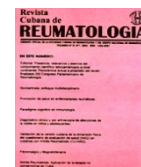


# Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen 18, Número 2, Suplemento 1; 2016 ISSN: 1817-5996  
[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)



## ESTUDIO DE CASOS

### Discapacidad visual: Factor agravante de la discapacidad física en pacientes reumáticos. Presentación de un caso

#### Visual disability: aggravating Factor of the physical disability in patients rheumatic. Presentation of a case

Jesús Rafael Gómez Morales <sup>I</sup>, Ana Marta López Mantecón <sup>II</sup>, Milvia Ortega Sotolongo <sup>III</sup>, Angela Luaces Martínez <sup>IV</sup>, Anabel Napoles Alvarez <sup>V</sup>

<sup>I</sup> MSc. Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> MSc. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y Reumatología, Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

#### RESUMEN

Se realiza la presentación de caso de una Paciente, femenina de 53 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide desde hace 34 años tratada con esteroides en dosis pequeñas y moderadas, así como con los fármacos modificadores de la enfermedad con los que dispone el cuadro básico de medicamentos, solos o en combinación, actualmente con leflunomida. Padece así mismo de diabetes mellitus 3 años tratada con insulina y de hipertensión arterial que es tratada con amlodipino. Hace aproximadamente 3 años presenta disminución lenta y progresiva de la agudeza visual, que no resolvía con el uso de cristales correctores lo que asociado a su déficit motor y muscular debido a la artritis reumatoide, le impedía tener una vida con calidad, agravando su

dependencia de otra persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Clasificada desde la Clinimetría: Capacidad funcional: Steinbrocker grado IV. HAQ-CU: 3. Se precisó el diagnóstico de catarata pre-senil y se decidió su tratamiento quirúrgico en aras de mejorar la calidad de vida de esta paciente.

**Palabras clave:** Discapacidad visual, artritis reumatoide, cirugía de catarata.

## ABSTRACT

The incidence of visual incapacity in patients with rheumatic disease is a factor that increases the physical incapacity in these persons. We report the case of a 53 year old, female, from a rural area, with antecedents of suffering from rheumatoid arthritis for 34 years and other diseases such as Hypertension and diabetes mellitus. She was treated with different medications such as anti-inflammatory steroids as well as the disease modifier drugs, insulin and Amlodipino. Around 3 years ago she had been having slow and progressive loss of vision which did not improve with the use of glasses. Then she was evaluated by the ophthalmologist and a surgical treatment for bilateral cataracts was indicated to improve her life quality. After surgery the patient had a good recovery.

**Keywords:** Visual Incapacity, rheumatoid arthritis, cataract surgery.

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad visual se define con base en la agudeza visual y el campo visual. Se habla de discapacidad visual cuando existe una disminución significativa de la agudeza visual aun con el uso de lentes, o bien, una disminución significativa del campo visual. En el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión. Aproximadamente un 90 % de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países de ingresos bajos. El 82 % de las personas que padecen ceguera tienen 50 años o más.<sup>1</sup> En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en otros países sobre todo de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera,<sup>1</sup> lo cual se comporta de forma muy similar en nuestro país. El 80 % del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar,<sup>1</sup> ya sea a través de tratamientos médicos o quirúrgicos como es el caso de la catarata, que aparece en el curso de enfermedades como la artritis reumatoide como consecuencia del tratamiento crónico con esteroides que son fármacos con potente efecto cataratogenico.<sup>2</sup>

Con arreglo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la función visual se subdivide en cuatro niveles: visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave y ceguera. La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión»; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.<sup>1</sup>

La distribución mundial de las principales causas de discapacidad visual es como sigue: errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos 43 %; cataratas no operadas 33 % y glaucoma 2 %.<sup>1</sup>

En términos generales, en los últimos 20 años las tasas mundiales de discapacidad visual han disminuido desde comienzos de los años noventa, ello a pesar del envejecimiento de la población en el mundo entero. Esa disminución se debe principalmente a la reducción del número de casos de discapacidad visual por enfermedades infecciosas, y también debido a causas no infecciosas pero que requieren de procedimientos médicos –quirúrgicos y políticas destinadas a corregir estas causas con una actuación concertada de salud pública y el incremento de los servicios de atención oftalmológica, así como el conocimiento por parte de la población general de las soluciones a los problemas relacionados con la discapacidad visual (por ejemplo, cirugía o dispositivos correctores).<sup>1</sup>

La OMS coordina las iniciativas internacionales en favor de la reducción de las discapacidades visuales. La labor en este ámbito se centra en reforzar los esfuerzos desplegados para la eliminación de la ceguera evitable, y la ayuda en la atención sanitaria para tratar las enfermedades oculares, ampliar el acceso a los servicios oftalmológicos y expandir las intervenciones de rehabilitación para personas con discapacidad visual residual.<sup>1</sup> Otro ejemplo de la labor por combatir la ceguera reversible y la discapacidad visual, lo tenemos fehacientemente en nuestro continente con la Misión Milagros labor liderada por Cuba, que le ha devuelto la

visión a millones de personas en varios países de nuestra región.

En América Latina, la prevalencia de la ceguera en personas de más de 50 años varía entre el 1 % en las zonas urbanas con buen desarrollo socioeconómico a más del 4 % en las zonas rurales y marginales. La principal causa de ceguera es la catarata,<sup>3</sup> que continúa siendo un problema de salud pública en las zonas desatendidas por los sistemas de salud.<sup>4</sup> Otras causas importantes de ceguera son la retinopatía diabética y el glaucoma.<sup>3</sup> En el Caribe, la incidencia de discapacidad visual es alta, la catarata y el glaucoma causan 75 % de los casos de ceguera y la diabetes es un factor determinante en la pérdida de la visión.<sup>5</sup>

Teniendo en cuenta todas estas razones se elaboró un Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019,<sup>6</sup> aprobado por el Consejo Directivo en el 2013 que incluye la prevención de la discapacidad visual y la ceguera como uno de los resultados previstos. La propuesta de Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales, 2014-2019 es una actualización del Plan aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en el 2009 con la incorporación de los nuevos compromisos establecidos por el Plan mundial de la OMS y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

El objetivo general del Plan es reducir la discapacidad visual evitable como problema de salud pública y garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales mediante el mejoramiento del acceso a servicios integrales de atención oftálmica que estén integrados en los sistemas de salud. El Plan propone además aumentar el compromiso político y financiero con respecto a la salud ocular, fortalecer la capacidad de los servicios y la formulación de políticas, planes o normas, ejerciendo una función de supervisión y movilizandando la participación de los interesados.<sup>7</sup>

En un estudio realizado en nuestro país, en el año 2010, Cobas Ruiz y colaboradores reflejan que el total de personas con discapacidad en Cuba, ascendió a 366 864 lo que se tradujo en una tasa de prevalencia en el país de 3,26 por cada 100 habitantes. Las provincias con el mayor número de personas con discapacidad, correspondieron a: Ciudad de La Habana (46 433), Santiago de Cuba (39 507), Holguín (37 181) y Villa Clara (30 419).

Al considerar la prevalencia por grupos de edades la mayor frecuencia fue observada en el grupo de 60 y más años, con una tasa de 7,8 por cada 100 habitantes. La prevalencia de discapacidad en el sexo masculino con tasa de 3,57 por cada

100 habitantes fue mayor que en el sexo femenino, el que mostró una tasa de 2,99 por cada 100 habitantes.<sup>8</sup>

Al caracterizar las personas con discapacidad según tipo, la discapacidad intelectual se presentó en Cuba como la discapacidad más frecuente, con una tasa de prevalencia de 1,25 por cada 100 habitantes (140 489 personas) y representó el 38,29 % del total de personas con discapacidad, seguido de la discapacidad físico motora con tasa de prevalencia de 0,82 por 100 habitantes (92 506 personas) el 25,22 % del total de personas con discapacidad. Continuaron en orden de frecuencia, la discapacidad de tipo visual (tasa 0,41 por 100 habitantes y 12,7 % del total); la mental (tasa 0,33 por 100 habitantes y 10,0 % del total); la múltiple (tasa 0,22 por 100 habitantes y 6,8 % del total); la auditiva (tasa 0,21 por 100 habitantes y 6,4 % del total) y finalmente la insuficiencia renal crónica con requerimientos dialíticos (tasa 0,02 por 100 habitantes y 0,5 % del total).<sup>8</sup>

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, de causa desconocida, que afecta predominantemente a mujeres en edad reproductiva. Suele iniciarse entre los 20 y 40 años, aunque puede comenzar a cualquier edad. Su prevalencia mundial se ha estimado entre 1 y 2 %.<sup>9</sup> En Cuba se estima en 1.24 %; según estudio epidemiológico comunitario COPCORD.<sup>10</sup>

Es una enfermedad crónica, severa, sistémica, debilitante, de curso progresivo, pero variable en cada individuo afectado, que genera destrucción y en forma secundaria, incapacidad funcional del paciente por lo que la interrupción de su historia natural resulta la clave en el tratamiento.<sup>11,12</sup>

El pronóstico funcional de la enfermedad hace referencia al grado de incapacidad que desarrolla un paciente a largo plazo. La posibilidad de que un paciente llegue a desarrollar una incapacidad severa alcanza el 33 % en estudios realizados previos a la aparición con anti-TNF<sup>1</sup>, y dicha incapacidad funcional se refleja en la incapacidad laboral que puede llegar a ser del 50 % a los 10 años de evolución de enfermedad.<sup>13</sup>

Los factores predictores de mayor incapacidad funcional que han sido identificados en diversos estudios son la edad, el factor reumatoide positivo,<sup>14</sup> DAS28 basal elevado,<sup>15</sup> y el HAQ basal por encima de 1.<sup>14</sup>

La invalidez que ocasiona repercute de manera importante sobre la calidad de vida del individuo; puesto que disminuye su capacidad funcional, sus habilidades para desempeñar el papel que le corresponde como ser social y el bienestar que se deriva de estas acciones.<sup>16</sup>

En algunos casos la evolución de la enfermedad es más o menos benigna, en otros auto-limitada, y en otros es muy agresiva, generando importantes secuelas funcionales y descenso de la calidad de vida, la cual está determinada por la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional y otros factores indirectos como: depresión, comorbilidades, el impacto de la AR en las esferas familiares, afectivas y laborales, además, los eventos adversos de la medicación empobrecen el nivel de bienestar de los pacientes.<sup>10,17,18</sup>

La discapacidad se define como cualquier restricción o deficiencia en la habilidad para desarrollar una actividad de manera o dentro del rango considerado como normal para un ser humano.<sup>18</sup>

Está bien establecido el valor que tiene determinar la capacidad funcional de pacientes con AR desde 1949, época en que un comité de la Asociación Americana de Reumatología (ARA por sus siglas en inglés) propuso por vez primera los criterios de clasificación funcional para esta enfermedad conocidos como criterios de Steinbrocker que posteriormente fueron modificados en 1992 según los cuales serán consideradas personas con discapacidad motora todos aquellos pacientes en clase funcional II (Capaz de realizar su aseo y actividades vocacionales pero limitado en las no vocacionales), clase funcional III (Capaz de realizar las actividades habituales de su aseo personal pero limitado en las actividades vocacionales y no vocacionales.) Clase funcional IV: Totalmente dependiente.<sup>18</sup>

Esta es una de las principales acciones que se deben ejecutar en aras de lograr determinar el desenlace de los individuos con AR, a los cuales se les imponen diversas medidas de intervención terapéutica para preservar y restaurar la capacidad funcional.<sup>18</sup>

Posteriormente se desarrollaron y popularizaron diversos instrumentos que tratan de cuantificar de una forma más fina y objetiva las discapacidades producidas por la AR. Unos son de carácter genérico, orientados a medir función independientemente de las condiciones clínicas del paciente y otros más específicos. El cuestionario SF-36 del inglés Short Form 36 y Sickness Impact Profile (SIP) respectivamente son ejemplos del primer grupo en tanto el AIMS (Arthritis Impact Measurements Scales) y el HAQ (Health Assessment Questionnaire) constituyen ejemplos de cuestionarios específicos.<sup>18</sup>

Resulta de marcado interés que a diferencia de las clases funcionales de Steinbrocker, ampliamente difundidas y usadas durante años por los reumatólogos al estar validada por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), estos nuevos instrumentos requieren de la participación activa del

paciente el cual debe responder el formulario donde se cuestionan actividades de la vida diaria, las respuestas son valoradas mediante normas precisas ya establecidas, se obtiene un puntaje final que mensura la capacidad funcional individual y permite establecer las comparaciones ajenas a la marcada subjetividad que conlleva por la parte médica, la escala de evaluación de Steinbrocker.<sup>18</sup>

El HAQ, es un instrumento propuesto para evaluar la capacidad física en pacientes con AR y abarca una dimensión que es la habilidad.<sup>18</sup>

El cuestionario HAQ cuenta al menos con tres variantes profusamente utilizadas en la clínica: HAQm, CLIN-HAQ y MD-HAQ, así como versiones en español. Incluye ocho secciones que recogen las actividades de la vida diaria. Entre éstas se evalúan la capacidad de vestirse y arreglarse, levantarse de una silla o cama, comida, caminar, lo referente a la higiene, el alcance, agarrar y otras actividades. Cada área es evaluada mediante tres componentes que miden el grado de dificultad para realizar una determinada tarea pre-establecida, la necesidad de ayuda especial o uso de algunos aditamentos y-o la necesidad de recibir asistencia por otra persona. Cada una de las preguntas tiene valor entre 0 puntos y tres máximo, en dependencia que se pueda ejecutar sin ninguna dificultad (0), con alguna dificultad (1 punto), con mucha dificultad (2 puntos), o imposibilidad para la realización (3 puntos). El puntaje mayor de cada categoría se escoge como valor para dicha área. Si el paciente precisa de ayuda para la realización de una tarea específica, se le otorga el valor de 2 puntos. El índice de incapacidad se obtiene al calcular la sumatoria del puntaje de todas las categorías respondidas en el rango de 0-3 divididas por el número de áreas. Se evalúan como de incapacidad ligera valores entre 0-1, entre 1 y 2 será evaluada de moderada, y sobre 2 se considera severa la discapacidad funcional. El cuestionario se completa en alrededor de cinco a 8 minutos.<sup>18</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente R.S.A, femenina de 53 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide desde hace 34 años tratada con esteroides en dosis pequeña y moderadas, así como los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) con los que dispone el cuadro básico de medicamentos, solos o en combinación, actualmente con leflunomida. Padece así mismo de diabetes mellitus 3 años tratada con Insulina y de hipertensión arterial que es tratada con amlodipino.

Hace aproximadamente 3 años presenta disminución progresiva de la agudeza visual, lo que asociado a su déficit motor y muscular debido a la AR, que le impedía tener una vida con calidad, agravando su dependencia de otra persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Clinimetría: Capacidad funcional: Steinbrocker grado IV.  
HAQ-CU: 3

Datos del Examen del SOMA.

Paciente encamada en decúbito supino.

Examen de SOMA:

Marcada atrofia de toda la musculatura del organismo y disminución del tejido celular subcutáneo sobre todo en miembros superiores e inferiores. Aspecto cushingoide del tronco.

Hombros: Aumento de temperatura de ambos con limitación de los movimientos, solo abducción por debajo de  $80^\circ$  codos en flexo de  $110^\circ$ . Aumento de volumen y temperatura y presencia de nódulos reumatoides de 2 a 3 cm. de diámetro sobre epicóndilos y epitrócleas.

Ambas manos: Atrofia de interóseos del carpo y los dedos, de eminencia tenar e hipotenar. Desviación cubital de los dedos. Luxación de 5to dedo. Ruptura, con imposibilidad de realizar la extensión, de los tendones extensores del 3ro, 4to, 5to dedo. (Figura 1)

**Figura 1.** Paciente con deformidades articulares relacionada con la artritis reumatoide.



Rodillas; Rodillas en flexo, derecha en valgo e izquierda en varo

Ambos pies: Descenso del arco longitudinal y anterior de ambos pies con luxación de 1<sup>er</sup> dedo. Ausencia de movimiento de los dedos de los pies

PD: Presencia de hallux valgo con cabalgamiento del 2<sup>do</sup> dedo sobre el 1ro, el 4<sup>to</sup> sobre el 5<sup>to</sup>. El 2<sup>do</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> en martillo

PI: Cabalgamiento del 2<sup>do</sup> sobre 1 3<sup>ro</sup> y 4<sup>to</sup> sobre 3<sup>ro</sup>. 2<sup>do</sup> y 3<sup>ro</sup> en martillo.

Al Exámen Ocular se recogen los siguientes datos:

AV s/c OD--PL T.O= 12 mmHg (Goldman) AO

OI--0.2

Refracción Dinamica. (Preoperatoria)

OD = NMCC, NMAE

OI = NMCC, NMAE

Anexos Oculares. No Alteraciones significativas a señalar.

Segmento Anterior: Córnea transparente en AO, cámara anterior formada, pupila e iris Normal.

Medios. Se visualiza opacidad total, blanquecina del cristalino en OD y opacidad casi Total del cristalino en el OI.

Fondo de ojo. En el ojo derecho no se visualiza el RRN de fondo por la opacidad total del cristalino, y en el ojo izquierdo se visualiza de forma parcial, no permitiendo ver los detalles del fondo del ojo.

Exámenes Complementarios:

Queratometria y Biometría Ocular.

Calculo del lente Intraocular. Se utilizó un Biometro modelo Tomey con el uso de la formula SRK-T que arrojó como resultado la elección de un LIO 22.0 para el OD y 22.0 OI

Ultrasonido Ocular de polo posterior. De aspecto normal. No Alteraciones vítreas ni retinianas.

Otros exámenes: Glicemia, HB, EKG, dentro de límites normales.

Ante este caso planteamos una catarata presenil lo cual era tributario de tratamiento quirúrgico, por lo que decidimos acometer el proceder, primero el ojo derecho y al mes se decidió hacer la intervención del segundo ojo.

En ambos actos quirúrgicos se realizó la técnica Extracapsular con Incisiones pequeñas e implante de LIO. En cuanto a la evolución se presentó un cuadro de uveítis en la primera semana de operada, que resolvió con el uso de



Antinflamatorios esteroideos tópicos y sistémicos, sin ninguna otra complicación.

A los 3 meses de operada, la paciente tiene buena visión, corregida con cristales de la siguiente medida.

OD 0.5 s/c -0.75esf-0.50x90 (0.9) CCC

OI 0.4 s/c -1.00 esf- 0.50x110· (0.8) CCC

Add+300 esf. J1

Consideramos que con el tratamiento de la catarata en AO se mejoró ostensiblemente la calidad de vida de esta paciente con discapacidad física-motora, prácticamente invalidante, que por su enfermedad evoluciona hacia un proceso de deterioro físico con repercusión sobre el proceso bio-psico-social, afectándose en gran medida la dinámica familiar de estos pacientes los cuales dependen en gran medida de un cuidador, para poder afrontar las actividades de la vida diaria, limitadas por su discapacidad física progresiva que en casos como estos se agrava aún más cuando se sobreañade una discapacidad visual. Ya después de operada a pesar de que mantiene el mismo índice de Clinimetría: Capacidad funcional: Steinbrocker grado IV. HAQ-CU: 3, con sus cristales correctores la paciente es capaz de realizar actividades que antes estaban limitadas por su déficit visual, como leer, ver la televisión, comer con determinada independencia, ver los medicamentos que consume, contribuir a su aseo en la medida de sus posibilidades y disminuir la dependencia exclusiva de un cuidador a tiempo completo, mejorando la dinámica familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. *Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva N° 282 Agosto de [Internet] 2014. [Citado 5 junio 2016]; Disponible en:* <http://www.who.int/es>

2. Gómez Morales Jesús, Blanco Cabrera Judith, Llópez Morales Mayra, Reyes Pineda Yusimi, Solís Cartas Ediesky. *Manifestaciones oftálmicas derivadas del tratamiento de las enfermedades reumáticas. Rev Cubana de Reumatol. 2015;XVII(1):61-7.*

3. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Ghersi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. *Causes of Blindness and Visual Impairment in Latin America. Surv Ophthalmol. 2012 Mar-Apr; 57(2):149-77.*

4. Limburg H, Silva JC, Foster A. *Cataract in Latin America: findings from nine recent surveys. Rev Panam Salud Publica 2009 May;25(5):449-455*

5. Leske C, Wu SY, Nemesure B, Hennis A, and Barbados Eye Studies Group. *Causes of visual loss and their risk factors; an incidence summary from the Barbados Eye Studies. Rev Panam Salud Publica 2010 Apr;27(4):259-67.*

6. Organización Panamericana de la Salud. *Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.o Consejo Directivo de la OPS, 65.a sesión del Comité regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC). Washington (DC):345[Internet]2013;[Citado 5 junio 2016]; Disponible en:*

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es)

7. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción para la Prevención de la Ceguera y de las Deficiencias Visuales [Internet]. 53. o Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC). EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del [Internet]2014. CD53/11[Citado 5 junio 2016]. Disponible en:*

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es)

8. Cobas Ruíz Marcia; Zacca Peña Eduardo; Morales Calatayud Francisco; Icart Pereira Emelia, Jordán Hernández Aida; Valdés Sosa Mitchel. *Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública; [Internet] 2010[Citado 18 junio 2016];36(4)306-10.*

9. Chopra A, Abdel-Nasser A. *Epidemiology of rheumatic musculoskeletal disorders in the developing world. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2008;22(4):583-604.*

10. Reyes GA. *Prevalencia comunitaria de las Enfermedades Reumáticas y Discapacidad asociada. Estudio COPCORD, Tesis de Doctorado, C. Habana, Cuba, 2001.*

11. Robustillo M, Rodríguez J. *Son útiles los factores pronóstico en la artritis reumatoide? Reumatol clínica. 2011;7(5).*
12. Batlle-Gualda E. *Artritis reumatoide grave. Métodos para medir la actividad de la artritis. Criterios pronósticos y su relación con el tratamiento. Barcelona: Ed. MCR. 2006;17-32.*
13. Mau W, Bornmann M, Weber H, Weidemann HF, Hecker H, Raspe HH. *Prediction of permanent work disability in a follow-up study of early rheumatoid arthritis: results of a tree structured analysis using recpam. Mau Semin Arthritis Rheum. 1991;21:4-12.*
14. Graell E, Vazquez I, Larrosa M, Rodríguez-Cros JR, Hernández MV, Sanmartí R, et-al. *Disability measured by the modified health assessment questionnaire in early rheumatoid arthritis: prognostic factors after two years of follow-up. Clin Exp Rheumatol. 2009;27:284-91.*
15. Schneeberger EE, Citera G, Maldonado Cocco JA, Salcedo M, Chiardola F, Paira SO, et-al. *Factors associated with disability in patients with rheumatoid arthritis. J Clin Rheumatol. 2010;16:215-8.*
16. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. *Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis 2002 Update. Arthritis and Rheumat. Vol. 46,(2):328-46.*
17. GUIPCAR, Grupo. *"Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España." Sociedad Española de Reumatología, Madrid: Edit. Doyma; 2001.*
18. Reyes GA, Penedo A, Guibert M, Hernández A, Lopez IR, Fernández I y colb. *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 Reumatol. 2002;IV(1):43-55.*

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 18 de julio de 2016

Aprobado: 21 de septiembre de 2016

Autor para la correspondencia: Dr. Jesús Rafael Gómez Morales. E-mail: [jesus.gomez@infomed.sld.cu](mailto:jesus.gomez@infomed.sld.cu)

Servicio de oftalmología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba