel de discapacidad general en el 6.2%. Los principales factores predisponentes para desarrollar osteoporosis con riesgo asociado de fractura fueron la pobre actividad física, y el consumo de esteroides (OR 2.595, IC 3.05-5.16) y (OR 3.645, IC 1.087-12.21), con 36 fracturas tasa 1.14 x 100. Se concluyen como altamente prevalentes y discapacitantes a las enfermedades reumáticas en la comunidad y el comportamiento general en la búsqueda de ayuda se dirigió al médico familiar. Las estrategias de intervención comunitarias deben incluir el adiestramiento del médico familiar como primer contacto para diagnosticar y tratar estas enfermedades, disminuir su impacto y mejorar la calidad de vida de la población.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	Pag 1
Antecedentes .....	Pag 1
Hipótesis .....	Pag3
Campo de aplicación de la hipótesis.....	pag.4
Objetivo general.....	pag.4
Objetivos específicos y complementario .....	pag-5
Resultados que se presentan .....	Pag 5
Novedad científica de los resultados.....	pag. 6
Estructura de la tesis .....	pag-7
Importancia científica, social y económica.....	pag 8
Nivel de presentación v difusión de los resultados .....	pag.8
Artículos publicados cuyos resultados forman parte de la tesis .....	pag.9
Trabajos de Terminación de Residencia y Cursos .....	pag. 10
<b>CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES</b>	pag. 11
<b>REUMÁTICAS EN AMÉRICA LATINA.</b>	
1.1. Antecedentes históricos .....	pag. 11
1.2. Estudios epidemiológicos realizados en América Latina .....	pag. 13
1.3. Programas de investigación realizados por iniciativa de los .....	pag. 16
organismos internacionales de salud: OMS / ILAR / COPCORD	
1.4. Validación del Proyecto COPCORD para su aplicación en idioma .....	pag. 18
Español y Portugués.	

<b>CAPÍTULO 2. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA EL DESARROLLO DE LA PROPUESTA ACTUAL</b>	pag. 20
2.1. Antecedentes e investigaciones realizadas .....	pag. 20
2.2. Validación de la versión cubana del Cuestionario de Discapacidad (HAQ).....	pag.21
2.3. Estudio comunitario de pilotaje COPCORD en el municipio Cerro .....	pag.25
2.4. Aplicación del Cuestionario COPCORD, en un área de salud .....	pag.27
urbana atendida por el médico de la familia.	
2.5. Prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas en .....	pag.29
una población rural de Cuba. Aplicación del cuestionario COPCORD.	
<b>CAPÍTULO 3. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	pag.32
3.1. Diseño metodológico de la investigación.....	pag.32
3.2. Tipo de estudio .....	pag. 33
3.3. Características sociodemográficas.....	pag. 33
3.4. Tamaño muestral del estudio.....	pag.34
3.5. Selección de los sujetos .....	pag. 35
3.6. La entrevista. Evaluación diagnóstica y evaluadores .....	pag.36
3.7. Análisis estadístico de los datos .....	pag. 38
3.8. Aspectos éticos .....	pag. 39
3.9. Recursos materiales y costos .....	pag.39
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS</b>	pag. 40
<b>CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	pag.59
<b>CAPÍTULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	pag. 115
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA</b>	pag. 121
<b>APÉNDICES DEL TRABAJO DE TESIS</b>	pag. 155

---



## **INTRODUCCIÓN**

## **INTRODUCCIÓN**

### **Antecedentes**

Los estudios epidemiológicos permiten determinar la prevalencia general de las enfermedades a nivel comunitario, lo cual resulta de un inestimable valor para los sistemas nacionales de salud. En el campo de la reumatología las investigaciones epidemiológicas nos han ofrecido una valiosa información acerca de la frecuencia, comportamiento y características de las enfermedades reumáticas así como importantes datos históricos acerca del desarrollo de la especialidad en Cuba y el mundo. (1-4)

Los estudios de prevalencia realizados a nivel hospitalario tomando como base datos de los archivos y expedientes clínicos tienen limitaciones pues ofrecen errores e introducen sesgos potenciales (5) (6).

Como reportó Boffi-Boggero (7), en latinoamérica los estudios clásicos de prevalencia realizados tanto en población general como en grupos especiales, no han sido confiables debido a limitaciones en cuanto a las facilidades necesarias para tener acceso a la población objeto de estudio (8). Estos estudios precisan de inversiones considerables, de recursos materiales y humanos además de esfuerzos institucionales y públicos. En ocasiones requieren del concurso de las autoridades nacionales de salud pública lo cual aún no está disponible de manera amplia en países de latinoamérica. Esto explica por qué resultan escasos los estudios de consistencia en la región en este campo (9)( 10)

Los sistemas de salud de los países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá entre otros han logrado establecer las tasas de prevalencia de esas enfermedades y los países en desarrollo se rigen arbitrariamente por estos parámetros. (4) Las enfermedades reumáticas comprenden más de doscientos padecimientos específicos que afectan la

capacidad funcional del individuo, son muy frecuentes en la comunidad y habitualmente no son considerados como importantes por los administradores de salud.

No existen trabajos con un adecuado diseño ni una encuesta comunitaria acerca de la prevalencia general de las enfermedades reumáticas en Cuba y esa información resulta de gran importancia para conocer la magnitud del problema que estas afecciones representan y constituye el primer paso para incorporar estrategias de intervención comunitaria en el manejo y control de estos pacientes y mejorar la calidad de vida.

El Instrumento comunitario para el control de las enfermedades reumáticas (COPCORD) es un cuestionario de pesquaje desarrollado para identificar individuos con síntomas osteomioarticulares predictores de enfermedades reumáticas específicas. (Anexo 1)

En 1996 desarrollamos un estudio piloto de prevalencia y discapacidad en la comunidad de Santa Catalina, Cerro, Ciudad Habana. Entre los principales resultados se constató la prevalencia general de las enfermedades reumática en el 42.2%, y la discapacidad asociada fué del 7,4%, resultados muy similares a otros estudios COPCORD realizados en Chile México y Brasil.

Los estudios ulteriores de similar corte y diseño, se realizaron en una comunidad urbana atendida por el médico de familia en Lawton, y otro realizado en la comunidad rural Palmira en Cienfuegos, cuyos resultados no mostraron diferencias sustanciales.

El Instrumento COPCORD, cuenta con una subescala que mide la invalidez asociada a las enfermedades reumáticas. Aunque el instrumento ya ha sido validado para su uso internacionalmente en idioma Español decidimos realizar la validación de este cuestionario para su adaptación a nuestro país lo que le confirió un mayor control de la calidad a la investigación.

### **Problema real**

Las enfermedades reumáticas son altamente prevalentes en la población. La prevalencia general resulta desconocida en los países en desarrollo y estos arbitrariamente adoptan los datos de referencia de los países desarrollados que no representan lo que ocurre en las comunidades, y no existe en la gran mayoría de los países de latinoamérica incluyendo a Cuba un instrumento para pesquisar estos datos acerca de prevalencia.

### **Problema científico**

Las enfermedades reumáticas constituyen un importante problema de salud por su impacto sobre los individuos, la sociedad y la economía. Carecemos de datos en Cuba que permitan caracterizar la frecuencia particular de estas enfermedades en la comunidad, discapacidad que determinan, identificar factores de riesgo y la asociación con fracturas así como la posibilidad de implementar acciones preventivas y de control sobre sólidas bases científicas.

### **Objeto.**

La población adulta del área de salud comunitaria de Lawton agrupada por núcleos familiares los cuales fueron estudiados por un equipo conformado por los 48 médicos de familia del policlínico previamente entrenados, reumatólogos, y epidemiólogos mediante la aplicación de un instrumento de medición desarrollado por investigadores de la OMS/ILAR, para la medición y evaluación de síntomas reumáticos en la comunidad. **Hipótesis.**

Las molestias musculoesqueléticas generadas por las enfermedades reumáticas son muy prevalentes en la comunidad; y la discapacidad determinada por estas afecciones resulta elevada. De igual modo, la presencia de factores de riesgo en la población como los estilos de vida, la pobre actividad física, hábitos tóxicos, consumo de drogas medicamentosas

entre otros están relacionados con el desarrollo de osteoporosis y riesgo asociado de fractura y esto no ha sido medido en nuestro país ni se conoce cual es el comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda para enfrentar esta problemática de salud.

**Campo de aplicación de la hipótesis.**

Se pretende a través de un cuestionario internacional, establecer un pesquisaje comunitario de síntomas reumáticos como expresión cardinal de enfermedades específicas a determinar por examen físico completo por médicos de familia y especialistas de reumatología. Se pretende contribuir a la solución de un problema como la carencia de información precisa acerca de la frecuencia con que se presentan a nivel comunitario una serie de enfermedades crónicas discapacitantes en población adulta basados en una investigación científicamente avalada

**Objetivo General**

Determinar la prevalencia general de las enfermedades reumáticas en la comunidad y la discapacidad asociada en el área de salud del policlínico docente Lawton.

**Objetivos Específicos.**

- 1- Determinar la prevalencia comunitaria de enfermedades reumáticas como: osteoartritis (OA), artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), fibromialgia (FM), reumatismos de partes blandas (RPB), espondilitis anquilopoyética (EAP), dolor lumbar bajo (DLB) y la Gota.
- 2- Conocer la prevalencia general del dolor y la distribución de la afectación articular en afecciones reumáticas.

- 3- Determinar la prevalencia general de pacientes con discapacidad asociada a las enfermedades reumáticas en la comunidad
- 4- Determinar el índice de discapacidad mediante el Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ), para el desempeño de funciones de la vida diaria
- 5- Identificar los factores de riesgo presentes, más frecuentemente involucrados en la génesis y desarrollo de osteoporosis.
- 6- Determinar la frecuencia de fracturas y el riesgo asociado a los factores relacionados con osteoporosis para desarrollar fracturas de causa osteoporótica en la comunidad.
- 7- Identificar el comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda
- 8- Identificar la orientación terapéutica poblacional asumida y la conducta de enfrentamiento adaptativo ante el problema que representan las enfermedades reumáticas.

**Objetivo complementario.**

Demostrar que el fortalecimiento de la organización del sistema nacional de salud en la atención primaria permite realizar investigaciones de elevado rigor científico en forma rápida y efectiva con muy bajos costos.

**Resultados que se presentan**

I. Los resultados que se presentan a partir de la realización de esta investigación están sustentados por las experiencias acumuladas por el autor durante más de 15 años dedicado a la especialidad de Reumatología y de manera particular a la epidemiología de las enfermedades reumáticas. En esta temática hemos recibido entrenamiento preparatorio en la unidad de epidemiología del Instituto de la Nutrición Salvador Zubirán de México. Esta investigación sirvió de marco a la ejecución de tres trabajos de Terminación de Residencia y hemos obtenido premios en dos Congresos cubanos y dos internacionales.

II. Los resultados de la investigación también sirvieron de marco referencial al Grupo Nacional de Reumatología para sus proyecciones hacia la comunidad de la especialidad y los estimados de necesidades y prioridades en medicamentos para nuestra población de pacientes reumáticos.

III. Se sentaron las bases para la correcta aplicación de una encuesta comunitaria de prevalencia en una población cubana y se generó un nuevo conocimiento al entrenar a los médicos de familia del área de salud del policlínico Lawton.

IV. Se logró determinar la prevalencia general de las enfermedades reumáticas en la comunidad objeto de estudio y la prevalencia particular de las enfermedades a las cuales se enfrenta más frecuentemente el médico familiar o de primer contacto.

V. Determinamos que el nivel de discapacidad general por enfermedades reumáticas en la comunidad resulta elevado, así como el causado por cada una de las ya mencionadas principales enfermedades reumáticas para la realización de actividades de la vida diaria.

VI. Se demostró que el comportamiento de los pacientes en la comunidad en la búsqueda de ayuda está dirigido al médico de familia y probablemente en los casos de mayor complejidad hacia el reumatólogo. Se utiliza con frecuencia la medicina tradicional sin abandono del tratamiento convencional.

VII. Se determinó la frecuencia de factores relacionados con el desarrollo de osteoporosis y la prevalencia de fracturas de causa osteoporótica en la comunidad, así como el riesgo asociado con los principales factores relacionados presentes.

**Novedad científica.**

Hasta donde conocemos, la presente tesis es el primer trabajo de investigación en epidemiología de las enfermedades reumáticas en Cuba que aplicó un cuestionario internacional como el COPCORD, para determinar la prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas en una población cubana, así como la invalidez asociada a estas enfermedades. Para ello como parte de este trabajo se utilizó una sub-escala de medición de discapacidad que validamos en nuestro país con las adaptaciones trans-culturales adecuadas para nuestra población.

No contamos además con antecedentes de otros trabajos donde se hayan pesquisado factores de riesgo para osteoporosis, frecuencia y riesgo de fracturas en la comunidad.

En el orden internacional, por vez primera se realiza una investigación de prevalencia comunitaria de esta magnitud con un riguroso control de la calidad al utilizar como encuestadores primarios a médicos de la familia entrenados puesto que a estos se les ofreció previamente un adiestramiento para el desarrollo satisfactorio de este tipo de investigación, conocer las más frecuentes afecciones que se presentan en la comunidad y precisar con más detalle el diagnóstico de dichas enfermedades.

### **Estructura de la tesis**

La tesis consta de 6 capítulos, 120 páginas, 15 tablas, 11 figuras, 8 anexos, 300 referencias bibliográficas y 105 bibliografías. La distribución es la siguiente:

**Resumen:** Presenta una descripción sucinta del contenido de la tesis.

**Introducción.** Ofrece una visión general del contenido de la tesis, sus objetivos, resultados más relevantes, alcance y difusión de los resultados.

**Capítulo 1.** Contiene una revisión de los fundamentales estudios en el campo de la epidemiología de las enfermedades reumáticas realizados en latinoamérica, su metodología y diseño, destacando su carácter descriptivo, y limitaciones. Detalla el proceso de validación del proyecto COPCORD para su aplicación en idioma Español y Portugués. **Capítulo 2** Analiza los estudios realizados previamente a la iniciativa COPCORD en Cuba que adolecieron de rigor metodológico. Se presentan los resultados del proyecto de validación de la versión cubana de la subescala de discapacidad HAQ- CU y el desarrollo de los estudios comunitarios piloto COPCORD, y en comunidades urbana y rural.

**Capítulo 3.** Describe los materiales y métodos que se utilizaron en el presente trabajo, además se incluyeron los procedimientos creados por el autor para determinar la prevalencia de factores de riesgo para osteoporosis su prevalencia y riesgo asociado de fracturas en la comunidad estudiada.

**Capítulo 4.** Contiene los resultados generales de prevalencia y discapacidad asociada por cada una de las entidades estudiadas.

**Capítulo 5.** Contiene un análisis y discusión detallado de los resultados.

**Capítulo 6.** Ofrece conclusiones generales y puntuales así como recomendaciones.

### **Importancia científica social y económica.**

La importancia científica y social esta determinada por los resultados que se expusieron anteriormente y los elementos novedosos que se aplicaron. El aporte que representa un nuevo conocimiento que se generó al determinarse la prevalencia general y particular de las afecciones reumáticas en la comunidad, la elevada discapacidad asociada, la presencia de factores predisponentes para desarrollar osteoporosis, riesgo asociado de fracturas en la comunidad, conocer cual es el comportamiento en la búsqueda de ayuda y el nivel adaptativo psicológico ante la carga que representan estas enfermedades.

Los médicos familiares adquirieron un nuevo conocimiento acerca de la aplicación de un instrumento internacional en la comunidad, a conocer las principales afecciones a las cuales deben enfrentarse en la comunidad, y como enfocar mejor su diagnóstico.

De manera general el análisis de los costos o factores económicos no forma parte de los objetivos e intereses del estudio realizado. Algunos estimados de los costos incurridos en estudios similares al nuestro los sitúan en el orden de los \$120,000 US Dollars (comunicación personal Prof. Cardiel) para países de América Latina, en tanto en países desarrollados como Estados Unidos y España se puede duplicar esta cifra. Nuestro trabajo se ha realizado gracias al capital humano con que contamos, el apoyo de las instituciones de salud, los médicos de familia y recursos propios de los investigadores.

### **Nivel de presentación y difusión de los resultados**

*Los resultados de este trabajo de investigación han sido presentados en los siguientes eventos nacionales e internacionales.*

*1- II Congreso Cubano de Reumatología. CIMEQ. Cuba. 1997*

- 2- Congreso Centro A. Caribe Andino (ACCA ) Santo Domingo 1997
- 3- III Congreso Cubano de Reumatología 1998. CIMEQ (Premio al mejor trabajo)
- 4- IV Congreso Centro Americano Caribe Andino. Habana Cuba. 1999.
- 5- V Congreso Centro Americano Caribe Andino de Reumatología. Costa Rica (Premio al mejor trabajo presentado) 2000
- 6- III Congreso ACCA y III Panameño de Reumatología. 2001 (Premio al mejor trabajo)
- 7- Congreso Mundial de Reumatología ILAR Edmonton Canadá 2001.
- 8- Congreso Mexicano de Reumatología. (2002)
- 9- Congreso Cubano de Reumatología 2002. (premio al mejor trabajo)
- 10- Congreso Mexicano de Reumatología. Monterrey 2003. (Prof. Cardiel)
- 11- Jornada científica del CIMEQ. Marzo del 2003.
- 12- Congreso cubano de Reumatología Diciembre 2003
- 13- Congreso Mexicano de reumatología. Guadalajara. Febrero del 2004.
- 14- Congreso Internacional de Fisioterapia y Rehabilitación. Cuba 2004
- 15- Congreso Mundial de Osteoporosis. Río Janeiro, mayo 2004.

**Artículos publicados relacionados con los resultados de la Tesis.**

- 1- Reyes Llerena Gil A. y cols. Comportamiento Comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional en afecciones reumáticas. Rev. Colombiana de Reumatología 1997; 6(1): 23-29
- 2- Reyes Llerena Gil A y cols. Actualización acerca del Impacto de las Enfermedades reumáticas sobre la calidad de vida en Cuba. Rev. Cubana de Reumatol 1998; (1): 12-23
- 3- Reyes Llerena Gil A.y cols. Dolor Crónico. En; Tratado Iberoamericano de Reumatología. Soc. Española de Reumat. Edit. G S. System. 1999; 206-211.
- 4- Penedo C.A, Reyes Llerena Gil A. y cols. Prevalencia de las enfermedades reumáticas en una comunidad urbana cubana atendida por el médico de familia. Rev Cubana de Reumatol. 2001; 3 (1): 30-37
- 5- Reyes Llerena Gil A, Puerto Noda I. y cols. Prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas en población rural de Cuba. Aplicación del Cuestionario COPCORD. Rev. Mexicana de Reumatol. (abstract). 2001.

- 6- Reyes Llerena Gil A. y cols. *Rheumatology and care for rheumatic diseases in Cuba. J. Clin Rheumat* 1999; 5: 289-92
- 7- Reyes Llerena Gil A. y cols. *Prevalence of musculoskeletal complaints and disability in Cuba. A community based study using the COPCORD Questionnaire. J Clin Experimental* 2000; 18: 739-48
- 8- Reyes Llerena Gil A, y cols. *Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en pacientes cubanos con Artritis Reumatoide (CUHAQ). Rev. Cubana de Reumatol.* 2002; 4: (1) 43-56
- 9- Reyes Llerena Gil A. y cols. *Evaluación de variables epidemiológicas poco usuales en el estudio y tratamiento de la A. Reumatoide. Rev Cubana de Reumatol.* 2002; IV, (2): 12-21.
- 10- *Conducta de enfrentamiento y demanda de ayuda ante las enfermedades reumáticas en la comunidad. Evidencias COPCORD. Rev Cubana de Reumatol* 2003; (1): 26-36
- 11- Reyes Llerena Gil A. *Osteoporosis. En Colectivo de autores: Libro cubano de Fisioterapia y Rehabilitación.* 2004 (Enviado y aceptado para su publicación.)

#### **Trabajos de Terminación de Residencia.**

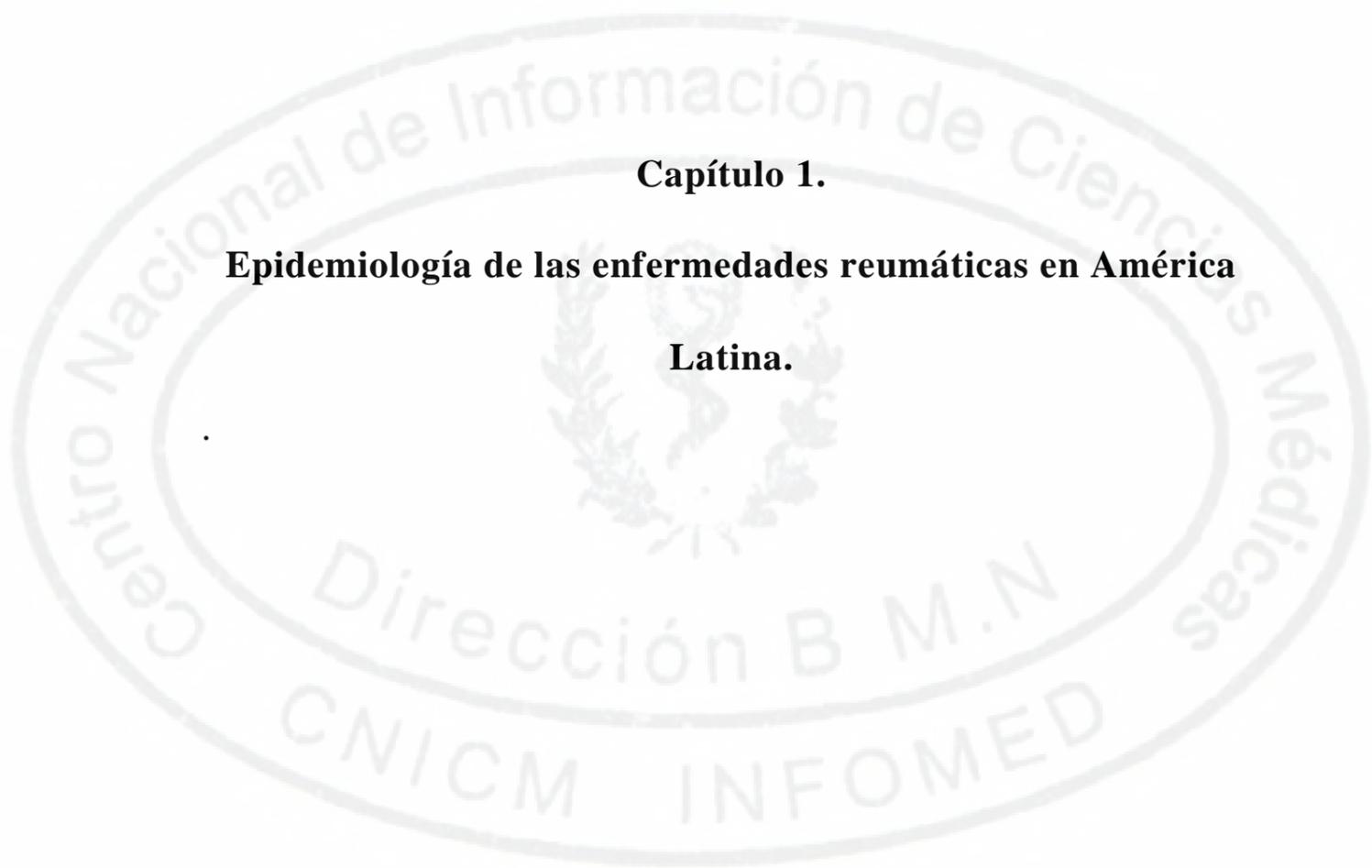
- 1- Cedeño Ana T: *Aplicación del Cuestionario de Evaluación de salud (HAQ) a pacientes con artritis reumatoide. Trabajo de Terminación de Residencia. S. Nac. de Reumatología.* 1998
- 2- Penedo Coello A. *Prevalencia de las enfermedades reumáticas en una comunidad urbana cubana atendida por el médico de familia. Trabajo de Terminación de Residencia Policlínico Docente Lawton. C. Habana* 2000.
- 3- Puerto Noda I. *Prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas en población rural de Cuba. Aplicación del cuestionario COPCORD. Hospital U. A máido Milián C. Villa Clara. Trabajo de Terminación de Residencia* 2001. C. Habana.

**Cursos de Post-grado.** *Tres cursos de epidemiología de las enfermedades reumáticas impartidos.*

**Capítulo 1.**

**Epidemiología de las enfermedades reumáticas en América**

**Latina.**



## Capítulo 1.

Epidemiología de las enfermedades reumáticas en América Latina

**1.1 Antecedentes históricos.** Existen evidencias arqueológicas que indican que los aborígenes pre-colombinos de las Américas fueron afectados por la artritis. Es cierto que se le ha atribuido a Cristóforo Colombus haber sido el introductor de la artritis reactiva en las Américas por tener dicho padecimiento a su arribo al continente, (1) sin embargo la artritis sólo en años recientes ha sido adecuadamente estudiada y reconocida como una causa importante de daño y discapacidad en el continente americano.

Cuba fue miembro fundador de la Liga Panamericana de Reumatología y durante su primer congreso efectuado en Río de Janeiro Brasil en 1955, bajo la presidencia del Dr. Richard Freiberg de Nueva York, estuvo presente una delegación de Cuba, encabezada por el profesor Victor Santamarina eminente medico reumatólogo cubano dedicado al estudio y tratamiento de las dolencias reumáticas basado en el efecto positivo de las aguas mineromedicinales y el incipiente desarrollo de la balneología.

Dándole continuidad a este hermoso trabajo de desarrollar la reumatología en nuestro país, el profesor Manuel Lombas se erigió en continuador de las tradiciones de desarrollo docente y formativo de especialistas en el campo de la reumatología al fundar el primer servicio de reumatología en nuestro país junto a profesores como Giralt C, Mateo S, Moreno Mejías y Concepción Castell entre otros y sentar las bases de lo que es hoy la reumatología cubana, que contemos con más de 125 reumatólogos formados diseminados a lo largo y ancho de la isla, y formemos parte de las diversas organizaciones científicas internacionales actuales a nivel mundial como la Asociación Centroamericana Caribe Andina (ACCA) de Reumatología, la Liga Panamericana (PANLAR), la Liga Internacional

(ILAR), Federación Internacional de Osteoporosis (IOF) entre otras, y se hayan presentado trabajos científicos en sus congresos.(2)

De particular importancia resultan los trabajos a nivel internacional de la denominada Liga Panamericana de Reumatología que aglutina a todos los países del continente la cual ha centrado sus acciones en el campo de las investigaciones, la realización de eventos científicos internacionales, la formación académica de jóvenes reumatólogos, y desarrollo de diversas actividades para el progreso de la reumatología continental.

Enfasis especial han recibido los programas dirigidos a los cuidados de la atención primaria, y la educación, así como la formación de jóvenes especialistas en el campo de la reumatología en América Latina.

El Profesor Joseph Hollander de la Universidad de Pensilvania fue pionero en la materialización de la idea de brindarles oportunidad de desarrollo mediante la pasantía de entrenamientos en Filadelfia a los reumatólogos del continente en particular de América Latina y bajo su tutela se formaron decenas de especialistas. Recientemente bajo los auspicios de Cooper Health Systems, la Universidad de Filadelfia, y PANLAR, se le brindó un sentido homenaje de recordación y reconocimiento por sus acciones científicas y humanistas, al celebrarse el Work-Shop Internacional Joseph Hollander In memoriam acerca de técnicas de avanzada en reumatología en la Universidad de Filadelfia. Cuba estuvo representada en este foro al intervenir el autor de este trabajo junto a otro colega, en calidad de director y profesor de uno de los sets académicos del Work-Shop In memoriam.(3)

Estas enriquecedoras experiencias hablan de la calidad y prestigio alcanzado por la reumatología cubana.

## 1.2 Estudios epidemiológicos realizados en Latinoamérica

En el campo de la reumatología, los estudios epidemiológicos se usan para determinar el impacto y magnitud de las enfermedades en toda la población o en subgrupos seleccionados. Esta información obtenida pudiera ser utilizada para establecer las prioridades para el desarrollo de otras investigaciones, identificar las necesidades en cuanto a los cuidados de salud, atención clínica y toma de decisiones en el orden preventivo (4)

Los estudios epidemiológicos pueden además incluir la prevalencia general de las enfermedades reumáticas a nivel comunitario, lo cual resulta de un inestimable valor en el orden nacional e internacional por lo cual ha recibido considerable atención durante los últimos años. Estos estudios realizados a nivel hospitalario tomando datos de los archivos y expedientes clínicos, tienen limitaciones cuando pretenden ofrecer estimados de prevalencia y deben ser evaluados con reservas pues los errores en cuanto a diseño introducen sesgos potenciales y dificultan la obtención de resultados fidedignos. (5) (6)

En latinoamérica, en el área de las enfermedades reumáticas, los estudios epidemiológicos de tipo descriptivos, han sido los más socorridos y en menor medida se han desarrollado estudios analíticos y experimentales.

Estableciendo un análisis comparativo con otras regiones del mundo, América Latina ha sido estudiada en menor medida en términos de distribución, prevalencia y de las características generales de las enfermedades reumáticas. Como reportó Boffi-Boggero, (7) en Latinoamérica los estudios clásicos de prevalencia realizados tanto en población general como en grupos especiales no han sido confiables debido a limitaciones en cuanto a las facilidades necesarias para acceder a la población objeto de estudio. (8) Los estudios epidemiológicos precisan de inversiones y de recursos materiales y humanos además de

esfuerzos institucionales y públicos. En ocasiones requieren del concurso de las autoridades nacionales de salud pública lo cual aún no está disponible de manera amplia en países de latinoamérica. Esto explica por qué resultan escasos los estudios epidemiológicos en la región en el campo de la reumatología.

Han sido publicados algunos estudios que se han realizado por esfuerzos aislados, de manera espontánea con deficiencias en las fuentes de recursos necesarios para su realización por lo cual resultan poco confiables los resultados de las frecuencias estadísticas que reportan. De este modo son pocos en esa etapa los trabajos poblacionales de elevada consistencia y reputación científica en latinoamérica constituyendo estos algunos ejemplos destacados en ese campo. (9-17)

Bianchi (9) en 1963 reportó la frecuencia de enfermedades reumáticas entre 3000 pacientes de una unidad de reumatología en tres ciudades de Brasil: Fortaleza, Río de Janeiro, y Porto Alegre. En este estudio, la osteoartritis fue la enfermedad más prevalente con 47% de casos, fibrositis 20%, artritis reumatoide 13%, gota 2% y lupus sistémico con 0.45%.

Seda (10) halló en Brasil en 1982, de acuerdo con el Instituto Nacional de cuidados de salud y seguridad un índice de 6.2% jubilados por incapacidad laboral debido a la osteoartritis, y esta fue la segunda patología en la frecuencia general de discapacidades.

Uno de los primeros intentos formales de investigación en epidemiología de las afecciones reumáticas fue desarrollado en Sudamérica por la Organización de la Salud Panamericana (PAHO) en 1977. Un grupo de investigadores en ocho servicios externos de clínicas de artritis a lo largo de seis países, (Argentina, Brasil, Venezuela, Chile, México y Uruguay), evaluaron la frecuencia de enfermedades del sistema osteomioarticular entre 1361 sujetos. El 78.5% fueron mujeres con edad mayormente entre 30-69 años, y constataron una frecuencia del 30% para la osteoartritis (OA), artritis reumatoide (AR) 22%, dolor lumbar

bajo (DLB) 5.1%, Gota 2.5%, entre otros. El 10% de los hombres con AR, abandonaron el trabajo. (7)

Dándole continuidad a esta iniciativa, en 1985 se efectuó un Work-shop sobre epidemiología de las enfermedades reumáticas en las Américas, organizado por PAHO, y el Instituto Nacional de Salud (INH) de los Estados Unidos. Participaron 34 reumatólogos de latinoamérica, E. Unidos y Canadá. La necesidad de intercambio entre clínicos, investigadores, laboratoristas, epidemiólogos, la necesidad de dirigir los esfuerzos hacia la identificación de los factores de riesgo y prevención fueron enfatizados. De igual modo la importancia de entrenamientos programados en epidemiología para reumatólogos, y la necesidad de estudios de colaboración multinacional. (11)

Solimano (12) 1986, reportó los estudios realizados en la costa del Perú entre junio y agosto del 86, con una larga serie de pacientes en los hospitales de esas áreas. Los reumatismos de partes blandas y la OA, prevalecieron en esos estudios. Otros estudios realizados en Venezuela 1993, Argentina, Brasil y Colombia, fueron publicados. (13-16)

El estudio brasilero denominado EPIDOR (15), soportado por el Ministerio de Salud Publica, fue el mayor trabajo y de adecuada factura efectuado para establecer la prevalencia de la artritis reumatoide en Brasil. Fue un estudio multicéntrico prospectivo en varias capitales geográficas de localidades brasileñas con el uso de entrevistadores que visitaron 500 familias de cada capital utilizando un cuestionario del Colegio Americano de Reumatología (ACR). Hallaron una prevalencia para la AR, del 0.2-1%, entre 7745 adultos estudiados.

La Dra. Sauza en México 1991 estudiando individuos con quejas reumáticas entre mexicanos que demandaron cuidados de salud halló una prevalencia en Monterrey del 0.68% para artritis reumatoide. (17)

En suma estos trabajos fueron los más destacados esfuerzos en cuanto a estudios epidemiológicos realizados en nuestro continente.

### **Conclusiones**

La mayor parte de los estudios epidemiológicos realizados en América Latina desde los años sesenta a la fecha han sido de carácter descriptivo constituyendo un gran esfuerzo sin embargo han resultado escasos en comparación con otras regiones del mundo y han analizado en menor medida y con menos posibilidades la distribución de las enfermedades reumáticas, su prevalencia y características generales. La metodología y diseño en la recogida de los datos ha tenido limitaciones lo cual puede introducir sesgos potenciales cuando pretenden establecer estimados de prevalencia. Las nuevas iniciativas como la COPCORD, han introducido un cambio sustancial en la obtención de resultados más confiables a nivel comunitario en cuanto a la frecuencia general de las enfermedades reumáticas.

### **1.3. Programas de investigación realizados por iniciativa de los organismos internacionales de salud: OMS / ILAR / COPCORD**

Los antecedentes históricos acerca de los programas comunitarios para el control de la enfermedades reumáticas de la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología y la Organización Mundial de la Salud. (COPCORD/ WHO/ILAR), quedaron establecidos en la época de los años setenta cuando se decidió desarrollar un verdadero programa a nivel mundial tomando como base la comunidad. Anteriormente la OMS en los años 50 había desarrollado una activa política de acción contra la fiebre reumática, bajo la supervisión de la división de enfermedades de comunicación obligatoria.

La ILAR, había declarado el año 1977 como el año de las enfermedades reumáticas a nivel mundial luego de una serie de eventos en los cuales surgió el clamor de desarrollar programas orientados al control de las enfermedades reumáticas bajo los auspicios de la OMS, y la ILAR. En ese periodo otros programas en enfermedades como las cardiovasculares habían sido emprendidos. El primer plan trazado para acometer el desarrollo de estos programas estuvo preparado por el Dr. H A. Valkenburg de Holanda. Este plan describía la aplicación de modelos a modo de muestreos en poblaciones urbanas y rural de países en vías de desarrollo. En 1981 fue discutido y aprobado dicho proyecto en un evento celebrado en Génova Suiza (18)

Los participantes en dicho evento incluyeron a tres miembros del comité permanente de epidemiología de la ILAR, representando a la Liga Europea de Asociaciones de Reumatología (EULAR) el Dr. E. Alexander; Gregorio Mintz por PANLAR, y R D. Wigley por la Liga Asia Pacífico y Africa (SEAPAL). De este modo se realizaron todas las formalidades correspondientes para que la iniciativa WHO-ILAR-COPCORD, quedara constituida como organismo legal por el Artículo 2.8 de ELAR, en agosto del 2001, quedando como una responsabilidad del presidente del comité de epidemiología Dr. John Darmawan quien reemplazó al Dr. Karl Muirden como coordinador.

Bajo la tutela del Dr. Peter Tugwell como presidente del comité de epidemiología ILAR entre 1989-93, se realizó la validación Internacional de los estudios WHO-ILAR- COPCORD Core Questionnaire desarrollados en México, Brasil y Chile para ser aplicados en los países de habla portuguesa y en español.(19)

La Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología y PANLAR, reconocieron la necesidad con urgencia de obtener datos epidemiológicos de calidad acerca de la magnitud e impacto de estas enfermedades en las comunidades de latinoamérica.

Un grupo de destacados reumatólogos fueron reclutados para acometer esa tarea en un estudio de carácter multinacional y multicéntrico. Se decidió usar el nuevo instrumento WHO/ILAR/COPCORD, el cual lleva implícito la prevención y control de las enfermedades reumáticas a nivel comunitario. Este proyecto tiene como principales características, su potencial aplicabilidad a la mayoría de la población mundial con particular interés en los países en desarrollo, su base comunitaria, y bajos costos en general. (20)

Se trata de un instrumento que intenta pesquisar e identificar en la población sujetos con probables enfermedades reumáticas, que pueden ser referidos para una mejor evaluación por examen físico reumatológico detallado, y una mayor exactitud diagnóstica. El cuestionario incluye la valoración del síntoma dolor, discapacidad, conducta de enfrentamiento, búsqueda de ayuda y tratamiento.

Las características intrínsecas del instrumento lo colocaron en condiciones óptimas para ser aplicado en poblaciones cuyo idioma fuese el español y portugués luego de realizar las adaptaciones trans-culturales de rigor, y así lanzarlo a escala internacional (21)

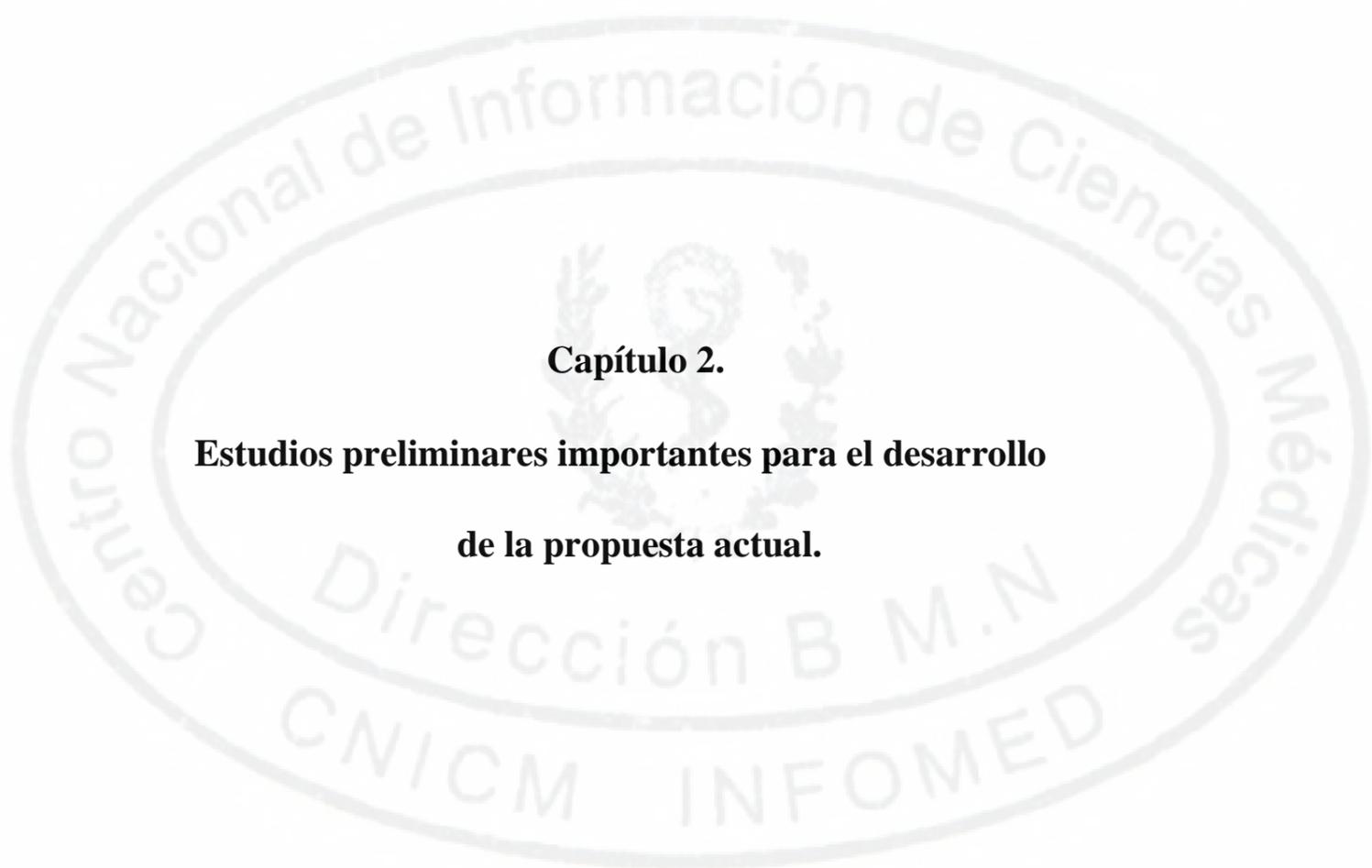
#### **1.4. Validación del Proyecto COPCORD para su aplicación en Idioma Español y Portugués.**

Los investigadores a cargo del estudio lo desarrollaron en poblaciones de Chile, México y Brasil para lograr obtener versiones en español y portugués con preguntas sencillas fáciles de aplicar para poblaciones incluso de bajo nivel cultural obviando así las dificultades trans-culturales.

Para la adaptación del instrumento cuatro aspectos fundamentales fueron considerados: su contenido, la traducción desde la versión original del inglés, la ejecución del test preliminar a aplicar, y el acuerdo de los sujetos a entrevistar.

La realización de una traducción, retro-traducción del instrumento así como una adaptación transcultural y equivalencia le confieren una elevada confiabilidad a la hora de realizar la discriminación de síntomas reumáticos en la población. (4)

La sección de invalidez del Instrumento Health Assessment Questionnaire (HAQ) forma parte del cuestionario COPCORD. (22) Esta sección del instrumento ya ha sido validada para ser aplicada al idioma español y existe un versión cubana para niños (23)(24). Decidimos atendiendo a que se trata de una encuesta de medición donde la comprensión debe ser exacta para obtener mediciones fieles, hacer un versión cubana para adultos validada por nosotros de este instrumento.(25)



**Capítulo 2.**

**Estudios preliminares importantes para el desarrollo  
de la propuesta actual.**

## Capítulo 2

### Estudios preliminares importantes para el desarrollo de la propuesta actual.

**2.1 Antecedentes e investigaciones realizadas:** Los sistemas de salud de los países desarrollados cuentan con una valiosa información acerca de la frecuencia y distribución con que se presentan las enfermedades reumáticas en sus países y poblaciones. Países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido entre otros han logrado establecer las tasas de prevalencia para los padecimientos reumáticos en tanto en América Latina y otros países sub-desarrollados en líneas generales estos datos no son conocidos y por consiguiente se rigen arbitrariamente por estos parámetros que no responden a las realidades clínico epidemiológicas de nuestros países.

Se estima que las enfermedades reumáticas son más de doscientos padecimientos específicos, son muy frecuentes en la comunidad y habitualmente no son considerados importantes por los administradores de los servicios de salud (26)

En la actualidad no existe en Cuba ningún otro instrumento o encuesta comunitaria acerca de la prevalencia de las enfermedades reumáticas a nivel comunitario. La mayoría de los datos disponibles provienen de centros de referencia que no responden o representan la patología que realmente se estudia y a la cual se enfrentan los médicos de primer nivel de atención así como los especialistas

En Cuba destacados profesores han realizado estudios epidemiológicos en diversas enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica entre otros.(27-29)

En el campo de las enfermedades reumáticas se han realizado muy pocos trabajos. Deben tenerse presentes trabajos evaluando la osteoartritis y la gota las cuales han sido estudiadas a nivel de la comunidad en pequeños sectores urbanos aislados mediante la aplicación de cuestionarios operacionalmente creados (30-31)

Para el desarrollo de los estudios en el campo de la epidemiología se han diseñado y validado una serie de instrumentos que permiten una mejor valoración de los individuos con enfermedades reumáticas y una adecuada estandarización de las series y /o poblaciones estudiadas. (32-33)

Estos instrumentos de probada utilidad han demostrado su capacidad para lograr establecer valoraciones tanto cuantitativas como cualitativas en el estudio de diversas afecciones reumáticas en la comunidad (34-44) (Anexo 2)

## **2.2 Validación de la versión cubana del Cuestionario de Evaluación de salud (HAQ) para la medición de la discapacidad asociada a las afecciones reumáticas.**

La valoración de la capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide resulta posible gracias a la utilización de instrumentos universalmente aceptados los cuales propician la comparación entre grupos y en la actualidad forma parte integral de la evaluación clínica que se realiza a cualquier paciente. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) en los años cuarenta estableció las clases funcionales de la artritis reumatoide para su aplicación en la investigación clínica o en la prestación de servicios especializados. (45) (46)

La discapacidad por afecciones reumáticas puede ser temporal o permanente, y en ocasiones irreversible y progresiva, conceptos íntimamente relacionados con la calidad de

vida de los pacientes. En 1996 formamos parte de una fuerza de tarea de la OMS e ILAR (Task Force OMS/ILAR) que sesionó durante varios días en León México, arribó a conclusiones conceptuales para dejar establecidos criterios acerca de las definiciones exactas de discapacidad por enfermedades reumáticas y su relación con el concepto de calidad de vida, así como las experiencias de los estudios COPCORD ya validados para llevar a cabo su aplicación a nivel Internacional (47)

El Health Assessment Questionnaire (HAQ) es un instrumento propuesto para evaluar la capacidad funcional física de pacientes con A.R. y abarca una dimensión que es la habilidad. Este es un cuestionario auto-administrado desarrollado a través de una entrevista que especifica ocho áreas de las funciones diarias que realizan los pacientes con dos o tres acápites cada uno. El paciente reporta dificultad en desarrollar cada una de estas actividades durante la semana pasada y se cuantifica entre 0 y 3 el nivel de dificultad para la ejecución representando tres el máximo nivel de dificultad.

El HAQ original fue desarrollado en la Universidad de Stanford Arthritis Center. Ese cuestionario mostró su confiabilidad y validez en múltiples estudios en los que se ha aplicado a nivel mundial.(48-52)

El status de salud es un concepto multidimensional relacionado con el bienestar físico y psico-social que se afecta por diferentes condiciones de enfermedades crónicas como la artritis reumatoide. (53) El HAQ en su versión corta es el mas ampliamente utilizado instrumento disponible con rangos de aplicación para monitorear cuidados del paciente, morbilidad a largo plazo (54-57) predicción de mortalidad (58) utilización de los servicios de salud, discapacidad laboral, y la detección de cambios relevantes en los ensayos clínicos (59-61)

Para su adaptación a diferentes escenarios deben ser cuidadosamente traducidos y evaluadas las propiedades metodológicas del instrumento, ser traducido y retro-traducido; proceso denominado validación (62-65)

La secuencia metodológica a ser seguida antes de que un instrumento pueda ser ampliamente utilizado en poblaciones diferentes a aquellas en las que inicialmente fue desarrollado, son su traducción, retro-traducción, al idioma original, a fin de alcanzar un nivel razonable de seguridad en cuanto a que no se haya perdido el sentido original de las preguntas. La equivalencia cultural requiere que las preguntas se estructuren respecto a una misma tarea o actividad en base al contexto o ámbito social y cultural del paciente.

La adaptación idiomática que requiere el uso de las palabras mas apropiadas para la actividad (66-67) La utilización de instrumentos ya usados a nivel mundial ha de permitir la comparación directa con aquellos pacientes que constituyen la base de las publicaciones provenientes de otros países (67-70)

El cuestionario habitualmente en la clínica se emplea de forma exclusiva en su escala de discapacidad. Consta de tópicos agrupados en ocho categorías las cuales evalúan con puntuaciones entre 0 y tres.

El cuestionario evalúa actividades como vestirse, arreglarse, levantarse de una silla, caminar la higiene, agarrar y otras. El índice de incapacidad se obtiene al calcular la sumatoria del puntaje de todas las categorías respondidas, divididas entre el número de áreas; valores entre 0-1, son de discapacidad ligera 1 y 2 moderada y sobre 2, severa discapacidad funcional

Desde el punto de vista operacional en nuestra validación el HAQ fue traducido del Inglés al español por profesionales médicos hispano parlantes con dominio absoluto del idioma inglés, fue retro-traducido por tres angloparlantes y finalmente dos bilingües. Se realizó

una adaptación cross cultural considerando las modificaciones necesarias. El cuestionario fue aplicado a 65 pacientes con artritis reumatoide en diferentes clases funcionales. Se les aplicó un re-test a los doce días del test inicial por los mismos encuestadores en similares condiciones.

Se aplicaron análisis estadísticos mediante el coeficiente de Spearman, coeficiente alfa de Crombach evaluación de la clase funcional de Steinbrocker, test de Ritchie, coeficiente de correlación de Pearson entre otros test para garantizar la validez del instrumento, confiabilidad y exactitud.

#### **Resultados y Conclusiones.**

No se constataron cambios perceptibles entre el test y retest pues hubo una correlación estadísticamente significativa entre el índice de incapacidad del HAQ inicial y final a partir de las observaciones realizadas. El coeficiente de Spearman arrojó un valor de  $r = 0.99996$ ,  $P < 0.001$ . La medición del coeficiente de Crombach arrojó un valor de 0.9534 que se sitúa por encima del valor umbral 0.70, y la validez arrojó un Spearman 0.7452,  $p < 0.001$ , y un coeficiente de correlación de Pearson significativo con 0.9470, (valor de  $p < 0.001$ ). Las clases funcionales IV mostraron mayor índice de incapacidad. (Anexo 3)

El cuestionario demostró su capacidad de obtener estadísticamente similares resultados que el original en el estudio de los pacientes, su capacidad de detectar si existen cambios perceptibles mostrando una fuerte consistencia interna, validez y confiabilidad. Resulta en suma un instrumento clinimétrico propio, válido eficaz sencillo y fácil de aplicar para evaluar pacientes con diferentes grados de discapacidad por artritis reumatoide. (25)(71)

### **2.3 Estudio Comunitario de pilotaje COPCORD en el municipio Cerro**

Las características generales del estudio realizado así como sus resultados se exponen a continuación

Tamaño muestral de 300 adultos cubanos del Municipio Cerro considerando sujetos sobre los 18 años.

Entrevista individual a cada sujeto en su casa, de forma administrada por un encuestador médico previamente entrenado mediante un seminario a propósito. Aplicación al azar hasta alcanzar la cifra prefijada de sujetos del municipio Cerro comunidad Santa Catalina. Los que actuaron como encuestadores fueron tres médicos especialistas en Medicina Interna y Reumatología entrenados. Tasa de participación del 99%.

Se realizó la evaluación clínica: llenado del cuestionario y examen físico para corroborar los resultados referidos en el interrogatorio.

Los objetivos estuvieron dirigidos a determinar la frecuencia general de las enfermedades reumáticas en la comunidad de Santa Catalina Cerro y conocer la discapacidad asociada a estas enfermedades así como el comportamiento en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional.

Metodología.

Se realizó un estudio descriptivo, mediante la aplicación de una encuesta comunitaria domiciliaria aplicada por médicos especialistas en Medicina Interna y reumatólogos entrenados. Los pacientes fueron escogidos al azar en un tamaño muestral preestablecido como óptimo por las fórmulas correspondientes. Se aplicó casa por casa y con el consentimiento oral de los participantes.

El tamaño muestral se obtuvo de acuerdo con las experiencias anteriores de estudios similares internacionales. Se estimó una prevalencia esperada de un 36% de los síntomas reumáticos para la población durante la última semana correspondiente al muestreo. Se consideraron las patologías previamente reportadas libre de traumas. Se consideró un error del 2% con un nivel alfa del 0.05%.

La evaluación y clasificación en el orden diagnóstico fue realizada atendiendo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR). (Anexo 4-8)

El análisis y recogida de los datos se realizó mediante el programa D-base III, se crearon tablas de frecuencia, análisis por test de Chi cuadrado y se estableció el nivel de significación en un valor  $P < 0.05$

Los resultados obtenidos de esta investigación fueron considerados de un inestimable valor al mostrar datos de sumo interés que previamente no estaban disponibles en cuanto a prevalencia de las enfermedades reumática en una comunidad cubana. Además aunque el estudio tenía carácter preliminar, serviría de pilotaje para desarrollar posteriormente nuevos estudios más completos con un muestreo suficiente y detallado diseño.

Predominó el sexo femenino con el 59.6% de la serie, así como los sujetos de piel blanca y estado civil casado. La prevalencia general de enfermedades reumáticas se constató en 42.2% de la serie estudiada..

La osteoartritis fue la patología más frecuente detectada con una frecuencia del 19.6%, los reumatismos de partes blandas con el 6.1% y en 5.7% el dolor lumbar bajo. La artritis reumatoide alcanzó una frecuencia del 2.7%, elevado porcentaje probablemente determinado por la inclusión de pacientes con la artritis reumatoide juvenil. La fibromialgia y lupus en 0.7%.

La discapacidad asociada a estas enfermedades fue elevada, con 7.4%

#### **Conclusiones.**

El Instrumento COPCORD demostró su capacidad de pesquisar el síntoma reumático en la comunidad, propició determinar la frecuencia elevada con la cual se presentan las enfermedades reumáticas en la comunidad, la elevada discapacidad que generan, y un estimado de cual es el comportamiento general orientado a la búsqueda de ayuda médica profesional. Estos resultados no se alejan de los reportados en las anteriores experiencias ofrecidas por los estudios internacionales publicados.

#### **2.4. Aplicación del Cuestionario COPCORD, en un área de salud urbana atendida por el médico de la familia.**

En el año 1999 se realizaron nuevos estudios en poblaciones comunitarias urbana y rural de Cuba aplicando el cuestionario COPCORD. Esas investigaciones le dieron continuidad al estudio de pilotaje realizado en el Cerro.(71-75)

Penedo Coello (72) en Lawton como parte de nuestro proyecto general epidemiológico para el pesquise de enfermedades reumáticas, realizó su trabajo de Terminación de Residencia (TTR) en dicha comunidad aplicando el instrumento ya validado.

Utilizó los mismos criterios operacionales y similares estrategias con un mayor nivel organizativo luego de establecer objetivos bien definidos para determinar la prevalencia de las enfermedades reumáticas e invalidez asociada en el área de salud del Policlínico Comunitario de Lawton,

El estudio prospectivo, descriptivo comunitario en el Consultorio P44-1 del área de salud del Policlínico Docente Lawton, en una muestra aleatoria 300 pacientes atendidos por el médico de familia. Entrevista realizada en el hogar, la evaluación realizada por un médico

familiar entrenado y un especialista en reumatología. El tamaño muestral se calculó basados en investigaciones anteriores para una prevalencia esperada del 36%, con un margen de error del 2% y un nivel alfa de 0.05%. El Análisis estadístico se efectuó luego de introducir los datos recogidos en el cuestionario COPCORD, en una base de datos del programa Statistics de sistema Windows 95. Se hicieron cálculos porcentuales, de frecuencia y significación estadística, aplicación del test de Chi Cuadrado considerando como significativo un valor de  $P < 0.05$ .

Los resultados mostraron una prevalencia general para las enfermedades reumáticas en un 43.3% cifra muy similar al estudio piloto realizado en Cuba e internacionales revisados incluyendo el de validación internacional. La osteoartritis fue la afección más frecuente con un 22.7%, dolor lumbar bajo 7.7% y la artritis reumatoide en 1.33% muy similar a los estudios internacionales de prevalencia ya comentados.

La discapacidad asociada resultó considerablemente elevada, ubicada en un 6.3% con un índice de HAQ promedio de 0.46, DS / 0.81 considerado ligero.

Conclusiones del estudio realizado en población urbana:

Las enfermedades reumáticas resultan altamente prevalentes en la comunidad, con la osteoartritis como la más frecuente. La A. R se comporta como en otras latitudes, y los niveles de discapacidad constatados resultan de un nivel elevado. Esta investigación reproduce de manera muy similar los resultados obtenidos en el estudio de pilotaje efectuado en el Cerro. Probablemente no existan diferencias sustanciales entre diferentes comunidades en nuestro medio, y sugerimos la realización de un estudio comunitario en población rural el cual podría en el orden comparativo brindar una valiosísima información en ese sentido.

## **2.5. Prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas en una población rural de Cuba. Aplicación del cuestionario COPCORD.**

### **Características del estudio:**

Estudio prospectivo descriptivo de 300 sujetos sobre 18 años en la población de Palmira en Cienfuegos realizado en el año 2000. Entrevista individual casa por casa. (73) (74)

Los objetivos del estudio estuvieron centrados en determinar la frecuencia comunitaria de las enfermedades reumática en una población rural cubana así como la invalidez asociada y determinar el comportamiento comunitario de la población rural en la búsqueda de ayuda.

El fundamento teórico estuvo basado en que hipotéticamente los resultados que se obtuvieran a nivel de la comunidad rural podrían ser similares a los que se habían obtenido a nivel urbano atendiendo a que no existan diferencias étnicas ni raciales regionales, diferencias ambientales sustanciales o socioeconómicas de peso entre nuestras comunidades que marquen la diferencia. Estos datos complementarios lograrían acercarnos a la realidad de lo que ocurre en la población general cubana.

La evaluación, los materiales y métodos en este estudio COPCORD siguieron los mismos parámetros que estudios precedentes. Todos los pacientes ofrecieron su consentimiento verbal, y las encuestas fueron desarrolladas por un médico residente de reumatología y un Internista. Los casos que refirieron síntomas reumáticos fueron corroborados por examen físico y algunos (1%) necesitaron la realización de exámenes complementarios.

Los datos fueron recogidos en EXCELL y el análisis estadístico se realizó con un paquete SPSS.

La evaluación de la discapacidad se realizó aplicando la sección de invalidez del cuestionario HAQ.

En el orden Socio-demográficos, 158 (52.6%) mujeres, y 142 (47.3%) hombres con predominio del sexo femenino, blancos con 207 (69%), y entre 30 y 44 años como grupo de edades mayoritario. Hubo un predominio en el orden laboral de los obreros agrícolas con 108 (36%), amas de casa 107 (35.7%), jubilados 34 (11.3%), con bajo nivel de técnicos y profesionales con 7.3% y 3.3% respectivamente.

El dolor como síntoma reumático estuvo presente en el 43.6% de la serie. Este dolor fue predominante en rodillas, cuello, región lumbar al igual que en los estudios precedentes. La osteoartritis alcanzó el 17% del estudio y dolor lumbar bajo 11.3% así como 5.3% los reumatismos de partes blandas. Estos resultados son muy similares a los que constatamos en otros estudios nacionales e Internacionales.(71)(73)(75)(76) (77)

Resultó de interés que los investigadores hallaron una frecuencia del 1% de fractura ante trauma mínimo en mayores de 55 años por lo cual se estableció el diagnóstico presuntivo, pero con gran fuerza de fractura osteoporótica.

De igual modo el comportamiento en la búsqueda de ayuda estuvo dirigido a la atención médica fundamentalmente y en particular al médico familiar (58%) y solamente 4 (2.9%) acudieron a tratarse con un reumatólogo.

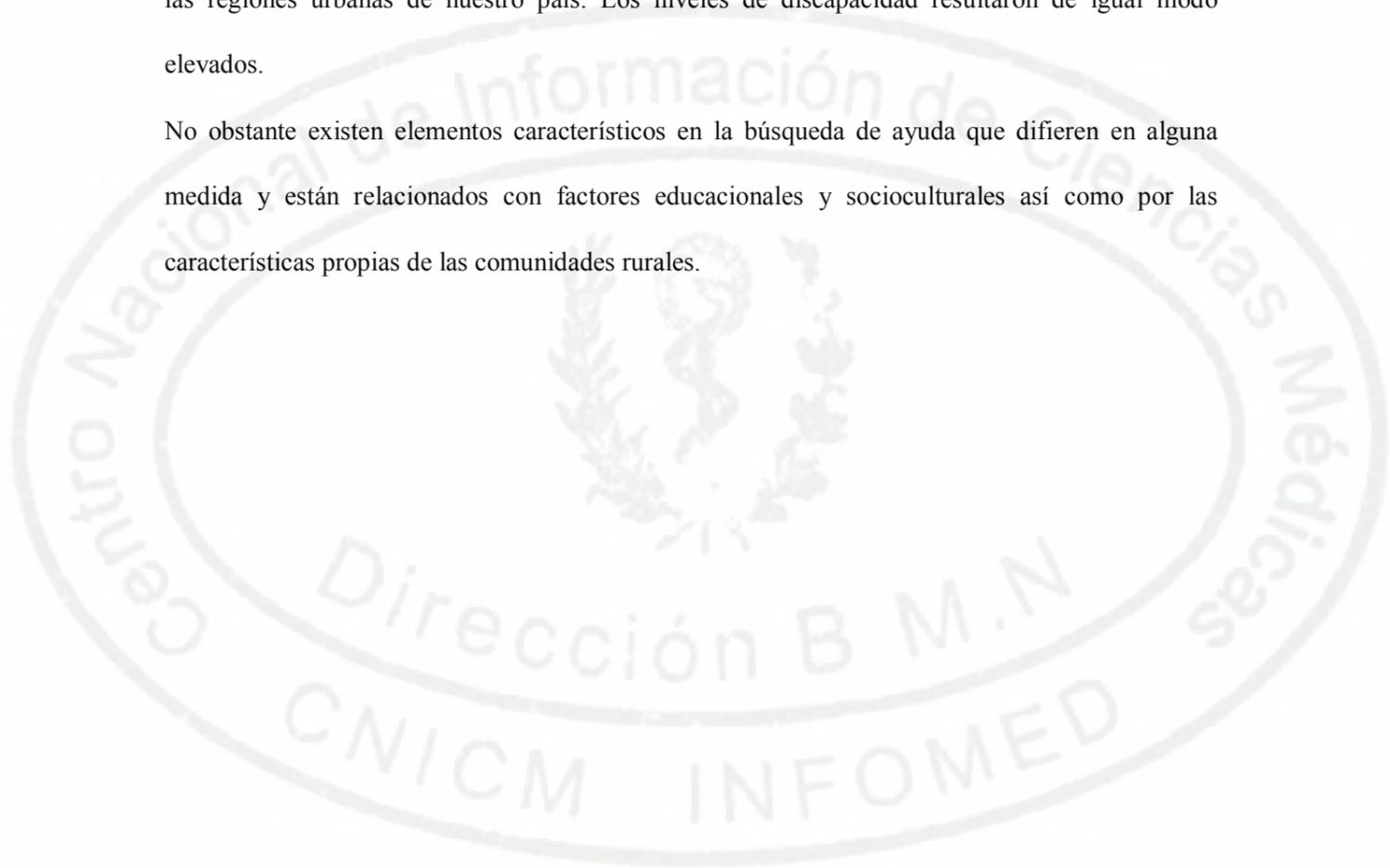
La discusión estuvo centrada en considerar como bajo el nivel escolar general de la serie en relación con las regiones urbanas, sin embargo por encima de muchos estudios similares en otros países subdesarrollados. La prevalencia general del dolor y de la principales afecciones reumáticas en general resultó muy similar al resto de los estudios realizados en poblaciones comunitarias urbanas. El dolor lumbar algo más prevalente, puede estar en relación con la rudeza de las labores agrícolas que realizan los campesinos altamente demandantes en cuanto a esfuerzo físico en una población que mayoritariamente se dedica a este tipo de labores.

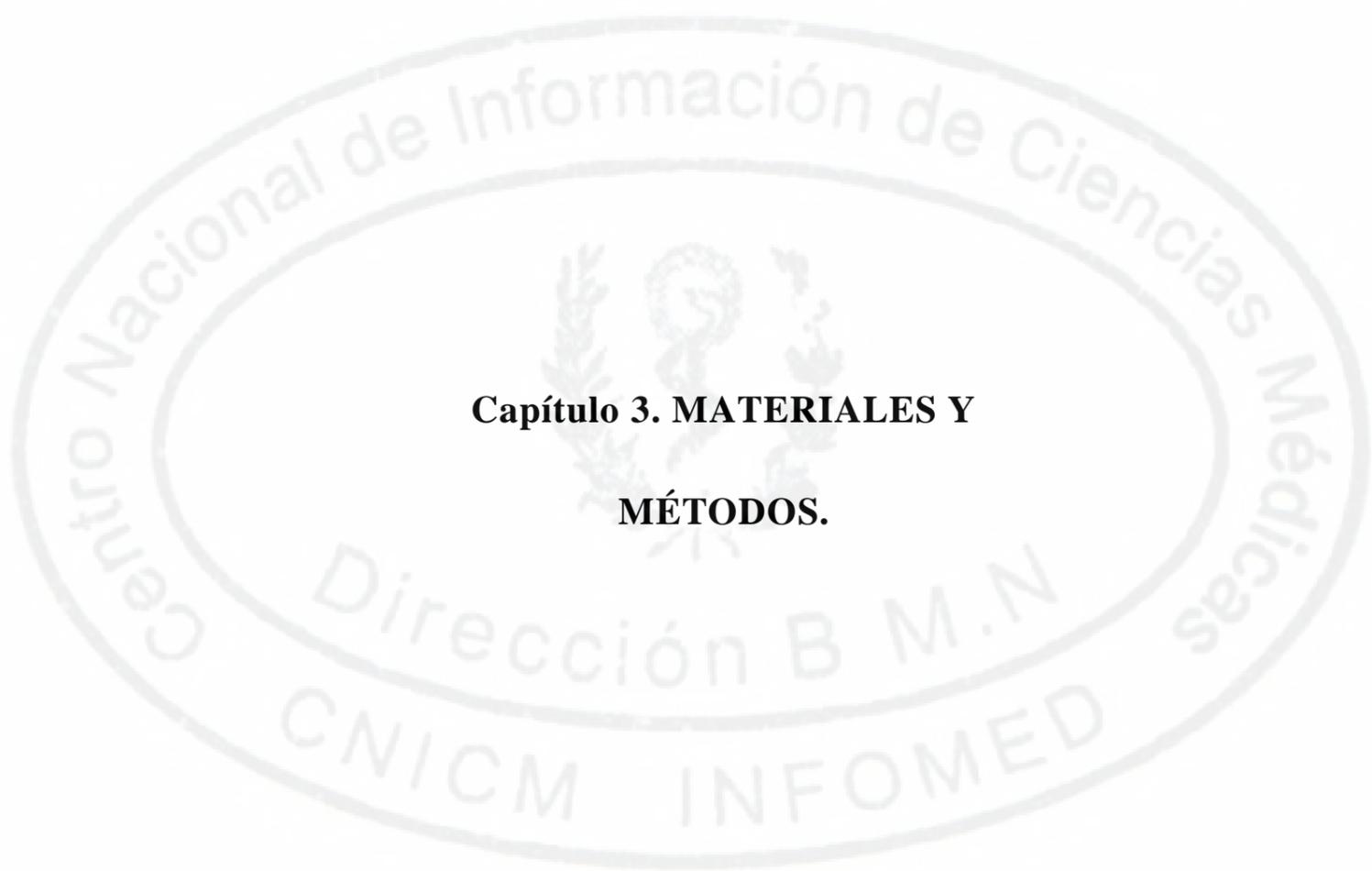
El comportamiento en la búsqueda de ayuda estuvo marcado por las características propias de los campesinos y la menor factibilidad de acceso a los medios hospitalarios.

**Conclusiones.**

Las enfermedades reumáticas son altamente prevalentes en la comunidad rural y no existen diferencias sustanciales en su forma de expresión en relación con las observaciones realizadas en las regiones urbanas de nuestro país. Los niveles de discapacidad resultaron de igual modo elevados.

No obstante existen elementos característicos en la búsqueda de ayuda que difieren en alguna medida y están relacionados con factores educacionales y socioculturales así como por las características propias de las comunidades rurales.





**Capítulo 3. MATERIALES Y  
MÉTODOS.**

### **Capítulo 3.**

#### **MATERIALES Y MÉTODOS.**

##### **3.1. Diseño metodológico de la investigación**

Antes de entrar en los detalles acerca de la metodología con la cual fue desarrollado nuestro trabajo de investigación acerca de la prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas y otros factores epidemiológicos de interés, consideramos oportuno describir las características del instrumento comunitario aplicado a la población objeto de estudio.

Este instrumento ya ha sido validado por Bennett y Cardiel para ser aplicado en países de habla hispana. Nosotros a modo de control de calidad realizamos además el estudio piloto previo, y validamos la sección de discapacidad e invalidez del cuestionario por el carácter de instrumento de medición que tiene el HAQ. De esta manera se logra garantizar aún más la exactitud de las respuestas obtenidas y reducir los posibles sesgos introducidos por la adaptación trans-cultural del cuestionario.

##### **Características del Instrumento COPCORD**

Instrumento de pesquisaje comunitario desarrollado por investigadores bajo el auspicio de una iniciativa Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), La Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR), y la Asociación Panamericana de Reumatología. (PANLAR) cuya implementación está dirigida a países en desarrollo.

Entre las características del Instrumento está que consta de nueve secciones:

- 1- Explicación del estudio,
- 2- Recogida de los datos sociodemográficos.
- 3- La evaluación del dolor como síntoma cardinal de las enfermedades reumáticas,

- 4- Distribución y duración del dolor.
- 5- Historia presente o remota de traumatismos.
- 6- Invalidez asociada a las enfermedades que se estudian.
- 7- El comportamiento en la búsqueda de ayuda.
- 8- La adaptación al problema o conducta de enfrentamiento ante el mismo, y por último:
- 9- La comprensión del cuestionario.

Nosotros incluimos como apéndice a partir de los resultados de los estudios de pilotaje, y comunitarios de Lawton y Palmira, algunos factores evaluados como variables relativas al desarrollo de osteoporosis, frecuencia con la cual se han presentado dichas fracturas de diversas localizaciones, y el riesgo asociado a su génesis y desarrollo.

### **3.2. Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio analítico observacional de prevalencia entre los meses de febrero 2002 y noviembre del 2003, para evaluar la frecuencia comunitaria de las enfermedades reumáticas mediante la aplicación de una encuesta domiciliaria ya validada a 3155 adultos del área de salud del Policlínico Docente Lawton. La discapacidad asociada a estas enfermedades fue evaluada mediante la versión cubana de la subescala de discapacidad para adultos (HAQ-CU).(25) Los determinantes en la búsqueda de ayuda, lo apropiado del empleo de los tratamientos, y la adaptación psicológica ante el problema que estas enfermedades representan, también fueron evaluados en el estudio.

### **3.3. Características Sociodemográficas.**

-Área de salud del Policlínico Docente del Municipio Lawton la cual cuenta con una población de adultos estimada según Censo de salud comunitaria del departamento de Archivos y Estadísticas del policlínico con 22 901 ciudadanos.

-Datos estadísticos del Policilínico Lawton actualizados en mayo del 2002.

- Concepto poblacional de adultos sobre los 18 años.
- Sexo Femenino 11 539. Masculino 11 362.
- Nivel educacional promedio alrededor del noveno grado.
- Distribución ocupacional observada: Mayor frecuencia de obreros, técnicos, profesionales y amas de casa.
- Cobertura médica completa por el médico de familia del policlínico.
- Consultorios médicos familiares 48 con registros de fichas familiares que incluyen a todos los miembros de cada núcleo familiar y el diagnóstico de salud personal.
- Promedio estimado de 152 casas y 460 ciudadanos por médico familiar.
- Centro de referencia Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre.

#### **3.4. Tamaño muestral del estudio**

Para la realización del cálculo del tamaño muestral, nos basamos en estudios poblacionales similares y utilizamos las tablas establecidas para estos efectos. La prevalencia de síntomas reumáticos propios de afecciones reumáticas encontrada en la realización de los estudios llevados a cabo en el Municipio Cerro, y el desarrollado en Lawton fue de un 43 % promedio en el período de muestreo con un margen de error del 2%, un nivel alfa del 0.05%. Se consideró que de acuerdo a las fórmulas establecidas para este tipo de estimaciones se necesitaba entrevistar un mínimo de 2134 sujetos. La muestra se obtuvo aleatoriamente de acuerdo a los métodos establecidos para cálculo de tamaño muestral utilizando el paquete EPIINFO, entre los 22,901 ciudadanos del área de salud Lawton. En total fueron encuestados 3155 sujetos del área de salud teniendo en cuenta un 10% de no respuestas, y la posibilidad pre-establecida de incluir sujetos de todos los núcleos familiares.

### **3.5. Selección de los sujetos.**

Los datos del registro poblacional de salud que obran en los archivos del Policlínico Lawton, se utilizaron para generar una muestra aleatoria de ciudadanos mayores de 18 años. Cada casa de familia representada por la ficha familiar archivada en cada uno de los consultorios médicos fue considerada e incluidos todos los adultos y con ellas se realizó un muestreo aleatorio utilizando las tablas de números aleatorios disponibles para estos fines. Se estableció que entraran al estudio 40 casas entre las 152 promedio que tienen a su cargo cada uno de los médicos familiares y serían objeto de estudio todos los sujetos mayores de 18 años incluidos en las fichas clínicas del núcleo familiar seleccionados que estuviesen presentes al realizarse la visita por el encuestador primario. Se estimó que fuese entrevistado al menos un ciudadano de cada núcleo familiar por lo cual se realizarían de ser necesario hasta tres visitas al hogar, en horarios preferentemente extra laborales y fines de semana para evitar sesgos de sobre-representación en amas de casa, jubilados y ancianos. En total los 48 médicos familiares del municipio participaron en el estudio fungiendo como encuestadores primarios, después de pasar un seminario de entrenamiento para familiarizarse con la técnica de la entrevista, las formas de expresión clínica de las principales afecciones reumáticas y las características del instrumento a aplicar. Contamos además con la colaboración como supervisores para la realización exitosa del pesquaje, con los especialistas jefes de grupos básicos de trabajo en el área de salud, y los docentes. Cada ficha familiar contiene un expediente clínico de cada uno de los miembros de cada familia, con el control de todos sus registros diagnósticos.

Así alcanzamos a encuestar una cifra de 3155 adultos del área de salud Lawton representando a los 1920 núcleos seleccionados cifra que consideramos óptima de acuerdo con los cálculos pre-establecidos.

### **3.6. La entrevista: evaluación, diagnóstico y evaluadores.**

La entrevista se realizó en el hogar de los sujetos seleccionados a los cuales se les explicó detenidamente el motivo e interés que perseguía el estudio, se les pidió su consentimiento verbal luego de explicarles su derecho a participar o no, sin repercusión alguna negativa para el o su familia considerando además que el proyecto estaba aprobado por los comités de ética y científicos del CIMEQ y Lawton. La entrevista y examen físico del sistema osteomioarticular fue realizada por los médicos de familia del municipio Lawton conocedores de su área, luego de haber sido seminariados en la técnica de la entrevista, evaluación clínica y uso del instrumento. La entrevista se desarrolló formulando preguntas claras y directas no dejando margen para las dudas y en un ambiente de familiaridad y rapport que le concede una mayor confiabilidad a la información recogida. En todos los casos se efectuó sin dificultades con el empleo promedio de ocho minutos para aplicar el cuestionario.

#### **Evaluación y Diagnóstico:**

Dos especialistas de segundo grado en reumatología auxiliados por un especialista en Medicina General Integral con años de entrenamiento en reumatología clínica y en particular en la aplicación de este tipo de encuestas, supervisaron la realización y ejecución de la investigación en el terreno. Fueron evaluados como casos con patología reumática aquellos sujetos que se quejaron de dolor, dolor a la presión, rigidez en los huesos músculos o articulaciones ó coyunturas en los últimos siete días o anteriormente, sin un trauma evidente que lo justificara. Se consideró la intensidad duración y frecuencia del dolor, así como la invalidez funcional que determinaba. Esta se midió solo en los casos con limitación actual para evitar sesgos

La valoración realizada consideró el diagnóstico recogido en la ficha familiar del encuestado pudiendo ser corroborado, modificado o establecido uno nuevo basados en los síntomas y signos reumáticos derivados del interrogatorio y examen físico así como las experiencias adquiridas durante la fase de entrenamiento preparatoria. En enfermedades específicas como osteoartritis, artritis reumatoide, gota, espondilitis anquilopoyética entre otras se tuvieron en cuenta los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología.

En todos los casos con diagnóstico difícil de establecer o dudoso, patología reumática potencialmente grave, con peligro para la vida y/o funcionalidad disminuida de los pacientes se determinó que fuesen revalorados, confirmado el diagnóstico y orientados en el orden terapéutico por los especialistas a cargo del estudio. Las patologías más comunes como reumatismos de partes blandas, dolor lumbar u osteoartritis que cumplían con los criterios diagnósticos establecidos y no eran graves, no fueron necesariamente evaluadas por los investigadores principales. El 10% de aquellos reportados como sin criterios de ser casos con afecciones reumáticas potenciales fueron evaluados también como control de la calidad

Todos los pacientes fueron evaluados siguiendo los criterios diagnósticos del ACR y las patologías no incluidas en dichos criterios, de forma operativa basados en las experiencias clínicas, (anexo 4-8)

Los pacientes con afecciones graves fueron reorientados para su control y seguimiento en centros de referencia para las afecciones reumáticas, y el resto continuaron su seguimiento por el médico de familia. En los casos necesarios se corroboró el diagnóstico clínico con exámenes complementarios y/o radiológicos.

### **Evaluadores.**

Las características de los evaluadores que actuaron que son médicos de familias preparándose para ser especialistas algunos de ellos, profesores internistas, especialistas jefes de grupo básico de trabajo, entrenados previamente le confieren al estudio una notable garantía y solidez en la recogida de los datos y valoración de los diagnósticos primarios. Permitió que los reumatólogos a cargo de la investigación recibieran en realidad los casos más complejos, de difícil diagnóstico, o aquellos en que no se les había establecido un diagnóstico definitivo por su complejidad o atipicidad de presentación. Permitió además una orientación inmediata de las conductas a seguir, de la eficacia o no del tratamiento que seguían, o de la problemática de llevar tratamiento no orientado por el médico, automedicarse, o llevar terapia científicamente no aprobada.

### **3.7. Análisis estadístico de los datos.**

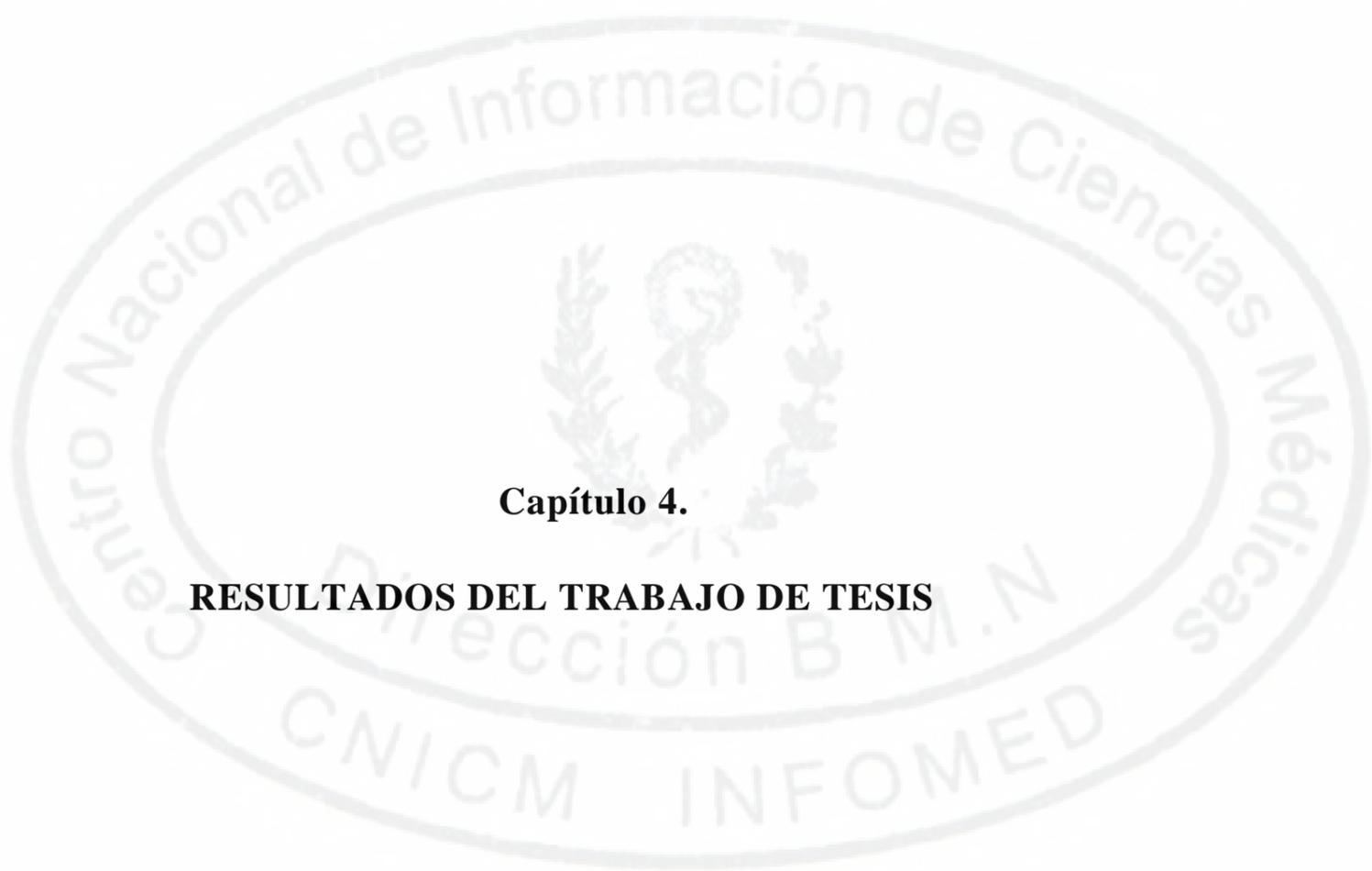
Se trata de un estudio analítico exploratorio el cual nos informa acerca de la prevalencia de síntomas y afecciones reumáticas en la comunidad. Se recogió la información en una base de datos en programa Excell y se corrió también en los paquetes estadísticos EPI-INFO, SPSS y NCSS 2000 and Pass Trial los que han servido de soporte para los análisis utilizando las frecuencias relativas, porcentajes, tasas, significación estadística situada en un valor de  $p < 0.05$ . Realizamos análisis de las diferencias de proporciones por test de Chi cuadrada, y análisis de regresión logística multivariado para evaluar asociación de riesgo entre variables, intervalos de confianza a cada prevalencia específica con un 95% de intervalo y margen de error del 2%.

### **3.8. Aspectos éticos.**

Este proyecto fue sometido al análisis de la Comisión de Ética y Científica del CIMEQ y del Policlínico Lawton. Se necesitó de la aprobación o consentimiento verbal de los pacientes para entrar al estudio aunque no se trataba de un ensayo clínico. Todos los ciudadanos del municipio tuvieron las mismas posibilidades de participar si deseaban solo influenciado el hecho por el azar, y se preestableció que todos los casos con enfermedades graves o potencialmente peligrosas para la vida o discapacitantes serían orientados a una atención especializada si no contaban con ella o hacia centros de referencia nacional.

### **3.9. Evaluación de recursos materiales y costos.**

Los estudios epidemiológicos en general resultan laboriosos, difíciles de realizar y muy costosos por el despliegue en recursos materiales y humanos a utilizar. Investigaciones similares han determinados costos de 120,000 US, en México, y hasta dos veces esa cifra en España y E. Unidos. En Cuba nuestra investigación fue realizada gracias a nuestro sistema de salud con el concurso de las autoridades de salud del municipio y policlínico Lawton y CIMEQ, fondo de tiempo de los 48 médicos familiares, profesores y jefes de grupo. Se requirió de recursos para la realización de exámenes de laboratorio y radiología al 1.5% de los encuestados o sea el 3.5% de los enfermos reumáticos para corroborar su diagnóstico. Dichos exámenes fueron realizados en el S. Nac. de Reumatología y CIMEQ.. Los recursos de papelería, transportación, impresión y logística propia de la investigación corrieron a cargo de los investigadores principales del estudio. En suma resultaron bajos los costos, factible la ejecución de la investigación y eficiencia en su desarrollo.



**Capítulo 4.**

**RESULTADOS DEL TRABAJO DE TESIS**

#### **Capítulo 4.**

#### **RESULTADOS**

Antes de entrar en el análisis de los resultados que acaparan nuestra atención en este estudio comunitario, queremos señalar los principales datos sociodemográficos que caracterizan a la población objeto de estudio.

En la tabla 1 (Fig. 1), se recoge la distribución de los encuestados participantes en el estudio comunitario COPCORD, por sexos y grupos de edades.

Los sujetos fueron en total 3 1 5 5 encuestados de los cuales 1238 (39.24%) fueron del sexo masculino, y 1917 (60.76%) del sexo femenino. Decidimos distribuir a los pacientes por décadas y apreciamos que predominaron en ambos sexos los sujetos comprendidos entre 30 y 39 años con 282 (22.78%) de la muestra en el sexo masculino y 435 (22.69%) en el femenino. En total 717 (22.73%), conformaron la frecuencia general para esta década.

La edad promedio general de la muestra objeto de estudio alcanzó 47.9 años / DS 18.15. De manera global la muestra de estudio no se aparta de la distribución general de la población general cubana atendiendo a la estratificación por grupos de edades. El sexo femenino por su parte tuvo una más amplia representación.

Tabla 2: El nivel de escolaridad con que cuentan los ciudadanos encuestados se muestra en esta tabla.

Hubo un franco predominio de sujetos con un nivel de enseñanza preuniversitario, con 1 199 (38.0%) seguidos por los que alcanzaron la enseñanza media 936 (29.67); nivel de escolaridad primaria con 537 (17.02%) y los universitarios con 483 (15.31%). En nuestra investigación no constatamos personas analfabetas.(Fig.2)

**Tabla 1. Distribución de los encuestados por sexos y grupos de edades .**

Grupo de edad	masculino	%	femenino	%	total	%
18-29	228	18.42	299	15.60	527	16.70
30-39	282	22.78	435	22.69	717	22.73
40-49	214	17.29	312	16.28	526	16.67
50-59	180	14.54	264	13.77	444	14.07
60-69	168	13.57	279	14.55	447	14.17
70-79	109	8.80	210	10.95	319	10.11
80-89	51	4.12	103	5.37	154	4.88
90-	6	0.48	15	0.78	21	0.67
Total	1238	39.24	1917	60.76	3155	100.00

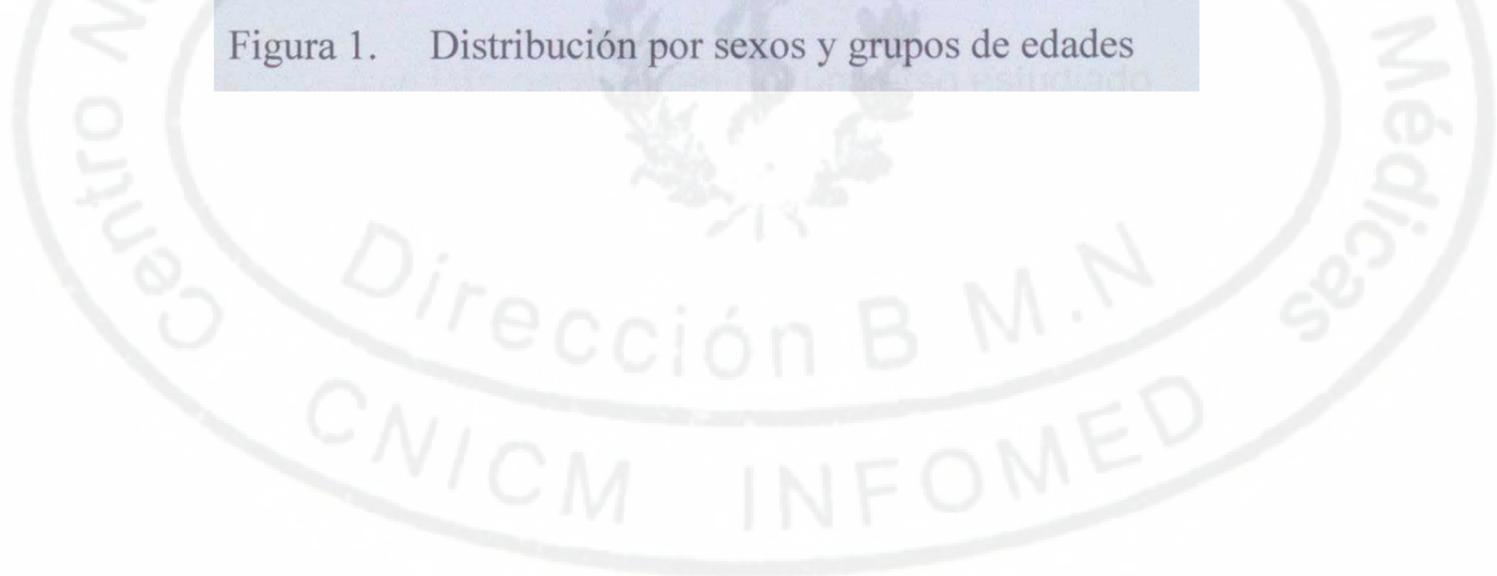
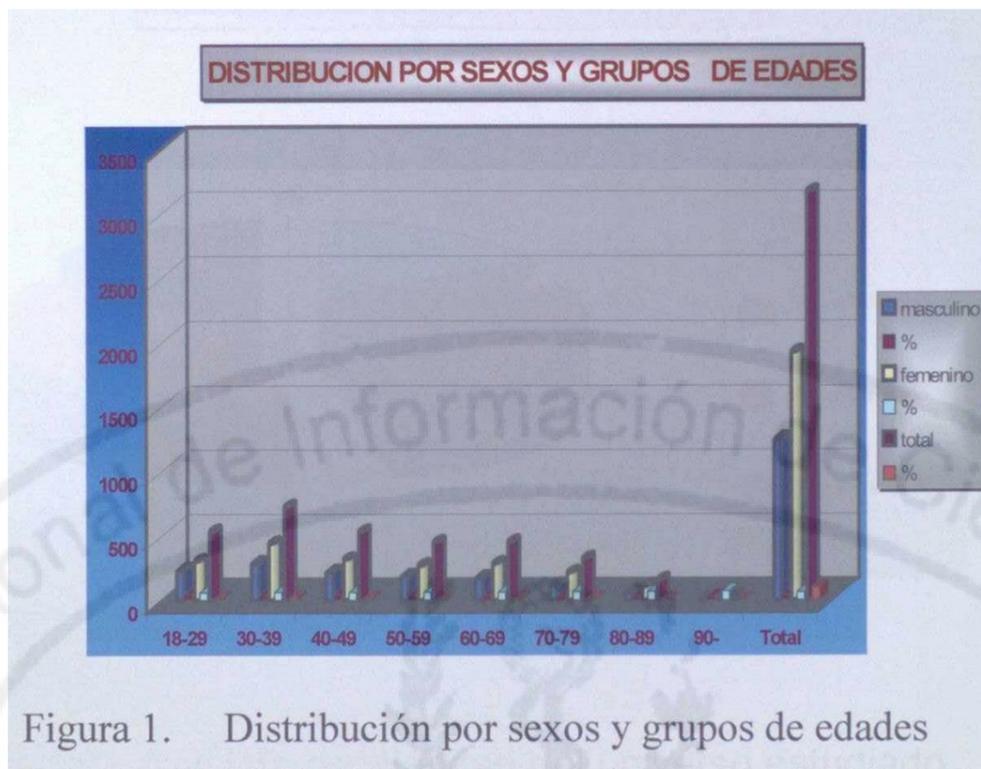
Fuente: Encuestas

(Edad promedio 47.9 DS / 18.15)

**Tabla 2. Nivel de escolaridad del universo estudiado.**

Escolaridad	cantidad	%
Primaria	537	17.02
Secundaria	936	29.67
Preuniversitario	<b>1199</b>	<b>38.00</b>
Universitario	483	15.31
Total	3155	100.00

Fuente: Encuestas



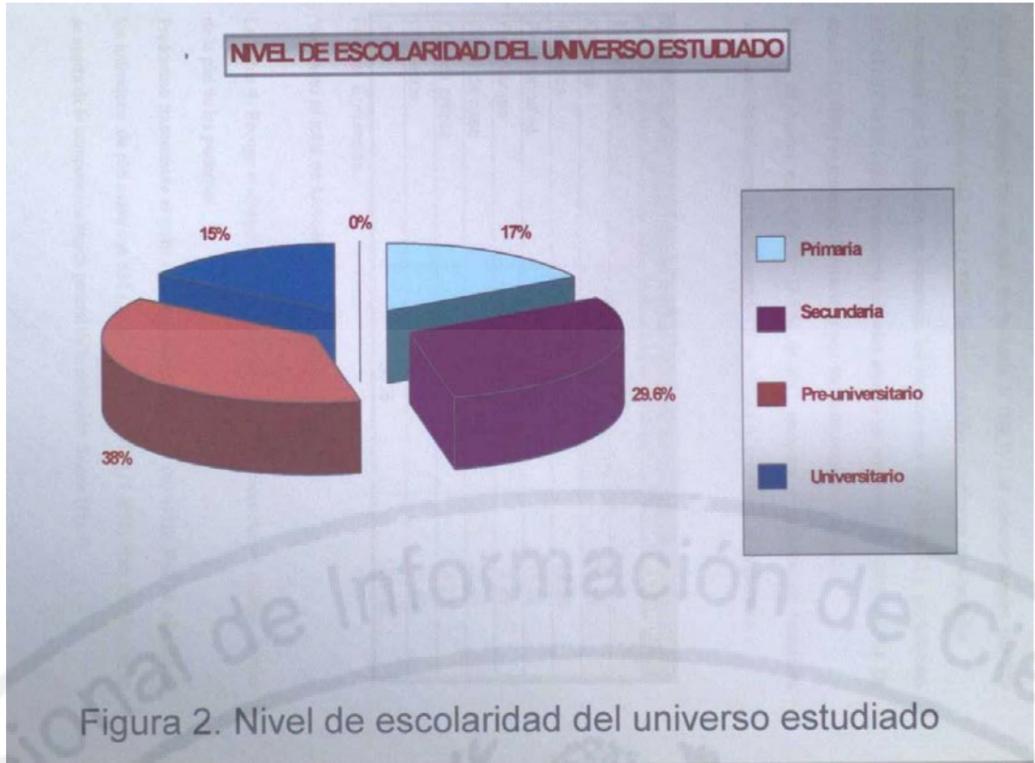
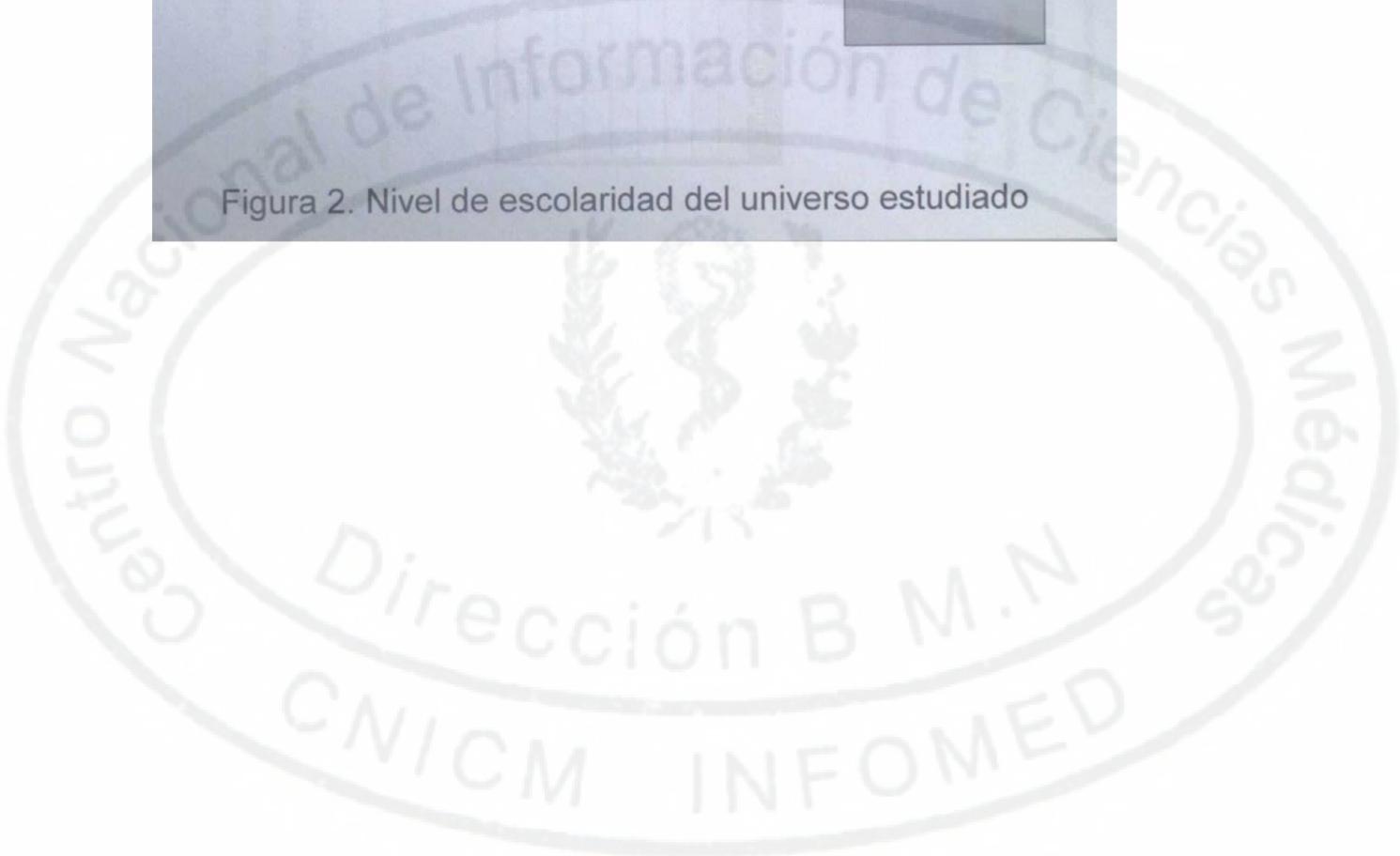


Figura 2. Nivel de escolaridad del universo estudiado



El perfil ocupacional fue recogido en la Tabla 3: (Fig.3) Los obreros simples con 729 (23.11%), y amas de casa 708 (22.44%) fueron los perfiles mayormente representados.

A continuación le siguieron en frecuencia los técnicos con 617 (19.56%) y profesionales 357 (11.32%) La cifra de personas jubiladas alcanzó un porcentaje de 486 (15.40%). De estos 33 (1.05%) se jubilaron directamente por las enfermedades reumáticas.

Resultó de interés que solo 49 (3.5%) de los pacientes con afecciones reumáticas requirieron de exámenes complementarios para efectuar o corroborar el diagnóstico.

**Tabla 3. Perfil ocupacional de la serie poblacional estudiada de Lawton.**

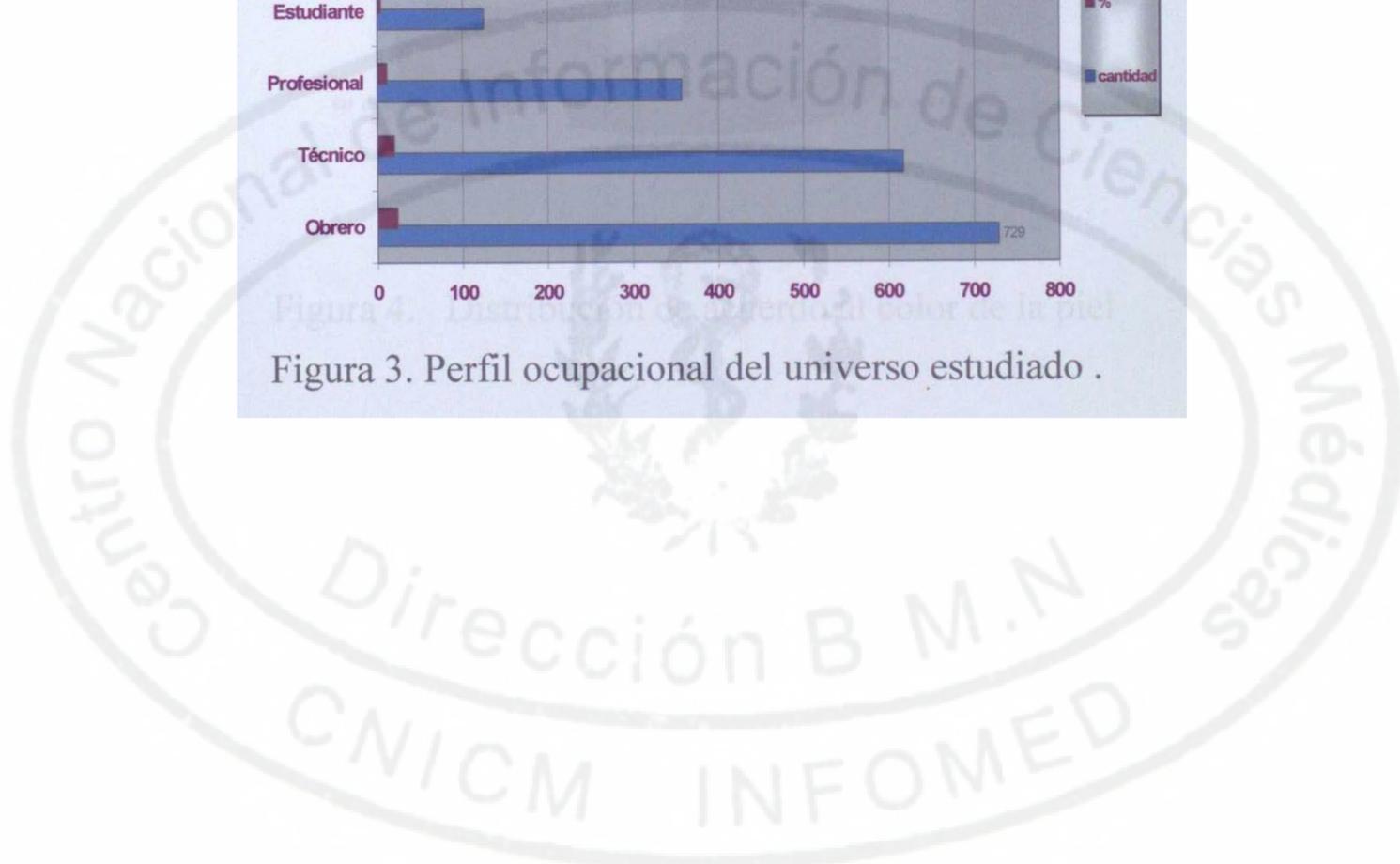
Ocupación	Cantidad	%*
Obreros	729	23.11
Técnicos	617	19.56
Profesionales	357	11.32
Estudiantes	125	3.96
Amas de casa	708	22.44
Cuenta propia	133	4.22
Jubilados	486	15.40
Total	3155	100.00

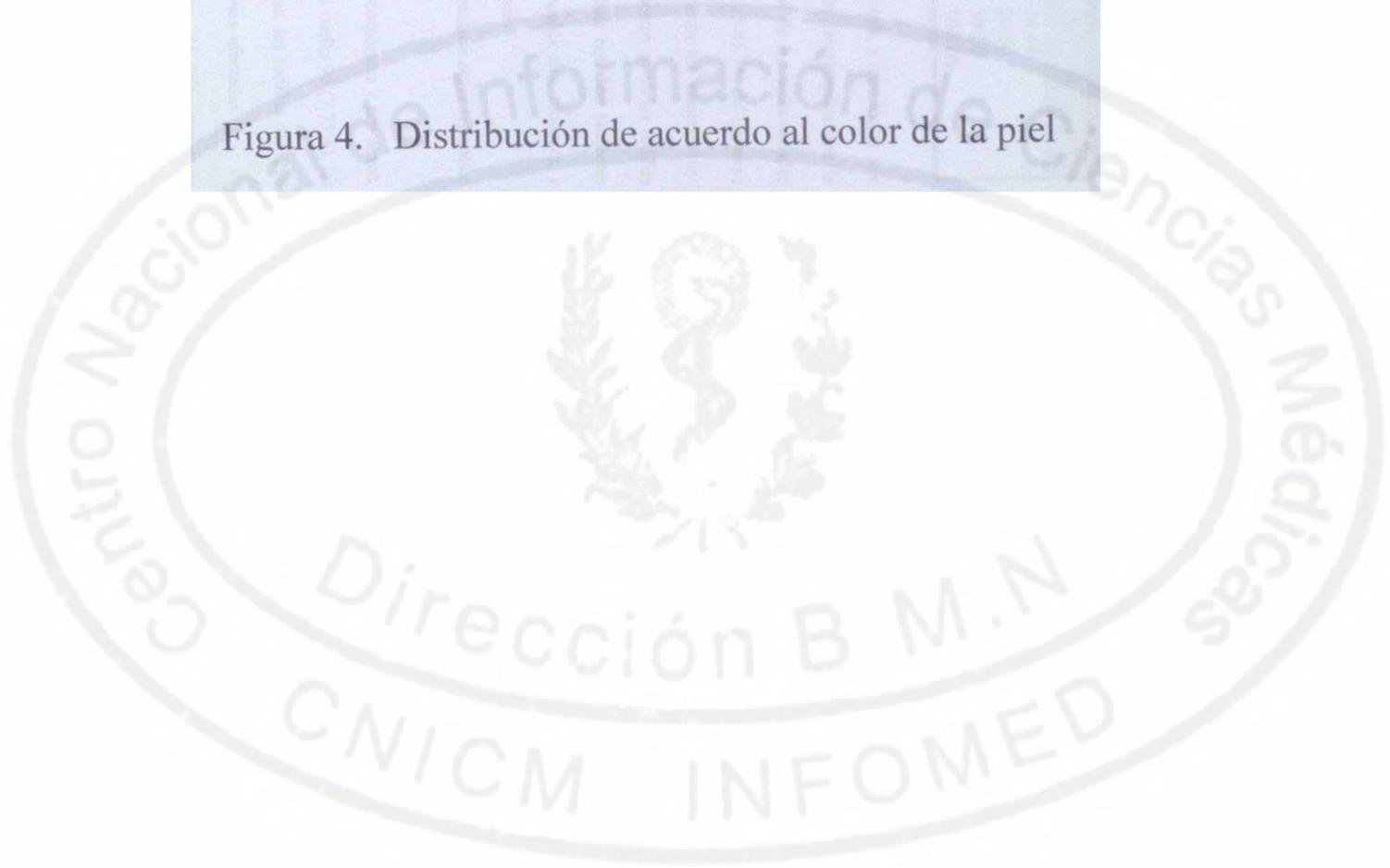
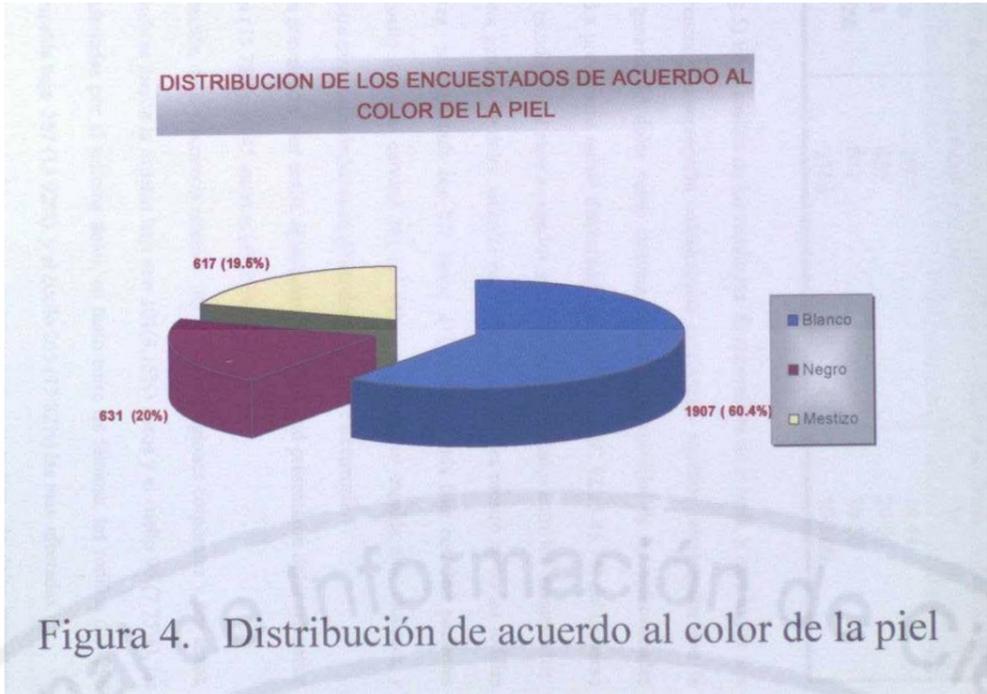
Fuente: Encuestas.

\*respecto al total de la muestra (n=3155)

La Tabla 4: Recoge el comportamiento en cuanto a los caracteres étnicos raciales o color de la piel de los pacientes.

Predominó francamente el color de la piel blanca con 1907 (60.44%)  $P < 0.05$ ; seguido de los individuos de piel negra con 631 (20%) y mestizos 617 (19.56%) Esta distribución no se aparta de la composición étnica general de la población cubana.(Fig.4)





<b>Tabla 4. Datos étnicos( color de la piel) de la población estudiada</b>		
<b>Caracteres</b>	<b>Cantidad de Casos(a)</b>	<b>%</b>
<b>Piel blanca</b>	1907	60.44
<b>Piel Negra</b>	<b>631</b>	<b>20.00</b>
<b>Piel Mestiza</b>	<b>617</b>	<b>19.56</b>
<b>Total</b>	<b>3155</b>	<b>100.00</b>

Tabla 5. (Fig.5) En el análisis de los resultados fundamentales de la tesis, y para lograr una mejor coherencia y comprensión comenzamos expresando aquellos relacionados con la prevalencia general del dolor como síntoma cardinal de expresión de las enfermedades reumáticas. La prevalencia quedó determinada en el 43.99% (IC 42.25-45.74) del universo de pacientes estudiados, al estar aquejados de dolor 1388 ciudadanos entre los encuestados. La prevalencia general de dolor articular por regiones corporales mostró como las rodillas fueron el área más afectada con 371 casos (11.76%), espalda baja con 368 pacientes (11.66%), cuello o región cervical 361 (11.44%), seguidos por espalda alta, muñecas, y hombros entre otras articulaciones en orden descendente de frecuencia.

Al evaluar la prevalencia por sexos, apreciamos como en total presentaron dolor reumático 443 hombres (35.78%), y 945 mujeres (49.29%).

En la distribución de la frecuencia relativa del dolor por regiones corporales y por sexos, entre los hombres fueron la espalda baja con 101(8.15%) casos y el cuello 96 (7.75%), las áreas más afectadas por el síntoma dolor, en tanto entre las féminas, las rodillas con 298 (15.54%), espalda baja 267 (13.92%) y el cuello 265 (13.82%) las más afectadas.

Con el interés de conocer la frecuencia relativa con que se quejan de dolor reumático ambos sexos y establecer comparaciones entre si, realizamos el análisis de proporciones para las tasas: así 443 / 1238 arroja 35.78 X 100 para los hombres y 945 / 1917 igual a

49.29 X 100 para las mujeres lo cual ofrece un valor de Chi cuadrada  $X^2 = 55.7$ , que alcanza significación estadística.  $p < 0.001$ . O R 95%.

Luego quedó demostrado que en el área de salud estudiada el sexo femenino se queja más frecuentemente de síntomas reumáticos como el dolor osteomioarticular que el sexo masculino, tal como habían observado otros investigadores. (Comunicación personal Prof. M.H. Cardiel. Investigador titular. Instituto de la Nutrición Salvador Zubirán de México. Tlalpan DF, comunicado febrero del 2003)

**Tabla 5 . Prevalencia comunitaria del dolor reumático general y por regiones corporales en el área de salud del Policlínico Docente Lawton.**

Región afectada	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cuello	96	7.75	265	13.82	361	11.44
Hombros	60	4.84	196	10.22	256	8.11
Espalda alta	64	5.16	213	11.11	277	8.78
Espalda baja	101	8.15	267	13.92	368	11.66
Codos	28	2.26	92	4.79	120	3.80
Muñecas	36	2.90	226	11.78	262	8.30
Dedos-Manos	36	2.90	203	10.58	239	7.58
Caderas	49	3.95	186	9.70	235	7.45
Rodillas	73	5.89	298	15.54	371	11.76
Tobillos	39	3.15	176	14.21	215	6.81
Dedos-Pies	36	2.90	96	5.00	132	4.18
Total con dolor.	443	35.78	945	49.29	1388	43.99 IC 42.25-45.74

Fuente : Encuestas.

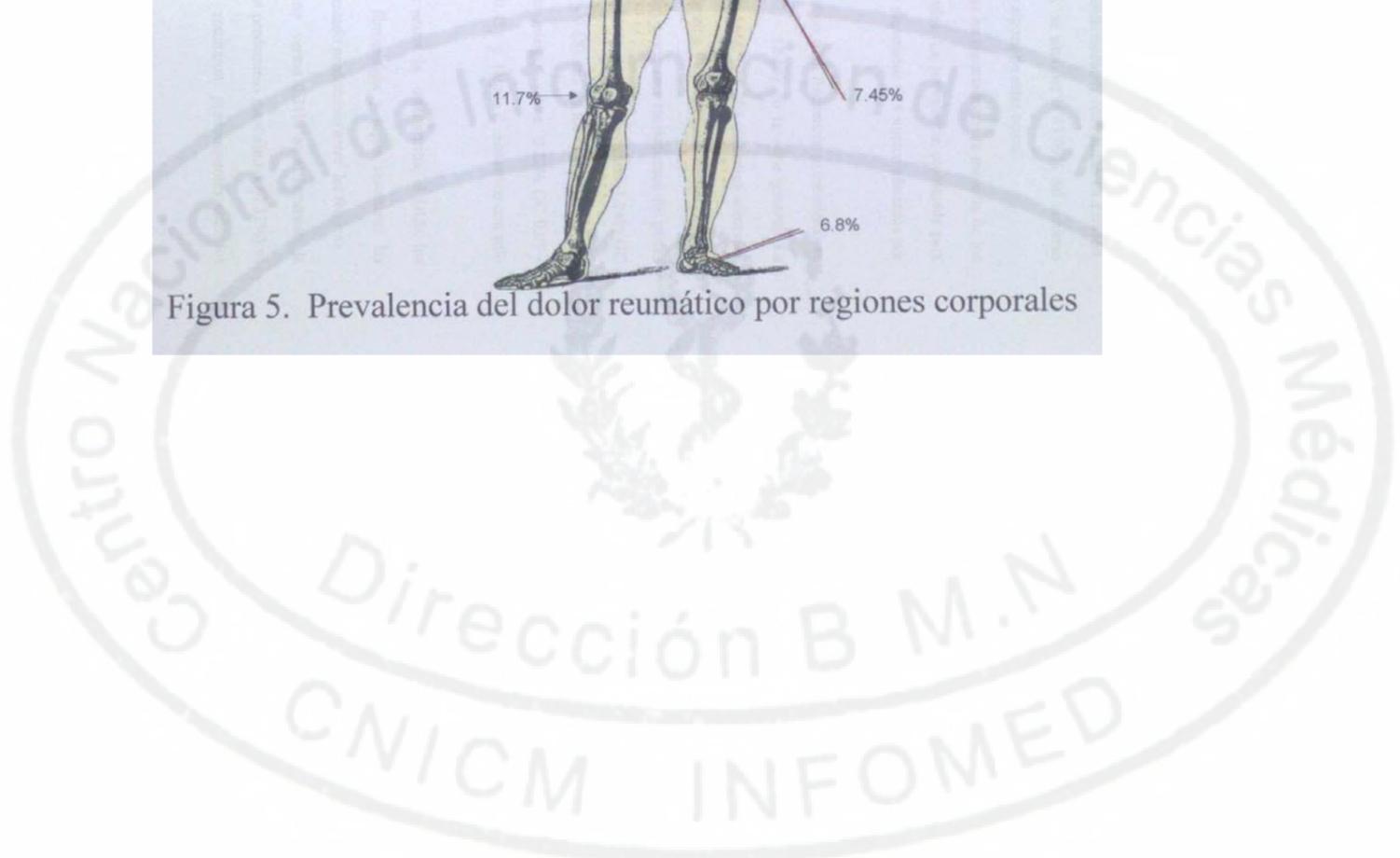
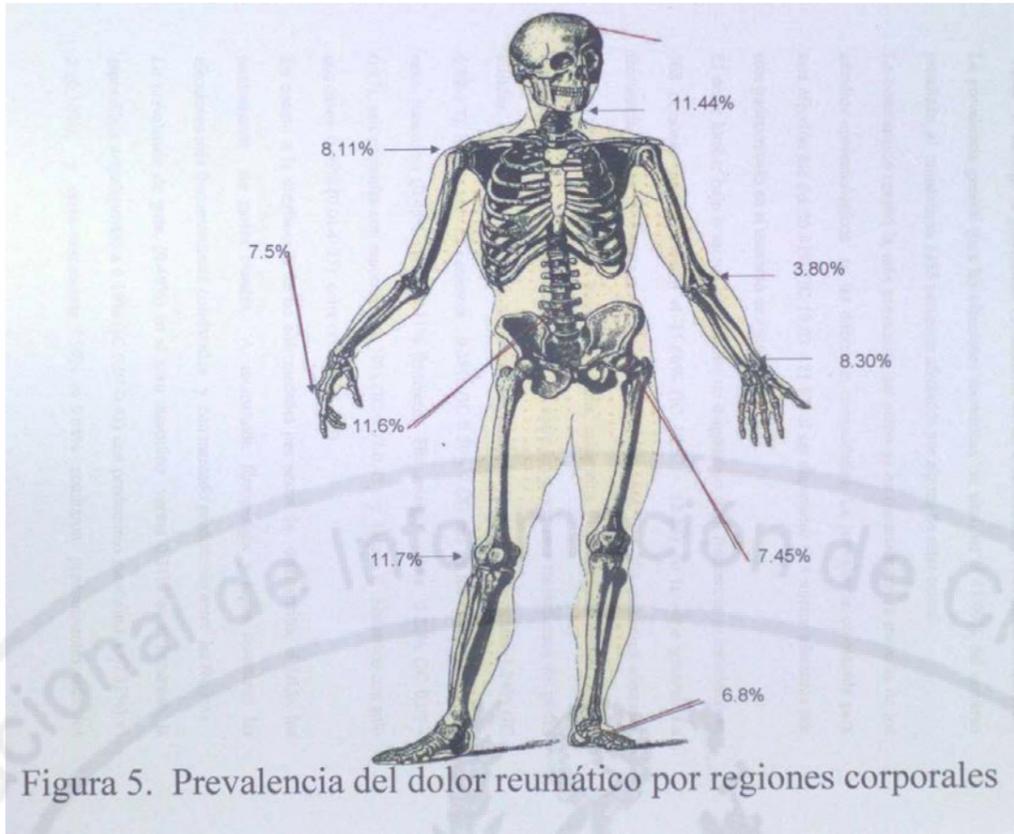


Tabla 6. Recoge la prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas en Lawton. La prevalencia general para las afecciones reumáticas se situó en el 43.99% del universo estudiado al constatarse 1388 pacientes afectados por alguna de estas noxas.

La osteoartritis resultó la más prevalente, tal como se ha reportado en la mayoría de los estudios epidemiológicos en las diferentes comunidades. La prevalencia constatada para esta afección fue del 20.41% (IC 19.02 - 21.87) al ser detectados 644 sujetos afectados por este padecimiento en el universo de estudio. (Fig. 6)

El dolor lumbar bajo o sacrolumbalgia fue un diagnóstico cuya frecuencia se estableció en 368 personas que representan el 11.66% (IC 10.57 - 12.84) de la serie general. La frecuencia de los reumatismos de partes blandas fue baja, con 203 pacientes afectados 6.43% (IC 4.68 - 7.96) Las bursitis, tendinitis, calcaneitis y epicondilitis fueron las más representadas alcanzando alrededor del 3.5% entre los casos con reumatismos de partes blandas. En orden de frecuencia siguieron la A.Reumatoide con 39 pacientes 1.24% (IC 0.89-1.7), la gota con 12 pacientes 0.38% (IC 0.20 - 0.68) seis de los cuales fueron del sexo masculino (0.48% versus 0.31% femenino), Fibromialgia siete 0.22% (IC 0.09 - 0.47), seis pacientes con espondilitis 0.19% (IC 0.07-0.43) y Lupus E. Sistémico con sólo dos casos 0.06% (0.01-0.25) entre otras. (Fig. 7-8)

En cuanto a la distribución de las enfermedades por sexos, la osteoartritis, el DLB, los reumatismos de partes blandas, A. reumatoide, fibromialgia y lupus resultaron las afecciones más frecuentemente constatadas y con marcado predominio entre las féminas. La prevalencia de gota, (0.48%) en el sexo masculino versus 0.31% en el femenino, la espondilitis anquilopoyética 0.19% (IC 0.07-0.43) con predominio masculino 4 (0.32%) vs 2 (0.10%), y otras misceláneas 7.59% vs 0.68% resultaron predominantes entre los

sujetos del sexo masculino. La prevalencia de estas entidades (gota y espondilitis), se reporta como más elevada en el sexo masculino en la mayoría de los estudios.

**Tabla 6 . Prevalencia Comunitaria de las enfermedades reumáticas pesquisadas en el área de salud del policlínico Lawton**

Enfermedad	Mascul	%	Fem.	%	Total	% * IC
Artrosis/Osteoartritis	168	13.57	476	24.83	644	20.41 (19.02-21.87)
Dolor lumbar bajo	101	8.15	267	13.92	368	11.66 (10.57-12.84)
Reumatismos de partes blandas	63	5.08	140	7.30	203	6.43 (4.68-7.96)
Artritis reumatoide	6	0.48	33	1.72	39	1.24 (0.89-1.7)
Gota	6	0.48	6	0.31	12	0.38 (0.20-0.68)
Fibromialgia o fibrositis	1	0.08	6	0.31	7	0.22 (0.09-0.47)
Lupus eritematoso	0	0	2	0.10	2	0.06 (0.01-0.25)
Espondilitis anquilosante	4	0.32	2	0.10	6	0.19 (0.07-0.43)
Otras	94	7.59	13	0.68	107	3.39 (1.88-4.46)
Total	443	35.7	945	49.29	1388*	43.99 (42.25-45.74)

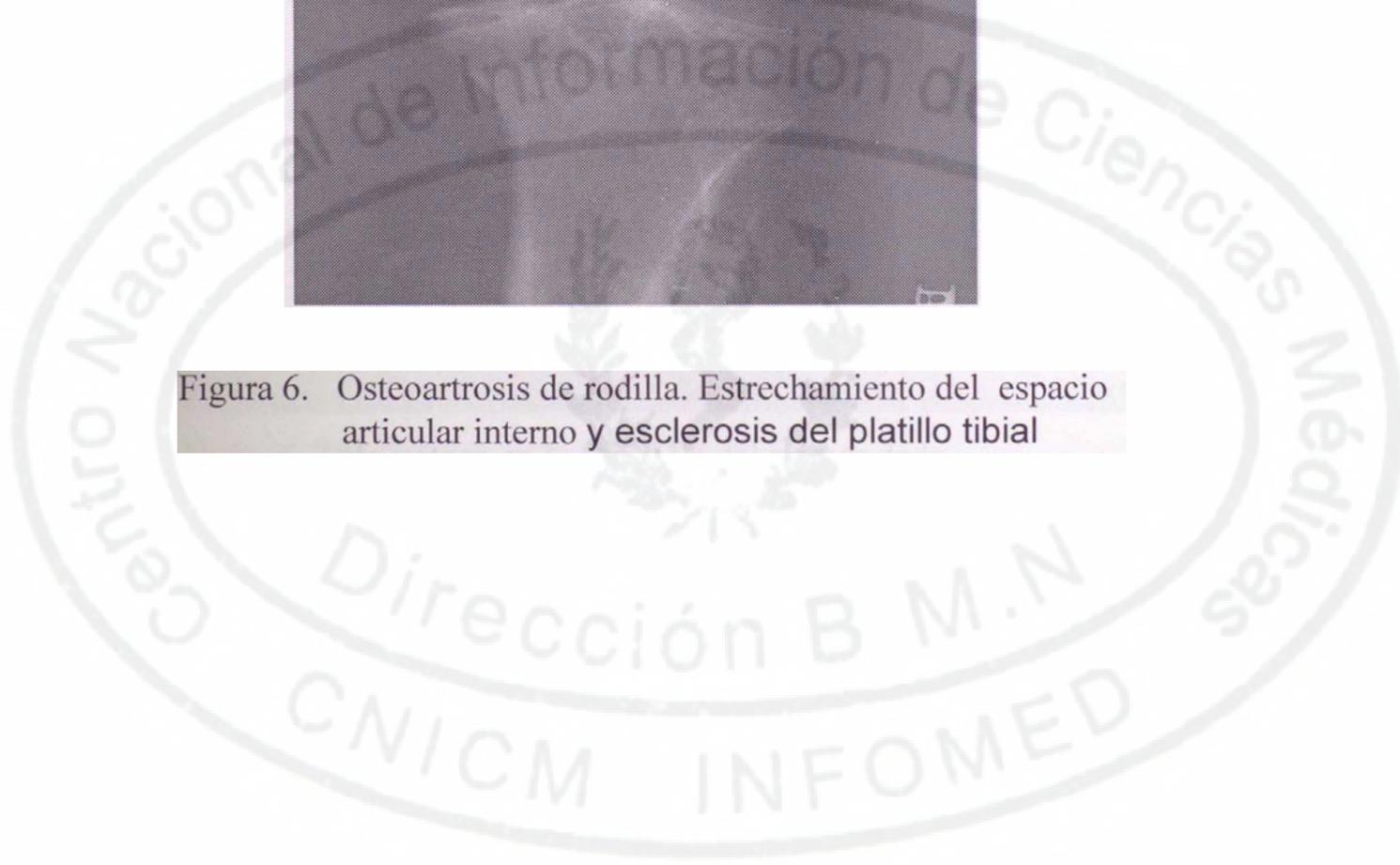
\*prevalencia respecto al total de la muestra

La tabla 7, muestra las características sociodemográficas, clínicas y conductuales de la serie de pacientes con artritis reumatoide enrolados en nuestra investigación.

El rango de edades se situó entre 30 y 72 años con 51.2 DS, jubilados 17 (43.6%) de los cuales 5 (12%) fueron por problemas de salud. El 74.4% tenían dolor actual articular es decir estaban en actividad de su enfermedad, y un nivel de discapacidad medida por HAQ en 0.69 DS 1.10, que resultó el indicador más alto después de la espondilitis. Promedio del dolor 4.31 DS= 2.20 y un 56.4% de pacientes no adaptados a la enfermedad.



Figura 6. Osteoartrosis de rodilla. Estrechamiento del espacio articular interno y esclerosis del platillo tibial



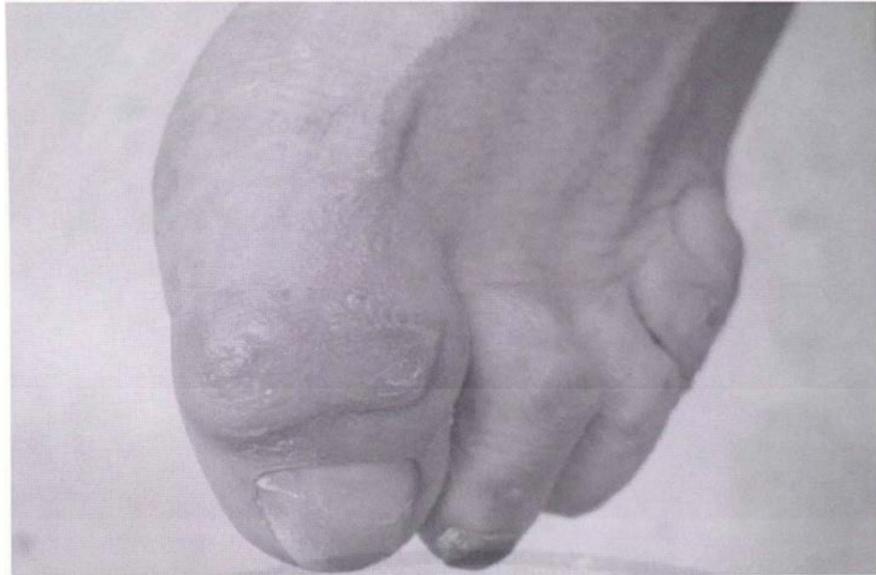


Figura 7. Tofo gotoso en la Ira MTF del primer dedo

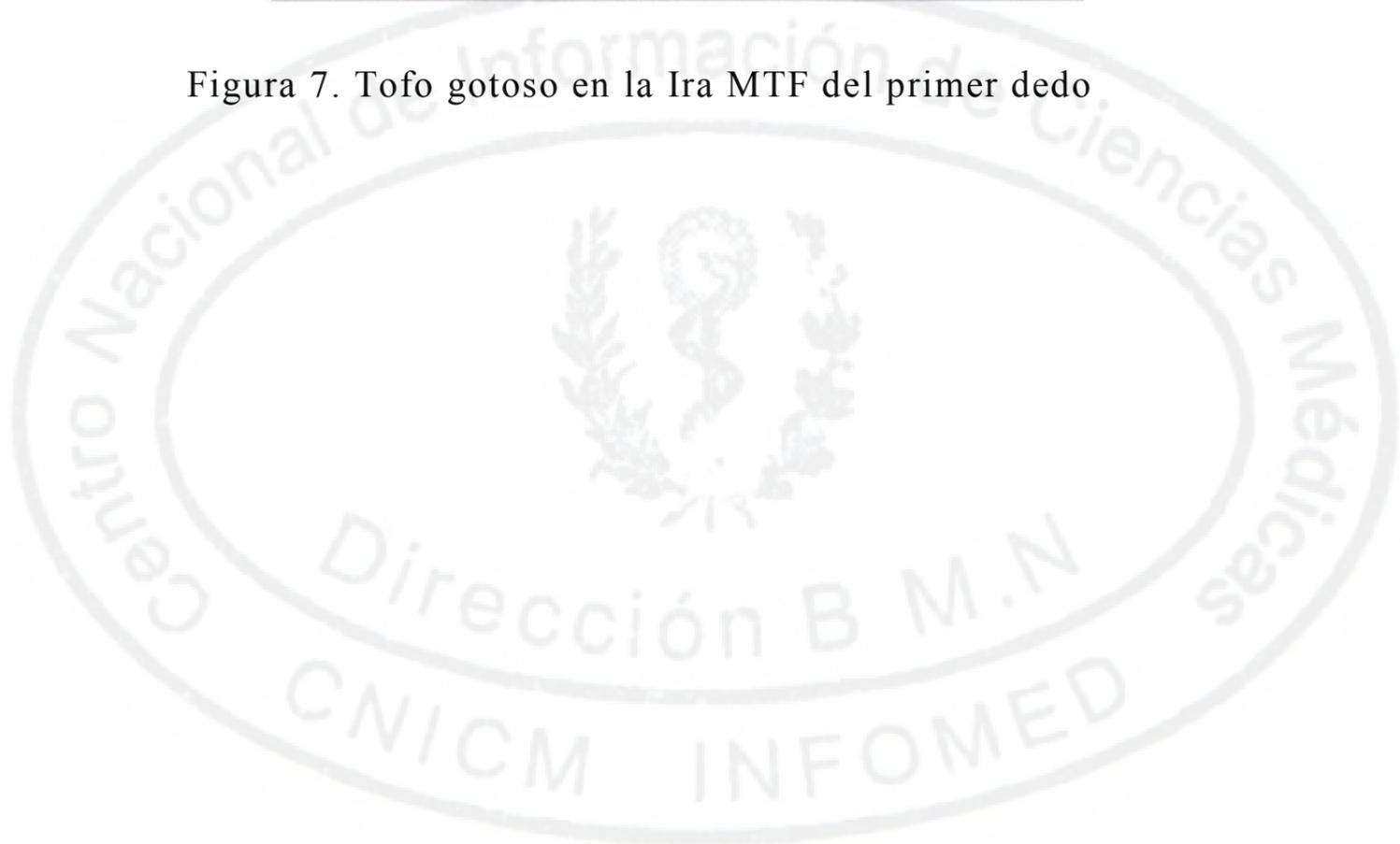
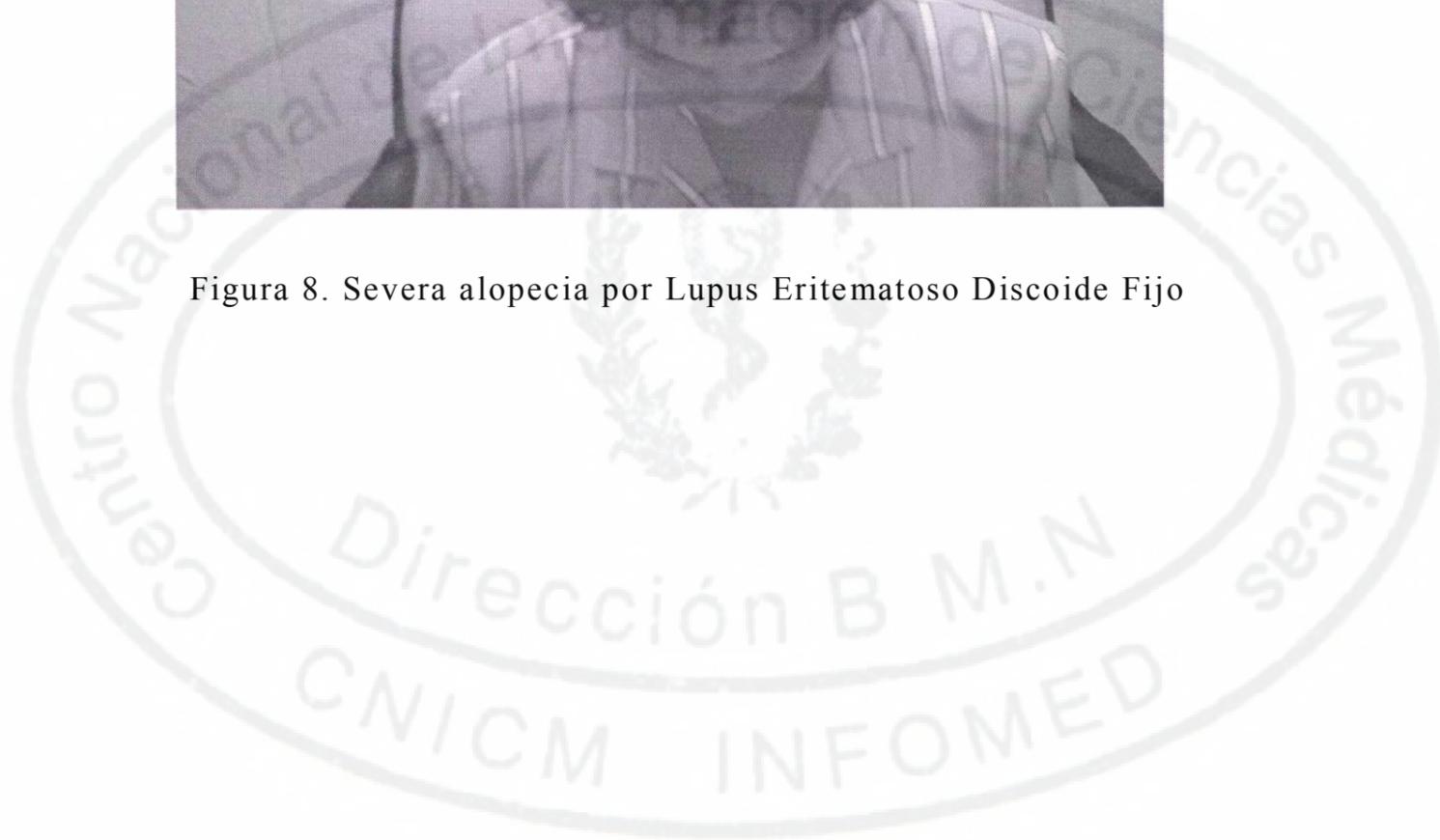




Figura 8. Severa alopecia por Lupus Eritematoso Discoide Fijo



El comportamiento en la búsqueda de ayuda estuvo orientado fundamentalmente al reumatólogo con frecuencia del 29 (74.3%), hacia el médico familiar 7 (25.6%), los pacientes hacen uso con frecuencia de la medicina tradicional 9 (23.1%), y 13 (33.3%) abusan del autoconsumo de medicamentos.

<b>Tabla 7. Características sociodemográficas, clínico-terapéuticas de la muestra de pacientes con Artritis Reumatoide.</b>	
■ <b>Edad (años)</b>	Rango: 30-72 Promedio: (51.2± 15.04 )
■ <b>Sexo (n /%)</b>	Masculino: 6 (15.4%) Femenino: 33 (84.6%)
■ <b>Color de la piel (n/ %)</b>	Blanca: 21 (53.8%) Negra: 9 (23.1)-Mestiza: 9 (23.1%)
■ <b>Estado civil (n/ %)</b>	Soltero: 7 (17.9%) Casado: 22 (56.49%) Divorciado: 3 (7.7%)
■ <b>Escolaridad (n /%)</b>	Primaria: 13 (33%) Secundaria: 10 (25.6%) Preuniversitario: 6 (15.4%) Universitario: 4 [10.3%]
■ <b>Perfil ocupacional (n/ %)</b>	Obrero: 3 (7.7%) Técnico-Profesional: 5 (12%) Ama de casa: 9 (23.1%) Jubilado: 17(43.6%) Jubilado por salud: 5 (12%)*
■ <b>Dolor reumático en los últimos 7 días (n /%)</b>	29 (74.4%)
■ <b>Búsqueda de ayuda (n /%)</b>	Medico de familia: 7 (25.6%) Reumatólogo: 29 (74.3%)
■ <b>Terapéutica (n /%)</b>	Automedicación: 13 (33.3%) Medicina tradicional: 9 (23.1%)
■ <b>Conducta ante el problema (n/%)</b>	No adaptados: 22 (56.4%)
■ <b>Diagnósticos nuevos efectuados</b>	3 (7.6%)
■ <b>Gravedad del dolor</b>	Rango: 2-10 Promedio: 4.31±2.20
■ <b>Discapacidad promedio (HAQ)</b>	0.69±1.10

La Tabla 8, expresa un análisis comparativo entre la frecuencia y distribución del ataque articular en patologías de sumo interés clínico y/o elevada frecuencia como son la artritis reumatoide, y la osteoartritis. Por su frecuencia, morbimortalidad e impacto estas dos enfermedades clasifican entre las más importantes entidades a tener en cuenta en la comunidad.

La distribución muestra como las rodillas y la región cervical con 197 (30.59%) cada una, son las articulaciones mas atacadas por la OA, en tanto, las rodillas 20 (51.28%), muñecas y manos 18 (46.15%), prevalecieron entre los pacientes con artritis reumatoide. Esta forma de distribución de la toma articular resulta la más comúnmente constatada en la clínica reumatológica diaria para estas enfermedades.

**Tabla 8. Frecuencia y distribución del ataque articular en pacientes con A. Reumatoide y Osteoartritis.**

Región afectada	A. Reumatoide n=39		Osteoartritis n=644	
	casos	%	casos	%
Cuello	15	38.46	197	30.59
Hombros	15	38.46	134	20.81
Espalda alta	15	38.46	151	23.45
Espalda baja	16	41.03	182	28.26
Codos	10	25.64	53	8.23
Muñecas	18	46.15	128	19.88
Dedos-manos	18	46.15	114	17.70
Caderas	11	28.21	133	20.65
Rodillas	20	51.28	197	30.59
Tobillos	15	38.46	110	17.08
Dedos de los pies	12	30.77	83	12.89

Fuente: Encuestas.

La tabla 9 (Fig. 9). Recoge la prevalencia general y específica de sujetos con discapacidad por enfermedades reumáticas, así como la medición de la severidad del dolor. El dolor y daño articular imponen a los pacientes reumáticos una serie de limitantes para el desempeño de las labores de la vida diaria y ocupacionales. La escala visual del dolor propició medir la variable dolor reumático. El promedio de dolor más elevado se registró en los 6 pacientes con espondilitis anquilopoyética con promedio de 6.50 en la escala de diez lo cual constituye una cifra elevada. Le siguió en frecuencia la gota con 5.67, el dolor lumbar bajo con cifras de 5.35, la artritis reumatoide con 39 pacientes y un nivel de 4.31, y a continuación el resto de las entidades con cifras menores establecidas alrededor de 3.60 En nuestro universo constatamos 198 sujetos con alguna de las enfermedades reumáticas específicas pesquisadas que refirieron algún grado de discapacidad lo que representa el 15.45% de los pacientes con afecciones reumáticas en el estudio, y una prevalencia general del (6.27%) del universo estudiado en la comunidad de Lawton. Estos pacientes presentan limitación funcional para el desempeño de las actividades de la vida diaria, sociales y ocupacionales incluyendo las actividades laborales. La espondilitis anquilopoyética, artritis reumatoide y osteoartritis fueron las afecciones que determinaron un mayor nivel de discapacidad e invalidez.

En la tabla 10 se recogen los índices de discapacidad que constatamos durante la ejecución de nuestra investigación de manera más precisa y detallada. En esta se muestra el nivel de discapacidad para el desarrollo de las diversas funciones vinculadas con actividades de la vida diaria en las distintas patologías reumáticas pesquisadas en nuestro estudio. El HAQ mide el nivel de discapacidad que determina la artritis. Valores entre 0-1, son considerados ligeros, 1-2 moderados y sobre dos indica un grado severo de discapacidad. El nivel más elevado de discapacidad estuvo situado en 0.79 para los pacientes con espondilitis seguido

por la artritis reumatoide con 0.69, dolor lumbar bajo con 0.23 y el resto de las patologías con menores grados de invalidez

Ya destacamos como el indicador general más alto a la espondilitis con 0.79 (DS 0.79) seguida por la artritis reumatoide con 0.69 (DS 1.10) entre otras. La valoración del HAQ promedio general para toda la serie de pacientes reumáticos con algún grado de discapacidad fue del 0.59 DS /1.17 inferior al nivel alcanzado por la espondilitis o artritis reumatoide.

En cuanto a las diferentes funciones de la vida diaria y ocupacionales recogidas y evaluadas por el instrumento HAQ, señalamos de manera particular las mas afectadas en las diferentes enfermedades reumáticas. La función más afectada fue la capacidad para levantar objetos del suelo en osteoartritis (0.40), dolor lumbar bajo con (0.44), y espondilitis anquilosante con (1.33), en tanto la función de autocuidado - Vestirse - con 0.87 (DS 1.03) fue la actividad más afectada en la artritis reumatoide.

En la muestra general de todos los pacientes reumáticos se alcanzó un índice medido por HAQ, de discapacidad de 1.04 DS / 2.37 para la función de levantar objetos del suelo lo cual arroja un índice moderado de discapacidad global para esa función, en tanto para la sumatoria de todas las funciones fue de 0.59 ( DS 1.17)

No obstante aunque la medición del HAQ, en la gran mayoría de las actividades, y en general como instrumento arroja cifras de discapacidad funcional ligeras para nuestra población estudiada; la repercusión sobre la salud del individuo, sus posibilidades de auto manejo y desarrollo de las actividades que le son inherentes como ser humano, están disminuidas colocándolos en desventaja para con sus semejantes, y constituyen de hecho un impedimento para alcanzar una buena calidad de vida

**Tabla 9. Distribución de la discapacidad general asociada a las enfermedades reumáticas y severidad del dolor reumático**

Enfermedad	Casos	Dolor promedio	Discapacidad	
			No	%
Espondilitis anquilosante	6	6.50	4	66.6
Artritis reumatoide	39	4.31	24	61.5
Osteoartritis	644	3.60	136	21.1
Reumatismos partes blandas	203	3.68	11	5.41
Dolor lumbar bajo	368	5.35	18	4.89
Gota	12	5.67	2	16.6
Fibromialgia	7	3.57	3	42.8
Lupus E. Sistémico	2	2.00	0	0
Total general	1281	4.33	198/15.45(6.27)*	

\* respecto al total de la muestra

**Tabla 10 . Niveles de discapacidad (HAQ) para las actividades de la vida diaria asociada a las enfermedades reumáticas.**

Actividades	HAQ Espondilitis		HAQ Reumatoide		HAQ Osteoartritis		HAQ Lumbalgia		HAQ General	
	Prom.	DS	Prom.	DS	Prom.	DS	Prom.	DS	Prom.	DS
Vestirse	1	1.26	0.87	1.03	0.24	0.6	0.23	0.6	0.5	0.8
Acostarse	1.33	1.03	0.79	0.89	0.38	0.77	0.36	0.67	0.85	0.81
Beber	0	0	0.21	0.52	0.04	0.24	0.04	0.22	0.12	0.46
Caminar	1	0.89	0.82	1.86	0.29	0.61	0.23	0.68	0.65	0.81
Bañarse	0.5	0.55	0.74	1.04	0.2	0.54	0.19	0.51	0.46	0.78
Levantar ropa del suelo	1.33	1.51	0.74	1.04	0.40	1.39	0.44	1.49	1.04	2.37
Abrir llave	0.17	0.41	0.59	0.88	0.12	0.42	0.11	0.39	0.25	0.63
Entrar/salir de auto	1	0.63	0.72	0.97	0.32	0.66	0.23	0.57	0.78	0.89
Total	0.79	0.79	0.69	1.10	0.25	0.74	0.23	0.64	0.59	1.17

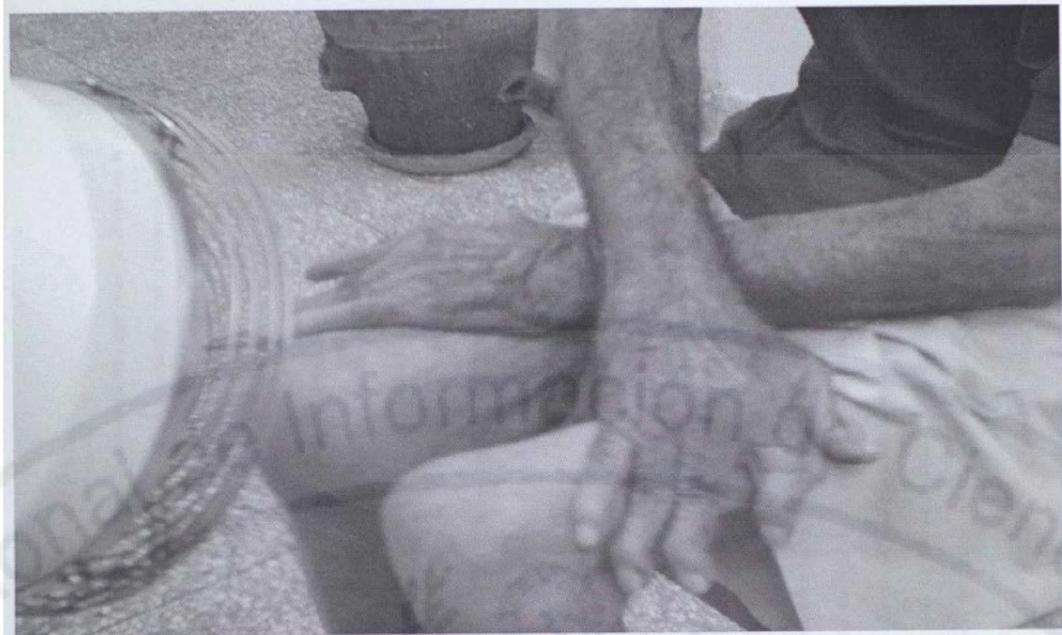
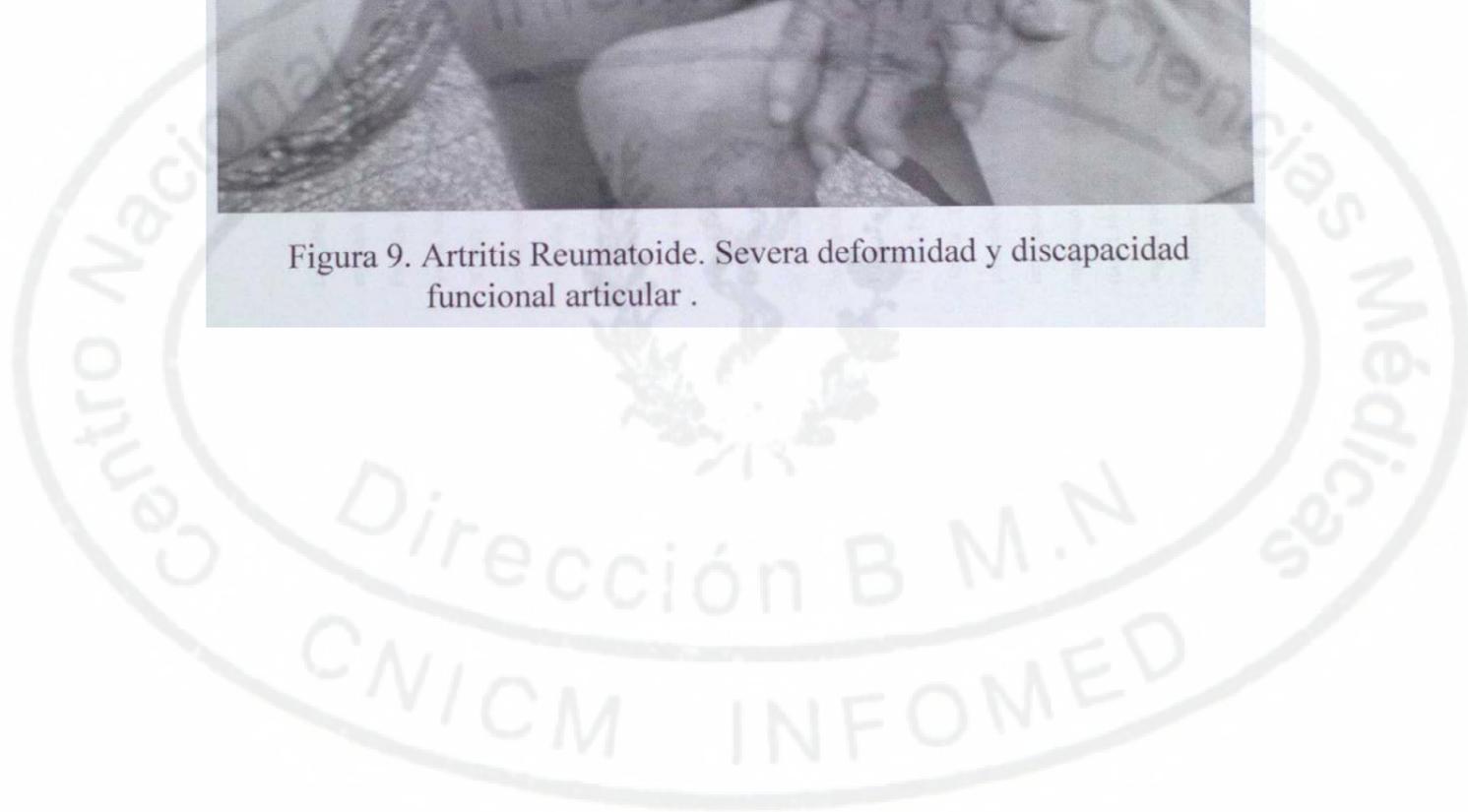


Figura 9. Artritis Reumatoide. Severa deformidad y discapacidad funcional articular .



La Tabla 11. (Fig. 10), recoge la frecuencia con que están presentes en la población estudiada los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de osteoporosis.

Entre los pobladores del área de salud del municipio Lawton encuestados resultó evidente que la inmensa mayoría de dichos ciudadanos no realiza actividades físicas frecuentemente (81.9%), lo cual constituye un importante factor relacionado con el desarrollo de osteoporosis, y fracturas por esa causa. El consumo irregular de alimentos lácteos, y vegetales se recogió en 2048 (64.91%), y 1952 (61.87%) respectivamente y entre los hábitos negativos para la salud, el controversial consumo de café se apreció en 1668 (52.87%) de los casos, 1149 (36.42) son fumadores, y consumen alcohol con frecuencia relativa 449 (14.23%) de los encuestados y 80 pacientes (2.54%), consumían de manera regular drogas esteroideas.

El análisis de regresión logística multivariado realizado luego de la corrida de los datos y la realización de los ajustes del modelo, arrojó que existe una fuerte asociación de riesgo con significación estadística entre las variables -pobre actividad física- O.R 2.3507 : (IC 1.66 - 4.736)  $P < 0.0301$ , y -uso de drogas esteroideas- O.R 3.2779 : (IC 0.956 - 11.23),  $P < 0.0002$ , con las fracturas de causa osteoporóticas. (tabla 11-fig. 10)

En la Tabla 12. (Fig. 11), evaluamos la frecuencia y distribución de fracturas presumiblemente de causa osteoporótica a nivel de la comunidad que detectamos en nuestra investigación. Un total de 36 fracturas no dependientes de trauma fueron pesquisadas lo cual arrojó una prevalencia general de fractura osteoporótica en la serie general del 1.14%. (tasa 1.14x100). La fractura de caderas fue la más frecuente con 11 pacientes (30.56%), seguida por la fractura de pies con 7 (19.44%), la de Colles con 6 (16.67%) y 4 (11.11%) vertebrales.

En la calle ocurrió la mayor parte de las fracturas 26 (72.22%) teniendo en cuenta que los ancianos grupo más afectado presentan alteraciones visuales, del equilibrio entre otras que se suman a la presencia de barreras arquitectónicas. Otros 10 (27.78%) sufrieron las caídas dentro del hogar con predominio del baño, dormitorio y cocina. Un total de 4 (11.1%) pacientes arrastraban limitaciones funcionales permanentes como secuelas de las fracturas La evaluación de las enfermedades comórbidas no fue uno de nuestros objetivos dada la magnitud de variables y tópicos a estudiar, no obstante se pudo constatar, que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, asma bronquial, alteraciones endocrinometabólicas y estados alérgicos estuvieron entre las más comunmente constatadas, y el consumo de esteroides resultó atribuible a la terapéutica de algunas de estas afecciones y también de enfermedades como A.R, lupus, y reumatismos blandos entre otras.

**Tabla 11 . Frecuencia de Factores de riesgo relacionados con osteoporosis y riesgo asociado con las Fracturas de causa osteoporóticas.**

Factor de riesgo	n	%*	O.R.	IC	P<0.05
Actividad física pobre	2584	81.90	2.3507	1.166-4.736	0,0002
Consumo irregular de alimentos lácteos	2048	64.91	1.0881	0.467-2.533	0.7703
Consumo irregular de vegetales	1952	61.87	1.0048	0.429-2.350	0.9872
Café	1668	52.87	1.7566	0.834-3.700	0.9866
Tabaco	1149	36.42	0.4026	0.173-0.933	0.3138
Alcohol	449	14.23	2.1587	0.923 - 5.047	0.2050
Consumo frecuente de esteroides	80	2.54	3.2779	0.956- 11.23	0.0301

\*respecto al total de la muestra

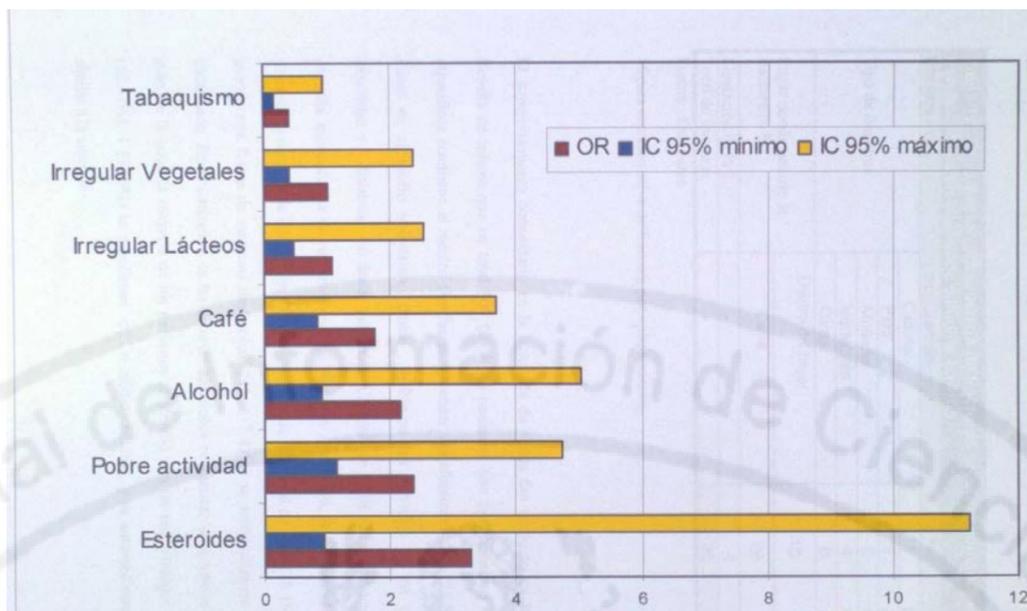
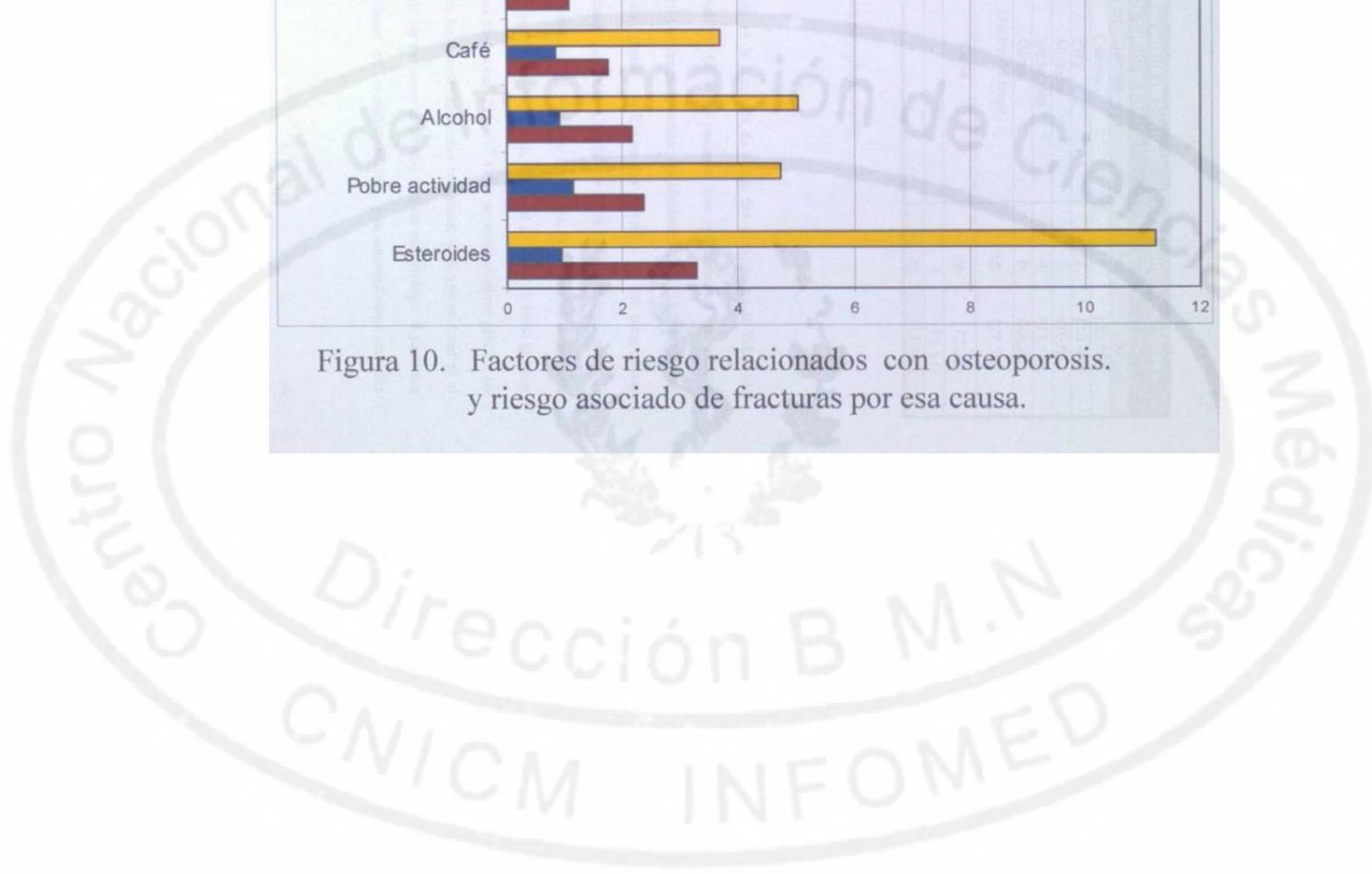


Figura 10. Factores de riesgo relacionados con osteoporosis. y riesgo asociado de fracturas por esa causa.



**Tabla 12. Distribución y frecuencia de fracturas presumiblemente de causa osteoporótica en el área de salud de Lawton.**

Parámetros	Localización	No	%
Tipo de fracturas	Caderas	11	(30.56)
	Pies	7	(19.44)
	Muñecas	6	(16.67)
	Vértabras *	4	(11.11)
	Otras	8	(22.22)
Lugar donde ocurrió la fractura (n %)	Dentro del hogar	10	(27.78)
	Calle	26	(72.22)
Limitación (n %)		4	(11.11)
Total de fracturas		36	(1.14)

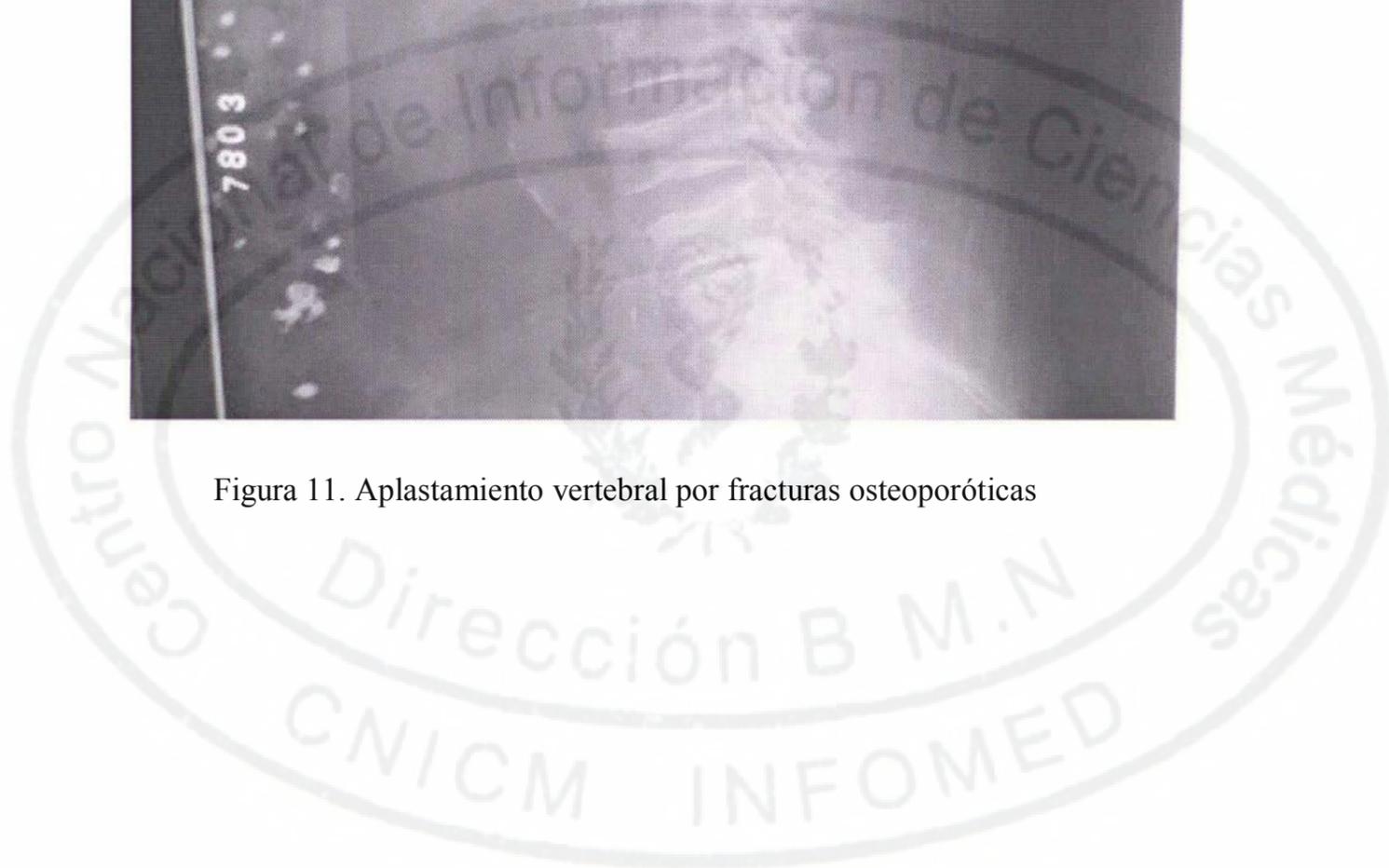
Fuente: Encuestas.

\* figura representativa de fractura por aplastamiento.

El comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda fue recogido en la Tabla 13: Resulta de interés que en total 909 (65.48%) pacientes con padecimientos reumáticos específicos acudieron al médico familiar para atender sus afecciones; 358 (25.79%) fueron vistos en el medio hospitalario donde recibieron los servicios de los ortopédicos, internistas y fisiatras, en líneas generales. Un total de 318 (22.91%) acudieron a la consulta especializada de reumatología. La medicina alternativa, o tradicional cuenta con un elevado número de adeptos en Cuba y en el mundo. Un total de 252 (18.15%) hicieron uso de esta forma de medicina tradicional; 242 (17.43%) se automedicaron práctica no aconsejada. Particularizando en las diversas afecciones reumáticas observamos como en el caso de la gota, la mayoría de los pacientes se atendió con un reumatólogo: 8 pacientes (66.67%), 4 (33.3%) se atendieron con el médico familiar, y se automedicaron una cifra similar a la anterior.



Figura 11. Aplastamiento vertebral por fracturas osteoporóticas



Los pacientes con artritis reumatoide en su gran mayoría acudieron a ser evaluados y tratados por un reumatólogo. En total 29 pacientes (74.36%) acudieron en busca de este especialista. De igual modo se comportaron los pacientes con espondilitis anquilopoyética al acudir de ellos 4 (66.67%) para su evaluación por reumatólogos.

Los pacientes con dolor lumbar bajo 292 (45.06%), osteoartrosis 397 (61.65%), reumatismos de partes blandas 166 (81.7%), y fibromialgia 5 (71.43%) prefirieron ser atendidos a nivel de la comunidad con su médico de familia. La osteoartrosis es una enfermedad severa en muchas ocasiones y discapacitante, sin embargo solo 118 (18.32%) entre 644 (100%) de los pacientes con esta afección la percibieron como potencialmente grave y acudieron para ser atendidos por un médico reumatólogo. Algo similar ocurre con los pacientes aquejados por dolor lumbar bajo 86 (13.27%) Los pacientes con lupus en este estudio son una pequeña muestra y fueron evaluados por ambas especialidades. Uno de los casos buscó otras formas de tratamiento no convencional asociada.

Los pacientes con reumatismos blandos, dolor lumbar bajo, gota, osteoartrosis, fibromialgia y artritis reumatoide, en general en un rango que oscila entre el 8.3% y 23.08% utilizan los servicios de la medicina tradicional, y en un rango del 17.28% al 33.33 (exceptuando los dos pacientes con lupus), se automedican cifras considerablemente elevadas para el manejo y atención de este tipo de patologías potencialmente graves y discapacitantes.

Probablemente el acceso a la atención médica, la factibilidad de recibir dicha atención, la percepción del nivel de gravedad de la patología en cuestión, el nivel adaptativo a la enfermedad, el trato recibido durante la atención entre otros factores decisivos, así como la eficacia percibida por los pacientes de la atención y el tratamiento recibido sean determinantes en la búsqueda de ayuda que asumen los pacientes.

Los pacientes reumáticos cuentan con múltiples formas de tratamiento en el arsenal terapéutico para mitigar sus dolencias ya sean como parte del tratamiento convencional sustentado en los principios y la práctica de la medicina basada en la evidencia y con las bondades de la medicina tradicional. En nuestro universo de pacientes aquejados de dolor reumático como expresión de alguna afección de índole reumática, 1388 (100%) llevó alguna forma de tratamiento, aunque probablemente patologías banales, o autolimitadas no ameritaron que llevaran tratamiento específico orientado por un facultativo. Algunos pacientes se automedicaron.

La Tabla 14, muestra el patrón de orientación terapéutica seguido por nuestros pacientes.

Se evidencia como estuvo dirigido esencialmente en líneas generales a llevar el tratamiento convencionalmente establecido de carácter profiláctico, higiénico-dietético y medicamentoso orientado por personal facultativo médico.

El tratamiento impuesto por el médico básico, familiar o de primer contacto fue la elección en 909 casos que representa el (65.48%) de los 1388 pacientes con afecciones reumáticas. La distribución de los que llevaron diferentes formas de tratamiento médico o no para determinadas patologías fue: tratamiento a largo plazo orientado por el especialista en reumatología seguido por 318 (22.91%) de los enfermos; técnicas de fisioterapia y medidas de rehabilitación en 229 (16.49%); medicina tradicional en su conjunto 252 (18.15%); automedicación 242 (17.43%); remedios caseros 136 (9.88%); acupuntura incluida dentro de la medicina tradicional con 121 (8.71%), remedios espirituales orientadas por el curandero 11 (0.80%) y otras modalidades.

**Tabla 13 . Comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda**

Enfermedad	Médico de Familia		Médico Hospital		Reumatólogo		Medicina Tradicional		Automedicación	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Gota	4	33.33	5	41.67	8	66.67	2	16.67	4	33.33
Dolor lumbar bajo	292	45.06	107	29.08	86	13.27	65	10.03	64	17.28
Reumatismo partes blandas	166	81.7	33	16.2	57	28.00	21	8.3	27	11.1
Osteoartrosis	397	61.65	193	29.96	118	18.32	118	18.32	129	20.03
Lupus Eritematoso	1	50.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	0	0.00
Fibromialgia	5	71.43	1	14.29	1	14.29	0	0.00	2	28.58
Espondilitis	1	16.67	4	66.67	4	66.67	1	16.67	3	50.00
Artritis reumatoide	7	17.95	14	35.90	29	74.36	9	23.08	13	33.33
Otras	36	2.59			14	1.00	22	1.58		
<b>Total</b>	<b>909</b>	<b>65.48</b>	<b>358</b>	<b>25.79</b>	<b>318</b>	<b>22.91</b>	<b>252</b>	<b>18.15</b>	<b>242</b>	<b>17.43</b>

Fuente : Encuestas

**Tabla 14 . Patrón de orientación terapéutica seguido por los pacientes del área de salud de Lawton**

Tratamiento	n	%
Automedicación	242	17.43
Fisioterapia	229	16.49
Remedios caseros	136	9.88
Acupuntura	121	8.71
Quiropraxia	6	0.44
Tratamiento del médico familiar	909	65.48
Farmacéutico-químico	45	3.27
Tratamiento espiritual / curandero	11	0.80
Medicina tradicional	252	18.15
Tratamiento médico especializado	318	22.91
Total de pacientes que recibió Tratamiento.	1388	100.00

Fuente : Encuestas

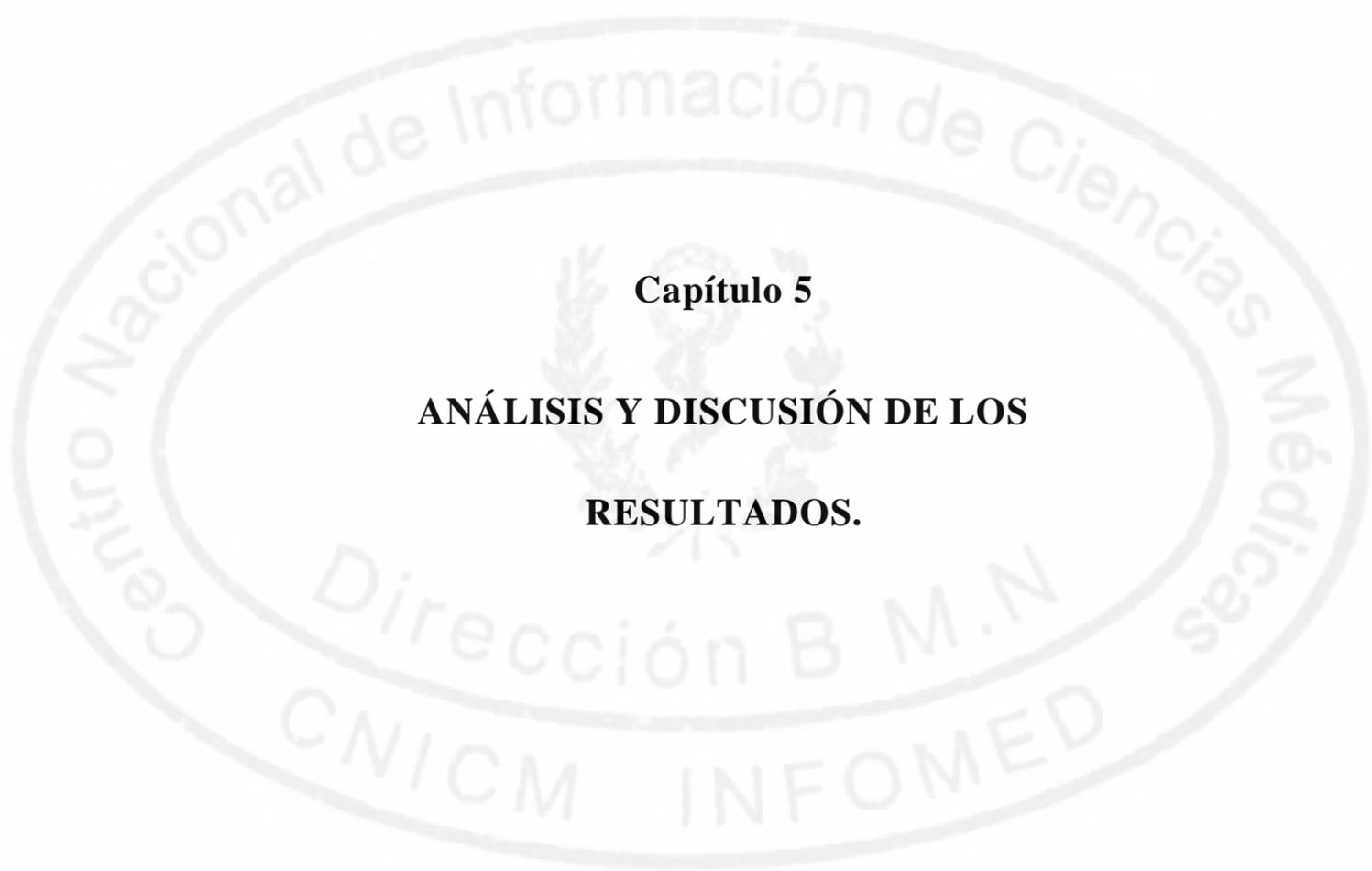
La Tabla 15. El análisis de la conducta de enfrentamiento adaptativo ante las principales enfermedades objeto de estudio se basa en su cronicidad y la discapacidad que generan. Un total de 703 pacientes que representa el 65.21% de las patologías antes citadas del universo que respondieron este punto manifestó que se habían adaptado bien al problema en tanto 375 (34.79%) tienen una pobre o nada de adaptación al problema.

Entre las diferentes noxas, los pacientes con gota, 8 (66.67 %), fibromialgia 4 (57.14%), artritis reumatoide 22 (56.41%), y espondilitis anquilopoyética 6 (100%) refieren una mala adaptación a la situación impuesta por la enfermedad.

En patologías como la osteoartritis y el dolor lumbar bajo, un buen nivel de adaptación se obtuvo con cifras como 420 (65.22 %), y 258 (70.11 %), respectivamente. Un paciente con lupus (50 %) no se adaptaba al problema, en tanto los seis espondilíticos (100%) de los casos tampoco lograban un adecuado nivel de adaptación y enfrentamiento ante la situación impuesta.

Tabla 15. Conducta de enfrentamiento adaptativo frente a las enfermedades reumáticas.				
Enfermedades	Adaptación adecuada		Adaptación inadecuada	%
Artritis reumatoide	17	43.59	22	56.41
Osteoartrosis	420	65.22	224	34.78
Lupus Eritematoso	1	50.00	1	50.00
Gota	4	33.33	8	66.67
Fibromialgia	3	42.86	4	57.14
Dolor lumbar bajo	258	70.11	110	29.89
Espondilitis	0	0.00	6	100.00
Total	703	65.21	375	34.79

Fuente: Encuestas



**Capítulo 5**

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS  
RESULTADOS.**

## Capítulo 5

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Antes de entrar en el análisis de los resultados queremos presentar las características sociodemográficas y generales de la población objeto de estudio. Este estudio poblacional comunitario fue desarrollado en el área de salud del Policlínico Comunitario Docente Lawton. Se encuestaron 3155 ciudadanos mayores de 18 años entre una población general de 22,901 habitantes. Nuestros ciudadanos objeto de estudio fueron agrupados por décadas en cuanto a edades con una distribución más prevalente en la década de 30- 39 años con una edad promedio de 47.9 DS 18.15.

Hubo un franco predominio del sexo femenino con el 60.76 % de la serie y del color de la piel blanca 60.44%, seguidos por negros y mestizos con cifras muy similares. La escolaridad mostró una predominancia de sujetos con nivel pre-universitario, seguidos por el nivel secundario y primario a continuación con cifras muy similares estos últimos a los universitarios. De igual modo contamos con un envidiable perfil ocupacional pues predominan los técnicos y profesionales en su conjunto con un 30.87%, seguidos por los obreros, amas de casa y jubilados.

Consideramos que los datos sociodemográficos que arrojó nuestro estudio resultan similares a los de la población de referencia, y en general a los de nuestro país si tenemos en cuenta los datos del Censo Poblacional de Cuba consultado en la bibliografía.

Podemos realizar algunas consideraciones y apuntar algunas diferencias derivadas de nuestro estudio: Los tres estudios COPCORD, realizados en América Latina hallaron una edad promedio inferior a nuestra serie poblacional. En México la edad promedio fue de 38

años, Brasil 39 y Chile 43, aunque debemos señalar que fueron considerados como adultos los sujetos sobre 16 años a los efectos de la investigación y selección de la muestra. (75)

En Tailandia, Filipinas e Indonesia Chaiammuay informa similares datos.(76)

La prevalencia del sexo femenino en nuestra investigación resultó superior al masculino lo cual se lo podemos atribuir no solo a la composición mayoritaria del sexo femenino en nuestra población cubana, sino también a las influencias que impone el azar cuando se trabaja con muestras poblacionales sin descartar la posibilidad de sobre-representación femenina en amas de casa durante la recogida de la información por los encuestadores primarios.

El muestreo aleatorio de los núcleos familiares meticulosamente realizado y el haber prefijado la realización de al menos tres visitas al hogar de los pacientes para ser entrevistados preferentemente en horario no laboral o fines de semana, propiciaron cumplir con los objetivos de eliminar o minimizar este tipo de sesgo.

Los estudios COPCORD entre otros, han carecido de la posibilidad de contar con médicos en el papel de encuestadores primarios, tarea que realizan secretarias, empleados y trabajadores sociales o voluntarios. (77-80) Esta novedad introducida en nuestro trabajo le ofrece mayor validez, relevancia y control de calidad a la información obtenida en nuestra investigación.

Algunas de las enfermedades reumáticas tienen predilección por el sexo femenino tales como el lupus eritematoso generalizado, la artritis reumatoide y la fibromialgia. (81)(82) Múltiples factores étnico-raciales, genéticos, ambientales y de índole educacional y sociocultural están involucrados en su etiopatogenia.

Nuestra población cuenta con un elevado nivel educacional y sociocultural en líneas generales.

No contamos en nuestro estudio con analfabetos, ni personas por debajo del 6to

grado, y el número de universitarios y preuniversitarios así como la frecuencia de técnicos y profesionales resultó muy elevado con fuerte tendencia a ser comparables con los datos propios de países desarrollados.

Esta situación favorable resulta posible gracias al sistema social imperante en Cuba, y nos coloca en condiciones propicias para difundir y que se conozca la importancia de hacer un uso más racional y adecuado de los servicios de salud, que los enfermos tengan una mayor preocupación por recibir una sistemática atención médica, acudir temprano al facultativo, tener apego y darle seguimiento a los padecimientos en la atención por consultas y cumplimiento estricto de los esquemas terapéuticos.

El nivel educacional en prácticamente todos los estudios COPCORD realizados en Asia / Pacífico, África y A. Latina., suele ser mucho más bajo que el mostrado por nuestra población.

Resulta precaria la posibilidad de los pacientes de tener acceso a los servicios de salud y escasa la percepción de la necesidad de tener un control y seguimiento por parte del personal médico para aquellos aquejados por las afecciones reumáticas.

Se ha demostrado que el nivel educacional en las diferentes culturas juega un papel muy importante en el pronóstico y desenlace de las enfermedades reumáticas. (83) (84) Ha sido además señalado como un marcador de pobre pronóstico en enfermedades crónicas como la artritis reumatoide.(83)

Los factores étnicos raciales en nuestro medio no consideramos que tengan una influencia significativa sobre la prevalencia, comportamiento y desenlace de las enfermedades reumáticas.

En otros países como Estados Unidos, se ha informado una fuerte relación fundamentalmente en afecciones como la artritis reumatoide, osteoartritis y lupus (85) (86) (87); y se han señalado diferencias entre blancos y no blancos, entre blancos y negros, y

también con otros grupos raciales emergentes como los hispánicos y asiáticos aunque los datos finales aún no han sido publicados. La valoración global resulta desfavorable para todos los grupos étnicos y raciales minoritarios, así como para aquellos con menor desarrollo social cultural y educacional.

Establecer la prevalencia de dolor reumático en la comunidad fue uno de los principales objetivos de nuestra investigación. Está demostrado que el dolor es el síntoma cardinal de las enfermedades reumáticas y al igual que la discapacidad son las piedras angulares para el estudio. En la población estudiada la prevalencia de dolor reumático y afecciones reumáticas se determinó en 1388 (43.99%) pacientes. Este resultado como habíamos presumido, constituye una elevada frecuencia para el dolor comunitario y aunque resulta variable para los diferentes escenarios, es muy similar a la constatada en la mayoría de los estudios comunitarios realizados en diferentes latitudes.

Estudios recientes en Kuwait, (87) y en la India efectuado por Chopra (88) en población rural arrojaron cifras elevadas de dolor incluso superiores a lo reportado en nuestro trabajo (69% y 60% respectivamente); sin embargo Chaiammuay (76) en población rural de Tailandia halló una baja prevalencia del 36.2% para el dolor músculo-esquelético.

Luego consideramos que estos resultados en cuanto a prevalencia de la percepción dolorosa en los diferentes estudios, probablemente estén en dependencia de variaciones determinadas por las formas y metodologías adoptadas para el pesquiasaje y las características particulares e idiosincrasia de las diferentes poblaciones entre otros factores.

El dolor reumático fue particularizado para conocer su comportamiento en ambos sexos con fines comparativos. La prevalencia obtenida fue superior en el sexo femenino de manera significativa en relación con el sexo masculino. Ello puso de manifiesto el hecho ya reportado de que el sexo femenino por causas aún no esclarecidas se queja más

frecuentemente de dolor que el sexo masculino. (89) Nuestro estudio además confirma los resultados previamente obtenidos en otras investigaciones realizadas (71)(73)

La distribución del dolor por regiones articulares corporales constatada, involucró principalmente a las rodillas y la región lumbar baja en la muestra. La frecuencia establecida de 11.76% y 11.66% respectivamente resultó dentro del rango marcado por la mayoría de los trabajos publicados. Nuestro estudio piloto había arrojado cifras muy similares de 11.5% para las rodillas y 14.2% para el dolor lumbar bajo y de igual modo el estudio realizado en la región rural de Palmira arrojó 13% para las rodillas y 11.3% para el dolor lumbar bajo. No existen diferencias significativas entre estos estudios y de forma general en la distribución para el resto de las regiones corporales.

En el trabajo COPCORD de Cardiel y Serrano (89), la participación de las rodillas fue muy similar a nuestro trabajo con 12.3% de la muestra, en tanto el dolor lumbar bajo fue menos frecuente con el 6.3% cifra por debajo de todos los estudios realizados en Cuba.

Vale destacar a modo de explicación para estos datos que el estudio de Cardiel, fue realizado con una metodología diferente que solo contemplaba el dolor presente en los últimos siete días, y con una intensidad igual o superior a cuatro en la escala visual análoga.

El estudio de Chopra arrojó cifras muy similares a las nuestras con 13.2% rodillas y 11.2% región lumbar. (88) Para el resto de las áreas articulares los resultados en las series publicadas resultan variables pero en un rango similar en general.

Los resultados del estudio comunitario realizado en España, (90) en cuanto a prevalencia de las enfermedades reumáticas arrojaron una frecuencia para la toma articular que concuerda con los hallados en nuestra investigación. El dolor de rodillas sintomático por cambios degenerativos osteoartrosicos alcanzo el 10.2%, y el dolor lumbar bajo fue de 14.8%.

Los autores concluyeron su trabajo destacando la frecuencia elevada de las enfermedades reumáticas y el síntoma dolor reumático en la comunidad.

La prevalencia general de las enfermedades reumáticas a nivel poblacional quedó fijada en el 43,99% del universo estudiado. Este resultado corrobora nuestra hipótesis acerca de que la prevalencia general de las enfermedades reumáticas resulta elevada en nuestra población comunitaria.

Nuestra investigación mostró una prevalencia específica para cada una de las principales afecciones reumáticas que nos propusimos estudiar. De este modo la osteoartritis arrojó una frecuencia muy similar a la constatada en los estudios precedentes con pequeñas muestras del Cerro y Lawton que realizamos y que arrojaron cifras de 19.6% y 22.7% respectivamente. En este estudio con un tamaño muestral adecuado quedó determinada la prevalencia en 20.41% (IC 19.02-21.87) muy similar a diferentes trabajos publicados.

Un estudio español (90) realizado en la provincia de Ciudad Real que examinó 950 sujetos mostró una frecuencia de osteoartritis del 26.1% algo más elevada que la señalada en nuestra casuística.

Ballina de Asturias entre 720 sujetos aleatorizados y examinados por reumatólogos, reportó una frecuencia del 23.8% para la osteoartritis (91) Otro estudio realizado en Australia, mostró concordancia con los estudios españoles realizados al corroborar en su muestreo nacional, que las afecciones reumáticas y la osteoartritis en particular son altamente prevalentes y discapacitantes en la comunidad (92)

Una investigación epidemiológica realizada en Inglaterra halló una prevalencia elevada en un estudio comunitario corroborado por estudios radiográficos. Hallaron un 27.5 % de prevalencia (93)

En general el diagnóstico de osteoartritis puede ser establecido en sujetos en los cuales estén presentes el dolor osteoarticular, la crepitación, crujidos articulares con o sin la

presencia de elementos inflamatorios discretos así como cierto grado de discapacidad funcional presente o remota. Cardiel y Serrano (89) en su estudio añadieron como elemento de valor diagnóstico positivo una intensidad del dolor igual o superior a cuatro en la escala de diez. En Indonesia Darmawan 1988 en un muestreo COPCORD, halló una baja prevalencia de OA 5.1% para sujetos sobre 15 años basado en elementos clínicos. Hubo en esos estudios una marcada prevalencia del sexo femenino. (94)(95)

Otros trabajos en Filipinas también han hallado muy bajos estimados de prevalencia (4.1%) IC / 3.3-49; sobre todo en estudios sobre sujetos de 15 y más años (96). Chaianmuay (76) en Tailandia al cierre de 1998, en un largo estudio (COPCORD) en una comunidad rural estudiando sujetos sobre los 15 años halló una frecuencia del 11.3% para la osteoartritis en el universo estudiado..

Según K. Muirden los estudios epidemiológicos de prevalencia en áreas tan remotas como Asia Pacífico, se justifican pues cuando se logre establecer las diferencias en cuanto a distribución, factores ambientales y genéticos, además de los factores de riesgo se podrán definir las causas. (97) La prevalencia para la osteoartritis a nivel de la región Asia Pacífico aunque sigue siendo en general importante, no tiene la frecuencia observada en otras áreas geográficas siendo muy bajas en relación a lo constatado en nuestro estudio y reportado en algunas series que hemos comentado de Europa.

Los estudios realizados en África como continente son escasos para determinar la prevalencia de las afecciones reumáticas. La mayoría de ellos han sido realizados por extranjeros y en centros de referencia como clínicas privadas y hospitales. Adebajo reportó una prevalencia para osteoartritis sobre el 60% de los 20,000 casos estudiados con desórdenes reumáticos. Las rodillas fueron las articulaciones involucradas con mayor

frecuencia, seguidas por las caderas, pero menos comúnmente cuando se establece el análisis comparativo con los países occidentales. (98)(99)

El comportamiento observado en occidente conlleva diferencias sustanciales con Asia / Pacífico, en cuanto a prevalencia y expresión clínica donde factores ambientales, dietéticos constitucionales genéticos y conductuales influyen en la génesis y desarrollo de las enfermedades

En general la frecuencia constatada en los diferentes estudios es elevada, y aunque hayan variaciones en cuanto a frecuencia concordamos en que estas pueden estar determinadas no solo por las variaciones que realmente impone la enfermedad en determinado ambiente o región geográfica sino que esté relacionada con los criterios diagnósticos que se utilicen incluyendo la valoración de la intensidad del dolor (89) y añadiríamos la incorporación al diagnóstico de exámenes radiológicos complementarios.

La radiología ha sido tradicionalmente la piedra angular en el diagnóstico de la osteoartritis, sin embargo se ha reportado que el 50% de los sujetos con cambios radiológicos de osteoartritis, no tienen dolor, y el 50% de los que tienen dolor articular en la población no tienen cambios radiográficos definidos de artrosis

Una serie de estudios demuestran que en la práctica clínica se deben considerar los pacientes atendiendo a las formas sintomáticas de la osteoartritis que en definitiva son las que determinan dolor, sufrimiento, y discapacidad y se constituyen en una carga para la sociedad, al margen de la positiva asociación o no con cambios radiológicos sugestivos de la enfermedad degenerativa articular (100) (101)

Peat G, y cols.(100) han puesto en evidencias que la mayoría de las personas con osteoartritis sintomática, particularmente de rodillas no consultan al médico en todo el año y por consiguiente no son considerados dentro de las necesidades prioritarias del sistema de

salud. Además la demanda desconocida impide conocer las necesidades en cuanto a cirugía de reemplazo protésico que necesita esa población.(102) Los estudios de prevalencia pueden coadyuvar en cualquier medio a solucionar esta problemática al poner en evidencia la frecuencia con que está afectada la población comunitaria y servir de retroalimentación esta información a las autoridades de salud a la hora de establecer los cálculos económicos y prioridades en la atención y distribución de los recursos materiales y humanos.

Hoy contamos con nuevos agentes para el tratamiento de estas enfermedades los cuales reducen la carga inducida por las drogas utilizadas dados sus efectos menos tóxicos. (103) Por otra parte se ha señalado que la mayoría de los pacientes vistos en la atención primaria no son portadores de osteoartritis grave discapacitante, luego pudieran mantenerse en ese nivel de atención teniendo en cuenta el rango tan amplio que existe de tratamientos en la actualidad potencialmente efectivos para tratar esas patologías. (93)

Nosotros concordamos con esos criterios en cuanto a la necesidad y capacidad de los médicos de atención primaria de atender y tratar a pacientes con osteoartritis no grave, derivando los casos de mayor complejidad o evolución tórpida al especialista en reumatología. No obstante la conducta más conveniente y acertada sería capacitar y entrenar al médico familiar en el reconocimiento, diagnóstico preciso y tratamiento de las principales afecciones reumáticas que se presentan en la comunidad tomando como base los resultados que exhibimos en esta investigación.

Los pacientes con osteoartrosis presentaron cierto grado de invalidez medido por HAQ, para realizar funciones como levantar ropa u objetos del suelo. Si bien el nivel no fue elevado al situarse en 0.25 DS / 0.74 algunas formas de la enfermedad pueden ser altamente discapacitantes tanto en el orden social como laboral.

Ya apuntamos que lo más importante será establecer medidas de intervención comunitarias que incluyan la adecuada preparación del médico de atención primaria en el diagnóstico y tratamiento de esta y otras afecciones reumáticas. Deben estar listos para detectar el 10% de formas graves y discapacitantes de osteoartrosis en sujetos sobre los 55 años y en estos casos particulares referirlos al especialista en reumatología, teniendo en cuenta que la osteoartrosis impone una carga significativa de igual modo que la artritis reumatoide, no solo en el orden físico, sino de carácter social, económico y emocional. (100) (103-106)

La extensión de la preparación, superación y actualización ofrecida a los médicos de primer contacto de Lawton como parte de las medidas previas al desarrollo de este proyecto deberán ser extendidas como una medida de intervención a todos los médicos familiares del país a través de acciones orientadas e impulsadas por el Grupo Nacional de Reumatología en concordancia con la política trazada por los niveles correspondientes de atención y dirección del MINSAP en su plan de perfeccionamiento de la atención primaria a nivel nacional

En la muestra cubana estudiada 368 pacientes (11.66 %) tenían dolor lumbar bajo. Este ha sido considerado como la queja músculo esquelética y enfermedad más frecuente en cualquier edad y estrato de la población y puede ser un reto para su diagnóstico y tratamiento efectivo. Múltiples afecciones y enfermedades suelen causar dolor lumbar bajo, pero esta forma de daño regional, suele diagnosticarse por exclusión. El examen físico, neurológico y algunos estudios imagenológicos coadyuvan al diagnóstico.(107) Los exámenes radiológicos pueden evidenciar el estrechamiento del espacio articular lumbar lo cual se ha asociado a la presencia de dolor (108)

La prevalencia del dolor lumbar bajo se demostró establecida en el 11.66% de los pacientes encuestados. Esa prevalencia resulta similar a la constatada en el estudio que efectuamos en el Cerro, y en el trabajo del Dr. Penedo en Lawton.(71) (73)

El dolor lumbar bajo está entre las principales quejas reumáticas que señalan los estudios comunitarios que se han publicado. El estudio EPISER (78) realizado en España, a modo de pesquisaje nacional arrojó una prevalencia para el dolor lumbar del 14.8% algo superior a la nuestra pero sin diferencias sustanciales en líneas generales.

El dolor lumbar bajo, se define como un cuadro doloroso auto reportado a nivel de la región baja de la columna, en la espalda baja con la característica de estar presente o remoto pues en ocasiones suele cursar por crisis dolorosas agudas, subagudas o convertirse en un proceso crónico e invalidante.

La prevalencia que hallamos resulta alta aunque comparable con otros estudios incluso realizados en una comunidad cubana rural como Palmira donde la prevalencia fue de 10.6%. En otros trabajos realizados en comunidades rurales sin embargo, los resultados se alejan de los nuestros.

En Tailandia población rural, Chaiamnuay (76), halló una prevalencia del 4%. Este estudio COPCORD/ ILAR, se realizó aplicándole el cuestionario a 2463 sujetos sobre los 15 años.

Concluyeron señalando al dolor lumbar bajo y de rodillas como las quejas preponderantes en su población y señalándolos como una pesada carga para la sociedad.

El estudio realizado en México arrojó una baja prevalencia también con 6.3% de dolor lumbar bajo. Este estudio ya comentamos que tuvo una años, y además considerando los síntomas recogidos como presentes solo en los últimos 7 días previos a la entrevista. Por supuesto que este trabajo sesga los pacientes con crisis dolorosas previas al margen de la gravedad que hayan tenido. (89)

El dolor lumbar puede ser desde crisis muy intensas con dolor de 8-10 en la escala de 10, hasta dolor considerado como muy ligero entre 1-3 en dicha escala. El promedio general de nuestros pacientes se halló en un nivel de intensidad promedio de 5.99 que refleja un indicador moderado de dolor. El estudio mexicano por su parte consideró solamente como casos aquellos pacientes que tenían dolor sobre 4 en la escala visual del dolor sobre 10.

Además solo contó con 5% de pacientes sobre los 65 años. Esta metodología puede ser la que establezca las diferencias sustanciales halladas entre el estudio mexicano, y el nuestro. Establecer análisis con otras poblaciones resulta difícil atendiendo a que por ejemplo en Africa no cuentan con datos claros acerca de este comportamiento ni de las afecciones de partes blandas. La atención médica no está orientada hacia estas afecciones como en poblaciones occidentales lo cual se debe en parte a los estilos de vida, las deficiencias en los aseguramientos médicos y esquemas de compensación ocupacional para estas y otras injurias. (109) (110)

La evaluación del muestreo médico ambulatorio realizado entre 1990-1994 en los E. Unidos, permite apreciar como entre las personas vistas con afecciones músculo- esqueléticas, el dolor lumbar bajo alcanzó una frecuencia del 13.1% cifra muy similar a la demostrada en nuestro trabajo de investigación.(111).

El impacto que impone a la comunidad esta afección está en correspondencia con la carga socioeconómica y laboral que representa. La frecuencia tan elevada de los cuadros de dolor lumbar bajo ha sido comparada con la cefalea, las enfermedades cardíacas, y la diabetes. (112)

La mayor prevalencia ocurre entre pacientes de 45 a 64 años como se demostró en nuestro trabajo y la duración del dolor fue al menos de 2 semanas (113).

La discapacidad determinada por esta afección ha sido evaluada en nuestro trabajo. Quedó evidenciado que entre los 368 pacientes con DLB, 66 (17.9%) referían alguna limitación y de estos 18 (4.89) tenían algún grado importante de discapacidad asociada. En el análisis de discapacidad consideramos aquellos pacientes que aquejaban limitación funcional para las actividades de la vida diaria, y laborales por más de dos semanas, durante meses o crónicamente aquejados durante años. El análisis evaluativo del nivel de daño a la capacidad física fue evaluado por el Cuestionario de Evaluación de Salud.

El nivel fue bajo al situarse en 0.44 DS / 1.49, para la función más afectada que fue intentar levantar objetos del suelo y fue superior al nivel de la osteoartritis.

Se ha señalado que la sintomatología dolorosa debe desaparecer en el término de 2 meses, sin embargo hay estudios que demuestran que pueden mantenerse los individuos sintomáticos a los 12 meses. La discapacidad cobra relevancia dado que el dolor lumbar bajo continúa afectando a una significativa proporción de jóvenes, entre 35-45 años y en plena capacidad laboral. (114)

El médico de atención primaria tiene que considerar entre las principales patologías que se atienden en el nivel primario, al dolor lumbar bajo.

Resulta necesario considerar las patologías que determinan el dolor lumbar, puesto que estudios como la R M Nuclear, pueden poner de manifiesto una hernia discal tributaria de tratamiento y solución definitiva quirúrgica. (115)(116)

Los reumatismos de las partes blandas del organismo incluyen los cuadros dolorosos derivados de músculos, tendones, entesis, cartílagos, ligamentos, fascias y nervios. Estas estructuras con gran frecuencia causan trastornos que son evaluados en la clínica reumatológica, aunque son en muchas ocasiones competencia inicial del médico generalista o de atención primaria. (117) (118)

En ocasiones resulta difícil establecer el verdadero diagnóstico de un área corporal dolorosa. La frecuencia exacta con que se presentan estas afecciones no está perfectamente establecida y resulta variable en los diferentes estudios.

Nosotros en nuestro trabajo de investigación mediante el interrogatorio, y por examen físico constatamos 203 individuos que refirieron patologías regionales o reumatismos de partes blandas. Esta cifra representa una frecuencia que consideramos baja ubicada en el 6.4% de nuestros pacientes aunque muy cercana a lo reportado en otros estudios. La intensidad del dolor por escala visual análoga promedio alcanzó una puntuación de 3.6 o dolor ligero y los niveles de discapacidad suelen resultar muy bajos, y de corta duración por lo cual suelen ser poco considerados y analizados desde ese ángulo en los diferentes trabajos.

Los diagnósticos más frecuentes fueron los de reumatismos localizados del hombro como bursitis, o tendinitis ya sea del supra, o infraespinoso.

La región del codo suele ser dolorosa y resulta frecuente que los pacientes aquejen cuadros de epicondilitis (codo de tenista) o epitrocleitis (codo de golfista) lo cual puede estar en relación con eventos traumáticos menores pero repetitivos y vinculados frecuentemente con las actividades laborales o deportivas. La bursitis olecraneana le sigue en frecuencia muy vinculada con sepsis, o por fricción y apoyo.

En las manos las tendinitis y los síndromes de atrapamiento nervioso del mediano suelen ser las más frecuentes quejas. En ocasiones requieren de manejo quirúrgico en cuyo caso el tiempo de discapacidad incluso laboral se alarga pudiendo de acuerdo con la envergadura del daño dejar secuelas funcionales permanentes.

La región de la rodilla puede estar también afectada por tendinitis rotuliana y poplíteas así como la bursitis prerrotuliana y anserina los cuales son los diagnósticos más

frecuentemente realizados tanto en nuestra investigación como en otros estudios COPCORD (72) (119)

Otros pacientes refirieron enfermedad de Dupuytren, fasciitis plantar, tendinitis de los pies entre otras.

El estudio efectuado por Penedo Coello (72) en Lawton arrojó 8 (2.6%) de afecciones de partes blandas. No hallamos muchos estudios dirigidos a evaluar los reumatismos de partes blandas. Darmawan en 1995 evaluó la prevalencia de los reumatismos mediante la encuesta COPCORD, en población rural y urbana de Java. Demostró sobre los 15 años de edad una frecuencia de 5.8% en población rural versus 7.5% urbano determinando además pérdidas laborales de 4 y 3 días/ año aproximadamente por este concepto. (119) En suma consideramos que estas afecciones causan diferentes grados de dolor músculo esquelético, daño y discapacidad funcional con repercusión laboral que no pueden obviarse ni ser subvaloradas por tratarse de afecciones con baja morbimortalidad, puesto que de alguna manera afectan a los individuos, su bienestar general y calidad de vida.

Concordamos con los colegas españoles en que generalmente estas afecciones suelen ser atendidas en el nivel primario de atención en la mayor parte de los casos, siendo derivados los de mayor cronicidad o complejidad en su manejo a los niveles secundarios de atención. Nuestros pacientes tienen la posibilidad de recibir atención directa por el médico familiar institución que abarca más del 98% de la población cubana así como por un especialista en reumatología. Se ha considerado como un problema que en la mayoría de los países los pacientes reumáticos no son evaluados por un reumatólogo. Ello implica un desfavorable desenlace fundamentalmente cuando de patologías graves y discapacitantes como la artritis reumatoide y otras conectivopatías se trata

En las determinantes en la búsqueda de ayuda Campbell señaló que ello depende de la probabilidad de sentirse el paciente satisfecho. (120) con la atención que recibe, con el plan de atención que exista a nivel comunitario, las posibilidades de los ciudadanos, y la creencia acerca de la calidad de la atención. Generalmente el paciente asume al médico familiar como su primer contacto, en la atención (121) así como la fuente de una posible referencia. De manera similar opera en nuestro país aunque las expectativas resultan mayores pues la atención apoyo y cuidados que recibe por el médico familiar van mucho más lejos y representan la plataforma necesaria para la labor del especialista.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que afecta a todos los grupos étnicos y raciales, y se presenta en todas las edades. Los datos generales en cuanto a la prevalencia determinada mediante los resultados de nuestra investigación la sitúan en el 1.24% de la muestra de pacientes estudiados en el municipio Lawton. Las características sociodemográficas de los pacientes con esta afección las dejamos plasmadas en la tabla 7 cuando abordamos los resultados obtenidos como fruto de nuestra investigación que no se apartan significativamente de los datos reportados en el estudio piloto y otros trabajos internacionales en los cuales se aplicó el Instrumento COPCORD.

El nivel educacional y sociocultural en general es elevado por lo cual tienen mejores condiciones para asimilar la problemática que representa su enfermedad de base.

El dolor promedio en 4.31 resulta moderado solo superado por la espondilitis anquilopoyética, dolor lumbar bajo y gota en períodos de crisis. La discapacidad medida resultó ligera en la investigación pues no rebasó la unidad en la escala de 0 al 3, y en el comportamiento en la búsqueda de ayuda la orientación predominante estuvo dirigida hacia la demanda de atención por facultativos particularmente el médico de familia, así

como a nivel hospitalario los ortopédicos, fisiatras, y de notable importancia en el establecimiento del diagnóstico preciso y el seguimiento periódico los reumatólogos.

Los pacientes también acuden a la medicina tradicional y algo no aconsejable como la automedicación y asistencia por curanderos en menor medida en un segmento poblacional que resulta muy vulnerable como los enfermos reumáticos estudiados. Una parte importante de los pacientes sin embargo aún no se han adaptado a la problemática de salud que enfrentan. La prevalencia de la artritis reumatoide quedó establecida en nuestros casos en una cifra de 1.24%, que está en correspondencia con la mayoría de los estudios de prevalencia realizados que la sitúa en el 1% con frecuentes variabilidades en relación con el tipo de poblaciones estudiadas. La frecuencia fue superior de igual modo entre las mujeres con una relación de 4 a 1 aproximadamente. También esta relación es similar a la mayoría de los estudios precedentes publicados internacionalmente. (122)(123)

La artritis es una enfermedad crónica discapacitante asociada a pérdida de funciones a largo plazo y significativo impacto socioeconómico para el individuo y su familia así como toda la sociedad.

En nuestros casos la toma articular ha sido poliarticular simétrica con manifestaciones inflamatorias que se presentan por crisis, particularmente de manos y rodillas, muñecas, columna baja y cervical, hombros y tobillos entre otras por orden de frecuencia general así como moderada discapacidad para las actividades de la vida diaria y ocupacionales. La toma cervical alta con cambios erosivos cervicales graves atlo-axoideos reportados no los hemos observado entre nuestros casos.(124)

Las manifestaciones sistémicas y extra-articulares no son muy frecuentes entre nuestros pacientes (125), y esta investigación corroboró estas observaciones que previamente habíamos publicado.

Entre los estudios previamente realizados, en Lawton y Palmira los resultados fueron muy similares. El realizado como pilotaje en el Cerro arrojó resultados

con una prevalencia superior situada en 2.7%, pues incluyó pacientes con artritis reumatoide juvenil. Si excluimos tres pacientes con esta forma clínica de la enfermedad, los resultados serían muy similares a los que reportamos en nuestra investigación. En Palmira la prevalencia general de pacientes con artritis reumatoide quedó determinada para la enfermedad en 0.6% de la población estudiada cifra que consideramos baja aunque dentro del rango internacionalmente reportado. Se ha publicado que existe la posibilidad aún no confirmada de que la artritis reumatoide pueda ser más frecuente en el ámbito urbano que en rural y varios estudios han hallado estas diferencias.(126-129) Hipotéticamente los pacientes de áreas rurales tienen una mayor mortalidad, el ámbito rural puede tener un efecto protector, o puede existir un éxodo de los enfermos hacia la ciudad en la búsqueda de una vigilancia médica más estrecha.

Otros estudios de la región Asia Pacífico, y la India mediante la utilización del instrumento COPCORD, también arrojaron en poblaciones rurales una baja prevalencia. En la región del distrito de Pune en la India, reportaron una prevalencia tan baja como el 0.5% para la artritis reumatoide (IC 0.3-0.7). (88) (130) y el estudio Filipino arrojó cifras similares 0.17 (IC 0-9.36).

Nuestro trabajo corroboró los datos previamente hallados en el área de un consultorio médico de familia atendido por Penedo Coello en Lawton. En este trabajo de investigación que le sirvió de terminación de residencia los resultados que constatamos se reprodujeron de manera muy similar en el muestreo poblacional de 3155 ciudadanos que sí resultó representativo. La prevalencia según el resultado que obtuvimos se situó en 1.24 % para la artritis reumatoide.

La prevalencia general de la artritis reumatoide se ha publicado que resulta baja en el continente africano al igual de lo que ocurre en pacientes con lupus. No se conocen los factores que establecen este comportamiento y determinan esas diferencias. (131)

La artritis reumatoide es la enfermedad reumática más frecuentemente estudiada en el mundo y en Africa es la enfermedad inflamatoria más reportada. (132) (133) No obstante se define como una enfermedad en general poco frecuente en África cuando se analiza el resto del mundo. Adebajo (98) la reporta como una enfermedad poco frecuente, moderada en su forma de expresión clínica y poco común lo cual se mantiene como concepto general hasta nuestros días. (134)

Un estudio mostró una forma de expresión clásica con un grado moderado de severidad y poca expresión extra-articular además de baja morbilidad y seropositividad (135) No obstante, se considera que es hoy día una enfermedad poco común y probablemente las condiciones de las regiones tropicales puedan modificar las características generales de la enfermedad. (136)

La expresión clínica de la enfermedad difiere en las diferentes poblaciones. Es una enfermedad crónica de distribución universal. La repercusión sobre el individuo, la familia y la sociedad se ha hecho patente, no obstante queda por insistirse en la repercusión sobre los niveles de stress psicológicos, y la depresión que esta afección causa (137) (138) Por otra parte ha sido subvalorada la mortalidad que esta enfermedad genera. Wolf en el estudio ARAMIS, (139) halló un riesgo de muerte incrementado. Otros estudios corroboran que la expectativa de vida está disminuida. (140) (141) Existen estudios sobre todo realizados mediante encuestas auto-reportadas, realizadas incluso en pesquisajes nacionales como en España, que sitúan la prevalencia entre 0.3% y 1.6% aunque probablemente señalan que 0.5% sería la real. El estudio EPISER arrojó datos similares (78) Hay una frecuencia más

elevada en los países europeos nórdicos en relación con los países del Mediterráneo, aunque pudieran estar determinadas por las diferencias en la metodología de la investigación utilizada.

La repercusión de la enfermedad sobre los individuos determinó un elevado porcentaje de pacientes discapacitados 24 (61.5%) y sus posibilidades de desarrollar las actividades de la vida diaria fueron evaluadas en nuestro trabajo. El instrumento HAQ, en su versión cubana (25) fue aplicado a todos los que presentaron o refirieron algún tipo de discapacidad. En nuestro estudio se situó en 0.69 D S-1.10, lo cual habla de un grado ligero de discapacidad general y ocurría fundamentalmente para algunas funciones de la vida diaria como vestirse que forma parte del auto-cuidado, caminar, acostarse y acucillarse para recoger ropas del suelo.

Un estudio de Fex, (141) mostró un HAQ inicial del 0.8% que progresó en 8 años a 1.3 para representar un daño moderado. En el orden laboral repercutió en un 37% de los casos con discapacidad.

Este instrumento de medición es el más frecuentemente usado para evaluar discapacidad en el mundo y surge debido a la necesidad de estandarizar las mediciones internacionalmente para los ensayos clínicos; se ha señalado además que el HAQ elevado es un predictor de discapacidad por estudios analíticos de regresión logística. Su mensuración varía desde el inicio con el decursar de la enfermedad. (142-144)

En pacientes con artritis reumatoide el curso clínico y el desenlace pueden estar influenciados por diversos factores como el nivel socio-económico bajo, dada su influencia sobre la susceptibilidad individual, el estilo de vida y otros factores. (145)

El hábito de consumir café resultó elevado entre nuestros pacientes así como cigarrillos aunque en menor medida. Ambos factores han sido fuertemente asociados con el desarrollo de factor reumatoideo positivo y artritis reumatoide. (146)(147)

La repercusión económica de la enfermedad reumatoidea es considerable. Lo elevado de los costos por esta enfermedad están en función de la alta prevalencia, la discapacidad laboral que causan con un rango que va del 34% en algunos estudios hasta el 59% en otros.(148) Un estudio realizado mostró que el 10% de los pacientes con A. R, dejaron de trabajar en el primer año de la enfermedad, la mitad dejó de laborar en la primera década y el 90% previo a la edad de jubilarse normalmente. Esta situación repercute sobre los costos que genera esta enfermedad y la carga social que determina.

Un estudio alemán de Hannover mostró que los costos directos por paciente con artritis reumatoide, alcanzaron 3,815 Euros, anuales en una serie de 338 pacientes evaluados. (149) No obstante estos costos se consideran elevados cuando se comparan con otros estudios. (150)(151)

Esta parte de la repercusión económica de las enfermedades reumáticas ha llamado notablemente la atención en los últimos años. Hasta 1995 no existían trabajos evaluando los costos por artritis reumatoide variante juvenil publicados. Datos de un estudio realizado arroja que los costos directos para estas edades alcanzan el 40% atendiendo a que con los niños no se incurre en gastos de tipo salarial (152) Las tendencias actuales en el orden terapéutico, incluyen el empleo de drogas que elevan los costos de salud, pero incuestionablemente han logrado aumentar la supervivencia cuando se comparan con las drogas tradicionales. (153)

En nuestro medio no hallamos trabajos que evalúen el impacto económico de esta enfermedad Molinero (154) en el Municipio 10 de Octubre estudió retrospectivamente los

pacientes bajo peritaje médico en 1995. De los 1149 pacientes peritados, 240 (20.8%) fueron por enfermedades reumáticas solamente superados por las afecciones psiquiátricas. Sin embargo el porcentaje de invalidez alcanzó el 43.3% de la serie superior a cualquier otro grupo. La A R, ocupó el cuarto lugar del estudio con el 5% de los casos.

Queda claro que la repercusión de la artritis reumatoide sobre la capacidad física del individuo para realizar diversas funciones, la posibilidad de su auto-cuidado, y de laborar están intensamente menguadas repercutiendo ello no solo en el paciente y la familia sino en toda la sociedad.

La gota fue una de las afecciones reumáticas pesquisadas en nuestra investigación. Esta enfermedad metabólica crónica suele ser mas común en hombres que en el sexo femenino, cursa desarrollando ataques agudos, períodos Inter -crisis usualmente asintomáticos, y evolución en algunos casos hacia la cronicidad del cuadro articular o período de gota tofácea crónica. La enfermedad esta determinada por alteraciones relacionadas con el metabolismo de las purinas y los niveles en sangre del ácido úrico. (155) Conocemos solo de un trabajo en nuestro medio que haya abordado el estudio de la gota en un área poblacional del Cerro.(31)

En nuestro muestreo la prevalencia general para la gota alcanzó una cifra del 0.38% al afectar a 12 pacientes con similar distribución en ambos sexos y edad promedio sobre lo 47 años. En 1986 la prevalencia auto reportada de gota en los E. Unidos se estimaba en 13.6 por mil hombres y 6.4 en mujeres.(155 )

La prevalencia general puede resultar muy variable, teniendo en cuenta que factores ambientales, estilos de vida, y sobre todo la occidentalización de la sociedad pueden jugar un importante papel.

Los pacientes con gota pesquisados fueron seis hombres y 6 mujeres con edad promedio 47 años, 92% de ellos de la raza blanca, 75% en sobrepeso y 25% con una enfermedad metabólica como la diabetes mellitus asociada. El alcoholismo a diferencia de los países de Asia / Pacífico, no se constató entre los factores de riesgo involucrados.

Las crisis de podagra, y la toma de tobillos y rodillas fueron las principales formas de expresión en el orden clínico entre nuestros casos. La evaluación de los pacientes por parte de los especialistas en reumatología propició que se estableciera este diagnóstico nuevo en un caso prevalente. Todos los pacientes fueron atendidos por un facultativo médico y la mayor parte de los que pesquisamos en nuestra serie poblacional, (66.7%) buscaron la atención de un reumatólogo para el control y seguimiento de sus dolencias reumáticas. Estudios epidemiológicos realizados demuestran que la gota y otras artropatías por cristales ocurren en el continente africano menos frecuentemente que en países de Europa.(156)

En el oriente, son raros los estudios abordando estas enfermedades. En población tailandesa reportaron cifras elevadas de gota que alcanza el 5% en hombres y mujeres. Aunque posiblemente los factores genéticos pueden jugar un papel destacado en la génesis y expresión de la enfermedad, algunos factores de riesgo como el alcoholismo y las características de la dieta pueden estar fuertemente involucrados.(157-159)

Darmawan 1992 en su trabajo comunitario realizado en Java halló una elevada prevalencia de gota al establecer comparaciones con poblaciones occidentales. (80)

La prevalencia nuestra se aleja sustancialmente de los datos antes analizados, quedando establecida en 0.38 cifra muy similar a la que previamente obtuvimos con el trabajo de terminación de residencia (TTR) del Dr. Penedo y en la serie rural en Palmira en las cuales hallamos una prevalencia del 0.33%. Los resultados obtenidos igualmente en el estudio de pilotaje en el Cerro hallaron también esa frecuencia.

La investigación realizada en San Pedro Mártir en México (89) en su carácter comunitario halló una frecuencia del 0.4% (IC 0.1-0.7), muy similar a los estudios ya citados de Cuba. Este grupo hace referencia a los estilos de vida prevalecientes entre los cuales el consumo de alcohol es elevado en ambos sexos. La gota es menos común entre las mujeres que entre los hombres de acuerdo con lo reportado en la mayoría de los estudios publicados. Cuando se produce en mujeres, estas suelen ser post-menopáusicas en el 90% de los casos tal como ocurrió entre nuestras pacientes femeninas afectadas. En el orden clínico el comportamiento general es el mismo de la gota clásica en el sexo masculino. Las crisis de podagra, la participación de tobillos, rodillas, la formación de tofos y la neúropatía predominan como parte del cuadro clínico en pacientes de evolución crónica. La falla renal precisamente es la principal causa de mortalidad en el 10% de los pacientes con gota. Niveles elevados de ácido úrico o gota se ha demostrado que están asociados con enfermedad vascular coronaria demostrable por angiografía. De igual modo hay un incremento de los eventos cardiovasculares, y de la mortalidad especialmente en el sexo femenino. (160-162))

Resulta de interés la asociación comórbida con otras enfermedades como la hipertensión arterial en el 73% de los casos, diabetes, hipertrigliceridemia, insuficiencia renal crónica y osteoartrosis como enfermedad precedente. (163) (164) De este trabajo se deriva que la gota como enfermedad metabólica muestra una baja frecuencia en nuestro medio al igual que en México y esta muy relacionado con otros eventos metabólicos y probablemente con los estilos de vida. No se puede subestimar su mortalidad potencial.

En nuestro trabajo hallamos 2 pacientes que representan el 16.6% de los gotosos con algún grado de discapacidad asociado a su enfermedad. Con el ánimo de establecer un análisis

comparativo realizamos una búsqueda y no hallamos estudios COPCORD, analizando los niveles de discapacidad asociados a esta enfermedad .

La serie de pacientes con fibromialgia alcanzó una cifra tan pequeña como siete pacientes de los cuales seis son del sexo femenino y un hombre que representan el 0.24% dentro del universo estudiado. Esta afección ha sido observada sobre el 15% de los pacientes vistos en la práctica reumatológica diaria y 5.7% de la práctica médica general; con una marcada predominancia en el sexo femenino superior al 75% y en los grupos de edades de 20-60 años.(165) En nuestro país esta entidad ha sido poco reconocida por los médicos de atención primaria, así como por otros especialistas no reumatólogos, por lo cual consideramos que este hecho pudiera influenciar en la baja prevalencia constatada en nuestro trabajo aunque no descartamos que pudieran estar involucrados otros factores. Probablemente solo los reumatólogos entrenados pueden identificar a estos pacientes que se presentan con un cuadro doloroso crónico generalizado en el cual se constatan al examen físico múltiples puntos gatillo que a la compresión con determinado nivel de intensidad despiertan importante dolor. El dolor que estos pacientes experimentan se ha señalado de una magnitud similar al de la artritis reumatoide (166)

La mayoría de los estudios realizados concuerdan en que no existen elementos inflamatorios osteomioarticulares demostrables y otros factores de índole psicológicos pueden estar involucrados.

Estos pacientes aquejan problemas relacionados con el sueño, no logran un descanso efectivo en las mañanas por lo cual sienten una marcada fatiga, tienen asociado colon irritable, alteraciones emocionales, elementos depresivos y otras manifestaciones que deterioran la calidad de vida de los pacientes y para al médico no entrenado constituyen un

difícil reto diagnóstico. No existen pruebas específicas que corroboren el diagnóstico y son variadas las posibles patologías a diferenciar. (167)

El Colegio Americano de Reumatología (ACR), ha establecido criterios diagnósticos para esta entidad (168)

La fibromialgia se considera como una de las más frecuentes enfermedades reumáticas. En países occidentales como Noruega se ha fijado en 10% de la población, y se considera como una afección muy diseminada, que cuenta con criterios diagnósticos muy bien definidos. Se ha observado que la realización de ejercicios mejora a los pacientes aquejados. (169)

Los estudios COPCORD previos realizados en nuestro país hallaron prevalencias notablemente bajas aunque reiteradas en los diferentes trabajos que van desde 0 pacientes pesquisados en el estudio de Penedo, a 0.3% en Palmira y 0.66% que constatamos en el Cerro durante el estudio piloto. No se puede descartar la posibilidad de que la falta de experiencias diagnósticas de esta patología entre los médicos de primer contacto hayan determinado que exista un sub-registro en el orden diagnóstico; sin embargo en todos los estudios realizados se reprodujeron los mismos resultados e incluso en México la frecuencia ha sido muy similar a la demostrada en nuestro estudio comunitario.(89) No contamos con otros estudios de corte epidemiológico que permitan evaluar la frecuencia de esta enfermedad y establecer un análisis comparativo.

Un trabajo publicado en fecha reciente en la revista cubana de reumatología analiza la respuesta terapéutica de una serie de pacientes seleccionados con fibromialgia ante diferentes esquemas terapéuticos que incluyeron la aplicación de terapia no convencional en particular la magnetoterapia versus el tratamiento medicamentoso habitualmente utilizado.(170) El grupo control en tratamiento convencional farmacológico experimentó

una mayor mejoría que el grupo de estudio alcanzando alrededor de un 40%. Las diferencias halladas entre los grupos en este estudio no fueron significativas.

El tratamiento farmacológico se ha señalado que solo produce una pequeña mejoría en el tiempo. Hay pocos estudios controlados y estrategias trazadas para su manejo tales como las técnicas conductuales y ejercicios aeróbicos los cuales han reportado resultados halagüeños. Los grupos de rehabilitación y manejo terapéutico para la fibromialgia, refieren mejoría e impacto sobre la calidad de vida de los pacientes. Estos pacientes tienen niveles de discapacidad considerables. Wolfe en sus trabajos ha destacado que los pacientes con fibromialgia tienen no solo aumentada la percepción del dolor en cuanto a intensidad superior a sujetos saludables, sino que muestran elevados niveles de discapacidad para las actividades de la vida diaria e incluso para la actividad laboral con pérdidas significativas. (171) También se ha reportado asociación con otras afecciones reumáticas comórbidas como la A. reumatoide. (172)

No obstante a lo ya apuntado, entre nuestros casos con fibromialgia, hallamos un porcentaje elevado de discapacidad aunque los valores del HAQ mostraron un nivel muy bajo con 0.21% y el promedio de dolor se ubicó en 3.57 puntos. Pudiera resultar paradójico que los índices de discapacidad elevados que constatamos no se correspondan con la incapacidad real observada para desarrollar las labores de autocuidado incluidas en el cuestionario de evaluación de salud.

Podemos considerar que este resultado se deba a que dicho instrumento fue inicialmente diseñado para evaluar pacientes con artritis y no precisamente para la fibromialgia que tiene otros elementos fisiopatogénicos y formas de expresión clínica. Pudiera de igual forma considerarse que los pacientes pueden somatizar sus dolencias y sobredimensionar la intensidad real con que perciben su dolor dadas las características clínicas y los elementos etiopatogénicos involucrados en la génesis de esta

enfermedad que para muchos tiene una fuerte base psicósomática al no constatarse significativas alteraciones objetivas al examen físico y mediante las técnicas usuales de estudios de laboratorio e imagenología.

En pacientes fibromiálgicos se conjugan adicionalmente el dolor, la fatiga y los disturbios del sueño, tienen disminuidas su capacidad cognitiva lo que afecta su vida personal familiar y profesional (173) (174) Se ha señalado que aproximadamente el 25% de estos pacientes han recibido certificaciones de discapacidad, o compensaciones por enfermedad.(175) (176) En función de esas valoraciones, algunos autores han propuesto la realización de test a pacientes con fibromialgia que sean capaces de medir sus limitaciones funcionales en relación con sujetos sanos. (177)

El manejo de los pacientes con fibromialgia a nuestro juicio precisa no solo de que puedan tempranamente ser detectados en el nivel primario de atención, sino que además puedan ser evaluados por especialistas ya sean reumatólogos o no pero que sean capaces de asumir la problemática de individuos efectivamente enfermos ya sea por una noxa real, o un síndrome amplificado donde la somatización de los problemas, la ansiedad, depresión stress y otros factores aún no perfectamente establecidos juegan un determinante papel. La atención en grupos multidisciplinarios donde reumatólogos, psicólogos, fisiatras y terapeutas entre otros con la aplicación de tratamiento farmacológico, asociado a otras formas no convencionales de tratamiento se pueden conjugar para lograr el mejor desenlace en estos pacientes en tanto se logra avanzar en desentrañar los mecanismos que obran en su génesis y desarrollo.

En nuestra serie solo se constataron dos pacientes con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico lo cual arroja una frecuencia relativamente baja (0.06%), pero que resulta similar a algunos reportes internacionales. Los estudios COPCORD en general no presentan datos

relativos a estas enfermedades conexas, lo cual nos impide realizar un análisis cabal que nos permita arribar a conclusiones sólidas en el orden comparativo en cuanto a prevalencia para estas enfermedades crónicas de carácter sistémico y de tipo autoinmunes o conectivopatías (76)

Esta enfermedad es propia de sujetos jóvenes fundamentalmente mujeres en edad reproductiva con una proporción 5/1 en relación con los hombres.

En la población general se afecta aproximadamente una de cada dos mil personas aunque este dato resulta variable atendiendo a factores étnicos y raciales entre otros. En E. Unidos, los negros e hispanos tienen una mayor frecuencia que los blancos. Los factores socioeconómicos parecen jugar su papel en la prevalencia. (178) En población europea particularmente de España, se ha estimado la frecuencia del lupus en 91 casos por 100,000 personas (95% IC: 30-390). La distribución por género es de 95% para el sexo femenino. (179) Pocos estudios habían enfocado la prevalencia específicamente del lupus, y el enfoque estaba dirigido, hacia la comparación en cuanto a expresión clínico inmunológica en relación con otras poblaciones caucásicas.

Puerto Rico isla caribeña con una mixtura genética de Europa, Africa y autóctonos indígenas, señalan una prevalencia de 213 por 100,000 personas. Una forma de expresión clínica mediana en agresividad, y bajo nivel de daño y mortalidad. (180)

En un estudio que realizamos comparando el comportamiento clínico de una serie de pacientes cubanos en relación con pacientes mexicanos, se constató que los cubanos tenían mayor nivel de actividad y daño a nivel cardiovascular y músculo esquelético. (181) Otro estudio realizado por nuestro grupo determinó que 45 (9.9%) de pacientes con lupus en una serie de 454 pacientes egresados del Servicio Nacional de reumatología de Cuba, tuvieron grave afectación neurológica.

(182)

Como colofón a los esfuerzos integradores de los latinoamericanos en el campo de la reumatología y del lupus en particular surgió el Grupo Latino-Americano de Estudio del Lupus (GLADEL), cuya cohorte incipiente recoge y describe el comportamiento clínico epidemiológico de esta afección en nuestro continente, y se erige como una de las más completas e importantes investigaciones multinacionales en América. (183) Los datos de la población lúpica cubana recogidos por nuestro grupo forman parte de esta investigación multinacional.

De marcado interés resultó pesquisar en nuestro trabajo seis pacientes con espondilitis anquilopoyética que determinan una frecuencia para la enfermedad del 0.19%. con preponderancia del sexo masculino. La prevalencia general de esta enfermedad varía para las diferentes poblaciones y se ha establecido entre 0.1% para algunas poblaciones africanas y 0.5-1% para poblaciones occidentales de Inglaterra y E. Unidos. Otros estudios la han situado en 2\* 1000 individuos cifras que resultan similares a la constatada en nuestro trabajo.(184)

Hay pocos estudios de prevalencia disponibles y la mayor parte de los datos no resultan de pesquisajes comunitarios, sino de centros de referencia hospitalarios.

La relación hombre mujer al parecer ha sido exagerada al situar el radio a favor de los hombres 5 / 1 cuando probablemente sea mucho más cerrada la diferencia, y el concepto de lo poco frecuente en la mujer puede interferir en la realización del diagnóstico y en su realización temprana.(185) Algunos investigadores creen que el verdadero radio de comparación esté alrededor de la unidad.

Los factores genéticos relacionados con el HLA-B27, y las infecciones han sido fuertemente invocadas en su patogénesis así como para otras formas de espondiloartropatías.( 186)( 187) En la evaluación de los pacientes con espondilitis

anquilopoyética y otras espondiloartropatías asociadas existen criterios diagnósticos bien sustentados por los grupos europeos de estudio de las espondiloartropatías. (188) y en el orden clínico el dolor la fatiga y la rigidez progresiva con restricción espinal y crisis intermitentes con exacerbaciones y remisiones están comúnmente presentes.

Si bien la mayoría de los pacientes tienen una moderada enfermedad, otros pueden presentar un cuadro muy discapacitante. Nosotros hallamos entre los pacientes con espondilitis en nuestra serie a 4 (66.6%) con discapacidad asociada, los niveles más altos de intensidad del dolor, así como los indicadores de discapacidad medidos por HAQ más elevados. Hallamos un dolor de severidad promedio de 6.50, y discapacidad en 0.79 el más elevado del estudio.

Esta incluida la espondilitis anquilopoyética dentro de un grupo de afecciones denominadas espondiloartropatías. Lo constituyen además enfermedades inflamatorias en sobreposición como la artritis reactiva, los reumatismos intestinales como la enfermedad de Crohn, y colitis ulcerativa idiopáticas, y sus formas juveniles, además de la artritis asociada a psoriasis, y formas indiferenciadas. (189) (190) La artritis reactiva ha sido fuertemente relacionada con procesos infecciosos a distancia como genitourinarios y gastrointestinales e incluso de particular interés han sido los reportes y descripciones extranjeras y nacionales referentes a la asociación de estas artropatías con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (190)

La frecuencia y distribución del ataque articular por regiones corporales en pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis fue determinada entre los resultados obtenidos. En realidad nuestros pacientes aquejados por estas enfermedades tenían un comportamiento en el orden clínico acorde con lo internacionalmente reportado. Las manos y rodillas en los pacientes con artritis reumatoide, y rodillas, columna completa y hombros en pacientes con

osteoartritis fueron el blanco habitual del ataque articular en estas entidades. En un estudio que recientemente publicamos señalamos que en ocasiones los pacientes pueden tener formas de expresión poco usuales (125) pero ello no constituye la regla. Hemos asistido pacientes que han presentado un cuadro doloroso e inflamatorio oligo, o monoarticular de difícil diagnóstico, y se ha tratado de una artritis reumatoide. En algunos de estos casos ha sido la visión endoscópica por artroscopía, las características de la sinovial articular proliferante y erosiva así como la toma de biopsia sinovial, quienes han orientado el diagnóstico. La respuesta a la terapéutica específica ha servido para corroborar el diagnóstico preciso previamente efectuado. (191) (192)

Los pacientes con afecciones reumáticas pueden tener grados diversos de severidad del cuadro doloroso, y de los niveles de discapacidad asociado a las enfermedades. Este importantísimo aspecto fue determinado a partir de los resultados obtenidos; y aunque hemos discutido ya estos elementos durante el análisis de la prevalencia de cada una de las patologías pesquisadas, queremos destacar algunas anotaciones de interés.

En nuestro trabajo uno de los principales objetivos planteados estuvo orientado a conocer la discapacidad asociada a las enfermedades reumáticas que estudiamos en la comunidad.

La investigación demostró que alteraciones funcionales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, ocupacionales y sociales fueron constatados en el 15.45% de los pacientes con afecciones reumáticas lo que representa en nuestro medio una prevalencia general del 6.27% para la discapacidad determinada por las enfermedades reumáticas en el área de salud de Lawton. Esta cifra que resulta superior al 4% aceptado internacionalmente nos permite corroborar nuestra hipótesis de que estas afecciones resultan altamente prevalentes y discapacitantes en la comunidad.

La encuesta de Ontario situó en 4.6% la invalidez asociada a las enfermedades reumáticas en un largo survey poblacional. Esta cifra resulta un tanto inferior a la hallada en nuestro trabajo.(193)

La espondilitis anquilopoyética y la artritis reumatoide fueron las enfermedades que causaron una prevalencia mayor de personas discapacitadas. El estudio arrojó que el 66.6% y 61.5% de los casos respectivamente tenían limitaciones funcionales siguiéndoles los pasos la osteoartritis que determinó un 21.1% de personas con discapacidad y por consiguiente determinantes de un formidable impacto socioeconómico para los individuos, la familia y la sociedad.(194)

En un estudio realizado por Yelin y colaboradores, (195) señalaron que el 40% de las personas con afecciones músculo-esqueléticas reportan alguna forma de discapacidad. Estos datos en general concuerdan con los resultados constatados en nuestro trabajo. El rango de discapacidad fundamentalmente laboral oscila en algunos trabajos ente el 34% y el 59%, y se considera que los costos que impone la enfermedad están influenciados significativamente por dicha prevalencia y la discapacidad.

Se conoce por estudios realizados que el 10% de los pacientes con artritis reumatoide deja de laborar en el primer año del inicio de la enfermedad, la mitad durante la primera década y el 90% previamente a la edad normal de retiro (148) (196)

De igual modo, un estudio realizado por un grupo de autores de un centro de rehabilitación del tercer nivel en Cuba mostró como entre 77 pacientes con artritis reumatoide, que fueron estudiados 41 (53.2%) presentaban algún grado de discapacidad asociado, y comunmente no habían realizado fisioterapia como parte de su tratamiento y alrededor del 68% tenían escasos conocimientos acerca de su enfermedad. (197)

La repercusión que tiene la artritis reumatoide involucra los aspectos de índole económico. Los gastos directos e indirectos resultan muy elevados. La enfermedad determina más de 9 millones de visitas al médico y más de 250,000 hospitalizaciones al año. La discapacidad por esta causa está entre las mayores y entraña profundas pérdidas económicas e impacto familiar. (197)

En Estados Unidos, las enfermedades músculo-esqueléticas son la causa principal de discapacidad laboral, en tanto en Holanda las enfermedades músculo-esqueléticas y desórdenes psiquiátricos son las causas más importantes de abandono laboral y discapacidad.

En Cuba como habíamos señalado contamos con un estudio (154) evaluando el impacto laboral determinado por las enfermedades reumáticas el cual mostró que estas le seguían en frecuencia como causa de peritaje y retiro laboral a las enfermedades psiquiátricas.

No obstante a lo ya expuesto no contamos con suficientes estudios evaluando la problemática relacionada con el daño, la discapacidad física, la repercusión laboral y social que tienen estas enfermedades. Se ha señalado ciertamente que estos aspectos en el plano internacional no han sido adecuadamente estudiados a nivel de la comunidad.

Tomando en consideración datos provenientes de los Estados Unidos, y otros países occidentales, el crecimiento de personas reclamando pensiones y atención por la seguridad social a través de los programas de compensación para los discapacitados irá en aumento sobre todo teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional. Esta situación resulta muy diferente a lo que acontece en Cuba país en el cual existen leyes promulgadas por el gobierno revolucionario que contemplan las pensiones y atención gubernamental a los jubilados y personas discapacitadas.

En un estudio que desarrollamos en 1998, entre 208 pacientes Institucionalizados en un hogar de ancianos de Ciudad Habana, constatamos una prevalencia del 47% para las enfermedades reumáticas, y una discapacidad asociada del 56% (198) Un estudio similar realizado en E. U. en 1997, demostró un sub-registro diagnóstico entre los pacientes institucionalizados para la A. reumatoide, y arrojó solamente una prevalencia del 19% de la serie con el diagnóstico de alguna enfermedad reumática.(199)

En 1996 publicamos los resultados de un estudio realizado con el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (200) La artritis y otras enfermedades músculo esqueléticas eran la primera causa de invalidez. Al cierre del año en el país habían 1 millón 352, 465 pensionados de los cuales el 23.7% correspondían al concepto de invalidez laboral y social y los gastos por la seguridad social ascendieron a 353 millones de pesos. Estos datos ofrecen una medida de los esfuerzos que hace el país en función de la población y en particular de aquellos con alguna forma de discapacidad e invalidez. De igual modo existe un programa nacional de atención al discapacitado en el cual están muy bien representados los intereses de los pacientes con enfermedades músculo- esqueléticas. (201)

El impacto que imponen estas enfermedades (202), determinó que se hayan dirigidos los esfuerzos hacia las enfermedades musculoesqueléticas y denominado esta, como la ``Década de los Huesos y Articulaciones por los organismos internacionales de salud a nivel mundial como la OMS y otras organizaciones.

Los niveles de discapacidad pueden ser medida a partir de la aplicación de Instrumentos creados para esos efectos. En el orden clinimétrico el HAQ en su versión cubana (HAQ- CU), fue el instrumento utilizado en nuestra investigación una vez validado. (25)

Entre los resultados obtenidos recogimos los datos referentes a la severidad promedio del cuadro doloroso y la discapacidad asociada mensurada mediante el cuestionario de

evaluación de salud en su versión cubana para cada una de las diferentes afecciones pesquisadas en la comunidad. Se recogen también los niveles de discapacidad medidos por HAQ-CU, como ya comentamos pero en relación con la afectación de los individuos reumáticos en las diferentes funciones de la vida diaria incluyendo elementos básicos de auto-cuidado, y acciones relacionadas con el desempeño laboral como tomar un auto ó caminar para ir al trabajo.

El nivel promedio de dolor reumático se constató más elevado en pacientes con espondilitis anquilopoyética al alcanzar 6.50 entre seis casos, seguido por la gota y dolor lumbar bajo y artritis reumatoide respectivamente. Las demás patologías presentaron bajos niveles de dolor. En líneas generales la gota y dolor lumbar bajo suelen ser cuadros agudos sumamente dolorosos, y los reumatismos inflamatorios como la espondilitis anquilopoyética y artritis reumatoide suelen también durante las crisis generar importante dolor.

El nivel promedio del HAQ entre los pacientes reumáticos más elevado se constató entre los casos con espondilitis anquilopoyética, seguidos de cerca por pacientes con artritis reumatoide. Los valores promedio del HAQ obtenidos se consideran como un nivel ligero de discapacidad funcional en la escala de tres que contempla el instrumento de medición. La osteoartritis, gota, reumatismos de partes blandas, fibromialgia y el lupus presentaron niveles considerablemente más bajos.

El índice de discapacidad promedio medido por HAQ-CU para todas las afecciones reumáticas constatado en la serie cubana del municipio Lawton arrojó un promedio bajo de 0.59. Las principales funciones afectadas en las diferentes enfermedades reumáticas estudiadas fueron las relacionadas con el auto-cuidado como es el caso de 'Vestirse' entre los pacientes con artritis reumatoide, 'acostarse' en osteoartritis y 'levantar ropa del suelo'

en la espondilitis, dolor lumbar bajo y en la serie general alcanzando en esta última el nivel más elevado de disfuncionalidad.

En la escala de medición sobre tres unidades esta función alcanzó un rango de moderado con 1.04. Demostramos como la función más afectada en la artritis reumatoide fue la de vestirse dada la participación tan importante de las manos en la toma articular que genera esta entidad patológica.

Un estudio realizado por Fex y cols, (203) arrojó que una serie de pacientes con un HAQ inicial de 0.8 progresó en 8 años a 1.3 que representa un grado moderado de limitación funcional. En la actividad laboral la discapacidad se situó en un 37%.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica discapacitante asociada con pérdida de función a largo plazo y significativo impacto socioeconómico para el individuo, su familia y la sociedad.

(204)

La importancia de la medición de la capacidad funcional de los pacientes con artritis, reumatoide y osteoartritis por HAQ, estriba en que este representa un predictor de discapacidad de acuerdo a resultados de estudios por regresión logística. (205) No obstante otros autores han propuesto la utilización de nuevos instrumentos para mediciones relacionadas con la discapacidad. (206)

La medición de la severidad de la enfermedad corre paralelamente con el nivel de discapacidad.

Bardwell y cols (207) crearon un instrumento de medición de severidad, que además tiene la ventaja según refieren que evita las confusiones serias que introducen los aspectos psicológicos en la evaluación. No obstante el HAQ, sigue gozando de la aceptación de la mayoría de los investigadores que lo aplican en sus investigaciones. Los niveles del HAQ elevado se han señalado también como un adecuado predictor de discapacidad al igual que los bajos niveles de educación. (208)

Hay estudios que demuestran que el HAQ, como medidor de la capacidad funcional, de los pacientes con artritis, tiene una mejor correlación con el cuadro doloroso de los pacientes que con los cambios radiológicos que la enfermedad determina a nivel de las pequeñas articulaciones de las manos. (209) (210)

Las artropatías seronegativas como la artritis reactiva y la espondilitis anquilopoyética estuvieron poco representadas en la serie. La frecuencia general resulta baja lo cual consideramos que puede estar relacionado con el hecho de no haber sido comunmente estudiada en nuestro medio, no existir una adecuada experiencia en el orden diagnóstico entre los médicos de atención primaria e internistas, y ser con frecuencia autolimitados y de corta duración en el tiempo los ataques. Por consiguiente su impacto en general resulta poco evidenciable aunque el presente estudio mostró niveles significativos de severidad del dolor, daño y discapacidad asociada en el caso de la espondilitis. Este tipo de pacientes usualmente es manejado en centros de concentración de tercer nivel en el campo de la reumatología o rehabilitación pues son altamente discapacitantes y requieren de un manejo integral y especializado para lograr alcanzar un buen desenlace. La espondilitis anquilopoyética en particular cuenta para su evaluación y seguimiento incluso con instrumentos de medición específicos para evaluar del daño, actividad y nivel de discapacidad funcional que impone a los pacientes aquejados

En un estudio realizado por Boonen y cols, entre pacientes con espondilitis y población normal este mostró una elevada prevalencia de discapacidad ajustando sexo y grupos de edades. (211)

Otros estudios señalan también la discapacidad elevada y la repercusión laboral en cuanto a pérdidas de días por enfermedad. (212) No obstante en el orden clínico los pacientes presentan una oligoartritis y suelen aliviarse con los anti-inflamatorios no

esteroides, y azulfidina en la mayoría de los casos sin embargo su desenlace a largo plazo suele estar marcado por el daño y la discapacidad.

En el caso de la artritis reactiva se cree que su pronóstico es más benigno. La enfermedad puede ser persistente de acuerdo a algunos estudios entre el 15 y 50% de los pacientes. La oligoartritis, uretritis, conjuntivitis, entesitis, balanitis circinada así como en menor frecuencia las alteraciones valvulares cardíacas forman parte de su espectro clínico (213) (214) La prevalencia de estas enfermedades se eleva con la edad y la educación continúa siendo una de las vías para limitar la discapacidad y mejorar la calidad de vida.

Luego podemos resumir la discusión y análisis de los resultados hasta aquí expresados, destacando la elevada prevalencia de las enfermedades reumáticas y señalando que la discapacidad asociada a estas enfermedades en la comunidad estudiada resultó también elevada y directamente relacionada con afecciones como osteoartritis, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, y dolor lumbar bajo, aunque sin mostrar diferencias significativas con los principales estudios de referencia evaluados en nuestro país y en la literatura internacional.

En nuestra casuística nosotros constatamos una frecuencia elevada de una serie de factores de riesgo para desarrollar osteoporosis y fracturas por esta causa. El incremento de la esperanza de vida ha provocado un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas como la osteoporosis y si bien antes era considerada esta afección una consecuencia del envejecimiento, hoy se pueden identificar claramente factores de riesgo para su desarrollo, detectarla antes de que se produzcan las fracturas y modificar su curso a través de medidas de intervención y tratamiento. Concordamos con el criterio este tipo de pacientes requiere de la atención de un equipo multidisciplinario de especialistas que incluye reumatólogos, ortopédicos, fisiatras, geriatras y endocrinólogos entre otros (215)

La fractura vertebral es causa de dolor crónico de espalda, en tanto la de caderas tiene un elevado costo económico y morbilidad incrementada (216-219) Las consecuencias fatales por fractura osteoporótica en paciente de la tercera edad fueron evaluadas por nuestro grupo en un trabajo realizado en la provincia de Villa Clara. Borges (220), en el pesquisaje realizado, halló que las fracturas de cadera, vértebras y radio distal en la mujer post-menopáusica y color de la piel blanca fueron las más prevalentes y causales de mortalidad incrementada. El sedentarismo, consumo elevado de café, además del consumo frecuente de alcohol estuvieron entre los principales factores de riesgo hallados entre nuestros pacientes.

Algunos de estos factores de riesgo también estuvieron presentes de manera preponderante entre los pacientes encuestados como parte de nuestra investigación, añadiéndose de manera significativa el consumo de esteroides y la pobre actividad física.

En Cuba según datos obtenidos de las oficinas de estadísticas del MINSAP, en el 2003 se produjeron 10 588 fracturas de cadera entre los habitantes de 60 años y más; dada la exclusión de los traumatismos mayores y accidentes, se asume que estas constituyen fracturas de causa osteoporótica y la tendencia actual es hacia el incremento de estas cifras al ir en aumento las expectativas de vida de la población cubana. Entre los pacientes con fractura de cadera fallecieron 1 770 ancianos lo cual arroja una mortalidad del 16.7%. Consideramos que estos datos obtenidos en el contexto de nuestra investigación enfatizan la necesidad de establecer programas de prevención e intervención no solo en nuestro país sino a nivel mundial para minimizar el impacto que esta denominada epidemia silente impone a la humanidad. (221)

Entre el 52.87% y 81.90% de los sujetos enrolados en nuestro estudio tenían factores de riesgo para osteoporosis tales como: pobre actividad física, consumo irregular de

alimentos lácteos y vegetales, y consumo frecuente de café. El hábito de fumar, consumo regular de alcohol, menopausia y consumo frecuente de drogas esteroideas estuvieron presentes aunque en menor medida.

Los análisis de regresión logística arrojaron un riesgo significativo de sufrir fracturas de causa osteoporótica en nuestra serie para el consumo de esteroides, y la pobre actividad física. OR/3.2779 (IC 0.956 - 11.23) y 2.3507 (IC 1.166 -4.736).

En otros resultados importantes se determinó la distribución y frecuencia de las fracturas presumiblemente causadas por osteoporosis en nuestros casos. Las fracturas de cualquier localización pesquisadas fueron 36 que representan una frecuencia de 1.14%, siendo las caderas con 11 (30.56%) la más frecuente, muñecas y vértebras a continuación por ese orden fueron las más prevalentes. Si extrapolamos este resultado a tasas por cada 100,000 habitantes tendríamos 1 140 fracturas por cada 100, 000 habitantes lo cual representaría una pesada carga y gravamen socioeconómico para el país.

Las fracturas de caderas suelen ocurrir por caídas desde la propia altura del paciente o sea de sus propios pies, tienen una elevada morbimortalidad y repercusión sobre la ulterior capacidad del individuo de reincorporarse a las actividades ocupacionales y de la vida diaria. Estas fracturas tienen una elevada mortalidad reportada entre el 15 y 30% produciéndose fundamentalmente en los primeros 6 meses después de la fractura de cadera.

Un estudio realizado por Osma, Messina y colaboradores en Lujan Argentina (222) mostró una incidencia de 304.5 en mujeres y 1 35.3 entre los hombres para la fractura de fémur de causada por osteoporosis lo cual concluyen que representa una abrumadora carga socioeconómica para ese país.

Hay estudios que demuestran que la realización de ejercicios físicos propicia que los huesos modifiquen su estructura y la calidad de su tejido dado que las presiones adecuadas ejercidas sobre el hueso por leyes físicas, estimulan la formación y acciones de remodelación ósea (223)

El consumo de drogas esteroidales ha sido también fuertemente considerado como uno de los más importantes factores de riesgo para osteoporosis, y los pacientes con afecciones reumáticas suelen ser consumidores de este tipo de drogas. Desde 1932 había sido reconocida por los investigadores esta asociación y en la actualidad se ha demostrado que indiscutiblemente existe un riesgo elevado para fracturas (224-227) Los padecimientos reumáticos, asma bronquial estados alérgicos son las principales causas que determinaron un consumo frecuente de este tipo de drogas entre nuestros casos que desembocaron en fracturas de causa osteoporótica, aunque no fueron los únicos factores involucrados.

Se impone educar a los pacientes en cuanto a lo nocivo que resulta la automedicación y particularmente con este tipo de drogas, y a la clase médica en el principio de hacer una prescripción racional de estas drogas atendiendo al riesgo beneficio que comportan.

La OMS, reconoció a la Densitometría ósea como el método diagnóstico más útil para evaluar el riesgo de fractura por osteoporosis en la mujer post-menopáusica de raza blanca y estableció criterios diagnósticos que aún no han sido universalmente reconocidos. (228)

(229) Nosotros en 1993 desarrollamos un trabajo encaminado a la detección de pacientes reumáticos en riesgo de presentar osteoporosis mediante la utilización de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) mediante un programa Osteo-CT, estandarizado en el departamento de Imagenología del CIMEQ, preparado para estos efectos (230)

La adquisición de un densitómetro Lunar años después propició mediante un trabajo liderado por la Dra. Santos, (231) la caracterización de la masa ósea en una población de

jóvenes cubanos y replantear con mayor fuerza la necesidad de medidas de prevención. En ese sentido resulta atrayente el planteamiento realizado por algunos autores de aplicarle a todos los pacientes con riesgo elevado de osteoporosis, instrumentos de medición validados capaces de evaluar la calidad de vida de los pacientes toda vez que precisamente son las fracturas las que le dan la relevancia clínica a la osteoporosis. (232)

Se ha mencionado la discapacidad funcional e inactividad que imponen las fracturas de caderas, y el daño funcional sobre la función cardiovascular y pulmones que imponen las fracturas vertebrales (233) además de las secuelas de ansiedad y depresión que determinan. (234) Uno de los instrumentos creados y validados es el Osteoporosis Assessment Questionnaire. (OPAQ) (235) que cuenta con una versión brasileña. (236)

El riesgo relativo de fracturas aumenta en la medida que aumentan los factores de riesgo, caen los valores de la medición de la masa ósea (237) y la problemática va en aumento, pues si bien antes se consideraba un problema de los países occidentales, hoy las personas en riesgo aumentan en los países de América Latina y Asia al igual que la mortalidad por afecciones cardiovasculares asociadas a las fracturas como consecuencias de la osteoporosis. (238) (239) Se ha enfatizado la importancia de tener en cuenta los factores de riesgo en la toma de decisiones de imponer tratamiento considerando se evalúen otros factores como la esperanza de vida, costos y riesgo beneficios de las drogas a utilizar y su posible toxicidad. Por consiguiente se deben individualizar las decisiones terapéuticas.

En el campo de la reumatología tiene mucho interés la evaluación del comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda de nuestra población objeto de estudio. Se demostró en la investigación como la mayor parte de la población aquejada por enfermedades reumáticas acude fundamentalmente a buscar la atención médica de un facultativo ya sea el médico familiar reumatólogo u otro especialista. El médico familiar fue el facultativo más

socorrido al evaluar 909 (65.48%) de los casos y consideramos lógico y oportuno que sea el primer contacto en la atención de pacientes reumáticos. Probablemente después puedan ser derivadas las patologías más graves y discapacitantes al especialista en reumatología que en este trabajo evaluó a 318 pacientes (22.91%) Los pacientes que acuden al hospital como primera opción buscan la ayuda de ortopedicos, fisiatras o internistas para el manejo y atención de sus dolencias. En ocasiones van referidos desde el área de salud.

La conducta que asumen los pacientes al consultarse con determinado médico ha sido bien estudiada por Campbell y Roland. (120) Este interesante estudio realizado en una población de Noruega, mostró que los pacientes evalúan fundamentalmente la posibilidad de sentirse satisfechos con la atención que reciben, el plan de atención médica primaria y posibilidades de los cuidados de salud que existan, así como de su creencia acerca de la calidad de la atención a partir de las experiencias anteriores con la atención que se le brinda, y la accesibilidad a los servicios de salud. (121)

En líneas generales como habíamos señalado el paciente evalúa al médico general como el primer contacto así como una posible fuente de referencia al especialista. (240)

En la práctica el comportamiento en nuestro país consideramos que sigue similares patrones y nuestro estudio así lo demuestra. Los pacientes cuentan con múltiples opciones para decidir a quien confían la atención de sus afecciones reumáticas.

No obstante, el estudio demostró además que los pacientes con las patologías más graves fueron fundamentalmente seguidos por el reumatólogo, como en el caso de la gota y espondilitis donde el 66.67% fue visto por este especialista, y la artritis reumatoide 29.(74.36%) Los pacientes con osteoartritis, dolor lumbar bajo y fibromialgia prefirieron ser atendidos en el primer nivel de atención en su comunidad. Los pacientes con osteoartritis solo acudieron en el 18.32% a ser evaluados por el reumatólogo, siendo

probablemente atendidas las formas más graves y discapacitantes de la enfermedad que ocurren alrededor del 10% de los casos. En nuestro país precisamente el interés de las autoridades de salud está centrado en lograr llevar a la comunidad la mayor cantidad de conocimientos y el entrenamiento adecuado para que los médicos familiares estén capacitados para asumir el manejo adecuado de mucha de estas entidades.

Dándole continuidad al análisis del comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y el patrón de orientación terapéutica seguido por los pacientes en nuestra serie, elementos que están íntimamente relacionados y queremos analizarlos en conjunto, apreciamos como algunas formas de tratamiento resultan sumamente socorridas y gozan de la preferencia poblacional.

La fisioterapia y rehabilitación también forman parte del tratamiento integral del paciente reumático. El equipo está conformado por el médico fisiatra, el terapeuta físico y ocupacional quienes trabajan coordinadamente junto al reumatólogo, ortopédico y psicólogo. El equipo debe realizar parámetros y pruebas funcionales que le permita evaluar de forma objetiva los cambios que operan en el paciente y hacer comparaciones pre-y post tratamiento para establecer las modificaciones necesarias al programa. (241) En total 229 pacientes (16.49%) usaron esta modalidad terapéutica, con un elevado nivel de eficacia referida.

La terapéutica no convencional, medicina alternativa, medicina tradicional o complementaria como se le ha dado en llamar ocupa un espacio importante en la atención que reciben los pacientes con enfermedades reumáticas en el mundo y nuestro país no escapa a esta realidad. Un total de 252 pacientes (18.15%) recibieron esta forma de tratamiento; 242 (17.43%) se auto medicaron, 136 (9.88%) consumieron remedios caseros y 11 (0.80%) recibieron los concursos de curanderos tradicionales.

Los pacientes con afecciones músculo esqueléticas con frecuencia no tienen una definición objetivamente clara acerca de su enfermedad en la cual factores educacionales y socio- culturales juegan un papel determinante y tienen una fuerte influencia en el desenlace.

Esta demostrado que los pacientes con menor apego a las consultas tienen un desenlace peor que otros y en ese sentido los niveles de educación juegan su papel. Paradójicamente con lo esperado, en los países industrializados con un mayor desarrollo, existe una fuerte tendencia al uso de medicina no convencional o tradicional, y los sujetos que con mayor frecuencia utilizan estas formas de tratamiento tiene un mayor nivel educacional, son de la raza blanca y tienen elevados ingresos. Los costos determinados por este concepto resultan millonarios.(242) El estudio arroja que la mayor parte de las terapias probablemente se usan en conjunto con la terapéutica convencional. (243)

En un estudio que realizamos en 1999, revisamos algunos conceptos acerca del comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional en nuestro país basados en los resultados del estudio de pilotaje COPCORD realizado en una comunidad urbana de Cuba. (244) El 26.3% de estos pacientes llevó tratamiento no convencional incluyendo diversas técnicas de fisioterapia, acupuntura, fangoterapia ó peloides, agua mineromedicinales, remedios herbolarios, remedios indicados por curanderos entre otras acciones que consideraron en alguna medida efectivas.

La automedicación constituye una práctica nociva en las sociedades. Cuando analizamos nuestros datos apreciamos como esta práctica alcanzó a 242 (17.43%) pacientes cifra que consideramos elevada. El análisis de los resultados obtenidos en el Cerro, alcanzó el 6.8% en tanto cifras tan elevadas como el 32.1% fueron reportadas en la zona rural de Palmiras. Esta cifra mostró marcadas diferencias en el orden comparativo entre lo que ocurre en la ciudad y el campo en relación con la automedicación.

La terapéutica no convencional también alcanza cifras notablemente elevadas en la zona rural con relación a la ciudad con el 46.7% versus el 18.5% y la demanda de atención por curanderos resultó discretamente superior en la ciudad 3.4%, que en las áreas rurales 2.9%. El uso de esta forma de tratamiento no convencional se ha señalado como un factor contribuyente al aumento de la mortalidad en pacientes reumáticos. (245) (246)) En patologías como el lupus sistémico los pacientes en ocasiones discontinúan su tratamiento formal y esta práctica ha sido identificada como causa contribuyente (247)

Se ha demostrado que cada vez es mayor el número de personas que hacen uso de esta medicina alternativa o complementaria. En 1977 un muestreo realizado entre pacientes de habla inglesa halló que el 42.1% usó al menos una de las 16 terapias alternativas específicas por espacio de al menos 12 meses. Más del 59% de estos tenían una enfermedad reumática principalmente artritis, dolor lumbar y de cuello. Los costos totales se sitúan en cifras billonarias similares a todos los costos de los servicios de salud de los Estados Unidos.

El estudio arroja que la mayor parte de las terapias probablemente se usan en conjunto con la terapéutica convencional. (243)

En todos los estudios la mayor parte de los pacientes (85%) reportan mejoría con la terapéutica recibida sin entrar en disquisiciones en cuanto a la efectividad de los métodos convencionales o tradicionales utilizados.

El comportamiento en la demanda de ayuda entre nuestra población incluye el uso de terapia no convencional sobre todo en las personas de edades más avanzadas. Eisemberg señaló que el 34% de sus pacientes utilizaba la terapia no convencional. (243) Probablemente esta forma de tratamiento en Cuba aunque frecuente sobre todo en el medio rural no se asocia al abandono de la terapéutica convencional estandarizada e internacionalmente aceptada. (75) (248)

El uso de esta forma de tratamiento constituye un problema de salud y riesgos para la vida según se ha reportado en muchos países, y el monto global socioeconómico que comporta alcanza cifras millonarias. Se ha estimado sobre los 950 millones de dólares. (249) (250)

La demanda terapéutica de fisioterapia, es elevada entre los pacientes reumáticos. El uso de calor superficial y profundo, láser de baja potencia, electroterapia, magnetoterapia entre otras resulta de aceptación popular. El 16.49% de los pacientes utiliza este recurso terapéutico.

Entre las formas más socorridas de tratamiento no convencional las cuales han sido aplicadas a nuestros pacientes se han incluido entre otras. Los ejercicios de estiramiento y fuerza los cuales están indicados en algunas formas de artritis incluyendo la osteoartritis de caderas y rodillas. (251) Este ensayo aleatorizado y controlado mostró una mejoría clínica significativamente estadística cuando enroló a pacientes con osteoartritis en programas de ejercicios. El Tai-Chi como modalidad ha sido recomendado para reducir el riesgo de caídas en los ancianos. (252)

Apuntamos que entre nuestros pacientes fueron las caídas de sus pies las causas fundamentales de fractura por osteoporosis y determinantes de elevados niveles de discapacidad residual, invalidez total, y dependencia social, económica y una mortalidad incrementada.

La acupuntura basada en la creencia de que hay patrones de energía que fluyen lo cual es esencial para la salud, puede conducir a la corrección de desbalances y tratar el dolor en diversas condiciones patológicas como la osteoartritis, fibromialgia, y dolor lumbar bajo (253) Esta técnica milenaria cuya eficacia se ha considerado elevada y de gran importancia real, ha sido también ampliamente utilizada entre nuestros encuestados con resultados satisfactorios en el alivio de los síntomas reumáticos, pero sin embargo las

evidencias demuestran que adolece de estudios controlados que corroboren su efectividad y se considera que el efecto analgésico se asocia a un importante efecto placebo. (241) (248)(249)

Los remedios herbales en E. Unidos, tienen un uso creciente dada su valoración como 'naturales y seguros' sin embargo sus potenciales beneficios se han conjugado con efectos dañinos por interacciones con los medicamentos prescritos a los pacientes, contaminantes o constituyentes ilícitos. Han sido hallados contaminantes arsenicales, anti-inflamatorios no esteroideos y sustancias esteroideas en las preparaciones herbales. Ninguna de estas preparaciones ha pasado las estrictas inspecciones de calidad desde 1944 en los E. Unidos.

El condroitin sulfato y la glucosamina son suplementos nutricionales cuyas evidencias sugieren un moderado pero definitivo efecto en la reducción del dolor en la osteoartritis de rodilla y cuenta con determinado nivel de aceptación para su uso. (254) (255)

La aplicación de la terapia no convencional en general está basada en los conocimientos derivados de las experiencias positivas en su aplicación y no en los resultados de estudios controlados que avalen el sustento científico de estos tratamientos. (256)

Al margen de esas consideraciones hay algunos estudios que han sugerido que los pacientes con artritis en el 90% de los casos han usado terapia no convencional incluso en los países más desarrollados. El impacto de estas conductas resulta no solo de índole económica, sino que puede ser determinantes de demoras en el uso de los cuidados de salud apropiados y por consiguiente comportan un peligro y daño potencial. (257) (258))

Algunas afecciones como la artritis reumatoidea, y la fibromialgia cuya etiología y curso específico no son totalmente conocidos, y se caracterizan por dolor crónico son altamente proclives al uso de terapia no convencional junto con el tratamiento habitual. (259) Además entre el 38.5% y 55% de los pacientes no discuten con sus médicos acerca del uso de estas

terapias y estos habitualmente no indagan sobre ellas. La comunidad médica está a la espera de más seguras evaluaciones acerca de estas formas de terapia, y por ende deben existir motivaciones para encontrar estas evidencias basados en la anamnesis y examen a los pacientes en dicho tratamiento. Hemos constatado como ante situaciones de descontrol ante las exacerbaciones de los síntomas dolorosos, y/o una evolución no satisfactoria de su enfermedad, los pacientes se automedican aumentando las dosis que tienen prescritas o introduciendo nuevas drogas que les han sido recomendadas incluyendo fármacos esteroidales, remedios del espectro de las herbolarias, u otros enfoques como los espirituales. (259) Esta conducta se aleja del enfoque occidental para el tratamiento de los pacientes aquejados por la artritis ‘basados en las evidencias.’ (260)

Hoy día en el marco de la economía global en el cual los pacientes son vistos como consumidores erróneamente, se añade un nuevo escenario en la demanda de ayuda y las formas de enfrentamiento ante el problema, pues los pacientes tienen la posibilidad de acceder a Internet y realizar exhaustivas búsquedas de información sobre sus síntomas, signos y enfermedades, así como de recibir orientaciones terapéuticas con la adquisición de productos y servicios a veces ofrecidos sin cumplimentar con toda la seguridad científica necesaria lo cual puede resultar nocivo para la salud y el desenlace de su enfermedad. (261) En Cuba en general existe un eficiente control sobre las formas de tratamiento no convencional, se utilizan bajo la orientación de facultativos que han estudiado y evaluado las potencialidades de estas terapias alternativas y sus prescripciones están basadas además en estrategias rigurosamente científicas, orientadas por las autoridades de salud, y no están reñidas con el seguimiento y la aplicación de técnicas y tratamientos convencionales de probada eficacia junto a dicho tratamiento de ser necesario.

En suma hemos apuntado y resulta evidente de acuerdo con los resultados obtenidos que las enfermedades reumáticas constituyen un gran grupo de padecimientos con una elevada prevalencia comunitaria en nuestro medio y la conducta de demanda de ayuda está orientada hacia la búsqueda de un profesional de la salud. Los pacientes suelen ser atendidos inicialmente por los médicos del nivel de atención primaria y evolutivamente son referidos a un centro de atención secundaria o terciaria acorde con las necesidades. No existe la tendencia a ser tratados por curanderos tradicionales obviando el consejo científico, lo cual probablemente esta en dependencia de los niveles educacionales y socioculturales que ostenta la población cubana, y la posibilidad de acceder a todos los niveles de salud sin limitante alguna y ser evaluados no solamente por su médico familiar sino también por un reumatólogo que cuenta con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud. (262) Los pacientes reumáticos con afecciones más graves o potencialmente discapacitantes, tienen una adecuada conducta en la búsqueda de ayuda ante el problema que representa su enfermedad y la carga que le impone en el orden físico, funcional y social. La orientación terapéutica resulta en general muy atinada al acudir a los facultativos, y usar la medicación convencional indicada, así como complementar su terapéutica con terapias alternativas en determinados casos y con orientación profesional sin abandono del tratamiento científicamente probado por las evidencias Nuevos estudios en este campo aún no completamente explorado están próximos a ser publicados.

Las enfermedades reumáticas constituyen ejemplos de enfermedades crónicas no transmisibles seriamente discapacitantes en algunos casos que implican como señaló en su marco conceptual Fries y cols. (22) dolor, disconfort, toxicidad por las drogas usadas para su tratamiento, elevado costo en dólares, y discapacidad como probablemente el desenlace

menos deseado. En muchas ocasiones causan al paciente ansiedad depresión y niveles elevados de desesperanza.

En nuestra investigación pudimos constatar que un total de 703 pacientes aquejados por alguna enfermedad reumática que representan el 65.21% tuvieron un buen nivel de adaptación al problema que constituyen estas afecciones, en tanto 375 (34.79%), no se adaptaban al problema.

De manera particular entre pacientes con osteoartritis 420 (65.22%) de los casos se adaptaron bien; el 56.41% o sea 22 pacientes de los aquejados por artritis reumatoide no se adaptaban, al igual que el 57,14% de las fibromialgias, y 66.67 % de los pacientes con gota. En pacientes con dolor lumbar bajo, y osteoartritis el nivel de pacientes no adaptados si resulta muy bajo (29.89 % y 34.79%) respectivamente. Probablemente el hecho de tratarse estas últimas de afecciones en la mayor parte de los casos menos graves y discapacitantes a largo plazo a diferencia de entidades crónicas causales de marcada discapacidad y potencialmente mortales como la artritis reumatoide, lupus, espondilitis y hasta la gota cuando causa afectación renal.

Estas evaluaciones han sido efectuadas con mayor frecuencia por los interesados en el campo de la psicología de los enfermos reumáticos, pero constituyen una arista de mucho interés para evaluar la conducta de asimilación y enfrentamiento que asumen estos enfermos al sufrir la posibilidad de ver deteriorada su calidad de vida.

La artritis reumatoide ha sido la enfermedad reumática más estudiada para evaluar la adaptabilidad de los enfermos ante el problema. (263) (264) Nosotros en los estudios previamente realizados en Cuba no consideramos esta importante variable y por ende desconocemos de manera preliminar esta información.

Cardiel (89) en su trabajo COPCORD, estudió en México la conducta de enfrentamiento asumida por los pacientes reumáticos. Demostró que no tienen una buena adaptación al problema el 38.5% de los pacientes con osteoartritis, 50% de los pacientes con artritis reumatoide, y 61.8% de los pacientes con fibromialgia. Estos datos de manera general no se apartan de los constatados en nuestro estudio.

Los pacientes bien adaptados se considera que asumen una correcta conducta de enfrentamiento, con un aspecto positivo desde el punto de vista emocional. Se trata desde el punto de vista psicológico de entender una nueva situación y aprender a vivir con ella. No se constituye en adoptar una posición de resignación sino aceptar la situación enfrentándola de una manera mejor, a diferencia de aquellos mal adaptados, a los cuales la enfermedad los sobrepasa en su capacidad de seguir adelante debido a la carga que esta impone.

En pacientes con artritis reumatoide en particular, al aparecer los primeros síntomas de la enfermedad, comienza un proceso de asimilación psicológico de la pérdida de salud, y un proceso de 'duelo anticipado' ante la amenaza de las pérdidas futuras (265) (266) Desde el punto de vista psicológico los pacientes experimentan un proceso continuo de stress, adaptación y superación en el cual participan varios factores. (267) (268) Si el paciente no se deja superar por la situación estresante y logra una adecuada adaptación logrará enfrentarse al problema y buscar las fórmulas de convivir con su enfermedad, atenderse, tratarse y no amilanarse ante el daño y las discapacidades que implica.

El paciente enfermo al no apreciar una franca mejoría, o experimentar recaídas, puede llegar a una falsa percepción de falta de control, y resignación exageradas concluyendo que nadie puede cambiar el curso de su enfermedad lo cual conduce a debilitamiento de la

autopercepción de su 'yo', debilitamiento progresivo de su autoestima y por consiguiente de la posibilidad de acceder a eventos que determinen un reforzamiento de tipo social (263) Como el paciente asume el problema de su enfermedad crónica dolorosa y potencialmente discapacitante, es un proceso multidimensional influenciado por diversos factores. Las estrategias de ajuste del sujeto han sido ampliamente investigadas, y entre las más utilizadas están la búsqueda del control del dolor, conducta de autocontrol, mantenerse en distracción entre otras que resultan positivas para lograr la adaptación. Hay conductas negativas como utilizar prácticas esperanzadoras, o catastrofizar el problema. (269-273) Salvelkoul (274) demostró mediante su investigación con 168 pacientes reumáticos, que establecer medidas de intervención como enseñarles a los pacientes conductas de enfrentamiento positivas, lograban importante impacto en el paciente en el enfrentamiento del problema. Se demostró además en un estudio similar por el mismo autor, que el enfrentamiento puede ser activo o pasivo para el manejo de la situación estresante, y lograr incrementar el soporte social para mejorar la calidad de vida del paciente. (274) (275)

Hay trabajos que indican que los pacientes reumáticos se pueden beneficiar de una adecuada estrategia dirigida al reforzamiento de su auto-cuidado general y como su enfermedad no resulta hasta el momento curable, lograr gracias a su participación y una correcta atención médica, aliviar su dolor, prevenir la destrucción articular y preservar la mejoría que se obtenga en cuanto a capacidad funcional. Pueden beneficiarse además al orientarles un racional descanso, prescribirles un tratamiento general y específico para las diversas enfermedades considerando las nuevas drogas y terapias biológicas que desde finales de los años 90 han sido aprobadas para el tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondiloartropatías (276-285), teniendo en cuenta los notables resultados que hasta la fecha han arrojado. Los resultados altamente satisfactorios que han

mostrado al detener la progresión de las enfermedades permite asumir los riesgos potenciales que estas drogas y las nuevas terapias entrañan. (286-292).

En el conocimiento de los mecanismos patogénicos, diagnóstico y tratamiento del lupus eritematoso sistémico también los avances han sido indiscutibles al introducirse nuevas drogas, y productos hormonales y biológicos algunos aún en fase experimental por lo cual el desenlace ha mejorado y la supervivencia ha aumentado ostensiblemente en las últimas décadas. (293-300)

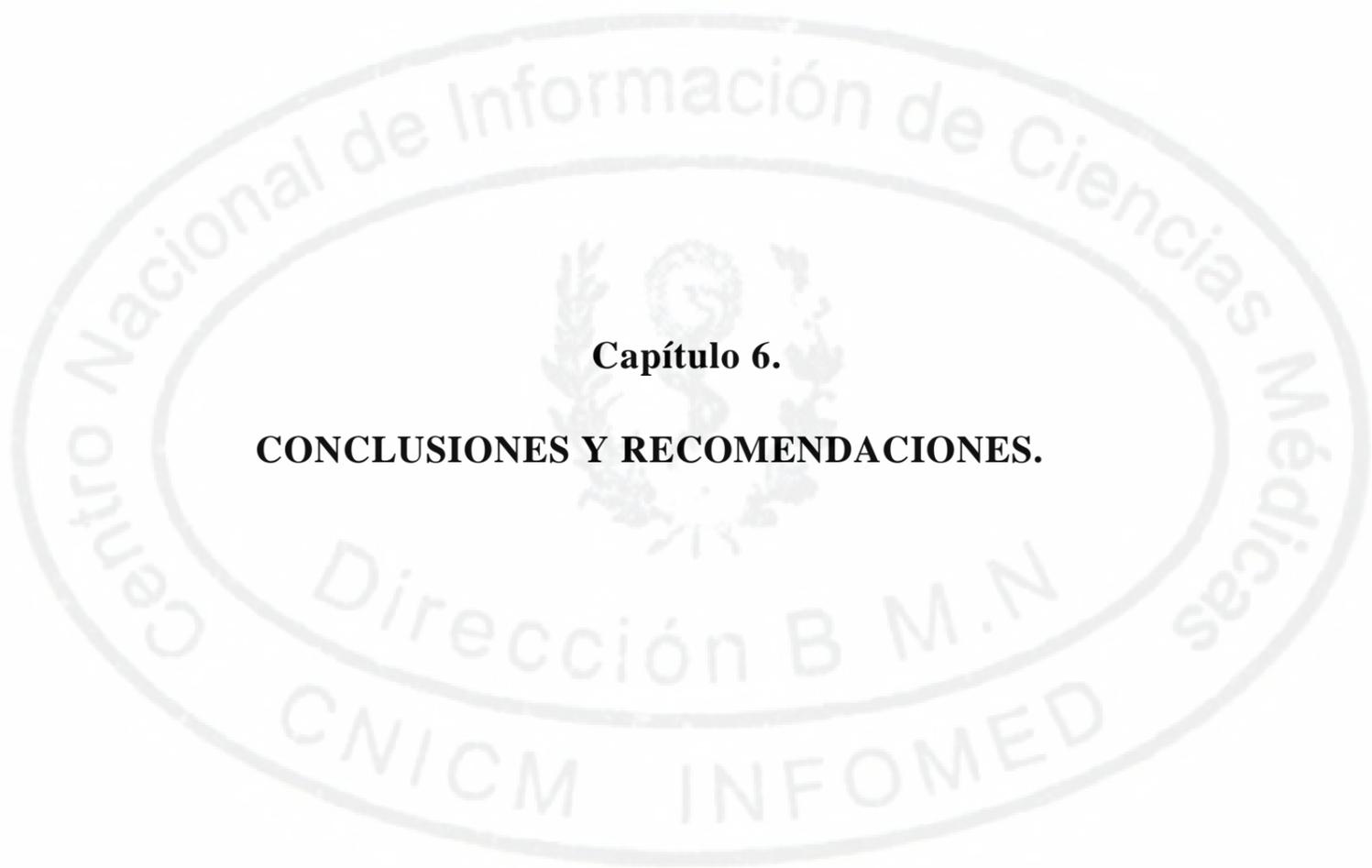
En la actualidad han sido cuidadosamente estudiadas las características sociodemográficas, étnico-raciales y clínicas de grandes poblaciones de personas con lupus en latinoamérica al fomentarse un cohorte prospectiva multinacional lo cual ha propiciado que se haya avanzado significativamente en el conocimiento de la enfermedad y su modo de expresión entre ‘Hispánicos’. La mortalidad y el peor pronóstico se ha asociado con bajo nivel educacional, pobre nivel de cobertura médica, y cortos períodos de seguimiento. (300) Estas observaciones obligan a considerar la importancia del apego a las consultas médicas, la educación poblacional, el libre acceso a la atención médica en el foco de atención de las autoridades de salud y los profesionales hoy día en la atención y tratamiento de este tipo de pacientes con el ánimo de alcanzar un buen desenlace.

Nosotros consideramos que el nivel de adaptación del paciente al problema que representa su enfermedad además de todos los elementos esgrimidos y que resultan de gran importancia, está íntimamente vinculado con la relación médico-paciente que se establezca, del nivel de educación del paciente para comprender y asimilar mejor su situación y ser capaz de entender a su médico que deberá contar con el apoyo en casos necesarios del psicólogo y más allá de un equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente.

Todo ello puede redundar en la mejoría de la calidad de vida no solo en el orden funcional sino social y espiritual del individuo.

Por último la consecución de los resultados que en este trabajo alcanzamos ha sido posible gracias al fortalecimiento en las estructuras del Ministerio de salud pública de Cuba basado en conceptos científicos y humanísticos que se sustentan sobre una extensa red de atención primaria que abarca alrededor del 98% del país, y permite el desarrollo de investigaciones con elevado rigor científico, bajos costos y que pueden ser realizadas en un corto período de tiempo.





**Capítulo 6.**

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

## **Capítulo 6.**

### **CONCLUSIONES.**

1- Nuestro trabajo de investigación aborda una novedosa temática la cual ha sido pobremente estudiada en latinoamérica y en particular en nuestro país que adolece de estudios de prevalencia comunitaria en el campo de la reumatología, así como de instrumentos de pesquisaje para ser aplicados con ese fin.

2- La prevalencia general de las enfermedades reumáticas en la población comunitaria del área de salud de Lawton, quedó determinada en el 43.99% de la población objeto de estudio cifra que consideramos elevada aunque dentro del rango internacionalmente reportado.

3- La prevalencia particular para las principales afecciones reumáticas (OA, AR, LES, RPB, EAP, DLB y GOTA), fue determinada. La osteoartritis resultó la enfermedad más prevalente en nuestra investigación con una cifra del 20.41% que consideramos elevada.

4- La prevalencia de la artritis reumatoide quedó fijada en 1.24% cifra muy similar a la media internacionalmente reportada. En su expresión clínica constatamos un patrón de marcada tipicidad al afectar las manos, muñecas, rodillas columna cervical, y otras grandes articulaciones con un nivel de dolor moderado.

5- Resultó muy baja la frecuencia de fibromialgia en la comunidad, lo cual consideramos que puede estar determinado por la existencia de un subregistro en el orden diagnóstico dado el pobre conocimiento que existe entre los médicos en general acerca de esta enfermedad.

6- La prevalencia general de dolor por afecciones reumáticas se constató elevada y la distribución de la afectación articular mostró una mayor participación de rodillas, región lumbar baja y cervical. En correspondencia con lo observado en otras investigaciones demostramos que el sexo femenino se queja con mayor frecuencia de dolor y padecimientos reumáticos que el masculino.

7- Se demostró que entre los pacientes con afecciones reumáticas en el área de salud de Lawton los niveles de discapacidad general asociada a dichas enfermedades resultaron elevados y se situaron en 6.2%, cifra superior al 4% comunmente aceptado.

8- Los índices de discapacidad para la realización de funciones de la vida diaria medidos por el instrumento (HAQ-CU) validado en Cuba, están en un rango ligero a moderado en líneas generales y en el análisis de las diferentes entidades clínicas, la espondilitis anquilopoyética y la artritis reumatoidea resultaron las enfermedades más discapacitantes al exhibir los índices de HAQ más elevados.

9- Constatamos una frecuencia elevada de factores de riesgo relacionados con la disminución de la densidad mineral ósea y desarrollo de osteoporosis en la población objeto de estudio. Prevalcieron aquellos relacionados con los estilos de vida que pueden ser modificables. (sedentarismo, factores dietéticos, hábitos tóxicos)

10- La prevalencia de fracturas de causa osteoporótica en la comunidad resultó elevada (1.14 %) y alto el índice de riesgo relativo asociado para algunos factores como la 'pobre realización de actividad física', y el consumo de drogas esteroideas

11 -Quedó demostrado que el comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda entre los pacientes reumáticos está orientado hacia los facultativos médicos, y entre estos el médico de atención primaria es el más socorrido. Los ortopedicos, reumatólogos y fisiatras son frecuentemente consultados para imponer tratamiento médico, y la medicina tradicional resulta frecuentemente utilizada.

12- Se demostró que la nociva práctica de la automedicación está presente y resulta frecuente en la población estudiada lo cual se debe enfocar como una problemática de salud a solucionar a nivel de la comunidad.

13- Se demostró que en general el 65.2% de los pacientes reumáticos de Lawton están psicológica y emocionalmente preparados para asumir el reto que constituyen las enfermedades reumáticas que padecen pues existe un buen nivel adaptativo ante el

problema que enfrentan. No obstante las afecciones reumáticas más graves y discapacitantes mostraron los niveles de adaptación general más bajos del estudio.

14- El instrumento COPCORD mostró ser una herramienta muy útil para el pesquaje en la comunidad de las enfermedades reumáticas, determinar la discapacidad asociada y el comportamiento comunitario que siguen los pacientes en la búsqueda de ayuda.

15- Los resultados alcanzados con nuestra investigación en cuyo desarrollo mucho tuvieron que ver los médicos de familia, y las autoridades de salud de Lawton, pusieron de manifiesto que los pasos dados en el fortalecimiento de la organización de nuestro sistema de salud en la atención primaria, propician el desarrollo de investigaciones con un elevado rigor científico, rapidez, efectividad y bajos costos.

A modo de epílogo podemos destacar que la adaptación y validación con resultados satisfactorios de un instrumento internacional como el Cuestionario de evaluación de salud (HAQ), para medir la discapacidad en pacientes con enfermedades reumáticas y su aplicación en nuestra población resultó de capital importancia para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación

De igual modo consideramos que los resultados obtenidos con este tipo de investigaciones ponen de manifiesto la importancia de cumplimentar las orientaciones emanadas de los más altos niveles de dirección del país encaminadas a enfocar la atención de los centros hospitalarios de atención terciaria e investigaciones hacia la comunidad. Quedó demostrado además el valor que representa el capital humano con que cuenta el país muy por encima de los factores puramente económicos.

## **RECOMENDACIONES.**

1- Recomendamos extender a todos los médicos de familia del país como parte de la política de proyección comunitaria de las especialidades que promueve nuestro Ministerio de Salud Pública, la preparación y capacitación que ofrecimos a los médicos familiares de Lawton para conocer y dominar la técnica de la entrevista y aplicación del cuestionario de pesquiasje comunitario, así como los criterios para establecer los principales diagnósticos de las enfermedades reumáticas que se constatan en la comunidad. De modo que estén en óptimas condiciones para asumir el reto de ser el primer escalón de contacto, orientación poblacional y terapéutica frente a las enfermedades reumáticas.

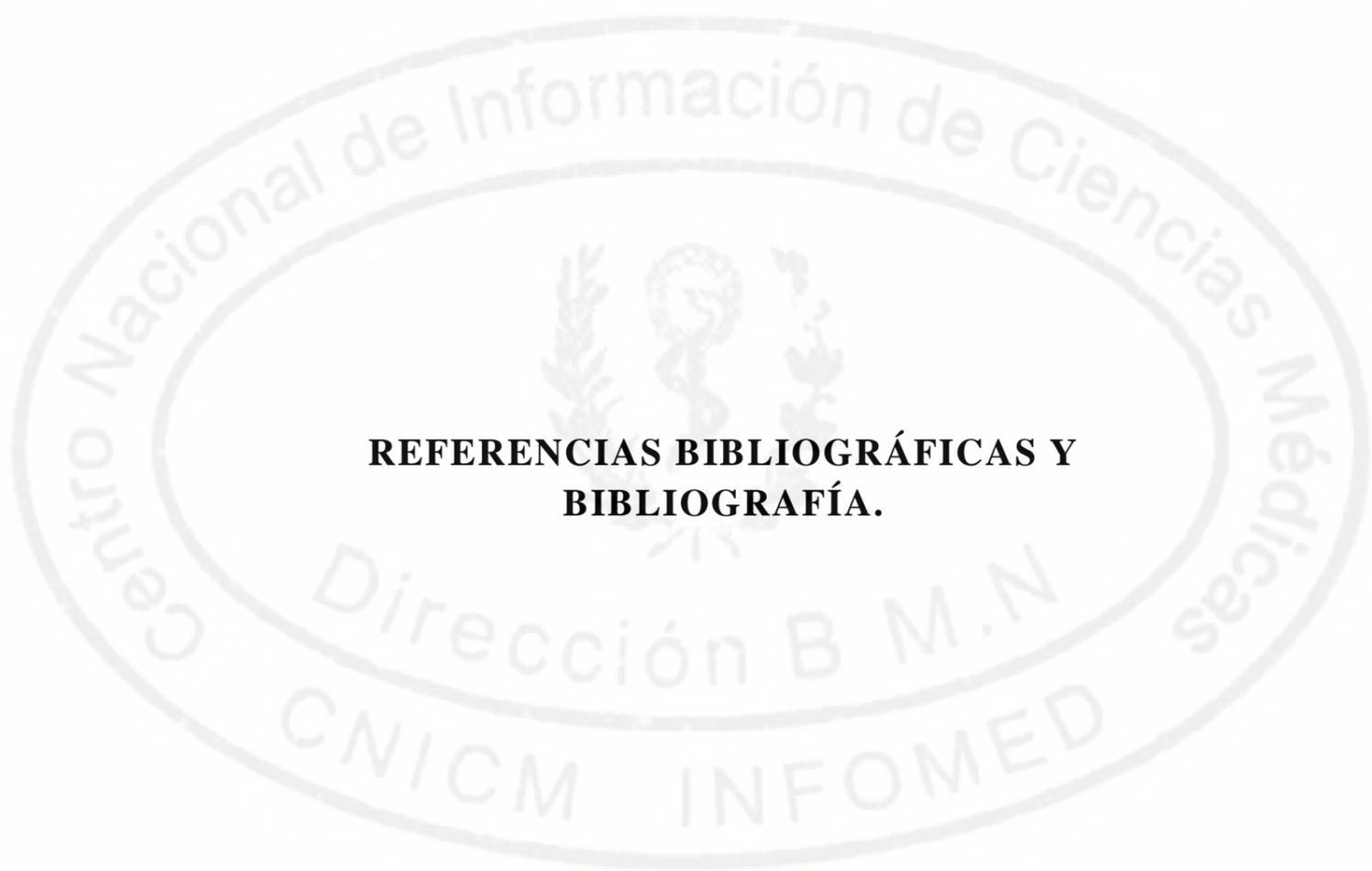
2- La información científica contenida en este trabajo recomendamos sea difundida entre los médicos de familia del país puesto que les pudiera servir de consulta y referencia para aumentar sus conocimientos generales acerca de la frecuencia y características de las principales enfermedades reumáticas que se presentan y atienden en la comunidad.

3- Implementar medidas de educación sanitaria sistemáticas de intervención comunitaria dirigidas a modificar los estilos de vida malsanos con arraigo en la población como la pobre actividad física, dietas inadecuadas, consumo de alcohol y café, uso indiscriminado de drogas esteroidales entre otros con el objetivo de prevenir o disminuir el impacto que determinan las enfermedades reumáticas incluida la osteoporosis y su más temible

consecuencia que son las fracturas teniendo en cuenta que resulta más factible e importante prevenir que tratar y curar.

Estas medidas de intervención educativas deben incluir información acerca de la importancia de evitar a toda costa la nociva práctica de la autmedicación por los efectos potencialmente perjudiciales que esta conducta conlleva.

4-Extender la aplicación del Cuestionario de evaluación de salud en su versión cubana (HAQ-CU) no solo a los protocolos de investigación donde el especialista evalúa la capacidad funcional del individuo, sino en la práctica diaria de las consultas médicas para evaluar en el tiempo la progresión del daño, la discapacidad del paciente, y la eficacia de las medidas de intervención terapéutica adoptadas para minimizar el impacto de estas enfermedades con el fin de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos afectados.



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y  
BIBLIOGRAFÍA.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Carcassi U: Christopher Columbus Arthritis. Rev Esp de Rheumatol. 1993; (20); 1: 86
- 2- Hernández Martínez A, Castell Pérez C, Torres Moya R, López Cabreja G, Guibert Toledano M, Reyes Llerena Gil A. Historia de la reumatología en Cuba. Rev. Cubana de Reumatol. 2001; III (2): 3-8
- 3- Reginato J A: The Joseph Lee Hollander Workshop: Cutting edge, diagnostic techniques and invasive rheumatology for the new millenium. Hand Boock. Cooper Health System Phyladelphia; 2000.
- 4- Kelsey J. L, Thompson W. D, Evans A. S: Methods in observational epidemiology. New York Oxford University Press. 1986: 1-76.
- 5- Masi A.T: Potential uses and limitations of hospital data in epidemiological research. Am J. Public Health. 1965; 55: 658-667
- 6- Knox E. G. Epidemiology in health care planning: A guide to uses of a scientific method. Oxford University Press. 1979; 39-85.
- 7- Boffi-Boggero H. J: Epidemiological study on medical care for rheumatism in Latinoamerican countries. Journal of Rheumatology 1983; (suppl.10): 25-27.
- 8- Dieppe P. A, Doherty M, Mac Farlane D. And Madison P: Rheumatological Medicine, Churchill Livingstone. 1985: 35-88
- 9- Bianchi W, Messias-Goncalves G: Epidemiology of chronic rheumatism. Oxford. Blackwell Scientific Publication. 1963: 1-34
- 10- Seda H.: Clasificaca'on e Epidemiología das doencas reumáticas in reumatología. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1982: 10-24
- 11- Bombardier C, Alarcón G., Hochberg M. et al: Meetings highlights: workshop on epidemiology of the rheumatic diseases in Latin American. The American J Rheumatol 1986;13: 810-813.
- 12- Solimano J. A: Informe estadístico de la atención reumatológica especializada en 11 hospitales de la Costa Peruana en el período junio-agosto de 1986. Conference report. IX Congress Panamerican of Rheumatol. Buenos Aires Argentina. 1986.
- 13- Abadí I González N.: Epidemiología del lupus eritematoso sistémico en Venezuela. Archivos de Reumatología 1993; 4: 8-14.

- 14- Boffi-Boggero H. G: Impact of rheumatism on patients and society in hospitals in Buenos Aires, Argentina 1989. Rev. Mex. Reumatol 1990; 5: (suppl.1) 98.
- 15- Marquez Neto J F, Goncalves H. T, Langer L F, et al : Prevalence of rheumatoid arthritis in Brazil: a multicentric study. Rev Espanhola da reumatologia. 1993; 20 (1): 152
- 16- Otero G E.O: Estudio epidemiológico de Prevalencia de tres enfermedades reumáticas en el barrio Minuto de Dios de Bogotá, (monografía). Bogotá. Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología. 1989
- 17- Sauza del Pozo J, Martínez E, Salas R, García D: Prevalencia de la artritis reumatoide en la población mexicana. Rev Mex Reumatol 1991; 6: 55 -58
- 18- The World Health Organization-International League of Associations for Rheumatology. Community Oriented Program for Control of Rheumatic diseases. International team 1981. COPCORD publications in International Journals and medical proceedings.1985.
- 19- Riedeman J. P, Rheumatic diseases in Chile: validation of the ILAR / COPCORD core questionnaire against physical examination Rev Espanhola da reumatologia. 1994; (1) (suppl.1): 68
- 20- Bosi Ferraz M, and Cardiel M H. Short versus long HAQ, in the ILAR / COPCORD Core questionnaire. Rev Espanhola da Rheumatologia. 1994 ; 20, (suppl. 1): 72
- 21- Cardiel M H.: Rheumatic diseases in México: validation of the ILAR / COPCORD core questionnaire against physical examination. Rev Espanhola da reumatologia. 1994; 20 (suppl 1): 70
- 22- Fries J F, Spitz P, Kraines R G, Holman H R: Measurement of patient outcome in arthritis . Arthritis Rheum 1980; 23: 137-45
- 23- Bozi Ferraz M, Rheumatic diseases in Brazil: validation of the ILAR / COPCORD core questionnaire against physical examination Rev. Espanhola da reumatologia. 1994; 20 (suppl.1): 69
- 24- Coto Hermsillo C, Varela Puente G, Estrada González G, Hernández González V, y cols: Validación de la versión cubana, en español, del Cuestionario de Evaluación de la Salud (Childhood Health Assessment Questionnaire) en niños cubanos con artritis reumatoidea juvenil. Rev. Cubana de Reumatol 1999, (1). 41-53.

- 25- Reyes Llerena Gil A, Penedo Coello A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, y cols: Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con artritis reumatoide (CU-HAQ). Rev Cub de Reumatología 2002; IV (1): 43-55
- 26- Lawrence RC, Hochberg MC, Kelsey JL, Me Doffie FC, Mesdger TA Jr., Felts W R, et al: Estimates of the prevalence of selected arthritis and musculoskeletal diseases in the United States. J Rheumatol 1989; 16: 437-441.
- 27- Macías Castro I: Hipertensión A. Rev Cubana Medicina. 1974; 13(1): 3-6
- 28- Mateo Acosta: Prevalencia de la diabetes mellitus en Cuba. Bol Hig Epidemiol 1976; 10(1): 12-17
- 29- Dueñas J: Cardiopatía Isquémica. Estudio epidemiológico. Trabajo de Terminación de Residencia, 1974;MINSAP. Ciudad de La Habana. Cuba.
- 30- GuibertM, Reyes G, Hernández A, Cruz E, Pedroso P. Osteoartritis. Estudio clínico-epidemiológico en un área de atención primaria urbana. Rev Mexicana de Reumatología, (abst) 1992; 7:26.
- 31- González Greck O, González G J, Hernández Martínez A, Reyes Llerena G, Torres Moya R, Moreno Mejías A, y Cols: Prevalencia de la Gota en un área de salud. Rev Mex Reumatología (abst) 1990: 5:53.
- 32- Gálvez Vargas R, Guillén-Solvas J.F, Concepto y uso de la epidemiología en medicina preventiva y salud pública. En : Salvat 1988, 8ava ed. cap.5: 82-87
- 33- Citera G, Martínez Ozuna P, Cuellar M.L, Espinosa L.R: Clasificación y Epidemiología de las enfermedades reumáticas. En Bases y Principios de Reumatología- led. Perú 1993; cap 3: 23-31
- 34- Jette A. M, Health status indicators : their utility in chronic diseases evaluation research. J Chronic Dis 1980; 33: 567-79.
- 35- Meenan R.FG, Pincus T: The status of patients measures. J Rheumatol 1987 (14): 411-13.
- 36- Guyat G. H, Veldhuysen Van Zanten S J O, Feeny D.H, Patrick D.L: Measuring quality of life in clinical triáis : a taxonomy and review. Can Med Assoc J 1989; 140: 1441-48.
- 37- Tugwell P, Bombardier C: A methodological framework for developing and selecting end points in clinical triáis. J Rheumatol 1982; 9: 958-62

- 38- Wolfe F, Pincus T: Standard self report questionnaires in routine clinical and research practice. An opportunity for patients and rheumatologist. *J Rheumatol* 1991; 18: 643-46.
- 39- Buchanan W W: Assessment of joint tenderness, grip strength, joint circumference and morning stiffness in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1982; 9 : 763-766.
- 40- Ritchie D, Boyle J A, Me Innes J M. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med* 1968, 3: 393-406
- 41- Landsbury J, Jaut D D, Quantitation of the manifestations of rheumatoid arthritis . *Am J Med S.C.I* 1956; 232: 150-155.
- 42- Steinbrocker O: Traiger Baterman R C. Therapeutic criterias for rheumatoid arthritis . *JAMA* 1949; 140: 659-662
- 43- Pinals R S, Masi A T, Larsen R.A, et al : Preliminary criteria for clinical remisión in rheumatoid arthritis . *Arthritis Rheum* 1981; (24 ): 1308-1315
- 44- Huskisson E C: Assessment for clinical triáis. *Clin Rheum Dis* 1976; 2: 37-50.
- 45- World Health Organization : The first ten years of the World Health Organization. Geneva, WHO, 1985.
- 46- Felson D T, Anderson J J, Boers M. et al. American College of Rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995; 38: 727-35.
- 47- Vibeke Strand C, Russell Anthony S: WHO/ILAR Taskforce on Quality of Life. (Workshop report). *Journal of Rheumatol* 1997; 24:8 :1630-633
- 48- Thompson P W, Pegley F S: A comparison of disability measured by the Stanford Health Assessment Questionnaire disability scales (HAQ) in males and female rheumatoid outpatients. *Br J Rheumatol* 1991; 30 (4): 298-300.
- 49- Tennant A, Hillman M, Fear J: Pickering the Standford Health Assessment Questionnaire. *Br J Rheumatol* 1996; 35 (6): 746-51
- 50- Bombardier C, Rabornd J. A comparison of health related quality of life measures for rheumatoid arthritis research: The Auranofm cooperating group. *Control Clinical Triáis* 1991; 12 (suppl 4): 243 - 256
- 51- Brown J H, Kasis L E, Spitz P W et al.: The dimensions of health outeomes : a cross-validated examination of health status measurement. *Am J Pub Health* 1984; 74 (2): 159-61.

- 52- Wolfe F, Hawley D J: The long term outcomes of rheumatoid arthritis work disability : a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol* 1998;(25):2108-117
- 53- Epstein W V, Hencke C J, Yelin E H, Katz P P: Effect of parenterally administered gold therapy on the course of adult rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med* 1991; 114: 437-44.
- 54- Esteve-Vives J, Batle Aguada E, Reig A. Spanish versión of the Health Assessment questionnaire: reliability, validity, and transcultural equivalency. *J Rheumatol* 1993; 20:2116-122
- 55- Sherrer Y S, Bloch D A, Mitchell D H, Roth S H, Wolfe F, Fries J F: Disability in rheumatoid arthritis : comparison of prognostic factor across three populations. *J Rheumatol* 1987; 14: 705-9.
- 56- Pincus T, Callahan L F, Sale W G et al.: Severe functional decline, work disability, and increase mortality in 75 rheumatoid arthritis patients studied over 9 years. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 864-72
- 57- Sherrer Y S, Bloch D A, Mitchell D M, Fries J F: Joint damage and disability in rheumatoid arthritis: and update systematic review. *Clin Exp Rheum* 2003 ( 31):S20-27
- 58- Pincus T, Callahan L F, Vaughn W K: Questionnaire, walking time and button test measures of functional capacity as predictive markers for mortality in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1987; 14: 240-51
- 59- Lubeck D P, Spitz P W, Fries J F, Wolfe F, Mitchell D M, Roth S H: A multicenter study of annual health service utilization and costs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 488-93
- 60- Nevitt M C, Yelin E H, Hencke C J, Epstein W V: Risk factors for hospitalization and surgery in patients with rheumatoid arthritis: implications for capitated medical payment *Ann Intern Med* 1986; 106: 421-28.
- 61- Bombardier C, Ware J, Russell L J. et al: Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Results of a multi-center trial. *AM J Med* 1986; 81: 565-578.
- 62- Kishner B, Guyatt G: A methodological framework for assessing health Indices. *J Chronic Dis* 1985; 38:27-36.
- 63- Del Greco L, Walop W, Mac Carthy R: Questionnaire development 1: validity and reliability. *Can Med Assoc J* 1987; 136: 699-700.

- 64- Del Greco L, Walop W, Eastridgel L, McCarthy R: Questionnaire development 2. Translation. Can Med Assoc J 1987; 136:702-706
- 65- Cardiel M H, Abello Banfi M, Ruiz Mercado R, Alarcón Segovia D: How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-english speaking patients: validation of a Spanish versión of Health Assessment Questionnaire Disability Index. (Spanish HAQ-DI). Clin Exp Rheum 1993; 11:117-121
- 66- Ferraz M B, Oliveira L M, Araujo P M, Atra E, Tugwell P. Cross cultural reliability of the physical ability dimension of the Health Assessment Questionnaire. J Rheumatol. 1990; 17: 813-17.
- 67- González M B, Stewart A, Ritter P L, Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. Arthritis Rheum. 1996; 38: 1429-46.
- 68- Alarcón S. Graciela : Clinimetria propia o adaptada en la evaluación del paciente con artritis reumatoide: El HAQ-Perú. Rev Perú Reum 1996; 2: (3): 91-92.
- 69- Glave C: Necesidad de una versión Peruana del cuestionario de evaluación de salud (HAQ) en pacientes peruanos con artritis reumatoide (Need of a Peruvian versión of the Health Assessment Questionnaire for the assessment of patients with rheumatoid arthritis) Rev Perú Rheum. 1995; 1: 76-8
- 70- Calvo F, Vega E, Cusi R, Visaga M, Romero F, Berrocal A, Calvo A : Validación de la versión Peruana de la dimensión física del cuestionario de evaluación de salud. (HAQ). Rev. Peruana de Reum 1996; ( 3): 14-21
- 71- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, Méndez J, Estrada Verges J.: Validez de los cuestionarios comunitarios en el pesquizaje de afecciones reumáticas. Experiencia COPCORD. Rev Cub Reumatol 1999; 1(1): 88.
- 72- Penedo Coello A, Reyes Llerena Gil a, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. Prevalencia de las enfermedades reumáticas e invalidez asociada en población urbana cubana atendida por el médico de la familia: Aplicación del instrumento COPCORD. Rev Cub de Reumatol. 2001; 3 (1): 30-37
- 73- Puerto Noda I: Aplicación del Cuestionario Comunitario COPCORD, en población rural cubana. Trabajo de Terminación de Residencia. S. Nac de Reumatología. C. Habana 2000 .

- 74- Puerto Noda I, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M; aplicación del Cuestionario Comunitario COPCORD, en población rural cubana. Rev Cubana de Reumatología; 2001; 111(2): 43-55
- 75- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, González Otero Z, Alcocer Varela J, Cardiel MH; Prevalence of musculoskeletal complaints and disability in Cuba. A community-based study using the COPCORD core questionnaire. Clin Exp Rheumatol 2000; 18: 739-742.
- 76- Chaiamnuay P, Darmawan : Epidemiology of rheumatic diseases in rural Thailand. a WHO-ILAR COPCORD Study-Community Orientated Program for the Control of Rheumatic Diseases. J Rheumatol 1998; 25 (7): 1382-1387
- 77- Carmona L, Villaverde V, Hernández C, Ballina F J, Gabriel. The burden of musculoskeletal diseases in general population of Spain: results from national survey. Ann Rheum Dis 2001; 60: 1040-45.
- 78- Lafón A. EPISER Study Group. The prevalence of rheumatoid arthritis in Spain. Rheumatol 2001; (28): 18-25
- 79- Wigley R, Manahan L, Muirden K D. Rheumatic diseases in the Philippine Village II.: A WHO-ILAR-APPLAR COPCORD Study. Phases II and III. Rheumatol Int 1999; 11: 157-161.
- 80- Darmawan J, Valkenburg HA, Muirden KD, Wigley RD. Epidemiology of rheumatic diseases in rural and Urban population in Indonesia: A World Health Organization International League against Rheumatism COPCORD study stage I, PHASE 2. Ann Rheum Dis 1992; 51:525-28.
- 81- Alarcón G S, Roseman J, Bartolucci A. et al Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups II. Features predictive of disease activity early in its course. Arthritis Rheum 1998; 41: 1173-1180
- 82- Pincus T, Callahan L F: Formal education as a marker for increased mortality and morbidity in rheumatoid arthritis. J Chronic Dis 1985; 38: 973-84
- 83- Shetterly S M, Baxter J, Morgenstern N E, Grigsby J, Hamman R F. Higher Instrumental activities of daily living disability in hispanics compared with non-hispanics whites in rural Colorado. Am J Epidemiol 1998; 147:1009-27

- 84- Keisor J, Sokka T, Krishnan E, Callahan L F, Pincus T. Patients questionnaire and formal education level as prospective predict of mortality over 10 years in 97% of 1416 patients with rheumatoid arthritis from 15 United States privates practices. *J Rheumatol.* 2004; 31 (2): 229-234
- 85- Anderson J J, Feldson D T: Factors associated with osteoarthritis of the knee in the first national health and nutrition examination survey. (HANESI): Evidence for association with overweight, race and physical demands of work. *Am J Epidemiol* 1998; 128: 179-180
- 86- Helmick C G, Lawrence R C, Pollard R A, Heyese S P, Arthritis and other rheumatic conditions: Who is affected now will be affected later *Arthritis Care Res* 1985; 8: 203-211
- 87- AlAwadi A, Olusi S, Moussa M, Al-Zaid N, Shehab D, Al-Herz. et al. Validation of the Arabic versión of the WHO-ILAR-COPCORD Core Questionnaire for community screening of rheumatic diseases in kuwaitis. World Health Organization. International League Against rheumatism. Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases. *J Rheumatol* 2002; 29 (8): 1754-759
- 88- Chopra A, Saluja M, Platil J, Tandale H S. Pain and disability, perceptions and beliefs of a rural Indian population: Associations rheumatology. Community Oriented Program for Control of rheumatic Diseases. *J Rheumatol.* 2002; 29 (3): 614-621
- 89- Cardiel M H, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in México City. COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol.* 2002; 20 (5): 617-24
- 90- Paulino J, Pineda A, Wong C, Crespo D. General study on the frequency of rheumatic diseases in population with epidemiological aim. *Rev Esp Reumatol* 1982; 9: 1-8
- 91 -Ballina García F J, Hernández Mejía R, Martín Lascuevas P, Fernández Santana J, Cueto Espinosa A., Epidemiology of musculoskeletal complaints and use of health services in Asturias, Spain. *Scand J Rheumatol* 1994; 23: 137-41
- 92- March L M, Bagga H. Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Med J Aust.* 2004; 180 (5 suppl): S6-10.
- 93- Dieppe P, Osteoarthritis time to shift the paradigm. *B M J,* 1999; 318: 1299-1300
- 94- Darmawan J: Rheumatic conditions in the Northern part of central Java. Phd. Thesis, Erasmus University of Rotterdam. The Netherlands. 1988.

- 95- Darmawan J, Ferraz M B, Muirden K D, Tugwell P. Case study: World Health Organization-International League of Associations for rheumatology Community-Oriented programme for the control of Rheumatic Diseases (WHO-ILAR-COPCORD) in Indonesia and Brazil. *Int J Technol Assess Health Care*. 1995; 11 (4): 700-708
- 96- Dans L F, Tanken -Torres S, Amante C M, Penserga E G: The prevalence of rheumatic diseases in a Filipino urban population: a WHO-ILAR COPCORD study. World Health Organization. International League of Associations for Rheumatology. Community Oriented Programme for the control of the Rheumatic Diseases. *J Rheumatol*. 1997; 24 (9): 1814-819
- 97- Kenneth D, Muirden: Epidemiology and community studies: Asia / Pacific región. *Balliere's Clinical Rheumatology*. 1995; (91): 11-20
- 98- Adebajo O. Adewale: Epidemiology and community studies : Africa *Balliere's Clinical Rheumatology*; 1995; (91) 21-30
- 99- Brighton S W, Harpe A L, Vanstaden D A. The prevalence of arthrosis in a rural Africa community. *British Journal Rheumatology*. 2000; 24: 321-25.
- 100- Peat G, Me Carney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 91-97
- 101- Lanyon P, O'Reilly S, Jones A, Doherty M; Radiographic assessment of symptomatic knee Osteoarthritis in th community: definition and normal joint space. *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 595-601
- 102- Birrell F, Johnell O, Silman A., Projecting the need for hip replacement over the next three decades: influence of changing demography and threshold for surgery. *Ann Rheum Dis* 1999; 58: 569-72
- 103- Reginster J Y, Khaltayev N G. Introduction and WHO perspective on the global burden of musculoskeletal conditions. *Rheumatology* 2002; 4 (suppl. 1): 1-2.
- 104- Sprangers M A G, De Regt E B, Andries F, et al. Wich chronic conditions are associate with better or pourers quality of life ¿ *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 895-907
- 105- Becker N, Bundegaard P, Eriksen J. Pain, epidemiology and health relate quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997; 73: 393-400

- 106- Centers of diseases control, prevalence of arthritis-united States, 1997; M M W R morb-  
mortal wekly rep 2001; 50: 334-336
- 107- Fleisher A B jr, Gardner E F, Feldman S R,: Are patient's chief complaints generally specific  
to one organ sistem? AM J Manag Care 2001; 17: 299-305.
- 108- Pye S R, Reid D M, Smith R, Adams J E, Nelson K, Silman A J, O' Neil T W. Radiographic  
features of lumbar disc degeneration and self- reported back pain. J Rheumatol. 2004, 31(4): 753-  
58
- 109- Adebajo A O and Hazleman, B L.: Soft tissue lessions in the African. British Journal of  
rheumatology 1992; 31: 275-276
- 110- Linton S J, Hellsing A, Hallden k: A population-based study of spinal pain. Among 35- 45  
year old individuals: prevalence sick leave and health care use. Spine 1998; 23: 1457- 1463
- 111- Carey T S E, Evans A T, Hadder N M, et al. Acute severe low back pain : a population  
based study of prevalence and care seeking. Spine 1996; 21: 339-344
- 112- Maetzel A. The economic burden of low back pain: a review of studies published  
between 1996 and 2001. Best practices Research 2002; 16: (1) 23-30
- 113- Has Hermi L, Webster B S, and Claney E A. Trend disability duration and costs of workers  
compensation in low back pain claims (1998). J Occupational and Environmental Medicine. 1998;  
40: 1116-1119
- 114- Watson P J, Main C J, Waddell G. et al. Medically certified work loss, recurrence and loss  
of wage compensation for back pain; a follow-up study of the working population of Jersey British  
Journal of Rheumatology 1998; 37: 82-86
- 115- Roden S D, Davis D O, Dina T S. Et al. Abnormal Magnetic Resonance scans of the  
lumbar spine in asymptomatic subjects. J Bone Joint Surg (Am) 1990; 72-A: 403-408
- 116- Hadler M N: Occupational musculoskeletal diseases. New York Raven Press; 1993.
- 117- Manual de Enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid .  
Mosby/ Doyma libros 1996; 735-764
- 118- Klippel J H and cols. Regional Rheumatic Pain Syndromes : In Klippel J H; Primer on the  
rheumatic diseases . Atlanta: Arthritis Foundation 2001; 174-188
- 119- Darmawan J, Valkenburg H A, Muirden K D, Wigley R D. The prevalence of soft tissue  
rheumatism. A WHO-ILAR-COPCORD study. Rheumatic Int 1995; 15: (3) 121-124

- 120- Campbell S M, Roland M D: Why do people consult the doctor ? *Fam Pract* 1996; 13: 75-83
- 121- Grienbach K, Selby J V, Damberg C et al. Resolving the Gateskeeper Conundrum: What patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999, 282: 261-266
- 122- Eberhardt K, Larsson B M and Nived K. Early rheumatoid arthritis some social, economical and psychological aspects. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1993; 22: 119-127
- 123- Sylman A J. and Hochberg M C. (Eds.) *Rheumatoid Arthritis. A time trends In Epidemiology of the rheumatic diseases.* 1993; Oxford University Press. 1993
- 124- Chen T Y, Lin K L, Ho H H. Morphologic characteristics of atlantoaxial complex in rheumatoid arthritis and surgical consideration among Chinese. *Spine* 2004, 29 (9): 1000-4
- 125- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, y cols. Evaluación de variables epidemiológicas poco usuales en el estudio y tratamiento de la artritis reumatoide. *Rev Cubana de Reumatol* 2002; IV (2): 12-21
- 126- Ibañez Bosch R, Garciarena Ezquerro L J, Rodríguez Sanz de Galdano M, Sandúa Sada M, et al. Estudio de la prevalencia de la artritis reumatoide en la población general del área sanitaria Tudela. *Rev Esp Rheumatol* 1998; 25: 227-234
- 127- Martínez Sánchez F G, González Domínguez Jamian M, Puntas M D, Salmoral A, Escudero A. et al. Estudio de la prevalencia de la artritis reumatoide en un área de salud rural. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: S 179
- 128- Cimino M, Párese M, Moggiano G, Meló G, Acordo S. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: The Chiavari study. *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 315-318
- 129- Brighton S W, De la Harpe AL, Van Staden D J, et al: The prevalence of rheumatoid arthritis in a rural african population . *J Rheumatol* 1988; 15: 405-408
- 130- Chopra A, Saluja M, Patil J, Billempelly V. et al; Prevalence of rheumatic diseases in a rural population in Western India: a WHO / ILAR COPCORD study . *J Assoc Physicians India.* 2001; 49: 240-246
- 131- Girish M, Mody M. Rheumatoid Arthritis and connective tissue disorders: sub-saharian Africa *J Rheumatol* 1998 (1): 111-13
- 132- Kanyerezi B R: Rheumatoid arthritis in Uganda. *East African medical Journal* A. 1969; 29: 617-22

- 133- Kanyerezi B R, and Lutato S K, Some aspects of rheumatoid arthritis diseases in Uganda. East African Medical Journal 1976; 57; 39-43
- 134- Adebajo A O and Reid D M: The patterns of rheumatoid arthritis in west Africa and comparison with a cohort of British patients. Quarterly Journal of Medicine. 1991; 80: 633-640
- 135- Bag L R, Hamsen D P, Lewis C, Houba V. Rheumatoid arthritis in Kenya. Annals of the Rheumatic Diseases 1979; 38: 23-25
- 136- Greenwood B M, Herrick E M and Voller A. Can parasitic infections suppress autoimmune disease? Proceeding of the Royal Society of Medicine 1970; 63: 19-20
- 137- Blalock S J, del Valle B M, Dw Vellis R F, et al: Psychological well being among people with recently diagnosed rheumatoid arthritis. Do self-perceptions of abilities make a difference? (ed) Arthritis Rheum 1992; 35: 1267-72
- 138- Manne S, Zautra A, Coping with arthritis: current status and critique. Arthritis Rheum 1992;35:1273-79
- 139- Wolfe M, Mitchell D M, Sibely J et al. The mortality of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1994;37:481-494
- 140- Singer R B. et al.: Mortality in rheumatoid arthritis patients treated with or without methotrexate. J Insur. Med 2003; 35 (34): 144-149
- 141- Fex E. et al; Effect of rheumatoid arthritis on work status social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. J Rheumatol 1998; 25: 44-50-
- 142- Ftzcharles M A, Almahrezi A, Warw M A. Clinical profile of rheumatic disease patients referred to a multidisciplinary pain center. J Rheumatol. 2004 (2): 359-63
- 143- Wolfe F: A reappraisal of the HAQ disability in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2000;43: 2751-61
- 144- Zandbelt M M, Welsing P M J, Van Gestel AM, Van Riel P L C M. Health Assessment Questionnaire modifications: standarization needed ? Ann Rheum Dis 2001; 60: 841-843
- 145- ERAS Study Group: Socioeconomic deprivation and Rheumatic diseases: What lessons for the health service? Ann Rheum Dis 2000; 59: 794-99
- 146- Dutchinson Moots R. Coffee consumption and the risk of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2001; 60: 540-44

- 147- Heliovara M, Aho K, Knekt P, Impivara O, Reunanen et al: Coffee consumption, rheumatoid factors, and the risk of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000; 59: 631-35
- 148- Yelin E, Henke C, Epstein W. The work dynamic of the person with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 507-12
- 149- Ruoff J, Hulsemann J L, Mittendon F T; Handelsmann S, et al. Costs of rheumatoid arthritis in Germany: a micro-costing approach based on health care payer's data sources. *Annals of the Rheumatic Dis* 2003; 62: 544-50
- 150- Merkesdall S, Ruoff J, Schoeßl S et al; Indirect medical costs in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 528-34
- 151- Yelin E, Hermdorf Trupin L; and Dean Scanneborn. A National study of medical care expenditures for musculoskeletal conditions. The impact of health insurance and managed care. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 1160-1169.
- 152- Yelin E, Wanke L A; An assessment of the annual and long term direct costs of rheumatoid arthritis: the impact of poor function and functional decline. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 1209-18
- 153- Choi H K, Seeger J D, Kuntz K M. Effects of rofecoxib and Naproxen on life expectancy among patients with rheumatoid arthritis: a decision analysis. *Am J Med.* 2004; 116(9): 621-29
- 154- Molinero Rodríguez C, Prada Hernández D, López Aguilera I, Gómez Morejón J A; Impacto Laboral por enfermedades reumáticas en el municipio 10 de Octubre. *Rev Cub de Reumatol.* 2001; III (1): 38-46
- 155- Levinson D, Becker M A. Clinical gout and pathogenesis of hyperuricemia. *Arthritis and Allied conditions.* 12<sup>th</sup> ed. Ed by Me Carthy D J, and Koopman W J, Philadelphia. Lea & Febiger, 1993; 1773-1805
- 156- Kibukamusoke J W: Gout in Africans. *East-African Medical J.* 1986; 45: 378-81
- 157- Chou C T, Lai J S.; The epidemiology of hyperuricemia and Gout in Taiwan aborigens. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 258-62
- 158- Schlesinger N, Gowin K M, Backer D G, et al. Acute gouty arthritis is seasonal. *J Rheumatol* 1998; 25: 342-44
- 159- Johnson R J, Rideout B A: Uric acid and diet-insights into the epidemic of cardiovascular disease. *N Engl. J Med* 2004; 11(350): 1071-73

- 160- Iuttle K R, Short R A, Jonson R J. Sex differences in uric acid and risk factors for coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2001; 87: 1411-1414.
- 161- Fang J, Alderman M H, . Serum uric acid and cardiovascular mortality. The NHANESI. Epidemiologic follow-up study, 1971-1992. *JAMA* 2000; (283): 2404-2410
- 162- Verdecchia P, Schillaci G, Reboldy G P, Santeusanio F, Porcellati C, Brunetti P. Relation between serum uric acid and risk of cardiovascular disease in essential hypertension. The PIUMA Study. *Hypertension* 2000; 36: 1072-1078
- 163- Lally E V, Ho G, Kaplan S R. Clinical spectrum of gouty arthritis in women. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2221-225.
- 164- PuigJ G, Michan A D, Jiménez M L, et al. Female gout: clinical spectrum and uric acid metabolism. *Arch Intern Med* 1991; 151: 726-732
- 165- Wolfe F: Fybromyalgia : the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin NA*. 1989; 15: 1-17
- 166- LeavittF, Katz R S, Golden H E, et al : Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 775-781
- 167- Modofsky H: Sleep and fybrositis syndrome. *Rheum Dis Clin N A*. 1989; 15:90-103.
- 168- Wolfe F, Smythe H A, Yunus M B, Bennett R M, Bombardier C, Goldemberg D L; et al. The American College of Rheumatol 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172
- 169- Johnston M V, Keith R A, Hinderer S R: Measurement standars for interdisciplinary medical rehabilitation . *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: S.3- S.23
- 170- Lena Fortuny R, Friol González J; Fibromialgia y magnetoterapia. *Rev Cub de Reumatol* 2002; IV (1): 56-70
- 171- Wolfe F, Arflot AT, Brussgaard D. et al; Fibromyalgia and disability. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 112-118
- 172- WolfeF, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis, worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disvantage characterize patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2004, 31 (4): 695-700
- 173- Clow D J; Fibromyalgia. In Rudy S. Harris ed; Sledge C B, eds. *Kelly's textboock of rheumatology*. 6<sup>1\*</sup>1 ed. Philadelphia: Saunders, 2001; 417-427

- 174- Oczgocmen S, Cimen O B, Ardicogles O. Relationship between chest expansion and respiratory muscle strength in patients with primary fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 2002; 21: 19-22.
- 175- Winfield J B :What's next? *Arthritis Care Research* 1997; 10 (4) 219-221
- 176- Wolfe F: The Fibromyalgia problem *J Rheumatol.* 1997; 10 (4): 236-39
- 177- Kaisa Mannerkorpi, Ulloa Svanteson, Jane Carlsson, and Charlotte E. Test of functional limitations in fibromyalgia syndrome: a reliability study. *Arthritis Care and research* 1999; 12: 193-199.
- 178- Fessel W J: Systemic lupus erythematosus in the community; incidence, prevalence, outcome, and first symptoms: the high prevalence in black women. *Arch Intern Med* 1974; 134: 1027-1035
- 179- Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas. S E R, Madrid. 2000
- 180- Alarcón G S, Friedman AA W., Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups. III. A comparison of characteristics early in the natural history of the LUMINA cohort Lupus in minority populations. *Nature vs Nurture. Lupus* 1999; 8: 197-209
- 181- Camargo Coronel A, Zonana Nacach A, Reyes Llerena Gil A, y cols. Daño en Lupus Eritematoso Sistémico: comparación entre pacientes mexicanos y cubanos. *Rev Mex de Reumatol. (Abst)* 1998; 13: 53
- 182- Guibert Toledano M, Reyes Llerena Gil A, Hernández Martínez A. y cols. Lupus neuropsiquiátrico. Resultados de 10 años de trabajo en el Servicio Nacional de Reumatología. *Rev Cub de Reumatol* 1999; 1 (1): 10-14
- 183- Pons E, Catoggio L J, Cardiel M H, and Gladel Group. The GLADE1 multinational latin american prospective inception cohort of 1214 patients with lupus erythematosus. Ethnic and disease heterogeneity among hispanics. *Medicine* 2004; 83 (1): 1-17
- 184- Khan Muhamad A; An overview of clinical spectrum and heterogeneity of spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin N Am* 1992; 18:1-10
- 185- Maksymowych W P. Ankilosing spondylitis. Not just another pain in the back . *Can. Fam Physicians* 2004; (50): 257-62
- 186- Wordsworth P: Genes in the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin. North Am* 1998; 24: 845-63

- 187- González S, Martínez-Borra J, López-Larrea C; Immunogenetics, HLA-B 27 and spondyloarthropathies. *Current Opin Rheumatol* 1999; 11: 257-264
- 188- Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, et al. The European spondyloarthropathy study group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropaty *Arthritis Rheum.* 1991; 34: 1218-1227
- 189- Khan Muhamad A: Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 896-907
- 190- Olivieri I, Salvarani C, Cantini F, Giancio G, Padula A. Ankilosing Spondylitis and undiferenciated spondyloarthropathies: a clinical review and description af a diseases subset with older age on set. *Current Opin Rheumatol* 2001; 13: 280-84.
- 191- Hernández Martínez A, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M. La Artroscopía en reumatología. En Viana de Queiroz Tratado de Reumatología. Vol III Cap. 17.: 2002
- 192- Hemández Martínez A, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M. La artroscopía en Reumatología. *Rev Comité Ibero-Am de Reumatol* 2001; (1): 34-38
- 193- Badley E M: The economic burden of musculoskeletal disorders in Cañada is similar to that for cáncer, and my be higher. *J Rheumatol* 1995; 22:104-106
- 194- Lyn March MBS. What are the costs to society and the potenced benefits from the effective management of early rheumatoid arthritis. *Rheum Dis* 2002; 6: 128-34
- 195- Yelin E, Herndorf H, Truppin L. and Sconnebom D. A national study of medical care expenditures for musculoskeletal conditions: The impact of health insurance and managed care. *Arth Rheum* 2001; 44: 1160-11695
- 196- Felts W, Yelin E. The economic impact of the rheumatic diseases in the United States. *J Rheumatol* 1989; 16: 867-884
- 197- Medardo Azahares T, Friol González J, González Roig J L. Echevarría Romero G. Evaluación del conocimiento de la discapacidad en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Cub de Reumatol* 2001; 111 (2): 9-18
- 198- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. y cols. Prevalencia de las enfermedades reumáticas en pacientes de la 3era edad institucionalizados. *Rev Mex Reumatol* 1998; (suppl) 12 (1): 24
- 199- Abel J E, Hootman J M, Helmick C G. Prevalence and impact of arthritis among nursing home residents. *Ann Rheum Dis.* 2004, 63 (5): 591-94

- 200- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. Impacto de las enfermedades reumática sobre la Calidad de vida en Cuba. Monografía. Ed. CIMEQ, MININT 1996.
- 201- Atención al discapacitado en Cuba. Fin de la década del programa de acción mundial para las personas con discapacidad. Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. Publicigraf 1993, Cuba.
- 202- Wolfe F, Hawley D J, The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: work disability: a prospective 18 years study of 823 patients. *Ann Rheum* 1998; 25: 2108-17.
- 203- Fex E. et al: Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. *J. Rheumatol* 1998; 25: 44-50
- 204- Lajas C, Abasolo L, Bellajdel B. et al. Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: a prevalence based study. *Arthritis Rheum* 2003; 49 (1): 64-70
- 205- Vanjarsveld C H, Jacobs J W, Schrijvers A, et al. Direct cost of rheumatoid arthritis during the first six years: a cost of illness study. *Br. J Rheumatol* 1998; 37: 837-47
- 206- Hewlet S, Smith A P, Kirwan J R. Values for function in rheumatoid arthritis: patients professionals, and public. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 228-233
- 207- Bardwell W AM Nicassio P. M, Weisman M H, Gevers Z R, Bazzo D. Rheumatoid arthritis severity scale: a brief physician- complemented severity scale not confounded by patient self-report of psychological functioning. *Rheumatology* 2002; 41: 38-45
- 208- Lindqvist E, Saxne T, Geborek P, Eberhardt K. Ten year outcome in a cohort patients with early rheumatoid arthritis : health status, diseases process, and damage. *Rheumatism* 2002; (2):211-217
- 209- Tukulikki Sokka, Annaliisa Kankainen Pekka Hanndren. Scores for fiinctional disability in patients with rheumatoid arthritis are correlated at higher levels with pain scores than with radiographic scores. *Arthritis Rheum* 2000; 43 (2) 336-389
- 210- Sokka T, Kautiainen H, Mottonent, Hannonen P. Work disability in rheumatoid arthritis 10 years after the diagnosis. *J Rheumatol* 1999; 26; (8): 1681-85.
- 211- Boonen A, Chorus A, Miedena H, Vader H, Employment, work disability and work days lost in patients with ankylosing spondylitis: a cross sectional study of Dutch patients. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 353-58

- 212- Ramos Remus C, Macías M A, Suárez Almazar M E, Prieto R E, Gutiérrez Ureña S. A five years cumulative analysis of working days labour losts in a consecutive sample of 103 patients with ankylosing spondylitis (AS). *Arthritis Rheum* 1998; 136 (6):1132-36
- 213- Parra A E, Galván Villegas F, Salceiro Rocha A L, Ramos Remus. How important is patient education? *Balliere's Clinical rheumatology*. 2001; 114 (4) 689-703
- 214- Gransfors K, Markeer-Hermann E, De keyser P, Khan M A, et al. The cutting edges of spondyloarthropathy research in the millennium. *Arthritis Rheum* . 2002; 46: 606-613
- 215- Padrón Durán F S. Osteoporosis: un problema de salud en aumento (Edit). *Rev Cubana de Endocrinol*. 2001; 12 (2): 69-70
- 216- Walker Bone K, Dennison E, Cooper C. Epidemiology of osteoporosis. *Rheum Dis Clin N Am* 2001; 27 (1): 1-18
- 217- Rabanaque G, García-Testal A, Pía M I. Osteoporosis en atención primaria: realidades y espejismos. *Med Integral* 2000, 36 (1):8-21
- 218- Sosa M, Navarro R, Arbelo A. Fractura de cadera: la realidad española. En: Díaz M (edit). *Actualización en osteoporosis*. Monografía del fondo Editorial de FHOEMOS. No 8. Madrid 2001. 13-22
- 219- De castro A, Torrijos A. Osteoporosis post-menopausica. Madrid IM / C.1999
- 220- Borges López JA, González ZA, Reyes Llerena Gil A, y cols. Fracturas osteoporóticas fatales por caídas en pacientes de la tercera edad. 1990-1999. *Rev Cub de Reumatol* 2001; III (1): 15-24
- 221- Reyes Llerena Gil A.: osteoporosis, impacto socioeconómico e importancia de establecer programas de prevención e intervención a nivel mundial. (Edit) *Rev Cub de Reumatol* 1999; 1(1): 4-9
- 222- Osma L F, Trobo R I, Rosso G Z, Messina OD. Proximal femur fracture epidemiology in Lujan City Argentina. *Rheumatology Section C. Argerich Hospitals Buenos Aires Actas y Archivos*. 1998.
- 223- Peña Arrebola A. Ejercicios y osteoporosis. *Rev Rheuma* 2003; (1): 9-10
- 224- Benvenuti S, Brandi M L. Corticosteroid induced Osteoporosis: pathogenesis and prevention. *Clinical Experimental Rheumatology* 2000; 18: (suppl 20) S64-S66.
- 225- Brandi M L. New perspective in the prevention and treatment of glucocorticoid- induced osteoporosis. *Clinical Experimental rheumatology* 2000; 21 (suppl) S 74-S 78

- 226- Ringe J D, Faber H. Calcium and Vit D in the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Clinical Experimental Rheumatol* 200; 18 (supl. 21): S44-S48
- 227- Ringe J.D. The pathogenesis of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Clinical Experimental rheumatol* 2000; 18 (suppl 21): S 35-S 40
- 228- Lane N E. Rheumatic diseases, glucocorticoid treatment and bone mass: recent developments. *Clinical Experimental* 2000; 18 (suppl. 21) S 2- S 4
- 229- Kanis J A, Gluer C C. Committee of scientific advisors, international Osteoporosis foundation. An up-date on the diagnosis and assessment of osteoporosis with Densitometry *Osteoporosis Int* 2000; 11: 192-202
- 230- Torres R, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, y cols. Osteoporosis su estudio por TAC, Programa Osteo-CT. Trabajo presentado en el Congreso Mexicano de Reumatología. 1993.
- 231- Santos Hernández C, Hernández Martínez A, Ugarte Suárez C, Reyes Llerena Gil A, González de la Nuez J. Caracterización de la masa ósea en una población de jóvenes cubanos. 1998-1999. *Rev Cub de Reumatología* 1999; 1(1): 23-31
- 232- Osteoporosis. Prevention, diagnosis and therapy. NH. Consensus Statement on Line 2002; 17: (1): 1-36
- 233- Galsworthy T D, Wilson P L.: Osteoporosis. It steals more than bone. *Am J Nurs* 1996; 96: 27-33
- 234- Dixon A S J: Health of the nation and osteoporosis. *Ann Rheum Dis* 1992; 13: (suppl): 29-34
- 235- Lydick E, Zimmerman S I, Yawn B et al.: Development and validation of a discriminative quality of life questionnaire for osteoporosis ( The QPTQoL) *J Bone Min Res* 1997,( 7): 478-87
- 236- Cantarelli F B, Szejnfeld V.L. Oliveira L M, Ciconelli R M, Ferraz MB. Quality of life in patients with osteoporosis fractures: Cultural adaptation, reliability and validity of the Osteoporosis Assessment Questionnaire. *Clinical and Experimental Rheumatology* 1999, 17: 547-551
- 237- Cummings S R, Melton III L J,. Epidemiology and outcomes in osteoporotic fractures. *Lancet* 2002: 359: 1761-767

- 238- Akesson K. Principles of bone joint disease control programs in osteoporosis. *J Rheumatol* 2003 (suppl) 67; 21-25
- 239- Nawroth P, Pirzer R, Fohr B, Schilling T, Ziegler R, Bierhaus A, Kasperk C ; Osteoporosis and cardiovascular disease-two sides of the same coin? *Med Klin* 2003, 15; 98 (8): 437-44
- 240- Bell M J, Bombardier C, Tugwell P, Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33 (4): 591-600
- 241- Clara-Malagón C, Ortíz F.: Rehabilitación y artritis reumatoide. Cual es la evidencia? *Rev Colomb de Reumatol* 2001; 8: (4) 469-78
- 242- Arteaga B, Martínez Z-Cazares G L, Magaña Aquino M, González-Amaro R, Abud Mendoza C; Calidad de vida, terapias alternativas y costos de las enfermedades y padecimientos reumatológicos crónicos. *Rev Mex Reumat* 1997; 12: 147-151
- 243- Eiseberg D M, Davis R B, Tegner S L, et al. Trends in alternative medicine used in the United States. 1990-1997. *JAMA* 1998, 280: 1569-1575
- 244- Reyes Llerena Gil A, Hernández Martínez A, Guibert Toledano M, González Otero Z, Mendez J. y cols: Comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional en afecciones reumáticas *Rev Colomb. de Reumatol* 1997; 6 (1): 23-29
- 245- Ernst E, Harmless Herbs. A review of the recent literature. *Am J. Medicine* 1998, 104: 170-178.
- 246- Ramos Remus C, Gutierrez Ureña S, and Davis P. Epidemiology of complementary and alternative practices in rheumatology. *Rheumatic Diseases Clinics of North Am* 1999; 25: 789-904
- 247- Ramos Remus C, Gámez Java J I, González López L and Suárez Almazar M E. Use of alternative Medicine in a consecutive sample of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1997; 24: 2490-2491
- 248- Eiseberg D, M, Kessler R C, Foster C, Norlock F E, Carkins D R, Del Banco T L, Unconventional medicine in the United States prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 328: 246-52
- 249- Marcus D M.: Alternative medicine and the arthritis foundation.(Edit). *Arthritis Rheum* 2002; 47: 5-7.

- 250- Terry A, Croonan , Robert M,Kaplan, Linda Posner, Elaine Plumberg, and Franklin Kazin. Prevalence of the use of conventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 12-17
- 251- Jensen G M, Lorish C D; Promoting patient cooperation with exercise programs: linking research , theory and practice . *Arthritis Care Research* 1994; 7: 181-89
- 252- Wolf S L, Barnhart H, Kutner N G, et al. Reducing fragility and falls in older persons: an investigation of Tai-Chi and computerized balancing training. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 489-97
- 253- Concensus Development Panel on Accupuncture. N I H. *Accupuncture JAMA* 1998, 280: 1518-1529
- 254- Mc Alindon T E,: Glucosamine and Chondroitin for treatment of osteoarthritis : a systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA* 2000, 283: 1469-1475
- 255- Wang C T, Lin J, Chang C J. et al. Therapeutics effects of hyaluronic acid on the knee osteoarthritis. A meta-analysis of randomized controlled triáis. *J Bone Joint Surg. Am* 2004; (3). 358-365
- 256- Symmons D. Ed. Epidemiology and health related services. *Current Opin Rheumatol* 2002; 14: 87-88.
- 257- KoshnerI: Unproven remedies and diet treatments for arthritis. New York. Consumers Union 1985.
- 258- ReyesLlerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A; Dolor Reumático Consideraciones Clínico-Terapéuticas . Ed. CIMEQ, cap. 15.1997. C. Habana Cuba.
- 259- Edworthy S M,: Opportunities challenges and threats. *Lupus*; 1999; 8:596-605
- 260- Rao J K, Mijaliak K, et al., Uses of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. *Annals ofInternal Medicine* 1999, 131 (6): 409-416
- 261- Edworthy S M, How important is patient self-management ¿ *Balliere's Clinical Rheumatology* 2000; 14 (4): 705-14
- 262- Reyes Llerena Gil A, Guibert T. M, Hernández Martínez A. et al: Rheumatology and care for the rheumatic diseases in cuba. *J Clin Rheumat.* 1999; 5: 289-92
- 263- Cochrane Database. *Syst Rev* 2000 (2) CD000518.
- 264- VinacciaS, Ramírez L A, Toro F: Desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Colombiana de Reumatología.* 2001; 8: (4): 443-446

- 265- Rincón H, González H. Artritis reumatoide: una visión integral de sus aspectos y manejo. En Ramírez L, and Anaya J. Artritis Reumatoide. Medellín; Edit Médica de Colombia 1998; 13: 127-37.
- 266- Nicasio P, Wallston K, Callahan L, Herbert M, Pincus T. The measurement of helplessness in Rheumatoid Arthritis. The development of the arthritis helplessness index. In Journal of Rheumatology. 1985; 12: 462-467
- 267- Callahan L, Cordray D, Wells G, Pincus T. Formal education and five years mortality in rheumatoid arthritis: medication by helplessness Score. Arthritis Care Research, 1996; 9: 463-472
- 268- Santavirta N, Bjorvell H, Solovieva S, et al. Coping strategies, pain and disability in patients with arthritis and related disorders. Arthritis Care Research 2001; 45: 48-55.
- 269- Taal E, Rasker J J, Seydel E R, Wiegman O: Healthy status, adherence with health recommendations, self efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. Patients Educ Couns 1993; 20: 63-76
- 270- Taal E, Riemsdijk R P, Brus H L M; et al: Group education for patients with arthritis rheumatoid. Patient Educ Couns 1993; 20: 177-187
- 271- Geisser M E, Robinson M E, et al.: The Coping strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis. Clin J Pain 1994; 10: 98-106
- 272- Turner J A, Jensen M P. y cols: Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? Pain 2000; 85: 115-25
- 273- Jensen M P, Turner J A, Romano J M. Chronic pain coping measures: individual vs composite scores. Pain 1992; 51: 273-80
- 274- Salvelkoul M, De Witte L. et al. Effect of a coping intervention patients with rheumatic diseases: results of a randomized controlled trial. Arthritis Care Research 2001; 45: 69-76
- 275- Salvelkoul M, Paast M, de Witte E T, Van den Borse B: Social support Coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. Patient Educ Couns 2000; 39: 205-18
- 276- Consensus Statement update consensus statement on TNF blocking agents for the treatment of rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases (April 2000) Ann Rheum Dis 2001 (60): 102-105

- 277- Furst D E, Bredveld F C, Kalden J R. et al. Consensus statement. Update consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases. (May 2002) *Ann Rheum Dis* 2002; 61(supl III): 2-7
- 278- Emery Paul. Is it time for a European Consensus on the pharmacological management of early rheumatoid arthritis? *The Journal of Rheumatology* 2002; (29): 1-2
- 279- Maini R, St. Clair E W, Breedveld F. et al. Infliximab (chimeric anti-tumour necrosis factor- (Monoclonal antibody) versus placebo in rheumatoid arthritis patients receiving concomitant methotrexate: a randomized phase III trial. ATTRACT Study Group. *Lancet* 1999; 354: 1932-1939.
- 280- Arend P.W. Physiology of cytokine pathways in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research* 2001; 45: 101-106
- 281- Koch A E, Kunkel S L, Streiter S L. Cytokines in rheumatoid arthritis. *J Invest Med* 1995; 43; 28-38
- 282- Kremer J M, Genovese M C, Cannon G W, Cadwell R J. et al.: Concomitant Leflunomide therapy in patients with active rheumatoid arthritis despite stable doses of methotrexate. *Ann Intern Med* 2002; 137: 726-733.
- 283- Mease P J. Tumour necrosis factor (TNF) in psoriatic arthritis: pathophysiology and treatment with TNF inhibitors. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 298-304.
- 284- Meter Tak P, Bresnihan B. The pathogenesis and prevention of joint damage in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43; 12: 2619-2633.
- 285- Blumenauer B, Judd M, Craney A. Etanercept for the treatment of rheumatoid arthritis *Cochrane Database Syst. Rev.* 2003; (4): CD-004525.
- 286- Catherine L D, Moreland L W. Infliximab: additional safety data from an open label study. (edit), *Journal of Rheumatol* 2002; 29 (4): 647-649
- 287- Weisman Michael H. What are the risks of biologic therapy in rheumatoid arthritis; update on safety. *J Rheumatol* 2002; 29 (65): 33-3
- 288- Richard Day. Commentary: Adverse reactions to TNF- $\alpha$  inhibitors in rheumatoid arthritis. *The Lancet* 2002; 16: 540-542.
- 289- Wolfe F, Fries J F. Rate of death due to leukemia/lymphoma in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003, 48 (9): 2694-95.

- 290- Choi H K, Hermán M A, Serger J D, Robins J M, Wolfe F. Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis : a prospective study. *Lancet* 2002 (359): 1173-77.
- 291- Me Murray R. Nonstandard and adjunctive medical therapies for systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Care Research* 2001; 45: 86-100.
- 292- Cordera F, Soto M E, Carip J, Reyes P.A. Dehidroepiandrosterona en el manejo del lupus eritematoso sistémico. *Rev Mexicana de Reumatol* 2000; 15 (1): 46-50.
- 293- Hitoaki Okazaki, Daisuke Hirata, Takeshi Kamimura, Hidemoto Sato, Masahiro Iwamoto. et al: Effects of FTY 20 in MRL-lpr/lpr Mice: Therapeutic potencial in systemic lupus erythematosus. 2002; 29: 707-16
- 294- Michele Petri. La cohorte de lupus de Hopkins: puesta al día 1999. *Rheumatic diseases Clinics of North América*. 2002; Vol 2; 829 203-219
- 295- Strand V, Aranow C, Cardiel M H, Alarcón Segovia et al. Improvement in health related quality of life in systemic lupus erythematosus patients enrolled in a randomized clinical trial comparing LJP 394 treatment with placebo. *Lupus*. 2003; 12 (9): 677-686
- 296- Smolen J S, Strand V, Cardiel M, Edworthy S. et al. Randomized clinical trials and longitudinal observational studies in systemic lupus erythematosus: consensus on preliminary core set of outcome domains. *J Rheumatol*. 1999; 26 (2): 504-7.
- 297- LLorente L, Richaud Patin Y, García Padilla C, Claret E, Jakez-Ocampo J, Cardiel M H. et al. Clinical and biological effects of anti-interleukin-10 monoclonal antibody administration in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2000; 43(8): 1790-800.
- 298- Hernández-Cruz B, Tapia N, Villa Romero A R, Reyes E, Cardiel M H. et al. Risk factors associated with mortality in systemic lupus erythematosus. A case control study in a tertiary care center in México City. *Clin Exp. Rheumatol*. 2001; 19 (4): 395-401.
- 299- Drenkard C, Alarcón Segovia D. The new prognosis of systemic lupus erythematosus : treatment free-remission and decreased mortality and morbidity. *Isr Med Association J*. 2000, 2: 382-387.
- 300- Strand V, Aranow C, Cardiel M H, Alarcón Segovia D. et al. Improvement in health-related quality of the life in systemic lupus erythematosus patients enrolled in a randomized clinical comparing 394 treatment with placebo. *Lupus*. 2003; 12 (9): 677-86

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1- Arboleya Luis R: Terapias alternativas en Reumatología. Rev Española de Reumatología. 2002; 29(8): 423-24
- 2- Ammendolia C, Bombardier C, Hogg-Johnson S, Glazier R. Views on radiography use for patients with acute low back pain among chiropractors in Ontario community. J Manipulative Physiol Ther 2002; 25 (8): 511-20
- 3- Astin J A, Berman B M, Bausell B. et al. The efficacy of mindfulness meditation plus qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. J Rheumatol. 2003; 30 (10): 2257-62
- 4- Bellamy N, Hochberg M, Simón L. et al. Outcome variables for osteoarthritis clinical trials: The OMERACT set of responder criteria. J Rheumatol. 2003; 30 (7): 1648-54
- 5- Blummenauer B, Judd M, Craney A. et al. Etanercept for the treatment of rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 4: CD 004525
- 6- Bombardier C. An evidence-based evaluation of the gastrointestinal safety of Coxibs. Am J Cardiol. 2002; 89 (6A): 3D-9D.
- 7- Borges López J A, González Z A, Reyes Llerena Gil A. y cols. Fractura osteoporóticas fatales por caídas en pacientes de la tercera edad. Rev Cub de Reumatol 2001; III (1): 24-29
- 8- Bouter L M, Pennick V, Bombardier C. The editorial board of the back review group. Cochrane back review group. Spine. 2003; 15: 28 (12): 1215-8
- 9- Braun J, Pincus T. Mortality course of disease and prognosis of patients with ankylosing spondylitis. Clin Exp Rheumatol. 2002; 20 (suppl 28): S16-22
- 10- Braun J, Vand der Heijde D, Pincus T. Novel anti-rheumatic therapies challenge and views on ankylosing spondylitis and other spondyloarthritides. Clin Exp Rheumatol. 2002; 20 (suppl 28): S1-2
- 11- Bush A, Schachter C L, Peloso P M, Bombardier C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2002; (3) DD003786.
- 12- Cardiel M H, Londoño J D, Gutierrez E. et al. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Bath Ankylosing spondylitis functional index (BASFI), the Bath Ankylosing spondylitis Disease activity index (BASDAI) and the Dougados functional

index (IFD) in a Spanish speaking population with spondyloarthropathies. *Clin Exp Rheumatol*. 2003; 21(4): 451-8

13- Censo de Población y viviendas 1981. República de Cuba. Oficina del Censo del Comité Estatal de Estadísticas. 1981; vol .16.

14- Cooper N J, Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. *Reumatology (Oxford)* 2000; 39:28.

15- Coto Hermosillo C, Varela Puente G, Estrada González G, Hernández González V, y cols.: Validación de la versión cubana, en español, del cuestionario de evaluación de la salud (Childhood Health Assessment Questionnaire) en niños cubanos con artritis reumatoidea juvenil. *Rev. Cubana de Reumatol* 1999; (1 ): 41-53

16- Choi H K, Hermán M A, Seeger J D, Robins J M, Wolfe F. Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Lancet*. 2002; 6 (359): 1173-1177

17- Darmawan J, Rasker J J, Nuralim H. Reduced burden of disease and improved outcome of patients with rheumatoid factor positive rheumatoid arthritis compared with dropouts. 10 years observational study. *J Rheumatol* 2003 (suppl. 67): 50-3

18- De Walt D A, Pincus T. The legacies of Rudolf Virchow: cellular medicine in the 20<sup>th</sup> century art social medicine in the 21<sup>st</sup> century. *Isr Med Assoc J* 2003 (6): 395-7

19- Duró J C.: No más problemas de dolor, Reuma, gota, lumbago, ciática, tortícolis. *Rev Esp de Reumatología*. 2002; 29 (8): 423

20- Escalante A, Cardiel M H, del Rincón I, Suárez -Mendoza A A. Cross-cultural equivalent of a brief helplessness scale for spanish speaking rheumatoid patients in the United States. *Arthritis Care Res* 1999; 12 (5): 341-50

21- Foster N E, Pincus T, Underwood M. et al. Treatment and the process of care in musculoskeletal conditions. A multidisciplinary perspective and integration. *Orthop Clin North Am*. 2003; 34 (2): 239-44

22- Fries J F, Wolfe F, Apple R et al. HLA-DRB1 genotype associations in 793 white patients from a rheumatoid arthritis inception cohort: frequency, severity, and treatment bias. *Arthritis Rheum*. 2002; 29 (8): 1639-45

23- Guibert Toledano M, Reyes Llerena Gil A, Hernández Martínez A. y cols. Lupus neuropsiquiátrico Resultados de 10 años de trabajo en el Servicio Nacional de Reumatología. *Rev Cub de Reumatol* 1999; 1 (1): 10-14

- 24- Guillemin F: Functional disability and quality of life assessment in clinical practice Rheumatology 2000; 39 (suppl. 1): 17-23.
- 25- Harris E D jr. Rheumatoid arthritis pathophysiology and implications for therapy. N Engl J Med 1999;322:1277-89.
- 26- Hernández Martínez A, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano ZM. La Artroscopía en Reumatología. En Viana de Queiroz Tratado de Reumatología. Vol III Cap. 17: 2002
- 27- Hernández Martínez A, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M. La Artroscopía en Reumatología. Rev Comité Ibero-Am de Reumatol 2001; (1): 34-38
- 28- Hochberg M C. Introduction new directions in anti-inflammatory therapy and pain management. Semin Arthritis Rheum 2002; 323 (3 suppl 1): 1-3
- 29- Hochberg M C. Multidisciplinary integrative approach to treating knee pain in patients with osteoarthritis. Ann Intern Med 2003; 4: 139 (9): 781-3
- 30- Hochberg M C. Treatment of rheumatoid arthritis and osteoarthritis with Cox-2- selective inhibitors: a managed care perspective. Am J Manag Care. 2002; 8 (17): S 502-17.
- 31- Hunt R H, Barkun A N, Barón D, Bombardier C. et al. Recommendations for the appropriate use of anti-inflammatory drugs in the era of Coxibs: defining the role of gastro protective agents. Can J Gastroenterol 2002; (4): 231-40
- 32- Hurst S, Kallan M J, Wolfe F J. et al. Methotrexate, hydroxychloroquine, and intramuscular gold in rheumatic arthritis: relative area under the curve effectiveness and sequence effect. J Rheumatol. 2002; 29 (8): 1639-45
- 33- March L M, Bagg H. et al. Epidemiology of osteoarthritis in Australia. Med J. Aust 2004, 1(180): (5 suppl.) 6. S6-S10.
- 34- Meenan R T, Goodman M J, Fishman P A. et al. Issues in pooling administrative data for economic evaluation. Am J Manag Care. 2002; 8(1): 45-53
- 35- Meenan R T, Goodman M J, Fishman P A. et al. Using risk-adjustment models to identify high-cost risks. Med Care 2003; 41 (11): 1301-12
- 36- Moreno Rodríguez M A.: El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Inst. Cubano del Libro. ISBN 959-05-0277-6.Edit. Científico Técnica. 2001; p 1-178.

37-Pease C T, Bhakta B B, Devlin J, Emery P: Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence phenotype? : a prospective study outcome and prognosis factors. *Rheumatology* 1999;38:228-34.

38-Peterfy C, Palmer W, Schweitzer M y cols. Comparison of etanercept vs metotrexate (MTX) in early rheumatoid arthritis. Using Gadolinium- enhanced Magnetic Resonance imaging (Embrel ERA trial) *Arthritis Rheum* 1999; (suppl) 42: S241

39- Pincus T, Gibofsky A, Weinblatt M E. Urgent care and tight control of rheumatoid arthritis as in diabetes and hypertension better treatments but a shortage of rheumatologists. *Arthritis Rheum* 2002; 46 (4): 851-54

40- Pincus T, Ferraccioli G, Sokka T, Larsen A. et al. Evidence from clinical trials and long- term observational studies that disease-modifying antirheumatic drugs show radiographic progression rheumatoid arthritis: updating a 1983 review. *Rheumatology Oxford* 2002; 41 (12): 2597-601

41- Pincus T. Guidelines for monitoring of metotrexate therapy- 'evidence-based medicine' outside of clinical trials. *Arthritis Rheum* 2003; 48 (10): 2706-9

42- Pincus T, Sokka T. Quantitative measures for assessing rheumatoid arthritis in clinical trials clinical care. *Best practice Res Clin Rheumatol*. 2003; 17 (5): 753-81

43- Puerto Noda I, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M: Aplicación del cuestionario comunitario COPCORD en población rural cubana. *Rev. Cub de Reumatol*.2001;.III, 2.

44- Rasch E K, Hirsh R, Paulose-Ram R, Hochberg M C. Prevalence of rheumatoid arthritis in persons 60 years of age and older the United States: effects on different methods of case classification. *Arthritis Rheum*. 2003; 48 (4): 917-26

45- Ramos Niembro F. Enfermedades reumáticas. Criterios y diagnóstico. Mac Graw-Hill Interamericana. Health Care Group. 1era Ed. 1999; 1-573

46- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M. H: Terapia combinada en artritis reumatoide. *Revista del Comité Ibero-Americano de Reumatología* 2000, (2):81 -83

47- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. y cols. Validación de la versión Cubana del Health Assessment Questionnaire en pacientes con artritis Reumatoide. *Rev. Cub de Reumatología*. 2002, Vol.IV, (1): 43-55

- 48- Reyes Llerena Gil A, (Edit). Presencia, relevancia y esencia del conocimiento científico latinoamericano a nivel continental. Panorámica actual a propósito del recién finalizado XII Congreso Panamericano de Reumatología. Rev Cub de Reumatol 2002; IV (3): 3-8
- 49- Reyes Llerena Gil A, (Coautor) Síndrome cervical doloroso. Aspectos clínicos - terapéuticos. ¿Es la tracción cervical una terapéutica efectiva? Rev Cub de Reumatología; 2001, 111 (2): 19-27
- 50- Reyes Llerena Gil A. y cols. Artroscopía quirúrgica como medida de intervención terapéutica en la osteoartritis de rodilla. Rev cubana de Reumatol. 2001; III (1):47-57
- 51- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. Impacto de las enfermedades reumática sobre la Calidad de vida en Cuba. Monografía. Ed. CIMEQ, MININT 1996:1-25.
- 52- Reyes Llerena Gil A. Osteoporosis, impacto socioeconómico e importancia de establecer programas de prevención e intervención a nivel mundial. (Edit) Rev Cub de Reumatol 1999; 1(1): 4-9
- 53- Reyes Llerena Gil A, Hernández Martínez A, Guibert Toledano M, González Otero Z, Méndez J. cols. Comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional de afecciones reumáticas Rev Colombiana de Reumatol 1997; 6(1): 23-29
- 54- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez et al: Rheumatology and care for the rheumatic diseases in Cuba. J Clin Rheumatol 1999; 5: 289-92
- 55- Reyes Llerena Gil A, y cols. Panorama actual y perspectivas de la enseñanza reumatológica en Cuba a las puertas del siglo XXI. Rev Dolor 1997; 12: 9-13
- 56- Reyes Llerena Gil A. El examen físico en reumatología. Algodistrofia. En Vidal Neira. Tratado Peruano de Reumatología. 1997 5ta sección : 39
- 57- Reyes Llerena Gil A. y cols.-Manifestaciones reumatológicas en pacientes cubanos infectados con el virus de inmunodeficiencia humano.(VIH) Rev. Cubana de Reumatol 1999; (1) 54-62.
- 58- Reyes Llerena Gil A. y cols. Enfermedades musculoesqueléticas en pacientes de la 3ª edad En : Rocabrana J C.: Tratado de Gerontología y Geriatria : Cap. 7: 1999; 341-356
- 59- Reyes Llerena Gil A. y cols. Conducta de enfrentamiento y demanda de ayuda ante las enfermedades reumáticas en la comunidad. Evidencias COPCORD. Rev Cubana de Reumatología; 2003; vol. V (3): 28-36

- 60- Reyes Llerena Gil A. y cols.-Epidemiología y manifestaciones reumáticas en población pediátrica cubana : VIH /SIDA. Revista Cubana de Reumatología; 2000, Vol. II ( 1): 12 -17
- 61- Reyes Llerena Gil A. y cols. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Frecuencia de infecciones oportunistas y afección musculoesquelética en una población cubana, Rev. Mex. de Reumatología ,2001; Vol. 15, (2): 20-23
- 62- Reyes Llerena Gil A. y cols. Patrón epidemiológico-clínico de las espondiloartropatías seronegativas en una cohorte VIH/SIDA en Cuba. Rev Colombiana de Reumatol. 1997; vol.4, (4): 164-169
- 63- Reyes Llerena Gil A. Artropatía psoriásica. Rev Investigaciones Médico-Quirúrgicas. 1997, Vol (1): 17-22
- 64- Reyes Llerena Gil A. Manual de técnicas imagenológicas en reumatología. (Coautor); En : Ugarte Suárez Carlos. Ed. CIMEQ; 1997. ISBN: 959-238-028-7
- 65- Reyes Llerena Gil A. Hernández Martínez A. Dolor Crónico. En Tratado Iberoamericano de Reumatología. Ed. Doyma. España 1999; Cap .37: 206-211.
- 66- Reyes Llerena Gil A. y cols. Las investigaciones clínico-epidemiológicas en el campo de la reumatología cubana. Una visión panorámica a propósito del II Congreso y V encuentro Cuba-México de reumatología. Rev. Mex. de Reumatol, 1998; (13): 119-120
- 67- Reyes Llerena Gil. A. (Coautor). Terapia Convencional de la artritis reumatoide. Revista del Comité Ibero-Americano de Reumatología : 2000; Vol.X; (2): 76-79
- 68- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, González Otero Z, Varela Alcocer J, Cardiel M H.L: Prevalence of musculoskeletal complaints and disability in Cuba. Acommunity-based study using the COPCORD questionnaire. Clinical and Experimental Rheumatology 2000; 18:85-87.
- 69- Reyes Llerena Gil A. y cols. Prevalencia de las enfermedades reumáticas e invalidez asociada en pacientes de la 3ª edad institucionalizados. Rev Mexicana de Reumatol. (suppl) 1998; 12(1). 24
- 70- Reyes Llerena Gil A. y cols. Síndrome de Reiter : Su expresión en el curso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Reporte de casos en Cuba. Rev. Peruana de Reumatología, 1995; 1 (3): 95-99.

- 71- Reyes Llerena Gil A. y cols. El dolor como expresión cardinal de las enfermedades reumáticas .Un acercamiento a las estrategias de intervención. Editorial "Revista Dolor", Public. Permanyer, 1997; V; (12,supl.): 4-5
- 72- Reyes Llerena Gil A. y cols. Panorama actual y perspectivas de la enseñanza reumatológica en Cuba a las puertas del siglo XXI. Rev. Dolor 1997; V (12, supl): 9-13
- 73- Reyes Llerena Gil A. y cols. Usos inconvenientes y abusos de la artroscopía en reumatología. Rev Cubana de Reumatol. 2000; II; (2): 4-12
- 74- Reyes Llerena Gil A. y cols. Artritis infecciosa no gonocócica. Evaluación de factores epidemiológicos, terapéuticos en población cubana. Rev Cub. Reumat. 2000; II: (2):24-32
- 75- Reyes Llerena Gil A. y cols. Dolor lumbar bajo enfoque clínico epidemiológico y de la rehabilitación precoz. Rev Cubana de Reumatol. 2001; III;(1): 65-72
- 76- Reyes Llerena Gil A. De la vieja terapéutica piramidal hacia un nuevo enfoque, nuevas drogas y sustancias biológicas en artritis reumatoide. Rev cubana de reumatol. 2001; III (1)3-9
- 77- Reyes Llerena Gil A. y cols. Dolor lumbar bajo. Enfoque epidemiológico, clínico terapéutico y de la rehabilitación precoz. Rev cubana de reumatol. 2001; III (1): 65-72
- 78- Reyes Llerena Gil A. (Coautor como miembro del Grupo Latinoamericano de Lupus) Delays in the diagnosis of systemic lupus erythematosus. Lupus; 2001.
- 79- Reyes Llerena Gil A. (Coautor como miembro del Grupo Latinoamericano de Lupus) Systemic lupus in the elderly: a distinct sub-group? Rev. Lupus. 2001
- 80- Reyes Llerena Gil A. (Coautor como miembro del Grupo Latinoamericano de Lupus) Familial autoimmunity in systemic lupus erythematosus. Rev Lupus 2001.
- 81 -Reyes Llerena Gil A. (Coautor como miembro del Grupo Latinoamericano de Lupus) Clinical characteristics of neuropsychiatric involvement in an inception cohort of Latin american patient with lupus. Rev Lupus. 2001.
- 82- Reyes Llerena Gil A.: Artroscopía diagnóstica y quirúrgica en Reumatología. En : M. Viana de Queiroz; Tratado Iberoamericano de Reumatología. Ed. LIDEL Lisboa, 2002;
- 83- Reyes Llerena Gil A. y cols. Sinovectomía Artroscópica en afecciones reumáticas. Rev. Cubana de Reumatología ; 2000; Vol.II, (1 ): p.38-42.

- 84- Reyes Llerena Gil A. (Coautor como miembro del Grupo Latinoamericano de Lupus) The GLADEL multinational Latin American prospective inception cohort of 1214 patients with systemic lupus erythematosus. Ethnic and disease heterogeneity among hispanics. *Medicine*, 2004; 83 (1): 1-17.
- 85- Reyes Llerena Gil A y cols. Mejorar la calidad de vida del paciente reumático proyección fundamental de la Sociedad cubana de reumatología en vísperas de su primer congreso *Rev Dolor*. Pub Permanyer 1995; III; (11): 1-2
- 86 Santos Hernández C, Hernández Martínez A, Ugarte Suárez C, Reyes Llerena Gil A, González de la Nuez J, Fernández I. Estudio de la masa ósea en población cubana. Individuos de 20 a 70 años. *Rev Nutrición Clínica*. Colomb. 1999; III (3): 85-92
- 87- Sokka T, Pincus T. Eligibility of patients in routine care for major clinical trials of anti-tumour necrosis factor alpha agents in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2003; 48 (2): 313-18
- 88- Sokka T, Pincus T. Most patients receiving routine care for rheumatoid arthritis in 2001 did meet inclusion criteria for most recent clinical trials or American College of Rheumatology criteria for remission. *J Rheumatol*. 2003; 30 (6): 1138-46
- 89- Towheed T E, Judd M J, Hochberg M C., Wells G. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane database Syst Rev*. 2003; 30 (7): 1648-54
- 90- Turner-Stokes L, Erkeller-Yuksel F, Miles A, P: Outpatients cognitive behavioural pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84 (6): 781-8.
- 91- VanEerd D, Beatón D, Colé D, Hogg-Johnson S. Classifying the forest or the trees? *J Clin Epidemiol* 2003; 56 (10): 940-42
- 92- VanEerd D, Beatón D, Colé D, Lucas J, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in works. A review of the literature. *J Clin Epidemiol*. 2003; 56 (10): 925-36
- 93- Weckmann A L, Granados J, Cardiel M H. et al. Immunogenetics of mixed connective tissue disease in a mexican mestiza population. *Clin Exp Rheumatol*. 1999; 17 (1): 91-4
- 94- Weisman M H, Gano A D jr, Gabriel S E, Hochberg M C, et al. Reading and interpreting economic evaluations in rheumatoid arthritis: a assessment of selected instruments for critical appraisal. *J Rheumatol*. 2003; 30 (8): 1739-47

- 95- Wells H J, Pincus T, Me Williams. Information processing biases among chronic pain patients and ankylosing spondylitis patients: the impact of diagnosis. *Eur J Pain* 2003; 7 (2): 105-11
- 96- Wolfe F. Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol* 2003; 30 (8): 1725-32
- 97- Wolfe F. Pain extent and diagnosis: development and validation of the regional pain scale in 12,799 patients with rheumatic disease. *J Rheumatol* 2003; 30: 369-78
- 98- Wolfe F, Freundlich B, Straus W L. Increase in cardiovascular disease prevalence in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2003; 30: 36-40
- 99- Wolfe F. The determination and measurement of functional disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; suppl. 2 S 11-5.
- 100- Wolfe F, Fries J F. Rate of death due to leukemia / lymphoma in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 48 (9): 2694-95
- 101- Wolfe F, Hawley D J: The long term outcomes of rheumatoid arthritis work disability : a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol* 1998; 25: 2108-17
- 102- Wolfe F, Lañe N E, Buckland-Wright C. Radiographic methods in knee osteoarthritis a further comparison of semiflexed, schuss-tunnel, and weight-bearing anteroposterior view for joint space narrowing and osteophytes. *J Rheumatol* 2002; 29: 2597-601
- 103- Wolfe F, Michaud K, Gefeller O, Choi H K. Predicting mortality in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 1530-542
- 104- Wolfe F, Michaud K, Pincus T. Do rheumatology cost-effectiveness analyses make sense? *Rheumatology Oxford* 2003; 1PMID: 14523227.
- 105- Wolfe F, Pincus T, Thompson A K, Doyle J. The assessment of rheumatoid arthritis and the acceptability of self-report questionnaires in clinical practice. *Arthritis Rheum*. 2003; 49(1): 59-63



**ANEXOS**

**ANEXO 1.**

PANLAR-COPCORD

código.....

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE.

Grupo Diagnóstico -----

caso -----Fecha-----

**SECCIÓN A: EXPLICACION DEL ESTUDIO.**

Las enfermedades reumáticas afectan a un grupo importante de la población general. Los estudios actuales miden la incapacidad física y la calidad de vida en personas con esos padecimientos.

El objetivo de este proyecto de investigación es desarrollar un cuestionario sencillo que pueda detectar a pacientes con alguna enfermedad reumática a nivel de la comunidad. Esto nos ayudará a entender la manera en que la enfermedad reumática afecta las actividades diarias de las personas y el tipo de atención y servicios que pudieran ser más útiles para mejorar su calidad de vida.

Para llenar el cuestionario estamos buscando personas con diferentes estados de salud. Deseamos investigar que tan bueno es el cuestionario para identificar a las personas que tienen alguna enfermedad reumática.

Este cuestionario está diseñado para proporcionar información acerca de sus antecedentes, su historia de trabajo, el grado de dolor e incomodidad, la capacidad funcional y su tratamiento.

Toda la información obtenida será confidencial .Su respuesta no afectará en nada el tratamiento médico que recibe (aunque le ofreceremos información y orientación adecuada acerca de su padecimiento, así como una mejor conducta de ser necesario).

Su colaboración nos ayudará a conocer que tan aceptable es el cuestionario en pacientes como usted y contribuirá a desarrollar una herramienta útil capaz de medir la frecuencia, el dolor y la invalidez que acompañan a numerosas enfermedades crónicas.

**Sección B Información sobre antecedentes.**

B. 1. Cuantos años tiene?-----/-----

B. 2.Cual es su sexo? M ----- F-----

B.3. Cual es su estado civil? a-soltero -----b-casado----- c-viudo-----  
d-divorciado -----e-otro-----

B.4 Escolaridad? a-primaria -----b-secundaria c-técnico -----  
c-pre-universitario -----d-universitario-----

B. 5. Grupo étnico (raza) a la que pertenece.

a-blanco----- b-negro----- c-mestizo-----d-otro-----

**Sección C. Historia de trabajo.**

C. 1 .Trabaja ud. actualmente? Si----- -No----- (pase a la pregunta C3)

C.2.A que se dedica ud. actualmente? a-obrero----- b-técnico-----  
c-profesional -----d-estudiante-----  
e-aina-casa -----f-cuentapropia -----  
g-j ubi lado-----

C 3 A que se dedicaba ud. antes? Especifique-----

C 4 Si ud. no se ha jubilado, y no trabaja, ¿A que se debe que no trabaje?  
a- problemas de salud -----c-problmas reumáticos.-----  
b- problemas de trabajo -----d-otros especifique

**Sección D. Dolor, Dolor a la presión, Inflamación ó Rigidez.**

D.1. ¿ Ha tenido UD. en los últimos 7 días algún problema, como dolor, dolor a la presión, inflamación ó rigidez en sus huesos, articulaciones (coyunturas) ó en sus músculos?  
 a- No----- b-Si----- (No, pase a la sección D 7)

D.2. Que tiempo duró el dolor?  
 a.días----- b-semanas----- c-meses----- d-años-----

D.3. Por favor, marque o señale el lugar donde tuvo el dolor, el dolor a la presión, la inflamación o la rigidez en los últimos 7 días.

	-Lado derecho	-Lado izquierdo
cuello	-----	-----
hombros	-----	-----
espalda alta	-----	-----
codos	-----	-----
espalda baja	-----	-----
muñecas - manos	-----	-----
caderas-muslos	-----	-----
rodillas	-----	-----
tobillos	-----	-----
dedos-pies	-----	-----

D.4. Existió algún problema traumático (ej. Golpe, torcedura etc.) que haya producido el dolor , dolor a la presión, inflamación o rigidez?  
 a- Si----- b-No----- c-No sé-----

D4.0.Si su respuesta fue sí, ¿Qué problema traumático produjo el dolor, dolor a la presión, inflamación o rigidez?  
 a- fractura-----b- accidente-----  
 b- distensión-----e- otro (especifique)-----  
 Si no ha presentado Fractura, pase al la pregunta D.4.4.

D.4.1-Area corporal fracturada por caída de sus piés?  
 a-caderas-----b- vértebras----- c-muñecas-----e-pies ----- f-otros ----

D.4.2-Lugar de ocurrencia de la caída?  
 a- dentro del hogar----- b baño ----- c-cuarto -----d-calle -----

D.4.3-Tiene limitación funcional causada por la fractura? -----

D.4.4-Consumo ud. frecuentemente: a-café-----b.tabaco-----  
 c- alcohol -----d.alimentos lácteos -----  
 e. -vegetales ----- f-esteroides-----

d.4.5-Realiza actividad física frecuentemente?-----

D.4.6-Está Normopeso-----sobrepeso----- bajo de peso-----

D.4.7-Padece alguna enfermedad Endocrina, Cual? -----

D.5. Marque con una X en el cuadro el lugar que mejor describa la gravedad del dolor en los últimos 7 días.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin										dolor
Dolor										muy intenso

D.6. Sí ud no ha tenido problemas en los últimos 7 días en sus huesos, músculos o articulaciones . ¿Ha presentado alguna vez cualquier problema, es decir dolor, dolor a la presión inflamación o rigidez? En sus huesos , articulaciones y músculos?  
 a-sí \_\_\_\_ b- no \_\_\_\_ ( si la respuesta fue No en d 1 y d6, pase a la sección H.)

D.7. Si ha tenido dolor, inflamación o rigidez: Duración?  
 a.- días-----b-semanas-----c-meses-----d-años-----

D.8. Marque con una X el lugar donde presentó alguna vez el dolor, dolor a la presión, la inflamación o rigidez.

	Lado derecho	Lado izquierdo
Cuello	-----	-----
Hombros	-----	-----
Espalda alta	-----	-----
Codos	-----	-----
Espalda baja	-----	-----
Muñecas-manos	-----	-----
Cadera-muslo	-----	-----
Rodillas	-----	-----
Tobillos	-----	-----
Dedos-pies	-----	-----

D.9. Existió algún problema traumático por ej. una torcedura o golpe que haya producido el dolor, dolor a la presión, inflamación o rigidez?  
 a-si----- b-no----- c-no sé-----

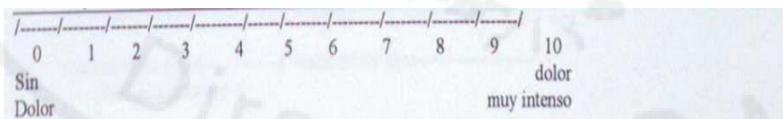
D.9.1. Si su respuesta fue Si, ¿Que problema traumático produjo el dolor, dolor a la presión inflamación o rigidez?  
 a-fractura-----b-accidente-----c-caída de sus pies-----  
 d-distensión-----e- otros-----

D.9.2. Area corporal fracturada por caída de sus pies?  
 a-caderas----- b-vértabras-----c-muñeca----- d-pies-----e-otros-----

D. 9.3.Lugar de la caída de sus pies con fractura?  
 a-dentro de la casa-----b-baño-----c-cuarto-----d-en la calle-----

D.-----9.4. Tiene alguna limitación funcional causada por la fractura?-----

D. 10. Marque con una X el lugar que mejor describa la gravedad del dolor.



**Sección E. Incapacidad Funcional.**

¿Está ud. o ha estado alguna vez limitado en el tipo o cantidad de actividades que puede hacer debido a un problema como dolor, dolor a la presión, inflamación o rigidez en sus huesos, articulaciones o músculos?

E-1-Actualmente limitado-----  
 -a-duración en días-----b-duración en semanas-----  
 c-duración en meses----- d- duración en años  
 (Pase a la sección F.)

E. 2-Sin limitación actual, pero estuve limitado en el pasado.  
 a-duración de la limitación en días-----b-semanas-----

c-duración en meses -----d-duración en años-----

E. ----- 3-Nunca he estado limitado----- (pase a la sección G)

Sección F. ----- Dificultad para realizar actividades específicas (sólo llenar si el paciente refiere limitación actual)

F. 1-Marque la respuesta que mejor represente la limitación (es) en los últimos 7 días, si la tiene para realizar las actividades habituales más adelante relacionadas.

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD (HAQ-CU)**

**Sección de evaluación de la capacidad funcional.**

**En los últimos 7 días, ha afectado este problema su habilidad para:**

(Por favor marque con un X, la opción que mejor describa su situación actual.)

	Sin Dificultad	con alguna dificultad	con mucha dificultad	no puedo hacerlo
a) Vestirse solo(a) inclusive abotonarse y amarrarse los zapatos	-----	-----	-----	-----
b) Acostarse y levantarse de la cama	-----	-----	-----	-----
c) Llevarse a la boca un vaso con líquido	-----	-----	-----	-----
d) Caminar afuera en terreno plano	-----	-----	-----	-----
e) Lavar y secar todo su cuerpo.	-----	-----	-----	-----
f) Inclinar para levantar la ropa del piso	-----	-----	-----	-----
g) Abrir y cerrar las llaves del agua	-----	-----	-----	-----
h) Entrar y salir de un carro (automóvil)	-----	-----	-----	-----

Sección G. Tratamiento

G.1- Ha recibido tratamiento para el dolor, dolor a la presión o inflamación o rigidez en sus huesos, articulaciones o músculos ?

a.-No----- (pase a la sección 0.4)                      b.-Si -----

G.2- Por quién? Marque todas las opciones aplicables a su caso.

a-medico familia ----- b-farmacéutico-quimico-----  
c-en un Hospital----- d-Reumatólogo -----  
d-fisioterapeuta----- e-quiropático-----  
l-acupunturista----- g-cur andero-----  
h-remedios caseros----- i-otros (especifique) -----

G.3. Cuales de los tratamientos le dieron para el dolor, dolor a la presión , inflamación o rigidez? Marque todas las aplicables a su caso.

a- automedicación ----- (a. 1 )-le ayudaron -----  
b- medicación ordenada por un médico----- (b. 1 )-le ayudaron -----  
c- medicación ordenada por reumatólogo----- (c. 1 )-le ayudaron -----  
d- inyecciones ----- (d. 1 )-le ayudaron -----  
e- cirugía----- (e. 1 y )-le ayudaron -----  
f- f-remedios caseros ----- (f. 1 > )-le ayudaron -----  
g- dieta especial ----- (g. 1)- le ayudó -----  
g- fisioterapia ----- (h. 1 >)-le ayudó -----  
h- medicina tradicional ----- (m. 1 )-le ayudó -----  
i- otro tratamiento ----- (j. 1)- le ayudó -----

G4. Le dijo algún médico el nombre de la enfermedad o el diagnóstico del dolor, dolor a la presión, inflamación o rigidez en sus huesos, articulaciones (coyunturas) o músculos. Límitese a un solo diagnóstico.

a-Si-----                      b-No -----

G. 1 .Si la respuesta fue Si, que diagnóstico le dio el doctor?  
(límitese a uno solo)

a-Artritis -----  
b-Artrosis -----  
c-Artritis .Reumatoide -----  
d-Osteoartritis -----  
e-Gota -----  
f-Fibromialgia o Fibrositis -----  
g-Lupus Eritematoso Generalizado -----  
h-Espondilitis Anquilosante -----  
i-Enfermedad degenerativa inusculoesquelética -----  
k-Especifique cual -----

G5. Si ud. ha tenido dolor , inflamación o rigidez. ¿Qué tan bien ha podido adaptarse a este problema?

a-muy bien ----- b-bien ----- c-no tan bien ----- d-nada -----

Sección H.

h. 1 -Le pareció que las preguntas fueron sencillas de entender?-----

h-2-Tiene alguna sugerencia de cómo mejorar este cuestionario?-----  
(especifique) -----

Gracias por su colaboración. Con esto terminamos la entrevista.-Tiempo en que terminó la entrevista. -----

**Anexo.: Cuestionario Comunitario para el control de las enfermedades reumáticas COPCORD/ILAR/OMS.**

*ANEXO 2.*

**Instrumentos de medición de medidas tradicionales en epidemiología de las enfermedades reumáticas. Medidas cuantitativas.**

I-1-Escala visual del Dolor

I-2-Escala Visual de Actividad.

I- 3-Escala de evaluación de Gravedad.

II- Health Assessment Questionnaire. (HAQ).

III-Fuerza de aprensión

I V-Indices articulares ( Ritchie- Lamsbury)

**Medidas cualitativas.**

V-Valoración global del estado de salud.

**VI-Estadío Funcional de Stein-brocker**

VII-Valoración categórica funcional

VIII-Evaluación de cambios en el Estado de Salud.

**Anexo 2. Instrumentos de medición aplicados para la evaluación de pacientes con enfermedades reumáticas.**

Para el desarrollo de los estudios en el campo de la epidemiología se han diseñado y validado una serie de instrumentos que permiten una mejor valoración de los individuos estudiados y una adecuada estandarización de las series y /o poblaciones estudiadas.



#### V-Valoración del Estado de Salud

Para la utilización de este instrumento se le solicita a los médicos que evalúen el estado de sus pacientes de manera global en términos como: muy bien, bien, regular, mal ó muy mal.

De igual modo una auto-evaluación del paciente considerando la última semana. Esta forma de valoración tanto del observado como del observador permite establecer una correlación de ambos criterios de observación en cuanto a la mensuración de lo percibido en cuanto al estado de salud general.

#### VI-Evaluación Funcional de Stein-Brockner.

En este caso los médicos y el paciente anotarán el estadio de Stein-Brockner que mejor describa su capacidad funcional actual de acuerdo con los siguientes enunciados:

- 1) –Puede realizar todas sus funciones y actividades habituales sin limitaciones.
- 2) –Puede realizar dichas actividades habituales con limitaciones.
- 3) –Puede realizar sólo algunas o ninguna de sus actividades habituales incluyendo el aseo personal.
- 4) –Está muy incapacitado, confinado a una silla de ruedas o a la cama y es incapaz de realizar su aseo personal.

Este instrumento de medición con muchos años de diseño, está dirigido a evaluar la capacidad funcional de los pacientes con afecciones como la artritis reumatoide. Tiene una amplia utilización en los trabajos de investigación clínica y es de carácter prácticamente universal.(42)

#### VII-Valoración categórica de actividad de la enfermedad reumatoidea.

Este índice fácil de aplicar evalúa a los pacientes mediante una valoración categórica del estado de su enfermedad. Enfermedad activa, Probablemente activa, o inactiva.

La enfermedad se considera inactiva cuando cumple criterios de estar en remisión de acuerdo a los criterios aprobados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) (43)

#### VIII-Cambios del Estado de Salud:

Señala o mide la afección desde el punto de vista de la evolución. El paciente puede estar mejor, igual o peor de acuerdo a lo constatado en diversos estudios, o considerando progresión o no en las observaciones de la consulta diaria. Estos entre otros tantos instrumentos están orientados hacia diferentes fines en el estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas y no son factibles ni de interés su valoración en esta obra. (44)

**ANEXO 3.**

**DIMENSION FISICA DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD EN SU VERSION CUBANA (HAQ-CU)**

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD (HAQ-CU) Sección de evaluación de la capacidad funcional.

**En los últimos 7 días, ha afectado este problema su habilidad para:**

(Por favor marque con un X, la opción que mejor describa su situación actual.)

	Sin Dificultad	con alguna dificultad	con mucha dificultad	no puedo hacerlo
a) Vestirse solo(a) inclusive abotonarse y amarrarse los zapatos	-----	-----	-----	-----
b) Acostarse y levantarse de la cama	-----	-----	-----	-----
c) Llevarse a la boca un vaso con líquido	-----	-----	-----	-----
d) Caminar afuera en terreno plano	-----	-----	-----	-----
e) Lavar y secar todo su cuerpo.	-----	-----	-----	-----
í) Inclinar para levantar la ropa del piso	-----	-----	-----	-----
g) Abrir y cerrar las llaves del agua	-----	-----	-----	-----
h) Entrar y salir de un carro (automóvil)	-----	-----	-----	-----

***Reyes Llerena Gil A. y cols. Validación de la versión cubana del Health Assesment questionnaire. (HAQ) en pacientes con artritis reumatoide, Rev Cub de Reumatología 2002; vol IV(1): 43-55.***

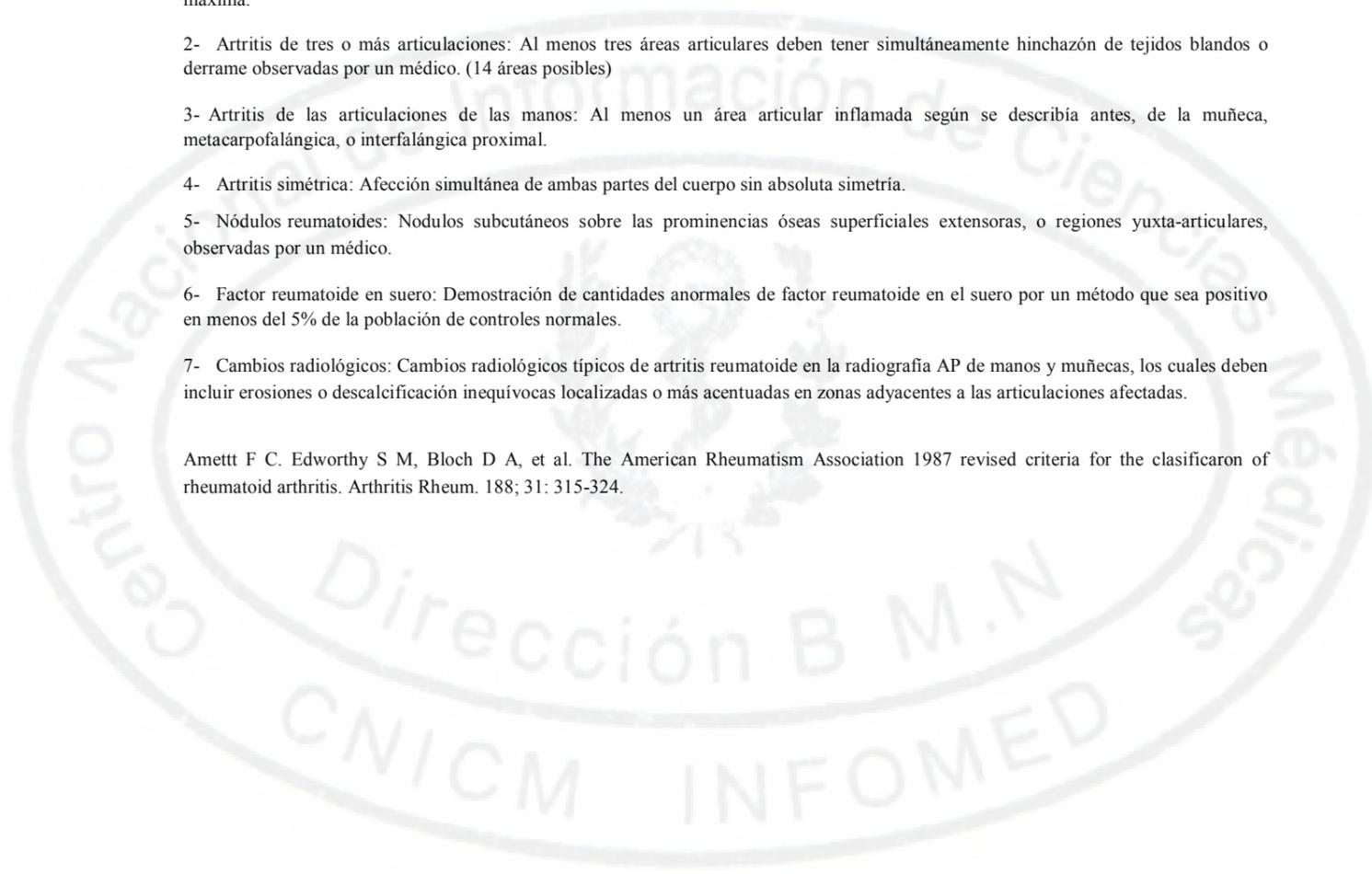
#### **ANEXO 4.**

##### **Criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) para la Clasificación de las enfermedades reumáticas**

##### **-Criterios para la clasificación de la Artritis Reumatoide.**

Criterio	Definición.
1-	Rigidez matutina: Rigidez matutina en las articulaciones y alrededor de ellas por lo menos de una hora de duración antes de la mejoría máxima.
2-	Artritis de tres o más articulaciones: Al menos tres áreas articulares deben tener simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o derrame observadas por un médico. (14 áreas posibles)
3-	Artritis de las articulaciones de las manos: Al menos un área articular inflamada según se describía antes, de la muñeca, metacarpofalángica, o interfalángica proximal.
4-	Artritis simétrica: Afección simultánea de ambas partes del cuerpo sin absoluta simetría.
5-	Nódulos reumatoides: Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas superficiales extensoras, o regiones yuxta-articulares, observadas por un médico.
6-	Factor reumatoide en suero: Demostración de cantidades anormales de factor reumatoide en el suero por un método que sea positivo en menos del 5% de la población de controles normales.
7-	Cambios radiológicos: Cambios radiológicos típicos de artritis reumatoide en la radiografía AP de manos y muñecas, los cuales deben incluir erosiones o descalcificación inequívocas localizadas o más acentuadas en zonas adyacentes a las articulaciones afectadas.

Amett F C, Edworthy S M, Bloch D A, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the clasificaron of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1988; 31: 315-324.



## ANEXO 5.

-Criterios revisados de 1982 para la clasificación del Lupus Eritematoso Sistémico.

<u>Criterio</u>	<u>Definición</u>
1- Eritema malar. Eritema lizo o elevado sobre las eminencias malares con tendencia a respetar los pliegues nasogenianos.	
2- Lupus discoide: Placas eritematosas elevadas con descamación queratósica adherente y taponamiento folicular, en las lesiones más antiguas puede ocurrir cicatrización atrófica.	
3- Fotosensibilidad: Erupción cutánea a consecuencia de una reacción poco común a la luz solar, por historia clínica u observación del médico.	
4- Ulceras orales: Ulceración oral o nasofaríngea, por lo regular indolora, observada por un médico.	
5- Artritis: Artritis no erosiva que afecta dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por dolor a la presión hinchazón o derrame.	
6- Serositis: Pleuritis. Historia convincente de dolor pleurítico, frote escuchado por un médico, o derrame pleural, pericarditis por EKG, roce o derrame pericárdico.	
7- Afección renal: Proteinuria persistente mayor de 0.5g/día o mayor de 3+ si no se cuantifica.	
8- Alteración neurológica: Convulsiones: En ausencia de medicamentos lesivos o alteraciones metabólicas conocidas.	
9- Trastornos hematológicos: Anemia hemolítica con reticulocitosis; leucopenia al menos de 4,000 leucocitos /mm <sup>3</sup> en dos o más ocasiones; linfopenia menor de 1500 linfocitos /mm <sup>3</sup> en dos o más ocasiones; trombocitopenia, menor de 100,000 /mm <sup>3</sup> en ausencia de medicamentos lesivos.	
10- Alteraciones inmunológicas: células LE. positivas, o anticuerpos anti-DNA nativo a título anormal, o anti- Sm, o pruebas serológicas para la sífilis que hayan sido positivas por lo menos durante seis meses y confirmadas mediante la prueba de inmovilización del treponema o por fluorescencia de absorción de anticuerpos de treponema.	
11. Anticuerpos anti-nucleares: Título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o una prueba equivalente en cualquier momento y ausencia de medicamentos conocidos que se asocien al síndrome de lupus inducido por fármacos.	

Tan E M, Cohén A S, Fries J. et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum, 1982; 25: 1271-1277.

## ANEXO 6

**Criterios para el diagnóstico de la Gota.**

<u>Criterio</u>	<u>Definición</u>
1- Niveles elevados de ácido úrico en suero arriba de 7.0 mg/100ml en varones y arriba de 6.0 mg/100ml en mujeres, determinados por el método espectrofotométrico de uricasa.	
2- Presencia de tofos.	

3 Demostración de cristales de urato en el líquido sinovial o urato depositado en tejido mediante examen químico o microscópico.

4-Historia clara de ateción articular dolorosa e hinchazón. Estos ataques al menos en las etapas iniciales deben caracterizarse por dolor intenso, de inicio abrupto y remisión clínica completa en unas dos semanas.

Brochner M K. Coob S, Rose B S. Report of sub-committee on criteria for the diagnosis of gout in surveys. En Kelggren J11 (ed). The epidemiology of chronic rheumatism. Oxford. Blackwell Scientific. 1958; 295-97.

#### ANEXO 7

-Criterios de 1990 del American College of Rheumatology para la clasificación de la Fibromialgia. Criterio

##### Definiciones

1- Historia de dolor generalizado.

El dolor se considera generalizado cuando está presente en ambos lados del cuerpo, sobre la cintura y por debajo, además de dolor en el esqueleto axial. En esta definición el dolor de hombro y el de los glúteos se consideran como dolor para cada lado afectado. El dolor de la lumbalgia se clasifica como dolor por debajo de la cintura.

2- Dolor en 11 de 18 puntos dolorosos a la palpación digital.

-Dolor en occipucio, en la inserción muscular sub-occipital.

-Trapecio: bilateral, en la parte media del borde superior.

-Cervical bajo: bilateral en la cara anterior de los espacios Inter-transversos de C5-C7-Supra-espinoso: bilateral, en el origen arriba de la espina escapular cerca del borde medial.

-Segunda costilla: bilateral en la segunda unión costocondral, justo lateral a la unión sobre la superficie superior.

-Epicóndilo lateral: bilateral, a 2 cms. de distancia de los epicóndilos.

-Glúteo: bilateral, en el cuadrante supero-externo en la nalga en el pliegue anterior del músculo.

-Trocánter mayor: bilateral, posterior a la eminencia trocánterea.

-Rodilla: bilateral, en la cara lateral interna de la rodilla a la línea articular.

La palpación digital debe realizarse con una fuerza de aproximadamente 4 Kg.

El paciente debe afirmar que un punto es doloroso a la palpación para ser considerado como punto positivo.

Wolfé F, Smythe H A, Yunus M B, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990; 33: 160- 172.

## **ANEXO 8.**

### **-Criterios del Colegio Americano de Reumatología para la Osteoartritis.**

#### **8.1- Osteoartritis de las manos.**

<b>Criterio</b>	<b>Definición</b>
1-	Dolor en la mano, adolorimiento o rigidez
2-	Tres de las cuatro manifestaciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento del tejido duro en dos más de diez articulaciones seleccionadas (segunda y tercera interfalángicas proximales y distales y primera carpometacarpiana de ambas manos igual a 10)</li><li>- Aumento de tejido duro en dos o más interfalángicas distales.</li><li>- Menos de tres metacarpofalángicas inflamadas.</li><li>- Deformidad al menos en una de las diez articulaciones seleccionadas.</li><li>- Sensibilidad 94% y 87% especificidad.</li></ul>

Altman R, Alarcón G, Appelrouth D. et al; The American College of rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 1601-1610.

#### **8.2 Criterios de clasificación para la osteoartritis de la rodilla.**

##### I- Criterios Clínicos.

- 1- Dolor de rodilla, más:
- 2- Crepitación
- 3- Crecimiento óseo
- 4- Rigidez matutina menor de 30 minutos.
- 5- Edad superior a 50 años.

Sensibilidad 89%, y especificidad 89%.

##### II- Criterios clínicos y de laboratorio

- 1 -Dolor de la rodilla más
- 2- Líquido sinovial de osteoartritis
- 3- Crepitación
- 4- Crecimiento óseo

5- Factor reumatoide <1.40 y rigidez matutina menor de 30 min.

Sensibilidad 88%, y especificidad 93%.

III-Criterios el clínico-radiológicos.

1- Dolor de rodilla : más

2- Osteofitos radiológicos

3- Líquido sinovial de osteoartrosis

4- Rigidez matutina menor de 30 minutos

Sensibilidad 94%, y especificidad 88%.

Adaptado de Altman R, Asch E, Bloch G. Et al. Development of criteria for the classification and reporting osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum. 1986; 29: 1039-1049.

### **8.3-Criterios de clasificación para la osteoartrosis de cadera.**

1 -Dolor de cadera

2- Osteofitos acetabulares, femorales, o ambos en la radiografía.

3- Velocidad de sedimentación globular <20 min.

3.1-Disminución del espacio articular axial en los RX.

Sensibilidad 91%, y especificidad 89%.

Adaptado de Altman R, Alarcón G, Apperlouth D. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum. 1991; 34: 505-514