

## **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SEVERIDAD RADIOLÓGICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE**

*Regino Rodríguez Acosta,<sup>1</sup> Carlos Enrique Arévalo Tan,<sup>2</sup> Dennys Pérez García<sup>2</sup>  
y Francis Xavier Moery<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar algunos factores sociodemográficos presentes en el grado de severidad radiológica de la artritis reumatoide en 33 pacientes con ese diagnóstico en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech" desde 1994 hasta 1998 a los que se les aplicó un cuestionario cuyos datos se codificaron manualmente y se procesaron en una computadora. Se obtuvo un predominio del sexo femenino con casi el 70 % de los pacientes, siendo mayoritariamente casos urbanos y con escolaridad primaria. El III grado de Larsen agrupó a la mayoría de los pacientes, mientras que los grados I y II no tuvieron ningún enfermo. Los jubilados y las amas de casa fueron los más afectados.

**DeCS:** ARTRITIS REUMATOIDE/epidemiología; ARTRITIS REUMATOIDE/diagnóstico; MUJERES; HOMBRES; FACTORES SOCIOECONOMICOS.

Fue *A.B. Garrod* quien propuso por primera vez en 1858 la denominación de artritis reumatoide (AR). Muchos autores lo definen como una enfermedad sistémica que afecta a las articulaciones y produce un cuadro inflamatorio sinovial crónico que puede dar lugar a la destrucción articular y de otros tejidos extraarticulares que tienen en común su origen conjuntivo.<sup>1,2</sup>

En la actualidad los factores sociodemográficos han comenzado a mostrar su influencia en el pronóstico y grado de severidad de esta entidad, afectando con más

frecuencia a las mujeres que a los hombres en una proporción de 3:1.<sup>1,2</sup> Algunos autores revelan una creciente prevalencia de la AR en función de niveles decrecientes de educación (Hernández Martínez A, Reyes Llerena G, Guibert Toledano M. Impacto de las enfermedades reumáticas sobre la calidad de la vida en Cuba. Simposio I Congreso Cubano de Reumatología 1996. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas 1996:9-13).<sup>3</sup>

En la práctica diaria se aprecia frecuentemente el diagnóstico tardío de esta

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de Camagüey.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna.

<sup>3</sup> Residente de 3er Año de Medicina Interna.

entidad, e incluso investigaciones que han correlacionado esto con los diferentes niveles de educación.<sup>4,5</sup> El índice radiológico estandarizado de Larsen permite evaluar la severidad de las lesiones óseas y articulares,<sup>6,7</sup> por tanto es un basamento importante para el diagnóstico y pronóstico de los pacientes con AR. Caracterizar algunos factores sociodemográficos presentes en el grado de severidad radiológica de la AR identifica cómo su presencia influye en el curso de esta enfermedad.<sup>2,3</sup>

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar algunos factores sociodemográficos presentes en el grado de severidad radiológica de la AR en todos los pacientes diagnosticados por los servicios de Medicina Interna y Reumatología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech" desde 1994 hasta 1998 en la provincia de Camagüey.

El universo de la investigación estuvo constituido por 33 pacientes a partir de los 16 años de edad en cuyas historias clínicas estuvieron adecuadamente reflejados los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (ARA) para la AR.

Se confeccionó un cuestionario que responde a la bibliografía revisada, los datos recogidos en él se codificaron manualmente y se procesaron en una computadora, utilizando el paquete de programas estadísticos MICROSTAT, para obtener distribución de frecuencia, tablas de contingencia y pruebas de hipótesis de proporciones, utilizando como medidas: frecuencia y porcentaje. Los grados de severidad según los criterios radiológicos estandarizados de Larsen fueron.<sup>8,9</sup>

Grado I: Aumento de partes blandas, osteoporosis periarticular, disminución del espacio interarticular.

Grado II: Erosiones y disminución del espacio interarticular.

Grado III: Mediana destrucción.

Grado IV: Severa destrucción.

Grado V: Anquilosis ósea.

Se utilizaron los criterios de la ARA de 1987 que señala que deben presentarse como mínimo 4 de ellos.<sup>7,10</sup>

## Resultados

Como se aprecia en la tabla 1, en la que se distribuyen los pacientes según sexo y

TABLA 1. Distribución de los pacientes según sexo y grado radiológico de Larsen

Sexo	Grados de Larsen						Total	%
	II	%	III	%	IV	%		
Femenino	7	21,21	12	36,37	11	33,33	30	90,91
Masculino	1	3,03	2	6,06	0	0	3	9,09
Total	8	24,24	14	42,43	11	11	33	100

Fuente: Cuestionario.

severidad radiológica, se obtuvo que las mujeres tuvieron una mayor prevalencia, estadísticamente significativa, o sea, el 90,91 % ( $p= 1.480 \text{ E-}16$ ), y fueron los grados III (36,37 %) y IV (33,33 %) los que agruparon la mayoría de los casos (69,70 %).

En la tabla 2 se muestra la distribución de los casos según grupo de edades, encontrándose una mayor frecuencia a partir de los grupos de 46-55 años en el que se ubicaron 9 enfermos para el 27,27 %, seguidos por los grupos comprendidos entre 56-65 años y 66 o más, los que agruparon a 7 pacientes cada uno para el 21,21 % respectivamente. Esta tabla igualmente nos señala que a medida que aumentó la edad, comenzó a aumentar la frecuencia de casos en los grados de severidad radiológica III y IV, los cuales agruparon a la totalidad de los pacientes (25) para el 75,76 %.

Al analizar la ubicación de la vivienda en la tabla 3 se encontró mayor prevalencia en la zona urbana con 25 pacientes (75,76 %) en la que el grado III tuvo mayor prevalencia con 12 enfermos para el 33,33 %. Estas variables tuvieron dependencia estadística ( $p= 2,775 \text{ E-}0,4$ ), sin embargo, en los pacientes rurales que sólo ocuparon el 24,24 % debe señalarse que el 50 % de ellos ya tenían en el momento del diagnóstico un índice radiológico Larsen grado IV.

Pudimos comprobar también que la mayor frecuencia fue en los pacientes con menor nivel de escolaridad (tabla 4). Las personas con primaria y secundaria tuvieron el 39,4 % y el 30,3 %, respectivamente. Los grados III y IV tuvieron las mayores frecuencias, y en el caso de la escolaridad primaria se comportó con el 18,18 % y el

**TABLA 2. Relación entre los grupos de edades y grado radiológico de Larsen**

Grupo de edades (en años)	Grados de Larsen						Total	%
	II	%	III	%	IV	%		
16-25	2	6,06	0	0	0	0	2	6,06
26-35	1	3,03	0	0	1	3,03	2	6,06
36-45	2	6,06	2	6,06	2	6,06	6	18,18
46-55	1	3,03	5	15,15	3	9,09	9	27,27
56-65	2	6,06	2	6,06	3	9,09	7	21,21
66 y más	0	0	5	15,15	2	6,06	7	21,21
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>24,24</b>	<b>14</b>	<b>42,43</b>	<b>11</b>	<b>33,33</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario.

**TABLA 3. Distribución según la ubicación de la vivienda y el grado radiológico de Larsen**

Ubicación de la vivienda	Grados de Larsen						Total	%
	II	%	III	%	IV	%		
Urbana	6	18,18	12	33,33	7	21,21	25	75,76
Rural	2	6,06	2	6,06	4	12,12	8	24,24
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>24,24</b>	<b>14</b>	<b>42,43</b>	<b>11</b>	<b>33,33</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario.

15,15 % para cada índice (III y IV), mientras que para el nivel secundario fue el 9,09 % para el grado III y el 12,12 % para el grado IV de severidad radiológica. Debe señalarse que se encontró sólo un analfabeto que en el momento del diagnóstico ya tenía un grado III de Larsen.

La tabla 5 contiene los resultados que proceden al relacionar la ocupación con el grado de severidad radiológica de Larsen. Llama la atención que más de la mitad fueron jubilados y amas de casa, tuvieron una frecuencia similar en ambos grados (III y IV) con un 15,15 % para cada índice, y no se presentó ningún caso en campesinos, trabajadores cuentapropistas ni técnicos. En los estudiantes hubo una frecuencia del 3,03 %, con grado II de Larsen.

## Discusión

Aunque la AR se presenta en ambos sexos y a cualquier edad, es más común en el sexo femenino, y a partir de la tercera y sexta décadas de la vida, prevaleciendo lesiones articulares más severas en las mujeres que aumentan significativa y proporcionalmente con la edad.<sup>3,4,10</sup> Este trabajo comprobó una prevalencia del sexo femenino sobre el masculino con 30 pacientes, para un 90,91 %, lo cual coincide con los estudios realizados por *Barker*.<sup>11</sup> También se pudo observar que a medida que aumentó la edad de dichos pacientes comenzó a aumentar significativamente la frecuencia de ellos en los grados de severidad radiológica III y IV, entre los cuales se ubicó la mayoría.

TABLA 4. Relación entre la escolaridad y el grado radiológico de Larsen

Escolaridad	Grados de Larsen						Total	%
	II	%	III	%	IV	%		
Primaria	2	6,06	6	18,18	5	15,15	13	39,40
Secundaria	3	9,09	3	9,09	4	12,12	10	30,30
Universitaria	2	6,06	1	3,03	2	6,06	5	15,15
Preuniversitaria	1	3,03	3	9,09	0	0	4	12,12
Analfabeto	0	0	1	3,03	0	0	1	3,03
Total	8	24,24	14	42,43	11	33,33	33	100

Fuente: Cuestionario.

TABLA 5. Relación entre la ocupación y el grado radiológico de Larsen

Ocupación	Grados de Larsen						Total	%
	II	%	III	%	IV	%		
Jubilados	2	6,06	7	21,21	5	15,15	14	42,43
Amas de casa	2	6,06	5	15,15	5	15,15	12	36,36
Profesionales	2	6,06	1	3,03	1	3,03	4	12,12
Obreros	1	3,03	1	3,03	0	0	2	6,06
Estudiantes	1	3,03	0	0	0	0	1	3,03
Total	8	24,24	14	42,43	11	33,33	33	100

Fuente: Cuestionario.

De todo lo anterior se infiere que las lesiones articulares aumentan proporcionalmente con el aumento de la edad, y esto se corresponde plenamente con la literatura revisada.<sup>12,13</sup>

Según los resultados obtenidos, el mayor número de pacientes corresponden al municipio de Camagüey (zona urbana) con más de la mitad de los enfermos, lo cual parece relacionarse con el mayor número de habitantes de esta zona geográfica. También prevaleció la zona urbana donde se ubicaron más del 50 % de los pacientes, aunque las lesiones articulares más severas se constataron en los enfermos de las zonas rurales, lo cual coincide con estudios realizados por Cecil,<sup>8</sup> quien plantea que la AR no tiene predilección por ninguna zona geográfica, aunque pueden presentarse casos más severos en las rurales que pueden estar en relación con el grado de atención médica especializada y el diagnóstico tardío de la enfermedad.

Los grados de escolaridad y el nivel cultural en las diferentes latitudes geográficas del planeta, junto con la idiosincrasia propia de cada grupo poblacional, se han relacionado en mayor o menor grado con la aparición, evolución, pronóstico y complicaciones de muchas enfermedades y dentro de ellas la AR.<sup>8,14</sup> En la investigación realizada la mayoría de los pacientes tenían grado de escolaridad primaria y secundaria, con un 69,70 % en conjunto, y en ambos niveles de escolaridad predominaron las lesiones radiológicas avanzadas (grados III y IV). Estos resultados corresponden con los obtenidos por Ligh<sup>15</sup> que comprobó un 89 % de pacientes con bajo nivel

de escolaridad. Esto puede estar relacionado con el desconocimiento y la escasa cultura que los hace acudir al médico en estados en que la enfermedad ha progresado lo suficiente como para que presente limitaciones funcionales por daño articular y óseo más severo.<sup>10,12,15</sup>

La ocupación es un factor importante en la vida socioeconómica en todas las personas y este aspecto toma gran connotación en los enfermos con AR, dado por las lesiones articulares que se presentan a medida que progresa la enfermedad. Se ha observado en estudios realizados en los trabajadores enfermos con AR que en un período de algunos años llegan a perder sus empleos por las limitaciones funcionales que le produce la enfermedad.<sup>14,16</sup> Lorish<sup>17</sup> en su estudio realizado obtuvo mayor frecuencia en los pacientes jubilados, con un predominio en ellos de los grados III y IV de severidad, seguidos de las amas de casa con igual grado de severidad. Estos resultados parecen estar igualmente relacionados con la edad, pues los pacientes jubilados y amas de casa se encuentran en décadas más avanzadas de la vida.

A modo de conclusiones podemos señalar que comprobamos un predominio del sexo femenino a partir de los 46 años de edad y fundamentalmente de procedencia urbana. La mayor frecuencia ocupacional la tuvieron los jubilados y las amas de casa, con escolaridad primaria y secundaria. El grado III de Larsen prevaleció en su relación con cada factor sociodemográfico, y los grados I y V no se presentaron en el momento del diagnóstico inicial.

**SUMMARY:** A descriptive study to characterize some social and demographic factors present in the level of radiological severity of rheumatoid arthritis was carried out in 33 patients diagnosed with this disease in "Manuel Ascunce Domenech" clinical and surgical teaching hospital from 1994 to 1998. A questionnaire was given to them, then data were manually coded and processed in a computer. Females were predominant with about 70% of patients, mainly from urban areas and

**primary schooling. Larsen's grade III group most of the patients whereas grades I and II did not include any patient. Retired people and housewives were the most affected.**

**Subject headings: ARTHRITIS, RHEUMATOID/epidemiology; ARTHRITIS, RHEUMATOID/diagnosis; WOMEN; MEN; SOCIOECONOMIC FACTORS.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Rote's Querol J. Reumatología clínica. Barcelona: Editorial Espax, 1983:75-96.
2. McCarthy J. Artritis y enfermedades conexas. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1986: 445-596.
3. OMS. Enfermedades reumáticas. Ginebra: OMS, 1992: 11-4. Serie de informes técnicos.
4. Morales Jorres J. Análisis de factores que influyen en la invalidez de los trabajadores con artritis reumatoidea. *Rev Mex Reumatol* 1990;5:105-204.
5. Martínez Elizonde P. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las enfermedades reumáticas. *Rev Dolor* 1996;2(3):9.
6. Larsen A. Radiographic evaluation of rheumatoid arthritis. *Acta Radiol Diagn* 1977;18: 481-91.
7. Palmela L. The radiographic criterion in the 1987 revised criterion for rheumatoid arthritis – reassess- in prospective study of early disease. *Arthritis Rheum* 1992;25(3):255-8.
8. Wyngaarden JB, Smith LLH, Claude Bennett J. Cecil tratado de medicina interna. 19 ed. México, DF: Editorial Interamericana, 1994: 1754-63.
9. Berkow R, Fletcher AJ, Breers MH. The Merck manual of diagnosis and therapy. 16 ed. Rahway: Merck, 1993:1305-13.
10. Champion GD. Epidemiology of the rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 1990;20(2):10-3.
11. Randol BL, Burton JR, Zieve PD. Principles of ambulatory medicine. 4 ed. Baltimore: William and Wilkins, 1995:943-63.
12. Carnevali Ruiz D, Medina Iglesias P, Pastor Valverde C, Sánchez Manzano MD, Satué Bartolomé JA. Manual de diagnóstico y terapéutica médico. Hospital 12 de Octubre. 3 ed. Madrid: Editorial EGRAF, 1994:277-87.
13. Stein JH, Hutton JJ, Kohler PO, Orourke RA, Reynolds HY, Samuels MA. Internal medicine. 4 ed. ST. Luis: Editorial Mosby, 1994: 2407-17.
14. Mackenbach JP. Socio-economic health differences in the Netherlands: a review of recent empirical finding. *Soc Sci Med* 1992;34:213-20.
15. Ligh JP, Fries JF. Education level and rheumatoid arthritis. Evidence from five data centers. *J Rheumatol* 1991;18:1298-306.
16. Uliet Vieland TPM, Buitenhuis NA, Vandenbroucke JP, Breedveld FC, Hazes JMW. Sociodemographic factors and the outcome of rheumatoid arthritis in young women. *Ann Rheumatic Dis* 1994;53:803-6.
17. Lorish CD, Abrahan N, Austin J, Bradley LA, Alarcon GS. Disease and psychosocial factor related to physical functioning in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991;18:1150-7.

Recibido: 3 de mayo de 2000. Aprobado: 11 de octubre de 2001.

*Dr. Regino Rodríguez Acosta.* Calle A # 5 entre 2da y Final, Reparto La Carbonera, Camagüey, Cuba.