

Original

Comorbilidades y mortalidad en pacientes con artritis reumatoide

Marcos D. Rodríguez-Mejías¹, José A. Rodríguez.Guzmán¹,
Yurilís J. Fuentes-Silva¹

¹Departamento de Medicina, Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar, Venezuela

RESUMEN

Fecha de envío

11/04/22

Fecha de aprobación

14/05/22

Palabras claves

artritis reumatoide,
poliartritis, índice de
Charlson

Autor para correspondencia

Correo electrónico:
marcosudobolivar@
gmail.com
(M. D. Rodríguez-Mejías)

Introducción: La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, autoinmune, que afecta al sistema articular con poliartritis, pero también afecta a otros tejidos y órganos extraarticulares. El objetivo de este estudio fue investigar las comorbilidades de los pacientes con AR en una consulta de reumatología.

Metodología: estudio transversal en adultos con diagnóstico de AR, en una consulta externa de reumatología. Centro Clínico Universitario de Oriente, durante el periodo diciembre 2011 a diciembre 2019 en Ciudad Bolívar, Venezuela.

Resultados: Participaron 94 pacientes con AR, el sexo predominante fue el femenino con 87,2%; la edad promedio fue de $52,5 \pm 13,1$ años. El tiempo de evolución de los pacientes fue de $8,2 \pm 9,2$ años, con un tiempo de seguimiento en consulta fue de $12,2 \pm 17,3$ meses. En cuanto al tratamiento acumulado recibido por los pacientes, los esteroides, prednisona y deflazacort, fueron usados inicialmente en 64,9%. En la muestra estudiada el DAS-28 inicial promedio fue de $5,4 \pm 1,4$. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (HTA) con 27,7% y de acuerdo al índice de Charlson, 5,2% tenían insuficiencia cardíaca.

Conclusión: Consistente con estudios previos, la morbilidad cardiovascular fue la más frecuente en este estudio, tomando en cuenta que se incluyeron pacientes que tenían variabilidad en el tiempo de evolución de la AR. Es importante enfatizar a la AR como una enfermedad de alto riesgo cardiovascular y redireccionar estrategias que atiendan este factor de riesgo.

Associated comorbidities of patients with Rheumatoid Arthritis in external consultation

ABSTRACT

Keywords

rheumatoid arthritis,
polyarthritis,
Charlson index

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA), is a chronic, autoimmune, systemic inflammatory disease that affects the articular system with polyarthritis, but also affects other extra-articular tissues and organs. The aim of this study was to investigate the comorbidities of patients with RA in a rheumatology practice.

Methodology: cross-sectional study in adults with a diagnosis of RA, in a rheumatology outpatient clinic. Centro Clínico Universitario de Oriente, during the period December 2011 to December 2019 in Ciudad Bolívar, Venezuela.

Results: 94 patients with RA participated, the predominant sex was female with 87.2%; the average age was 52.5 ± 13.1 years. The time of evolution of the patients was 8.2 ± 9.2 years, with a follow-up time in consultation of 12.2 ± 17.3 months. Regarding the cumulative

Corresponding author

Email:
marcosudobolivar@gmail.com
(M. D. Rodríguez-Mejías)

treatment received by the patients, steroids, prednisone and deflazacort, were initially used in 64.9%. In the sample studied the mean initial DAS-28 was 5.4 ± 1.4 . The most frequent comorbidity was high blood pressure (HBP) with 27.7% and according to the Charlson index, 5.2% had heart failure.

Conclusions: Consistent with previous studies, cardiovascular morbidity was the most frequent in this study, taking into account that patients with variability in the time of RA evolution were included. It is important to emphasize RA as a disease of high cardiovascular risk and to redirect strategies that address this risk factor.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, autoinmune, que afecta al sistema articular con poliartritis, pero también afecta a otros tejidos y órganos extraarticulares^{1,2}. La AR puede conducir a distintos grados de discapacidad que disminuyen la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que la padecen³.

La etiología de la AR sigue siendo desconocida, sin embargo, se le han atribuido algunos posibles factores causales, como agentes infecciosos (virus, bacterias y hongos), componentes ambientales (como la adicción al tabaco) o factores genéticos, ninguno de ellos por separado ha demostrado ser la causa de enfermedad⁴.

La AR por ser una enfermedad sistémica cursa con manifestaciones extraarticulares y aunque estas manifestaciones son frecuentes, no todas revisten importancia clínica. No obstante, en ocasiones pueden constituir el signo principal de la actividad de la enfermedad y requerir tratamiento por sí mismas. Como norma, estas manifestaciones aparecen en pacientes con títulos altos de anticuerpos frente al componente Fc de la inmunoglobulina G (IgG), factor reumatoide⁵. Otros factores relacionados son la presencia de títulos altos de anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA) y la positividad de los anticuerpos antinucleares (ANA)⁶.

La AR puede producir daño articular, con deformidades asociadas. En quienes no reciben tratamiento o logran un buen resultado terapéutico, provoca discapacidad de manera progresiva⁷. Las manifestaciones extraarticulares se han asociado diferentes factores a la mortalidad relacionada con AR: edad avanzada, sexo masculino, factor reumatoide, número de articulaciones comprometidas, discapacidad funcional mediada por HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), elevación de reactantes de fase aguda como VSG (velocidad de sedimentación globular) y proteína C reactiva (PCR) y nivel educativo. Las causas de muerte más comunes por AR son enfermedad cardiovascular (40%), infecciones (2%) y enfermedad renal (1%)⁸.

La AR afecta el 1 % de la población, es más frecuente en mujeres que en hombres (3:1), entre los 30 y 50 años de edad, y produce gran discapacidad, de modo que, tras 1 y 3 años, entre el 33 y el 40 % de los pacientes, presentan reducción de la capacidad laboral generando costos elevados al sistema de salud, los que pueden reducirse cerca del 20 % con la realización de un diagnóstico temprano y con el inicio de una adecuada rehabilitación⁹. La AR es una enfermedad con manifestaciones clínicas muy amplias y variadas que abarca desde formas leves hasta formas graves que pueden llegar a acortar la esperanza de vida de los pacientes.

En la AR tenemos manifestaciones extraarticulares, comorbilidades y las complicaciones de los tratamientos. Las comorbilidades, asociadas con la AR, se correlacionan con el riesgo incrementado de sufrir afecciones cardiovasculares, endocrinas, infecciones, enfermedades hematológicas, gastrointestinales, respiratorias, articulares y neoplasias, tanto en relación a la propia fisiopatología de la enfermedad como en relación a los diferentes tratamientos existentes. Si bien son varias las comorbilidades asociadas a la AR, las principales son las cardiovasculares, entre ellas la hipertensión arterial y los accidentes cerebro vasculares, endocrinopatías como Diabetes Mellitus tipo 2 e hipotiroidismo, todas ellas en relación a la aterosclerosis secundaria producida por una enfermedad inflamatoria, crónica, así la producción de citoquinas y factor de necrosis tumoral alfa, el uso de corticosteroides como parte de la terapéutica, de largo uso, además de hábitos alimenticios, el fumar, entre otros¹⁰. Una de sus principales manifestaciones extraarticulares es la enfermedad cardiovascular, descrita en algunas series como la principal causa de muerte en esta población de pacientes. Los pacientes con AR tienen un riesgo 2 a 5 veces mayor de desarrollar enfermedad cardiovascular en forma prematura, lo cual disminuye su expectativa de vida en 5 a 10 años¹.

El objetivo de este estudio fue investigar las comor-

bilidades de los pacientes con AR en una consulta de reumatología, la diferencia entre sexos y la mortalidad en el periodo de seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participaron 94 historias médicas de pacientes de una Consulta Externa de Reumatología en el Centro Clínico Universitario de Oriente que cumplieron con los criterios para AR del Colegio Americano de Reumatología de 2010. Se recogieron los datos a través de un formulario realizado por los autores que contenía características sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, clínica, evolución en años de la enfermedad). Para establecer la mortalidad se usaron datos de la base de datos del Consejo Nacional Electoral (CNE) de Venezuela. Se midió la actividad de la AR en la primera consulta, usando el DAS-28 (*Disease Activity Score de 28 articulaciones*) usando la VSG, que permite estratificar a los pacientes según la actividad de la AR.

Por su parte, se evaluó la comorbilidad en general utilizando el índice de comorbilidad de Charlson que también permite estimar la esperanza de vida de los pacientes en los próximos diez años. Se contó con la aprobación del Comité de trabajo de grado de la Universidad de Oriente bajo el código DMD 2022-010 M IDAR, y se cumplieron con los principios de la declaración de Helsinki. Para la presentación de resultados se mostraron tablas con distribución de frecuencia y porcentajes y para el análisis estadístico se utilizó T de Student para comparar medias y Test Exacto de Fisher para variables dicotómicas en relación al sexo, considerándose estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron 94 pacientes con AR, siendo predominante el sexo femenino con 87,2%; la edad promedio fue de $52,5 \pm 13,1$ años, todos los pacientes eran hispanicos. Los años de evolución de la enfermedad fue en promedio de $8,2 \pm 9,2$ años y los meses de seguimiento en consulta fue en promedio de $12,2 \pm 17,3$ meses. En años de estudio, 52,3% tenía hasta 16 años de estudios. En la muestra analizada, 68,1% trabajaba. El patrón de afectación articular inicial fue poliartritis con 88,3%; la mortalidad para todas las causas fue de 2,1% (Tabla 1).

La hemoglobina promedio en el sexo masculino fue de $12,6 \pm 1,3$ gr/dL y de $11,5$ g/dL $\pm 1,6$ en el sexo femenino, el promedio del valor de leucocitos totales fue de $8.402,8$ mm³ inicial y $7.581,8$ mm³ en la última evalua-

Tabla 1 Características sociodemográficas de los pacientes con AR.

Características sociodemográficas	n=94
Sexo, n (%)	
Femenino	82 (87,2)
Masculino	12 (12,8)
Edad (años), media$\pm$DE	52,5 $\pm$ 13,1
Evolución de la AR (años), media$\pm$DE	8,2 $\pm$ 9,2
Seguimiento en consulta (meses), media$\pm$DE	12,2 $\pm$ 17,3
Nacionalidad, n (%)	
Hispanicos	94 (100,0)
Años de estudio, n (%)	10,6 $\pm$ 5,9
Ocupación, n (%)	
Trabaja	64 (68,1)
No trabaja	11 (11,7)
Oficios del hogar	19 (20,2)
Patrón articular inicial, n (%)	
Poliartritis	83 (88,3)
Oligoartritis	11 (11,7)
Mortalidad	2 (2,1)

*AR: artritis reumatoide

ción. En cuanto a los reactantes de fase aguda: la VSG inicial y en la última consulta fueron en promedio de $46,3 \pm 34,9$ mm/h y $40,7 \pm 25,3$ mm/h, respectivamente; la PCR fue positiva tanto inicial como en la última evaluación en 64,9% y 37,5% de los pacientes, respectivamente. El factor reumatoide y anti-CCP fueron positivo en 75,7% y 65,4%, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2 Exámenes complementarios de los pacientes con AR.

Parámetro de laboratorio	Total
Hemoglobina (gr/dl) n=75	
Masculino	12,6 $\pm$ 1,3
Femenino	11,5 $\pm$ 1,6
Leucocitos (mm3) n=75	
Inicial	8.402,8 $\pm$ 3.170,9
Última evaluación	7.581,8 $\pm$ 2.390,6
VSG (1ra hora en mm)	
Inicial, n=67	46,3 $\pm$ 34,9
Última evaluación, n=54	40,7 $\pm$ 25,3
PCR positiva (mg/dl)	
Inicial, n=57	37 (64,9)
Última evaluación, n=40	15 (37,5)
FR positivo n=74	56 (75,7)
Anti-CCP positivo n=52	34 (65,4)

VSG: velocidad de sedimentación globular, PCR: proteína C reactiva, FR: factor reumatoideo, Anti CCP: anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados.de

En cuanto al tratamiento acumulado recibido por los pacientes, los esteroides (prednisona y deflazacort) fueron los más usados inicialmente en 55,3% y 9,6%, respectivamente. La dosis equivalente de prednisona inicialmente fue de 5 mg y >5mg en 48,9% y 7,5%, respectivamente. En 69 pacientes (73,4%) se logró retirada de esteroides, en un tiempo promedio de $6,8 \pm 7,6$ semanas. Los AINEs fueron utilizados inicialmente en 69,2% de los pacientes y el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) de inicio más utilizado fue el metotrexate con 91,5%, seguido de hidroxycloroquina con 5,3% (Tabla 3), la mayoría de las veces usado en combinación con metotrexate.

Tabla 3 Tratamiento recibido por los pacientes con diagnóstico de AR.

Medicación	n (%)
Esteroides inicial	
Prednisona	52 (55,3)
Deflazacort	9 (9,6)
Betametasona	3 (3,2)
Otro	28 (29,8)
No se indicó	2 (2,1)
Dosis equivalente de Prednisona inicial (mg), n (%)	
5	46 (48,9)
> 5	7 (7,5)
No recibió	41 (43,6)
Semanas hasta lograr retirada del esteroide (X±DS) n=69	6,75 ± 7,61
AINE* inicial, n (%)	65 (69,2)
FARME** inicial, n (%)	
Metotrexate	86 (91,5)
Leflunomida	1 (1,1)
Hidroxicloroquina	5 (5,3)
No se indicó	2 (2,1)

*AINE: Antiinflamatorio no esteroideo.

FARME**: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad. En más de una ocasión se utilizó combinación.

En la muestra estudiada el DAS-28 inicial promedio fue de $5,4 \pm 1,4$. De acuerdo a la actividad según esta escala, la mayoría de los pacientes se ubicó en su primera consulta entre actividad alta y moderada fue de 52,1% y 18,1%, respectivamente (Tabla 4).

Tabla 4 Grado de actividad de la Artritis Reumatoide según DAS-28 inicial.

Actividad según DAS-28 inicial	n (%)
Promedio ± DE	$5,4 \pm 1,4$
Remisión (< 2,6) n (%)	6 (6,4)
Leve (2,6-3,1) n (%)	0 (0,0)
Moderada (3,2-5,1) n (%)	17 (18,1)
Alta (>5,1) n (%)	49 (52,1)
No se realizó n (%)	22 (23,4)
TOTAL	94 (100)

Tabla 5 Comorbilidades en pacientes con AR en una Consulta Externa.

Parámetro	Total	Masculino n=12	Femenino n=82	n (%)
Índice de Charlson n (%)				
Promedio	$1,3 \pm 0,8$	$1,75 \pm 0,8$	$1,3 \pm 0,8$	0,211031&
Insuficiencia cardíaca	5 (5,3)	1	4	
Arteriopatía periférica	1 (1,1)	1	0	
EPOC*	2 (2,1)	0	2	
Colagenosis	94 (100)	12	82	
Úlcera	1 (1,1)	0	1	
Hepatopatía leve	1 (1,1)	0	1	
DM** no complicada	4 (4,2)	0	4	
DM complicada	1 (1,1)	1	0	
Hemiplejía	1 (1,1)	1	0	
Nefropatía	1 (1,1)	0	1	
Tumor sólido	3 (3,2)	0	3	
Hepatopatía grave	1 (1,1)	0	1	
Otras comorbilidades				
Hipertensión arterial	26 (27,7)	5 (41,7)	21 (25,6)	0,3024®
Fibromialgia	1 (1,1)	0	1	1°
Cardiopatía hipertensiva	1 (1,1)	0	1	1°
Síndrome de Cushing	1 (1,1)	0	1	1°
Sobrepeso/Obesidad	4 (4,3)	1	3	0,4264®

*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**DM: Diabetes Mellitus

β= sexo femenino vs sexo masculino

&=T de Student

©=Test Exacto de Fisher

Al describir las comorbilidades de acuerdo a la Escala de Charlson, dado que la AR pertenece a las en-

fermedades del tejido conectivo, el ítem de colagenosis fue cumplido por todos los pacientes. La insuficiencia cardíaca estuvo presente en 5,3% (n=5), DM no complicada en 4,3% (n=4) y tumor sólido con 3,2%, (n=3). El índice de Charlson en promedio fue de $1,3 \pm 0,8$. A pesar que el índice de Charlson fue mayor en promedio en el sexo masculino sobre el femenino ($1,75 \pm 0,8$ vs $1,3 \pm 0,8$), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,211031$). De las comorbilidades no contempladas en el índice de Charlson, la HTA estuvo presente en 27,7% (n=26) de los pacientes, siendo más frecuente en el sexo masculino vs femenino (41,7% vs 21,6%), la segunda comorbilidad más frecuente fue sobrepeso/obesidad con 4,3% (n=4). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las comorbilidades en relación al sexo (Tabla 5).

DISCUSIÓN

En este trabajo se evaluaron pacientes con diagnóstico de AR en una ciudad al sur de Venezuela, la mayoría de la población estudiada era del sexo femenino, fundamentalmente entre quinta y sexta década de la vida, siendo estos datos similares a los obtenidos en trabajos latinoamericanos, como el de Vinaccia, et al. (2016) en Colombia, donde se incluyeron 62 pacientes con AR, con una población en su mayoría representada por el sexo femenino en 95,2%, con una edad media de 59,7 años (rango 32 a 79 años). En el presente estudio, la evolución de la enfermedad en promedio fue de $8,9 \pm 9,2$ años y el seguimiento en consulta en promedio fue de $12,2 \pm 17,3$ meses, esto probablemente está en relación a que se incluyeron pacientes con AR en diferentes momentos de la enfermedad⁴.

En este estudio la totalidad de los pacientes eran de origen hispánico, y tenían en promedio más de 10 años de estudio y más de la mitad trabajaba, estos resultados contrastan con el estudio realizado por Rojano, et al. igualmente en Venezuela, donde se estudiaron un total de 99 pacientes, en pacientes hispánicos, 45% tenía solo estudios de primaria y 61% de ellos se encontraban desempleados¹¹. El patrón de afectación articular inicial, en este estudio, fue poliartritis, resultados similares a los observados por Rojas 2019 en un estudio sobre AR y la comorbilidad, quien reportó 69% de poliartritis como presentación inicial¹².

En este estudio, la mortalidad por todas las causas fue de 2,1% (n=2), cuando se compara con otras investigaciones con un seguimiento longitudinal mucho mayor, como ejemplo de ello tenemos el estudio de Acosta con una muestra de 172 pacientes con AR seguidos durante 6 años donde hubo una mortalidad de

15,4%, y una tasa de mortalidad de 5,2%¹³, las causas de muerte más frecuentes fueron la enfermedad coronaria con un 1,1 % (n=2) y el sangrado digestivo 1,1 % (n=2), en nuestra investigación no se pudo obtener la causa de muerte.

En este estudio, con relación a los exámenes de laboratorio inicial, en la hematología se observó que independientemente del sexo los valores de hemoglobina se mantuvieron dentro de la clasificación de anemia leve según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴. Asimismo, los valores de leucocitos iniciales y en la última evaluación estaban en promedio en rangos normales. Dichos resultados son similares con los encontrados por Aguilar que, de 140 pacientes, quienes tuvieron una media de $10,5 \pm 1,2$ gr/dl, reportando anemia en 37,1% de los pacientes¹⁵. En cuanto a los valores de leucocitos, Aguilar reportó en su estudio que el 85% de los pacientes con AR contaban en promedio con valores normales mientras que 10% presentó leucopenia y 5% leucocitosis, no se encontró relación significativa entre tiempo de enfermedad y niveles de leucocitos ($p=0,787$), y hubo correlación entre la evolución de la enfermedad y anemia (coeficiente de correlación Pearson $-0,350$; relación escasa a moderada).

En el presente estudio, los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) se encontraron alterados, estos parámetros son distintivos en la AR activa como se encontró la mayoría de los pacientes de este estudio. Estos datos son similares a los observados en otros estudios, como el de Simón-Campos, et al., quien analizó la correlación de PCR y VSG con la actividad de la artritis reumatoide en 80 pacientes reportando una VSG de $26,7 \pm 10,6$ mm/hora y una media de la PCR de $12,9 \pm 11,8$ mg/dL¹⁶.

En el estudio de Fuentes-Silva⁵, donde se evaluaron 50 pacientes venezolanos con diagnóstico de AR también se observa elevación de VSG, que estuvo en promedio en $36,6 \pm 22,8$ mm/h y encontrándose PCR positiva más de la mitad de los pacientes (57,5%). En esta investigación se encontró positividad del FR y anti-CCP en 75,7% y 65,4%, respectivamente, resultados similares a la mayoría de los estudios reportados, tal como el estudio realizado por Bautista-Molano, et al. 2016 en Colombia, donde se evaluaron 1.652 pacientes con diagnóstico de AR reportando positividad del FR y del anti-CCP en 80% y 63% de los pacientes, respectivamente¹⁷.

En relación al tratamiento recibido por los pacientes, en nuestro estudio el esteroide más usado fue prednisona en más de la mitad de los pacientes, con una dosis inicial de 5mg en la mitad de los pacientes;

igualmente más de la mitad usó AINES inicialmente y el FARME inicial más utilizado fue el metotrexate en la mayoría de los casos. En 2005 se publicaron dos ensayos clínicos, multicéntricos, aleatorios, que apoyan los beneficios tanto clínicos como radiológicos de los esteroides en la AR de inicio, Wassenberg, et al. compararon prednisona frente a placebo en pacientes con AR de menos de 2 años de evolución, que iniciaron tratamiento con metotrexate¹⁸ y Svensson, et al. compararon la adición de prednisona frente a placebo en pacientes con AR de menos de 1 año de evolución, que no habían utilizado previamente FARMES, encontrando desenlaces positivos en cuanto a parámetros radiológicos de la enfermedad al usar la combinación inicial del FARME más el esteroide¹⁹.

Además, en el BARFOT (*Better Anti-Rheumatic Pharmacotherapy*), un estudio observacional multicéntrico a largo plazo de un inicio cohorte de pacientes con AR temprana en el sur de Suecia, encontraron un mayor porcentaje de remisión a los 2 años en el grupo que asociado al FARME recibió prednisona (55% frente a 32,7%). Hafstrom, et al. en un estudio abierto, comprobaron la persistencia del menor daño estructural en el grupo donde se asociaba al FARME, prednisona. Mostrando que los esteroides ayudan a potenciar el efecto del FARME al inicio de la enfermedad²⁰.

En cuanto al grado de actividad de la AR según DAS-28, es importante destacar que en nuestro estudio más de la mitad de la población estudiada se encontró con un grado de actividad alta, muy probablemente por ser la mayoría pacientes con reciente diagnóstico en su primera evaluación, estos datos contrastan con los observados por Valinotti, et al., quienes estudiaron la relación entre la duración de la enfermedad y características clínicas en 330 pacientes con AR, destacando que cerca del 70% de los pacientes estaba en remisión y baja actividad²¹. De igual manera los datos obtenidos en nuestra investigación difieren con los reportados por Fuentes-Silva en su trabajo sobre enfermedad cardiovascular en AR, donde se estudiaron 50 pacientes con diagnóstico de AR reportando 60% (n=40) de la muestra estaba en actividad moderada según DAS-28 para el momento de la evaluación, pero es importante considerar que la mayoría de estos pacientes se encontraban recibiendo FARME desde unos meses antes al momento de su evaluación⁵.

En la presente investigación, el índice de comorbilidad de Charlson en promedio fue bajo considerando la edad de los individuos participantes, siendo las patologías más frecuentes, insuficiencia cardiaca, seguida de DM no complicada y presencia de tumores sólidos, asimismo en otras comorbilidades no contempladas por el

índice de Charlson, la HTA y sobrepeso/obesidad, en la literatura con respecto a este particular encontramos similitudes con el estudio de Azuaga Piñango et al. quienes analizaron 130 pacientes con diagnóstico de AR en España y demostraron que las comorbilidades más observadas en esa cohorte fueron sobrepeso y obesidad (63%), dislipidemia (38,8%), HTA (31,5%) y enfermedad renal crónica (32,3%)²². Otro estudio realizado por Tiippana-Kinnunen, et al. (2013) donde estudiaron comorbilidades en 80 pacientes finlandeses con AR con un seguimiento de 15 años, y demostraron que la comorbilidad más frecuente fue HTA²³. En este estudio se encontraron alteraciones predominantemente a nivel cardiovascular, coincidiendo con la reportada por otros autores como principal causa de morbilidad en estos pacientes^{23,24}.

Las limitaciones de este estudio es que fue un estudio transversal de revisión de historias clínicas, con obtención de datos en forma retrospectiva, con un número de pacientes significativo, sin embargo, para evaluar el real impacto de las características de una población es necesario evaluar un mayor número de pacientes. No se encontraron pacientes bajo tratamiento biológico, probablemente por las restricciones en políticas de salud para estos FARMES en el país.

Este estudio muestra las características de los pacientes con AR de una región Sur-Oriental de Venezuela y permite conocer las comorbilidades más frecuentes, permitiendo comunicar al personal sanitario datos que puedan intervenir en mejoras de políticas sanitarias para estos pacientes y mejorar la calidad de atención.

CONCLUSIÓN

Los pacientes estudiados mostraron variabilidad en el tiempo de evolución de la enfermedad, siendo las principales causa de comorbilidad la cardiovascular, con HTA e insuficiencia cardiaca, estos hallazgos son consistentes con los presentados en estudios previos y remarcan la necesidad de intervenir en estrategias que señalen a los pacientes con AR como pacientes de alto riesgo cardiovascular.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

MDRM y JARG: redacción del manuscrito, recolección y análisis de datos.

YJFS: diseño, corrección metodológica, revisión del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñetón G, Quintana G. La epidemiología de la artritis reumatoide. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;3(22):145-7.
2. Morales LA. Artritis reumatoide. *Rev Med Cos Cen*. 2013;70(607):523-528.
3. Hernández DMP, Torres CH, Morejón JAG, Armenteros RG, Pineda YR, Carta US, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev cuba reumatol [Internet]*. 2014;1(17):48-60.
4. Vinaccia S, Quiceno J.M, Lozano F, Romero S. Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta.colomb.psicol*, 2017;1(20), 49-59.
5. Fuentes-Silva Y. Enfermedad cardiovascular y artritis reumatoide. Complejo Universitario Hospitalario "Ruiz y Páez" 2009. [Tesis de Grado]. Esc. Cs. Salud. Dpto. de Medicina. Bolívar, Venezuela. U.D.O; 2010.
6. Mendez-Rayó T, Ochoa-Zárate L, Posso-Ororio I, Ortiz E, Naranjo Escobar J, Tobón GJ. Interpretación de los autoanticuerpos en enfermedades reumatológicas. *Rev Colomb Reumatol*. 2018; 25(2):112-25.
7. Romero M, Stajnszajder P, Cassan A. Artritis reumatoide información actualizada para pacientes y familiares. Barcelona, España. 2010.
8. Bande JM, Papasidero SB, Medina MA, Santa Cruz MJ, Klajn DS, Caracciolo JA, et al. Validación del HAQ-UP-A (Health Assessment Questionnaire-Upper limbs Argentine version) en pacientes con artritis reumatoide. *Reumatol Clín (Engl Ed)*. 2021;1(17):20-4.
9. Otero ZAG, Mesa JLE, Jiménez CF, Medina EAR, López JAB, Otero LHG. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide. *Finlay*. 2015;4(5):264-74.
10. Bellorín A-V, Valestrini Abreu EI, Noel G, Torres Delgado OD, Bracho Niño IJ, Riera H, et al. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Avances en Biomedicina*. 2018;3(7):151-8.
11. Rojano J, Rodríguez M, Rodríguez E, González L. Percepción de los pacientes de artritis reumatoidea con relación a su enfermedad. *Rev Digit Postgrado*. 2020;3(9):e235.
12. Rojas Oré, S. Artritis reumatoide y comorbilidad Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2017-2018 [Proyecto de Investigación]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2019.
13. Acosta Hernández RR, Castell Pérez C, Hernández Duarte MJ, Pernas González A. Comorbilidad y mortalidad en una cohorte de pacientes cubanos con artritis reumatoide. *Rev Cubana Med*. 2009;48(2):0-0.
14. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Organización Mundial de la Salud; 2011.
15. Aguilar S. Manifestaciones hematológicas en pacientes con artritis reumatoide en el HOSPITAL NACIONAL "Ramiro Prialé Prialé" Huancayo - 2017. [Tesis de grado]. Escuela Profesional de Medicina Humana. Facultad de Medicina Humana. Universidad Peruana Los Andes. 2019.

16. Padilla-Hernández RO, Simón-Campos JA. Correlación de PCR y velocidad de sedimentación globular con la actividad de la artritis reumatoide. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008;46(6):591–6.
17. Bautista-Molano W, Fernández-Avila D, Jiménez R, Cardozo R, Marín A, Soler MDP, et al. Perfil epidemiológico de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral. *Reumatol Clin.* 2016;12(6): 313–8.
18. Wassenberg S, Rau R, Steinfeld P, Zeidler H. Very low-dose prednisolone in early rheumatoid arthritis retards radiographic progression over two years: a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52(11):3371–80.
19. Svensson B, Boonen A, Albertsson K, van der Heijde D, Keller C, Hafström I. Low-dose prednisolone in addition to the initial disease-modifying antirheumatic drug in patients with early active rheumatoid arthritis reduces joint destruction and increases the remission rate: a two-year randomized trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52(11):3360–70.
20. Hafström I, Albertsson K, Boonen A, van der Heijde D, Landewé R, Svensson B, et al. Remission achieved after 2 years treatment with low-dose prednisolone in addition to disease-modifying antirheumatic drugs in early rheumatoid arthritis is associated with reduced joint destruction still present after 4 years: an open 2-year continuation study. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(4):508–13.
21. Valinotti V, Román L, Paats A, Glizt R, Mallorquín A, Ávila-Pedretti G, et al. Relationship between disease duration and clinical features in patients with Rheumatoid Arthritis in two reference centers. *Rev parag reumatol.* 2020;6(1):11-6.
22. Azuaga-Piñango AB, Castellanos-Moreira R, Rodríguez-García SC, Mandelikova S, Frade-Sosa B, Diaz-Castillo A, et al. AB0332 Comorbidities prevalence and charlson index in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. In: *Rheumatoid arthritis – comorbidity and clinical aspects.* BMJ Publishing Group Ltd and European League Against Rheumatism; 2018.
23. Tiippana-Kinnunen T, Kautiainen H, Paimela L, Leirisalo-Repo M. Co-morbidities in Finnish patients with rheumatoid arthritis: 15-year follow-up. *Scand J Rheumatol.* 2013;42(6):451–6.
24. Solís Cartas U, Haro Chávez JM, Crespo Vallejo JR, Salba Maqueira M. Absceso óseo en un paciente joven con artritis reumatoide, a propósito de un caso. *Rev cuba reumatol.* 2019;12(1);21.