

Estudio demográfico-social de pacientes con artritis reumatoidea en la provincia de Córdoba (Argentina)

E. Mussano*, S. Missakian*, C.M. Onetti**

* Servicio Reumatología Clínica Romagosa, ** Servicio Reumatología H.N. de Clínicas- Córdoba- Argentina.

RESUMEN

Se realizó una investigación epidemiológica a través de un test estructurado a 300 pacientes con artritis reumatoidea (AR) en Córdoba (Argentina) cuyo objetivo fue estudiar factores demográficos y sociales que influirían en su estado de salud y calidad de vida. Participaron 256 mujeres y 44 hombres. La edad promedio al diagnóstico fue $43,24 \pm 14,54$ años. La mayoría eran casados y vivían en áreas urbanas. Un 17,8% tenía estudios terciarios. Muchos tenían cobertura social, pero casi un 50% refería que esa cobertura era regular o mala. Se atendían proporcionalmente en hospitales públicos, clínicas y consultorios particulares. El 47,25% recibió un primer diagnóstico erróneo y un 35,6% refería tener poca información sobre AR. El 78,7% presentaba alivio para sus dolores con el tratamiento actual. Un 18,3% utilizaba utensilios especiales para la vida diaria y el 17% terapias alternativas. La mayoría era clase funcional ACR II y un 55% de ellos presentaba actividad al momento de la muestra. Un 66,9% dependía económicamente de otros para vivir. Estos hallazgos muestran la situación de una población importante de pacientes con AR y estos resultados podrán ser usados para posteriores correlaciones con test funcionales y cuestionarios sobre calidad de vida.

Palabras claves: artritis reumatoidea; estudio demográfico-social; calidad de vida; estado de salud.

Correspondencia

Eduardo Mussano
edemussano@yahoo.com.ar

SUMMARY

An epidemiological research was performed in 300 patients with rheumatoid arthritis (RA) who answered an structured questionnaire in Cordoba (Argentina) with the aim of studying social and demographic features, that can influence in the health status and quality of life. From 300 analyzed patients, 256 were female and 44 male. Age of RA diagnosis was 43.24 ± 14.54 years. Most of them were married and lived in urban areas. Only 17.8% had high studies level. Although the majority had medical coverage, 50% of them referred that this was regular or bad. They were seen in public hospital or private practice sites or in clinics with the same percentage. The 47.25% had a wrong first diagnose. A 36% had little or no information over their health condition and a 78.7% referred relieved with their present treatment. Only a 18.3% had special devices for daily living and a 17% of them received alternative therapies. Most of them were ACR functional class II and a 55% were symptomatic at the time of the sample. Approximately a 66.9% depended financially on others to live. These findings show the situation of a big sample of RA patients and the results may be useful to be correlated with functional test and quality of life questionnaires.

Keywords: rheumatoid arthritis; social and demographic features; quality of life, health status.

Introducción

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad generalizada del tejido conectivo, de causa desconocida, que se caracteriza por lesiones inflamatorias que afectan a las articulaciones diartrodiales periféricas, y compromiso visceral¹. A causa de su tendencia a incapacitar y a dejar individuos con serios deterioros funcionales, la AR y otros reumatis-

mos en general pertenecen a aquel grupo de enfermedades que más participación tienen desde el punto de vista de su importancia social y económica^{2,3}. Se estima que la prevalencia de AR en la raza caucásica es de aproximadamente el 0,6%, mientras que la incidencia sería de 1 a 3 cada 1000 habitantes por año. El objetivo de este trabajo es conocer las características sociales y demográficas de pacientes con AR en la provincia de Córdoba (Argentina), conocer su edad de prevalencia e incidencia, su predominio en sexo, las dificultades laborales, educacionales y económicas que plantea su enfermedad, la atención de su estado de salud y otros parámetros que influyen sobre la calidad de vida de un paciente con artritis reumatoidea.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal. La recolección de datos a pacientes con diagnóstico de AR, según Criterio ACR 1987, se obtuvo a partir del mes de octubre de 1999 y hasta el mes de diciembre de 2000, cuando se alcanzó un número de pacientes estadísticamente suficientes para el análisis de los parámetros que se quisieron evaluar y los objetivos previstos. La muestra se tomó a todos los pacientes con AR disponibles que recibían atención por su médico reumatólogo, ya sea en el sector público o privado, sin discriminar su estado clínico actual, en los puntos más relevantes de la provincia de Córdoba (Capital, Río Cuarto, Río Tercero, San Francisco, Villa María, Jesús María, valle de Punilla y zonas de influencia de cada una de estas áreas) para que la muestra tuviese un carácter más universal. Los pacientes quedaron fuera del estudio si el diagnóstico de AR no era claro o si otra enfermedad podía impactar en forma importante sobre los parámetros a evaluar. Se utilizó un cuestionario de autoaplicación que se contestó en el tiempo anterior, durante o posterior a la consulta con su médico o bien en el hogar.

Análisis estadístico

El tamaño de la muestra fue fijado con un criterio de costo del estudio/exactitud estadística de la estimación de parámetros poblacionales. El cálculo de la muestra fue de 215 enfermos, que con un plus de 20% de atrición, aumentó a 258 pacientes potenciales. No obstante, se consideró un mayor número, llegando a 300 los pacientes encuestados. Se utilizaron herramientas convencionales de estadística descriptiva, tales como medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desvío estándar, rango, RIC y distribución

percentilar); prueba de Chi Cuadrado, Test exacto de Fisher, Test binominal. El grado de correlación entre dos variables cuantitativas se estimó mediante el Coeficiente de correlación de Pearson; en caso de distribución asimétrica de las variables se optó por el Coeficiente de correlación de Spearman. Se realizó análisis de Regresión Simple y análisis de Regresión Lineal Multivariado. Todas las pruebas estadísticas se realizaron a dos colas, declarándose un valor alfa de 5% ($p < 0,05$) para significación estadística. En el análisis estadístico se utilizó un software SPSS 9.0

Resultados

Análisis demográfico de la muestra: sexo, edad al diagnóstico y edad al momento de la entrevista

En la muestra provincial de 300 casos, se contó con 256 pacientes de sexo femenino (85,3%) y 44 masculino (14,7%) a razón de 5,8 mujeres por cada hombre. Entre los 17 y 79 años de edad (equivalente al rango de edad de los pacientes al momento de la entrevista con un promedio de $50,1 \pm 13,8$ años IC 95% 48,6-51,7 con una mediana de 52 años), se registró en la Provincia de Córdoba un 51,48% de mujeres y 48,52% de hombres a razón de 1,06 mujeres por hombre y un Índice de Masculinidad de 0,943. En una relación de muestreo hipotético Enfermos – No Enfermos de 1:1, se estimó un OR de 5,4 (IC 95% 3,6-8,2) de riesgo de enfermedad para mujeres respecto al hombre. Esto se podría traducir en un riesgo para la mujer de nuestra población de contraer AR en promedio 5 o más veces superior respecto al hombre. La edad promedio al momento del diagnóstico, considerando sólo los casos más actuales diagnosticados en los últimos 5 años (49,6%), resultó en $43,2 \pm 14,5$ años (IC 95% 40,6-45,9) con mediana de 43 años dentro de un rango comprendido entre 14 y 76 años de edad, ligeramente más tardío en el sexo masculino respecto al femenino ($47,3 \pm 16,3$ vs. $42,6 \pm 14,2$ años respectivamente), pero sin diferencia estadísticamente significativa (Test t, $gl=115$, $p=0,24$). Se tomaron los últimos 5 años para hacer la muestra más homogénea y evitar errores de edad certera en diagnósticos de mucho más tiempo. En la Figura 1 se comparan las frecuencias acumuladas de casos con la edad al diagnóstico y la distribución percentilar de dichas frecuencias, destacándose el desplazamiento de la distribución de edad al diagnóstico en hombres hacia una edad más tardía de diagnóstico (p. ej., 5 años en el Pc25% y 4 años en el Pc75%). La probabilidad de un diagnóstico de AR sin discriminar por sexo, se incrementó significativamente con la edad a partir de los 14-19 años (OR estandarizado de 1,00 para

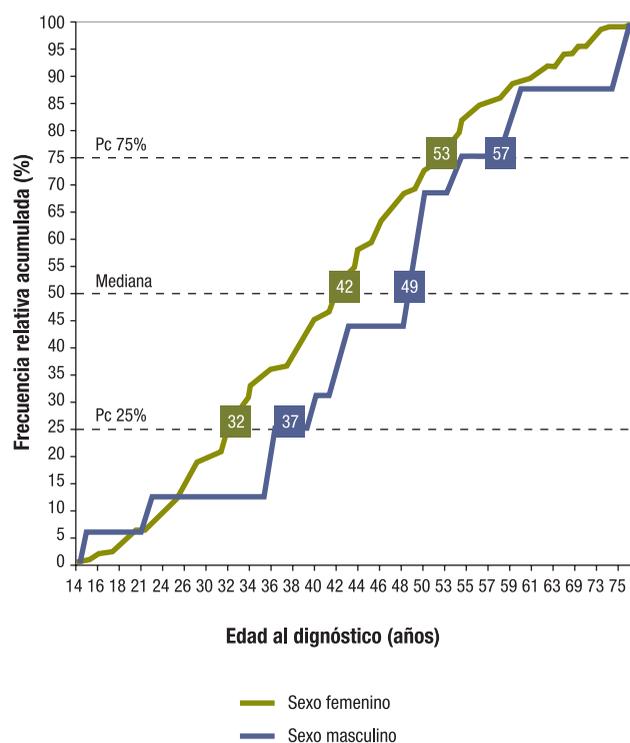


Figura 1. Edad al diagnóstico de la artritis reumatoidea según sexo, en pacientes con menos de 5 años de evolución de la enfermedad ($n=117$).

análisis de tendencia de proporciones), donde se pueden encontrar el 4,27% de los casos y el 14,5% de la población general (refiriéndonos a la comunidad comprendida entre 14-76 años como el 100%), hasta llegar al máximo entre los 40-49 años con un OR 5,91 (x2 Extensión de Mantel = 10,4 $p=0,0012$) donde encontramos el 27,35% de los casos y 15,78% de la población general. Llegada la probabilidad al máximo entre los 40-49 años y tomado este estrato como nuevo estándar de riesgo (OR 1,00), se observó que la probabilidad comenzaría a disminuir a mayor edad, llegando a disminuir al 48% (OR 0,48) de dicha prevalencia estándar luego de los 60 años de edad, aunque sin una tendencia estadísticamente significativa analizados cada 100 nuevos casos (x2 Extensión de Mantel = 2,08 $p=0,15$) (Tabla 1). De dicho análisis se desprende entonces que, tomando como base la prevalencia de AR más baja según edad al diagnóstico (14-19 años), la probabilidad de diagnosticar AR se incrementa con la edad hasta llegar a ser 6 veces más probable entre los 40-49 años (OR 5,91) respecto al riesgo basal observado en la adolescencia.

Zona de residencia, áreas sanitarias, nivel educativo, estado civil y variables económicas

Exceptuando 3 casos sin datos, 273 pacientes vivían en áreas urbanas (91,9%) y 24 en áreas rurales (8,1%). Según el anuario estadístico de Córdoba (1999), el 86% de la po-

Edad	Comunidad		Muestra		OR-1	OR-2
	n	%	n	%		
14 – 19 años	324572	14,50	5	4,27	1,00	
20 – 29 años	512314	22,88	16	13,68	2,13	
30 – 39 años	402359	17,97	26	22,22	4,28	
40 – 49 años	353279	15,78	32	27,35	5,91	1,00
50 – 59 años	297883	13,30	23	19,66		0,91
60 – 76 años	348619	15,57	15	12,82		0,48
Total 14-76 años	2239020	100,00	117	100,00		

Tabla 1. Distribución etaria de la comunidad y de la muestra de pacientes con AR de reciente diagnóstico. Análisis de Tendencia de Proporciones (Extensión de Mantel). Análisis limitado al rango de edad 14-76 años. La fuente de datos para la distribución etaria de la comunidad fue tomada del INDEC (Anuario estadístico 1999) para la Provincia de Córdoba. OR: Odds Ratio. OR-1: Análisis de tendencia lineal de proporciones entre 14 y 49 años de edad al diagnóstico tomando como base de riesgo (OR 1,00) al grupo etario 14-19 años. OR-2: Igual análisis entre los 40 y 76 años tomando como base al grupo etario 40-49.

blación general reside en áreas urbanas y 14% en área rural, proporciones que guardan diferencias significativas con las cifras representadas en la muestra (Test binomial, $p=0,002$), por lo que se asumió que existía un ligero sesgo de la muestra a favor de la población urbana. En la Tabla 2 se muestra la distribución por áreas sanitarias de la población comunitaria y de los pacientes de la muestra con AR, destacándose una importante aproximación proporcional de la muestra accidental por áreas a la distribución poblacional. En cuanto al estado civil, el 61,7% de la muestra estaba casado/a, 19,7% soltero/a, 10% viudo/a, y otro 8,7% separado, en unión de hecho u otro tipo de estado civil consignado. No se observaron diferencias significativas en estado civil entre sexos ($\chi^2 = 1,32$ $gl=4$ $p= 0,86$). Sin embargo, si se considera sólo el subgrupo de pacientes entre 30-59 años, en los hombres se encontró un menor número de casados ($p=0,11$) y una mayor frecuencia de viudos ($p=0,11$), respecto a las mujeres, aunque no resultó estadísticamente significativo

bajo la casuística actual. Un dato a tener en cuenta, es que los pacientes de 17-29 años (93% mujeres), en el 69% de los casos, eran solteras/os.

El 48,9% de la muestra tuvo un nivel primario (completo o incompleto) de formación, el 33,3% un nivel secundario y el 17,8% un nivel superior de estudios. El nivel de educación varió con la edad y el sexo, fenómeno evidente también en la población general. A fin de simplificar el análisis, se calificó de 1 a 8 el nivel de formación y se realizó un gráfico Boxplot (Figura 2) que compara el nivel de formación promedio (mediana y RIC) según edad y sexo. A partir de dicha figura y sin discriminar por sexo, el nivel educativo ha ido mejorando con el tiempo, siendo la formación mediana de gente que actualmente es ≥ 50 años de 2 (RIC 1-4) equivalente a un *primario completo promedio*; para pacientes con 30-49 años fue de 3 (RIC 2-4) equivalente a *secundario incompleto*; y para los más jóvenes de 4 (RIC 2-4) equivalente a un *secundario completo promedio*

Área	Comunidad		Muestra	
	n	%	n	%
1	183563	6,54	32	10,70
2	78632	2,81	9	3,00
3	134436	4,79	11	3,70
4	183276	6,53	17	5,70
5	89840	3,20	16	5,30
6	99719	3,55	5	1,70
7	285632	10,18	32	10,70
8	70833	2,53	7	2,30
9	1233886	43,98	127	42,30
10	55244	1,98	6	2,00
11	72050	2,57	14	4,70
12	114405	4,08	4	1,30
13	105598	3,76	13	4,30
14	98131	3,50	7	2,30
Total	2805245	100,0	300	100,0

Tabla 2. Distribución de frecuencias absolutas y relativas de la población comunitaria de la Pcia. de Córdoba y pacientes de la muestra con AR según las áreas sanitarias. Áreas sanitarias (ver mapa): 1.- Dpto. Ischillín, Río Primero, Río Seco, Sobremonte, Totoral, Tulumba y Colón (oeste). 2.- San Alberto, San Javier y Pocho. 3.- Punilla. 4.- San Justo. 5.- Río Segundo. 6.- Marcos Juárez. 7.- Río Cuarto y Juárez Celman. 8.- Gral. Roca. 9.- Capital. 10.- Minas y Cruz del Eje. 11.- Colón (este). 12.- Santa María y Calamuchita. 13.- Tercero Arriba. 14.- Unión.

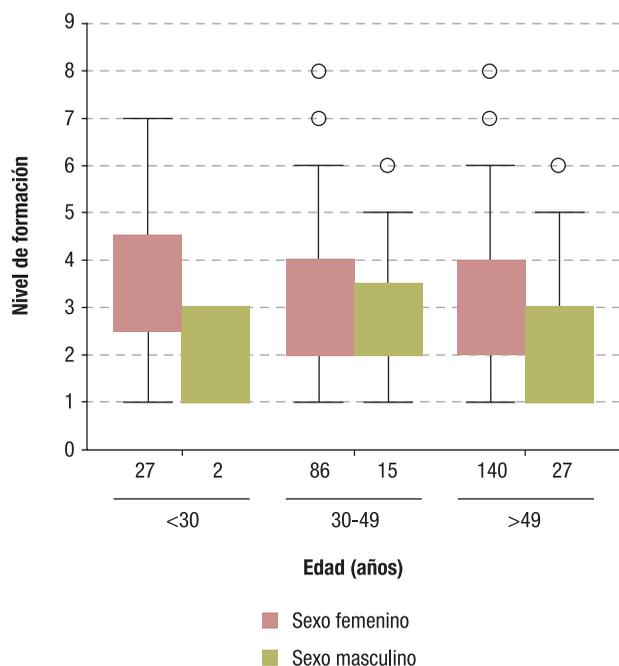


Figura 2. Nivel de formación medio según edad y sexo de pacientes con AR.

(Test de Kruskal-Wallis $gl=2$ $p=0,001$). Sin discriminar por edad, el nivel educativo resulta superior en el sexo femenino, con una formación mediana de 3 (RIC 2-4) equivalente a *secundaria incompleta*, respecto al sexo masculino que presenta una mediana de 2 (RIC 1-3) equivalente a *primaria completa* (Test de Mann-Whitney $p=0,007$).

El 72,7% de la muestra tenía cobertura social de salud ($n=218$) y el restante 27,3% no ($n=82$), sin ninguna diferencia entre sexos ($\chi^2=0$ $gl=1$ $p=1,00$); sin embargo la frecuencia de cobertura se incrementó con la edad del paciente, de 60,8% hasta los 49 años, de 72,2% hasta los 50-59 años, de 89,5% hasta los 60-69 años y 100% para más edad ($\chi^2=25,6$ $gl=3$ $p=0,000012$; Coeficiente Eta 0,29). En cuanto al grado de cobertura social de los gastos originados por AR entre aquellos incluidos en el sistema, se observó que en sólo el 0,5% de los casos la obra social no cubría “ningún gasto”, en el 45,3% cubre “pocos gastos”, en el 44,4% “casi todos” y en sólo el 9,8% “todos los gastos”.

Como es de esperar, esta enfermedad y su duración afectan la capacidad de trabajo de los pacientes, y muchos de ellos pueden llegar a cierto grado de incapacidad laboral desde los primeros años de la enfermedad^{4,5}. Exceptuando 9 casos sin datos y considerando toda la muestra sin discrimi-

minación de edad ni sexo, sólo 29,7% de los pacientes tendría un trabajo remunerado ($n=87$). Si se consideran sólo aquellos pacientes comprendidos entre los 26 y 64 años de edad de ambos sexos, dicha tasa se eleva tan sólo a 31,5% y con alguna diferencia entre hombres (44,4%) y mujeres (29,1%) ($p=0,07$). Con la excepción de 4 casos que no contestaron, 198 de 296 pacientes (66,9%) refirieron depender económicamente del ingreso de otros para vivir. El 70,2% de las mujeres contra el 47,7% de los hombres dependían económicamente del ingreso de otros para vivir ($p < 0,005$). En el sexo masculino, este índice de dependencia no varió significativamente con la edad ($p=0,86$), en tanto que en el femenino disminuye con la edad (Coeficiente Eta = 0,22; TLP $p < 0,001$);. También, la circunstancia de depender económicamente del ingreso de un tercero guardó relación con la existencia de un trabajo remunerado; así el 82% de las mujeres que no trabajaban contra el 42,6% de las que trabajaban ($p < 0,0005$) como el 42,6% de los hombres que trabajaban contra el 23,5% de los que no, dependían económicamente del ingreso de un tercero (Figura 3).

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad al momento del estudio, se puede decir que en el 39,1% fue relativamente corta (≤ 5 años) y en el 60,9% de los casos llevaba más de 5 años de evolución. En muchos análisis se hará referencia a dos grupos según tiempo de evolución, aquellos con ≤ 5 años (*corta evolución*) y aquellos con más de 5 años (*larga evolución*).

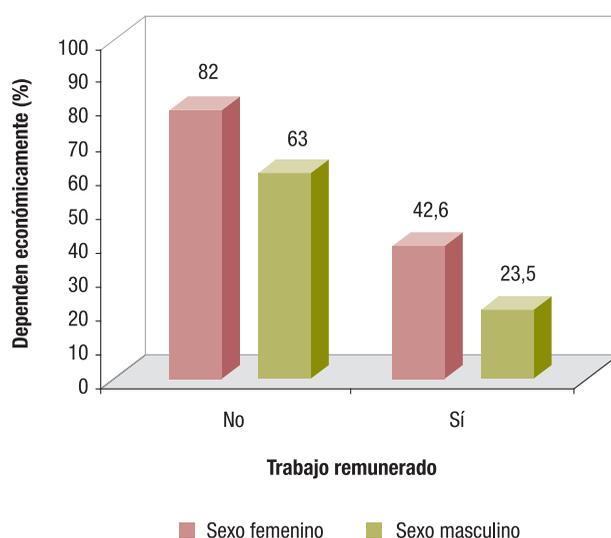


Figura 3. Dependencia económica para vivir según sexo y trabajo remunerado.

Excluyendo 15 pacientes que no respondieron (5%), dentro de los 284 que sí lo hicieron, 150 (52,8%) pacientes fueron diagnosticados de AR desde el comienzo de los síntomas, en tanto que los restantes 134 (47,2%) recibieron otro diagnóstico inicial. Con relación a estos últimos, 2 (1,5%) casos no mencionan el diagnóstico inicial, 121 (90,3%) recibieron un solo diagnóstico distinto a la AR, 10 (7,5%) recibieron hasta dos diagnósticos distintos al de AR y 1 caso hasta 4 (0,7%). Analizando particularmente los 121 casos en que recibieron un único diagnóstico previo al definitivo de AR, se observó que 37,2% de los casos (n=45) fueron diagnosticados previamente como artrosis, otro 40,5% (n=49) como “reuma infeccioso” o fiebre reumática y el 22,3% (n=22) recibió otra clase de diagnóstico.

Con respecto a la especialidad del profesional médico que realizó el diagnóstico definitivo de artritis reumatoidea, en el 65,4% de los casos se trató de un especialista reumatólogo, seguido de un 23% de diagnósticos hechos por médicos clínicos y un 6,3% por traumatólogos. En cuanto al lugar de atención actual, y con la excepción de un paciente consultado que no responde (0,3%), el 96,3% (n=288) lo hizo en un solo sitio, en tanto que el 3,7% restante en más de uno (n=11).

Según un análisis puntual a aquellos que asistieron a un solo sitio (n=288), el 37,5% lo hizo en un hospital público o dispensario y otro 34,4% en un consultorio particular (con o sin obra social), en tanto que 27,1% lo hizo en una clínica o sanatorio.

Salvo 8 pacientes que no respondieron (2,7%), 188 de los 292 restantes (64,4%) consideraron tener “Suficiente” información sobre su enfermedad, y otro 30,8% “Poca” y un 4,8% refirió que no tuvo “Nada” de información acerca de la enfermedad que padecía y de su tratamiento. Si se hace la sumatoria entre los que tienen “poca y nada” de información (léase educación sobre enfermedad) se llega a un 35,6% del total de las respuestas recibidas (pacientes “mal informados”).

En cuanto al grado de alivio de dolor que se percibió al recibirse el tratamiento actual de la enfermedad, para 233 de 296 que respondieron la pregunta (78,7%) el alivio fue “Mucho” o “Suficiente”, en tanto que para el 21,3% restante “Poco o Ningún” alivio.

Descontando 32 pacientes que no supieron o no contestaron (10,6%), sólo 49 de los 268 restantes (18,3%) utilizaban utensilios especiales para la vida diaria (Figura 4). 39 pacientes (13% de la muestra y 79,6% de los que usaban utensilios) refirieron utilizar *bastón*, *trípode* o si-

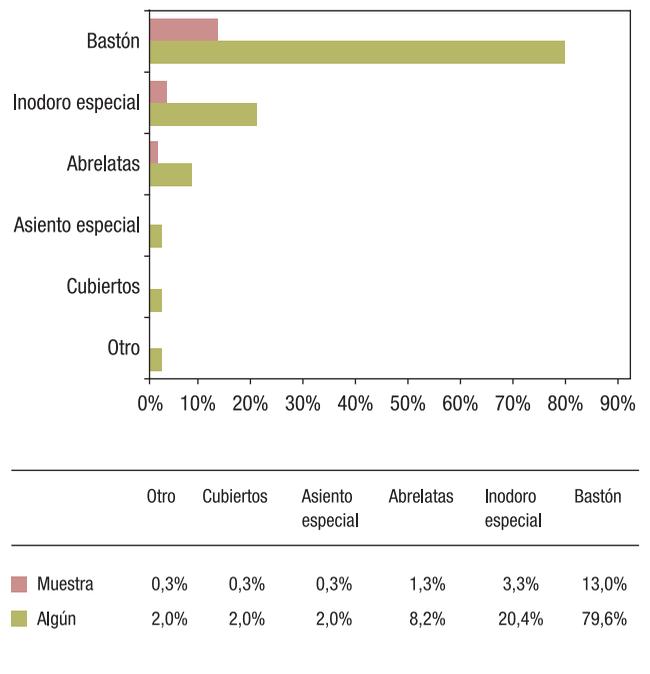
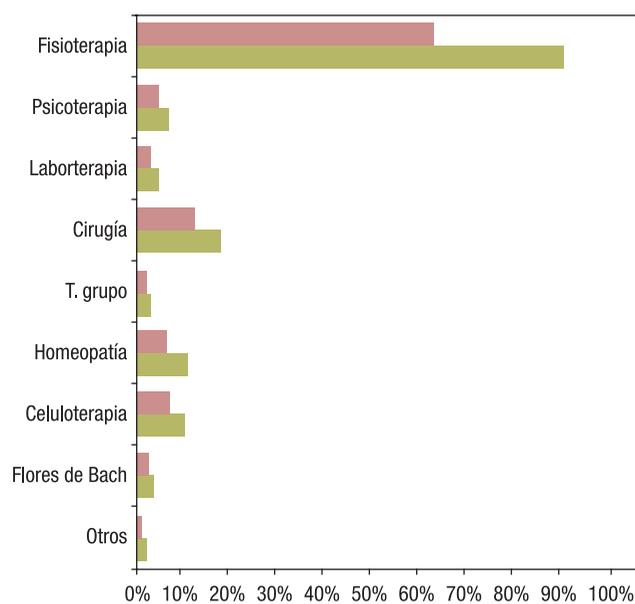


Figura 4. Utilización de utensilios especiales por parte de pacientes con AR.

milar, seguido en orden de frecuencia por el *inodoro con manijas* o *asiento alto* en 10 pacientes (3,3% de la muestra y 20,4% de los que usaban utensilios), y por el *abrelatas especial* en 4 pacientes (1,3% de la muestra y 8,2% de aquellos que usaban utensilios). Adicionalmente a estos, un paciente usaba *asientos con manijas* (0,3%), otro usaba *cubiertos especiales* (0,3%) y un paciente *algún otro utensilio* (0,3%); es decir, sólo 3 pacientes (1%) utilizaban algún otro utensilio que no sea *bastón*, *inodoro con manijas* o *abrelatas especial*. Hubo un total de 209 pacientes (69,7%) que refirieron haber recibido uno o más tratamientos adicionales para su enfermedad, aparte del tratamiento médico convencional (Figura 5). En cuanto al uso de terapias alternativas, la *terapia homeopática* (7%) y *celuloterapia* (6,7%) fueron las más utilizadas por nuestros pacientes, mientras que las *Flores de Bach* (2,3%) y *otras terapias* (1%) fueron menos empleadas como alternativa de tratamientos alopáticos.

Indicadores clínicos del estado de la enfermedad

Como medidas objetivas o indicadores clínicos del estado de la enfermedad del paciente se tomaron la clase funcional ACR 1991⁶, la evaluación de actividad de la enfermedad por parte del profesional responsable del paciente y el gra-



	Otros	Flores de Bach	Celulo-terapia	Homeo-patías	T. Grupo	Cirugía	Labor-terapia	Psico-terapia	Fisio-terapia
Muestra	1,0%	2,3%	6,7%	7,0%	2,0%	11,7%	3,0%	4,3%	60,0%
Alguna	1,4%	3,3%	9,6%	10%	2,9%	16,7%	4,3%	6,2%	86,1%

Figura 5. Tratamientos adicionales (fisioterapia a terapia de grupo) y terapias alternativas (homeopatía a otros) que refieren haber recibido los pacientes con AR en nuestro medio-Frecuencia sobre el total de la muestra (n=300) en ■ y frecuencia sobre los que refieren haber recibido alguna de ellos (n=209) en ■

do de conformidad del profesional acerca de la respuesta al tratamiento; estos 2 últimos ítems fueron evaluados mediante Formularios Validados Ad Hoc entregados a profesionales reumatólogos basados en el OMERACT 1992 y en la respuesta clínica, física y psíquica del paciente en estudio después de 6 meses de tratamiento. Como se puede observar en la Tabla 3, la clase ACR II fue la más frecuentemente observada en la muestra de pacientes (64,1%), a la vez que se observó que la frecuencia o probabilidad de estar "activa"⁷ se incrementó significativamente con la clase funcional, pasando de 28,3% en la clase ACR I a 73,7% en la clase ACR IV (TLP p <0,0001; Coeficiente Eta 0,36). En general, la frecuencia de AR activa fue del 55% en la muestra (n=165) y, como ya se notara, estrechamente correlacionada con la clase ACR de AR.

Discusión

En cuanto a la prevalencia del sexo femenino en la población en estudio, estos hallazgos estarían de acuerdo con la bibliografía internacional^{2,8,9} y nacional, principalmente con el V.E.F.A.R.¹⁰ donde la prevalencia del sexo femenino es idéntica a la de la presente población. Este hecho puede estar relacionado con que la consulta por parte de la mujer con problemas reumatológicos es más frecuente que la del hombre, según estudios estadísticos realizados en el Servicio de Reumatología (U.H.M.I. 1) del Hospital Nacional de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, U.N. de Córdoba, donde la concurrencia a la consulta externa es de 4 mujeres por cada hombre¹¹. Esto podría deberse a factores culturales o idiosincrásicos. La edad promedio de diagnóstico de AR en los pacientes de esta serie estuvo entre los 40 y 49 años, mientras que la edad promedio al momento de la entrevista fue de $50,1 \pm 13,8$ años, lo que coincide con otros investigadores, tanto en el ámbito internacional^{8,12} como nacional, como el ya mencionado V.E.F.A.R.¹⁰ que se tomó siempre de referencia en este trabajo por ser el único estudio epidemiológico sobre artritis reumatoidea serio de alcance nacional hasta el momento. Hay además otro estudio con 55 pacientes artríticos donde la edad promedio era de $49,5 \pm 11$ años¹³. Se destaca la comparación de las frecuencias acumuladas de edad en ambos sexos, donde se muestra un desplazamiento de la distribución de la *edad al diagnóstico* en hombres más tardía y la probabilidad de diagnóstico de AR de acuerdo al grupo etario. Ambos datos serían interesantes para estudios exploratorios posteriores. Si bien numerosos investigadores refieren que la prevalencia de AR es de alrededor del 1% en la población mayor de 16

ACR	Frecuencia		% AR Activa
	n	%	
I	92	30,7	28,3
II	128	42,7	64,1
III	61	20,3	70,5
IV	19	6,3	73,7
Total	300	100,0	

Tabla 3. Distribución de frecuencias según clase funcional ACR y presencia de enfermedad activa en cada categoría.

años^{4,5,8,9}, hay otros que demuestran una incidencia menor (Saraux y col., 1999, Britany, Francia, 0,62%; Power y col., 1999, Dublín, Irlanda, 0,50%; Stajonovich y col., 1998, Belgrado, Yugoslavia, 0,20%), como así también una serie hecha en Tucumán, Argentina, por Spindler y colaboradores en 1999, donde encontraron una prevalencia del 1,97 por mil habitantes¹⁴. Si bien un alto porcentaje de los pacientes del presente estudio (91,9%) vivían en el área urbana o conurbana contra el 86% de la población general,¹⁷ se puede asumir o bien que hay un sesgo de la muestra o bien que los pacientes con AR se trasladaron a zonas más urbanizadas para poder tener un acceso más fácil a centros médicos especializados en Reumatología. Igualmente, hay estudios que demuestran que el hecho de vivir en áreas urbanas o rurales no modificaría la incidencia ni la prevalencia de AR¹⁵. Sobre el estado civil de la presente muestra, si bien hay estudios que hablan de la mayor prevalencia en mujeres solteras y divorciadas,¹⁶ aquí no se ha encontrado diferencias significativas entre estado civil y sexo, a no ser en el grupo etario de 30-59 años donde hay una mayor frecuencia relativa de hombres viudos. Quizás la pérdida de la esposa implicaría en el hombre un mecanismo “gatillo” para disparar su enfermedad. Habría que hacer estudios retrospectivos y prospectivos con respecto a este punto. De las mujeres entre 17 y 29 años se ha constatado que muchas eran solteras. Actualmente en nuestra sociedad, esto puede deberse a distintos factores como la menor tendencia al matrimonio y/o a que la presencia de la enfermedad en este grupo etario lleve a la no-búsqueda de pareja estable. Con respecto al nivel educacional alcanzado por la presente serie de pacientes, éste no muestra diferencia con el de la población general; por lo tanto, se dedujo que padecer de AR no afecta en mayor manera el grado de instrucción de las personas. Además se mantiene la tendencia poblacional en la que el sexo femenino tenía un nivel educacional mayor que el masculino. Es importante hacer notar que sólo el 72,7% de los pacientes artríticos tenían algún sistema de cobertura social en salud y, si se ve estadísticamente, es lógico que ésta se incremente con la edad, ya que los pacientes mayores de 60 años quedarían casi en su totalidad bajo la cobertura del I.S.S.J.Y.P. (Instituto de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados). Queda un porcentaje importante (27,3%) de pacientes que padecen una enfermedad crónica, generalmente dolorosa e incapacitante sin ninguna cobertura social en salud. Además, si del total que tiene cobertura, sólo un 54% de los pacientes refirió que los gastos ocasionados por su enfermedad (llámese consulta médica, internaciones, medicamentos, cirugías, u otras tera-

pías) eran satisfactoriamente cubiertos por la obra social o medicina prepaga, se está ante la realidad que el 46% de los pacientes tienen poca o ninguna cobertura para suplir los gastos que ocasiona su enfermedad. Este dato es muy significativo para una enfermedad como la artritis reumatoidea y debería alertar a los funcionarios en salud para no dejar a ningún paciente artrítico sin una completa cobertura social en salud. La oportunidad de tener un trabajo remunerado para los pacientes con AR es difícil de discutir en el momento actual por el que atraviesa nuestro país, donde la tasa de desocupación depende de las regiones y varía entre un 20 a un 40% de la población activa. Se ha encontrado que sólo el 31,5% de los pacientes en edad productiva tenían un trabajo remunerado contra un 52% que muestra una actualización hecha en nuestro país en el año 1999¹³. Estos datos guardan relación con que el 66,9% de los pacientes refirieron depender económicamente de otros para vivir, o sea para cubrir sus necesidades básicas, siendo este índice menor en los hombres que en las mujeres, coincidentemente con que los primeros tenían una tasa mayor de empleo. Un dato importante que se trató de averiguar es sobre el diagnóstico correcto de AR hecho a los pacientes entrevistados y se ha observado que sólo un 52,85 de la muestra recibió “un diagnóstico correcto” desde el comienzo de sus síntomas. Si bien, muchas veces no es fácil hacer un diagnóstico de certeza, se observó un 47,2% de diagnósticos equivocados y, por lo tanto, un tratamiento equivocado, muchas veces con atrasos significativos hasta que se comenzó con el tratamiento específico para su artritis. De allí la importancia de que los médicos deberían tener muy claro los criterios diagnósticos o de clasificación de las enfermedades reumáticas, sobre todo de aquellas que por el atraso en el mismo pueden dejar secuelas y, ante la duda, hacer interconsulta con un especialista reumatólogo. En cuanto al lugar de atención en salud de estos pacientes, es de hacer notar que el 96,3% de ellos se atendían en un solo sitio, ya sea hospital público, consultorio privado, clínica o sanatorio, dando la apariencia de que el paciente artrítico trata de seguir a su médico reumatólogo o grupo de especialistas que se ocupan de su enfermedad, salvo un pequeño porcentaje del 3,7% de pacientes que, como en cualquier enfermedad crónica, derivan de médico en médico y hacia otras medicinas alternativas buscando soluciones que quizás no existen. Se rescató que el grupo que se atiende en hospital público más el que se atiende en clínica o sanatorio representaba el 64,1% de la muestra, coincidente con el 63% del V.E.F.A.R.¹⁰ Un dato muy importante para tener en cuenta en el análisis de los presentes datos es que el

64,4% de los pacientes respondieron tener conocimientos “suficientes” sobre la enfermedad que padecen (léase AR). Si bien éste parece ser un porcentaje significativo, el mismo debería rondar el 100% del total, ya que la educación del paciente con una enfermedad crónica es el pilar fundamental para que éste pueda cumplir el tratamiento y, si se lo ve desde otra óptica, hay un 35,6% que refiere tener “poca o nada” de información sobre su enfermedad. Hay un trabajo muy interesante de Hawley y col.,¹⁶ donde se demuestra lo útil que es que el paciente artrítico esté en pleno conocimiento de su enfermedad, de los tratamientos que hace, de los controles que debe hacerse en forma periódica, del cumplimiento de otras medidas de apoyo como la psicoterapia, la ergoterapia, la terapia física, etc. Quizás, los médicos que tratamos este tipo de pacientes debemos encargarnos más de la educación y el apoyo a los mismos y no sólo conformarnos con “una buena respuesta clínica” a la medicación que le ofrecemos. Decir que sólo 49 de 268 pacientes utilizan utensilios especiales (18,3%) y que, de estos, un 80% usa bastón o trípode no estaría mostrando la realidad de los pacientes de esta serie, ya que se tiene que un 26,6% de los mismos son clase funcional 3 o 4, con distintas discapacidades o deterioros funcionales. Tal vez muchos de estos pacientes necesitarían utensilios especiales para manejarse en su vida diaria, pero factores culturales, económicos o educacionales hace que no los utilicen. También es muy probable que en nuestro país no se fabriquen esos utensilios; por lo tanto, es más difícil acceder a ellos. De los 209 pacientes que recibieron tratamientos adicionales para el manejo de su artritis, el 86,1% estuvo bajo terapia fisiokinésica y el 16,75% se sometió a cirugía correctiva o protésica. La psicoterapia, la terapia de grupo y la laborterapia fue realizada sólo por un porcentaje muy bajo de pacientes (entre 6,2 y 2,9%). ¿Implica esto que los pacientes no necesitan de estos tratamientos, o bien que muchos de estos pacientes no tuvieron los medios para recurrir a ellos?. Este es un punto muy importante que debe llevar a los profesionales médicos y paramédicos a entender la problemática del paciente artrítico y a las autoridades en salud a promover y proveer los medios para que el paciente artrítico tenga una mejor calidad de vida. Un 17% de los pacientes de esta serie recurrió a medicinas alternativas como celuloterapia, homeopatía, Flores de Bach u otras; indicando, como se expresó anteriormente, que existen pacientes que ante la presencia de una enfermedad crónica, donde muchas veces el dolor y la impotencia funcional hacen sufrir a los mismos, pretenden buscar alivio en tratamientos alternativos si no los encuentran en la medicina alopática. Con respecto a

la clase funcional según ACR (1991), en la presente población se encontró un franco predominio en las clases I y II con un 73,4%, mientras que las clases III y IV completaron el restante 26,6%. Además se observó que la actividad de la enfermedad aumenta con la clase funcional, donde se muestra que el 70,5% de los pacientes clase funcional III y el 73,75% de los pacientes clase funcional IV se presenta con actividad al momento de la entrevista. Esto demuestra que a un mayor deterioro funcional se agrega la presencia de enfermedad activa, lo que hace que la calidad de vida de este grupo de pacientes sea realmente preocupante, ya que no sólo sufren por los deterioros funcionales, sino que, además, padecen dolor y rigidez articular.

Conclusión

Los anteriores resultados nos permiten tener una realidad de la situación social y demográfica de los pacientes artríticos de la provincia de Córdoba, datos sobre los cuales se podrá profundizar para correlacionarlos con otras variantes, principalmente funcionales, y así obtener conclusiones sobre estado de salud y de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea de una determinada comunidad.

Bibliografía

1. Housay RH, Macagno A: Reumatología. 1° edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 1990, pag. 80.
2. Yelin E, et al.: Work disability in rheumatoid arthritis: effects of disease, social and work factors. *Ann Intern Med* 1980, 93: 551-556.
3. Mitchell DM, et al.: Predictors of mortality in rheumatoid arthritis. *Arthritis rheum* 1982, 25: 524.
4. Mc Carthy DJ. Arthritis y otras enfermedades reumáticas. 10° edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1987, pag. 29-34.
5. Sangha G, et al.: Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology* 2000, 39 Suppl 2:3-12.
6. Hochberg M, Chang R, Dwosh I, et al. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for de classification of global funcional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*1992; 35:498-502.
7. Felson D, Anderson J, Boers M, et al. American College of Rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995; 38: 727-735.
8. Alarcon GS: Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 1995; 21:589-604
9. Silman AJ, Hochberg MC: Epidemiology of the rheumatic diseases, Oxford University Press. 1993
10. Strusberg AM y otros: Verificación del estado funcional en pacientes con artritis reumatoidea en la República Argentina

- (V.E.F.A.R.). Investigación exploratoria (Sociedad Argentina de Reumatología.) 1993,1-30.
11. Strusberg I, Drenkard C, Roqué MH, Gamron S, Barberis G, Onetti CM: Análisis de pacientes ambulatorios que concurren por primera vez al Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario. *Rev. Esp. Reumatol* 2000; 27: 382-387.
 12. Medsger et al.: Comparative study of women in rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases. *J. Chronic Dis* 1972, 25:269-275.
 13. Maldonado Cocco GA, Citera G, Paira S: *Reumatología*. 1ª Edición. Buenos Aires. AP Americana de Publicaciones SA. 2000, Pag. 188.
 14. Spindler A, et al.: Prevalence of rheumatoid arthritis in Tucumán, Argentina. *J Rheumat* 2002; 29: 1166-1170.
 15. Beighton P, Solomon L. Rheumatoid arthritis in a rural South African population. *Ann Rheum Dis*. 1975; 34:136-141 Arnet FC et al.: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315-324.
 16. Hawley DJ: Psycho-educational intervention in the treatment of rheumatoid arthritis. *Cl Rheumatol* 1995; 9:803-823.
 17. Anuario Estadístico. 1999. Secretaría de Estadísticas y Censos. Gobierno de la Provincia de Córdoba.