

**Trabajo Fin de Grado**

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS  
ENFERMEDADES REUMÁTICAS MÁS  
FRECUENTES EN LA POBLACIÓN CANARIA  
ADULTA**

**AUTOR:**  
*Josué Dorta Méndez*

**TUTORES:**  
*Dra. María Sagrario Bustabad Reyes*  
*Dr. José Federico Díaz González*

*Servicio de Reumatología*  
*Hospital Universitario de Canarias*

**Trabajo Fin de Grado**  
**Conformidad para la presentación de la memoria y defensa**

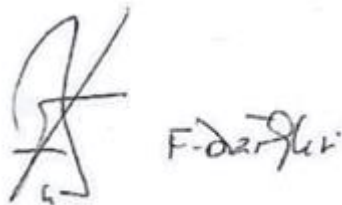
Dra. María Sagrario Bustabad Reyes y Dr. José Federico Díaz González, tutora y cotutor respectivamente del trabajo realizado por el alumno Josué Dorta Méndez con el título “Estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas más frecuentes en la población canaria adulta”, damos nuestra aprobación para la presentación de la memoria y a su defensa como Trabajo Fin de Grado.

La Laguna, 10 de Junio de 2020

Firmado:



Firmado:



F. Díaz González

# ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL TRABAJO</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>1.- INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>2.- OBJETIVO</b> .....	7
<b>3.- MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	8
<b>3.1. DISEÑO</b> .....	8
<b>3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO MUESTRAL</b> .....	8
<b>3.3. RECLUTAMIENTO</b> .....	9
<b>3.4. ENTREVISTA</b> .....	10
<b>3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS</b> .....	10
<b>3.6. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS</b> .....	11
<b>4.- RESULTADOS</b> .....	12
<b>4.1. DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA</b> .....	12
<b>4.2. MEDICACIÓN HABITUAL Y TIPOS DE FÁRMACOS</b> .....	14
<b>4.3. PREVALENCIA DE COMORBILIDADES</b> .....	15
4.4.1. ARTROSIS DE MANO .....	17
4.4.2. ARTROSIS DE RODILLA .....	18
4.4.3. ARTRITIS REUMATOIDE .....	19
4.4.4. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) .....	20
4.4.5. FENÓMENO DE RAYNAUD .....	20
4.4.6. FIBROMIALGIA .....	21
4.4.7. LUMBALGIA INFLAMATORIA .....	21
4.4.8. OSTEOPOROSIS .....	22
4.4.9. SÍNDROME SECO O SÍNDROME DE SJÖGREN .....	23
<b>4.5. CRITERIOS CLÍNICOS DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS A ESTUDIO</b> .....	24
<b>4.6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR ENFERMEDAD REUMÁTICA</b> ....	26
<b>4.7. DIAGNÓSTICO POR ESPECIALISTA</b> .....	26
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	27
<b>6. AGRADECIMIENTOS</b> .....	29
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	29
<b>8. ANEXOS</b> .....	31
<b>9. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO REALIZANDO EL TFG?</b> .....	35

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO .....</b>	<b>9</b>
<b>TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN SEXO Y EDAD.....</b>	<b>13</b>
<b>TABLA 3. LUGAR DE NACIMIENTO, ACTIVIDAD HABITUAL Y ESTADO DE SALUD .....</b>	<b>14</b>
<b>TABLA 4. MEDICACIÓN HABITUAL.....</b>	<b>14</b>
<b>TABLA 5. FÁRMACO PAUTADO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.....</b>	<b>15</b>
<b>TABLA 6. PREVALENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS ENFERMOS REUMÁTICOS .....</b>	<b>16</b>
<b>TABLA 7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>26</b>
<b>GRÁFICO 1. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS SEGÚN SEXO .....</b>	<b>17</b>
<b>GRÁFICO 2. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS POR GRUPOS DE EDAD .....</b>	<b>24</b>
<b>GRÁFICO 3. PACIENTES CON CRITERIOS DE LES (N=28) .....</b>	<b>25</b>
<b>GRÁFICO 4. PACIENTES CON CRITERIOS DE AR (N=11) .....</b>	<b>25</b>
<b>GRÁFICO 5. PACIENTES CON CRITERIOS DE SÍNDROME SECO (N=14) ..</b>	<b>25</b>
<b>GRÁFICO 6. PACIENTES CON CRITERIOS DE LUMBALGIA INFLAMATORIA (N=34) .....</b>	<b>25</b>
<b>GRÁFICO 7. ESPECIALISTA QUE DIAGNOSTICA ENFERMEDAD REUMÁTICA .....</b>	<b>27</b>
<b>(ANEXO) TABLA 1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SEGÚN EL ACR (ACTUALIZACIÓN 1997) .....</b>	<b>31</b>
<b>(ANEXO) TABLA 2. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DEL ACR (1987) .....</b>	<b>31</b>
<b>(ANEXO) TABLA 3. MEDICACIÓN Y HÁBITOS TÓXICOS EN CADA ENFERMEDAD REUMÁTICA .....</b>	<b>32</b>
<b>(ANEXO) TABLA 4. FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ENFERMOS REUMÁTICOS .....</b>	<b>32</b>
<b>(ANEXO) TABLA 5. IMC SEGÚN ENFERMEDAD REUMÁTICA .....</b>	<b>33</b>
<b>(ANEXO) TABLA 6. ENFERMEDADES CRÓNICAS CONCOMITANTES EN CADA ENFERMEDAD REUMÁTICA .....</b>	<b>34</b>
<b>(ANEXO) TABLA 7. CALIDAD DE VIDA SEGÚN ENFERMEDAD REUMÁTICA .....</b>	<b>34</b>

## **RESUMEN DEL TRABAJO**

Las enfermedades reumáticas son una de las principales causas de incapacidad, por encima de las enfermedades cardíacas y respiratorias. A pesar de su importante impacto socioeconómico, no se ha realizado ningún estudio epidemiológico de estas enfermedades en Canarias.

El objetivo de nuestro trabajo es estimar la prevalencia, en la población canaria mayor de 20 años, de un grupo de enfermedades reumáticas. Se realizó un muestreo estratificado bietápico con selección aleatoria de los sujetos, teniendo un total de 1.289 pacientes, y estratificación por edad y sexo, para que la muestra fuera proporcional a la población. El diseño consta de una encuesta poblacional, densitometría y extracción de muestra de sangre a los sujetos seleccionados de forma aleatorizada y que daban su consentimiento informado.

En cuanto a los resultados, de los 1.289 pacientes estudiados, un total de 581 (45,1% de la muestra) presentaban alguna enfermedad reumática. Por otro lado, los datos reflejan dos aspectos: una mayor prevalencia de estas patologías en las mujeres y entre la población comprendida entre los 45-65 años de edad. La frecuencia de las enfermedades reumáticas estudiadas en esta población fue la siguiente: artrosis de manos 96 (7,4%); artrosis de rodilla; 139 (10,8%); lupus eritematoso sistémico 28 (2,2%); artritis reumatoide 11 (0,9%); fenómeno de Raynaud 108 (8,4%); fibromialgia 29 (2,2%); lumbalgia inflamatoria 34 (2,6%); osteoporosis 37 (2,9%) y síndrome seco 14 (1,1%).

Con los datos de este estudio hemos obtenido la prevalencia de algunas enfermedades reumáticas en la población canaria, lo que nos permitirá hacer estudios comparativos con el resto del estado español y con países de nuestro entorno.

## **ABSTRACT**

*Rheumatic pathologies are one of the main causes for incapacity, over cardiologic and respiratory diseases. Despite their important socioeconomic impact, no epidemiologic study for these conditions has been performed yet in the Canary Islands.*

*The objective of our study is to assess the prevalence, in the Canarian population over 20 years old, of a group of rheumatic pathologies. A stratified, two-stage sampling was performed, with a random selection of the patients – in order to make the sample proportional to the general Canarian population. The study was designed to comprise the following items: a poblational survey, densitometry and blood analysis of the randomly selected patients (who signed an informed consent).*

*581 patients out of the 1,289 studied (45.1%) were found to have a rheumatic pathology. Data reveal a higher prevalence of these conditions between women and 45-65 year-old population. The frequency of these pathologies is as follows: Hand Arthrosis, 96 (7.4%), Knee Arthrosis, 139 (10.8%), Systemic Lupus Erythematosus, 28 (2.2%), Rheumatoid Arthritis, 11 (0.9%), Raynaud, 108 (8.4%), Fibromyalgia 29 (2.2%), Inflammatory Lumbago 34 (2.6%), Osteoporosis 37 (2.9%), Sjögren Syndrome, 14 (1.1%).*

*The compiled data allowed us to obtain the prevalence of certain rheumatic diseases within the Canarian population, something that will enable us to perform comparative studies with the rest of Spain and foreign countries as well.*

**Palabras claves:** epidemiología, prevalencia, enfermedades reumáticas.

**Keywords:** epidemiology, prevalence, rheumatic diseases.

## **1.- INTRODUCCIÓN.**

Las enfermedades reumáticas, en su gran mayoría crónicas, tienen una alta prevalencia y un gran impacto socioeconómico con elevado consumo de recursos sanitarios<sup>1-3</sup>. Son una de las primeras causas de incapacidad, por encima de las enfermedades cardíacas y respiratorias. A pesar de ello, hasta el estudio EPISER2000<sup>3</sup>, sobre prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española llevado a cabo por la Sociedad Española de Reumatología, los estudios epidemiológicos de las enfermedades reumáticas en nuestro país eran escasos.

La Organización Mundial de la Salud consideró la década del 2000- 2010 como la del Hueso y la Articulación para resaltar la importancia de las enfermedades musculoesqueléticas<sup>4</sup>. El diagnóstico de estas enfermedades no siempre es el correcto si no lo lleva a cabo un médico formado específicamente en tales patologías. Ello conlleva, a su vez, un tratamiento poco adecuado. Por otro lado, cabe destacar entre la población general, la práctica del autodiagnóstico y tratamiento ante cualquier dolor de tipo musculoesquelético y la creencia extendida de que numerosas enfermedades y dolencias son un aspecto normal de la edad.

Hasta el momento actual no se ha realizado ningún estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas en la población canaria y son estos estudios necesarios para un mejor conocimiento de dichas enfermedades en nuestra comunidad, hacer estudios comparativos con el resto de la población española y con países de nuestro entorno.

## **2.- OBJETIVO**

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia, en la población canaria mayor de 20 años, de un grupo de enfermedades reumáticas frecuentes: artrosis de manos y rodillas, lumbalgia puntual, osteoporosis y fibromialgia, y otras de menor incidencia, pero de mayor severidad como son: artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), espondilitis anquilosante (EA) / lumbalgia inflamatoria y síndrome de Sjögren (SS) o síndrome seco.

Así mismo, se estableció como objetivo secundario determinar la existencia y prevalencia de comorbilidades asociadas a las enfermedades reumáticas anteriormente citadas; así como el impacto en la calidad de vida dependiendo de cada patología. Se

determinará, igualmente, el consumo de fármacos, tóxicos (tabaco y alcohol) y el IMC en cada una de ellas.

### **3.- MATERIAL Y MÉTODOS**

Metodológicamente no es fácil estudiar enfermedades con distintos criterios y prevalencias en un mismo trabajo. Para nuestro trabajo se tomó como referencia el estudio EPISER2000 realizado por la Sociedad Española de Reumatología en el año 2000, de prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española y se utilizó la base de datos del estudio EPIRCAN, que se encuentra en proceso de publicación y que tiene características y objetivos similares al EPISER2000, pero aplicado a la población canaria adulta.

Nuestro trabajo consiste en un estudio transversal descriptivo.

#### ***3.1. DISEÑO.***

El diseño del estudio EPIRCAN consta de una encuesta poblacional, densitometría y extracción de muestras de sangre a todos los sujetos que fueron seleccionados y que previamente daban su consentimiento informado. La densitometría se determinaba por absorciometría fotónica dual de rayos X, DEXA-P, en segunda falange de dedo medio en mano no dominante.

Las encuestas se realizaron en los Centros de Atención Primaria de los municipios que fueron seleccionados con la colaboración de los médicos de atención primaria y de las autoridades locales. La encuesta y la exploración se realizaron por especialistas en reumatología de nuestra Comunidad que fueron previamente entrenados para tal efecto.

#### ***3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO MUESTRAL.***

El tamaño muestral se basó en el padrón municipal del 2002 que se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para el total de la población canaria en ese momento (1.843.755 habitantes) el número de sujetos necesario para estimar la prevalencia de la AR si estuviera entre 0,5 y 0,75%, con un intervalo de confianza del 95% ( $\alpha=0,05$ ,  $\beta=0,20$ ) era de 1.895 sujetos. Fue elegida la prevalencia de la artritis reumatoide por ser la más baja esperada.



Se realizó un muestreo estratificado bietápico con selección aleatoria de los sujetos y estratificación por edad y sexo en la última etapa, de manera que la muestra fuera proporcional a la población canaria (Tabla 1). Las Islas se dividieron en dos estratos: la provincia de Santa Cruz de Tenerife y la de Las Palmas de Gran Canaria, de cada estrato se seleccionó de forma aleatoria dos zonas rurales y dos urbanas, lo que formaría un total de ocho estratos. El corte de rural y urbano se consideró en los 10.000 habitantes, según define el INE. Los municipios seleccionados de forma aleatoria fueron:

- Tacoronte, Candelaria, La Guancha y Alajeró, por Santa Cruz de Tenerife;
- Gáldar, Ingenio, Tejeda y Tinajo por Las Palmas de Gran Canaria.

Se excluyeron los municipios con más de 15% de extranjeros.

Una vez que tuvimos los municipios seleccionados se procedió a contactar con los ayuntamientos para obtener el censo poblacional y de esa forma poder contactar con los sujetos. La muestra de cada municipio se seleccionó de forma proporcional a la población española por edad y sexo, constituyendo 14 estratos. Los datos de los sujetos que no fueron seleccionados se destruyeron.

**Tabla 1. Clasificación de la población y muestra según grupos de edad y sexo**

Edad	Varón		Mujer	
	Canarias	EPIRCAN	Canarias	EPIRCAN
20-29	11,9%	9,6%	11,4%	10,9%
30-39	12,6%	10,8%	11,9%	12,6%
40-49	9,2%	8,5%	8,8%	10,9%
50-59	6,8%	6,7%	6,7%	9,2%
60-69	5,1%	5,4%	5,4%	6,0%
70-79	3,0%	3,4%	3,8%	3,6%
>80	1,1%	0,9%	2,0%	1,6%

### **3.3. RECLUTAMIENTO.**

El reclutamiento se realizó enviando cartas y/o llamadas telefónicas a todos los sujetos seleccionados informándoles del estudio y posteriormente el lugar, día y hora de la citación para la encuesta. Si un sujeto no respondía a la citación, estaba previsto realizar al menos cuatro llamadas en horas y días distintos para localizarlo. Si por cualquier motivo no podía acudir a la cita se le facilitaba otro día y otro lugar elegido por el sujeto

para realizar la encuesta (domicilio o puesto de trabajo). En caso de que no estuviesen interesados en acudir se les realizaba un cuestionario mínimo por teléfono.

En el caso que no se pudiera obtener los datos a través del ayuntamiento se obtenían a través de la tarjeta sanitaria del Servicio Canario de Salud.

### **3.4. ENTREVISTA**

Las encuestas fueron realizadas por reumatólogos de nuestra Comunidad que previamente habían sido entrenados y que conocían los objetivos del estudio. La duración de la entrevista a los sujetos tenía una duración media de 20-30 minutos y se realizaron, en su gran mayoría, en los Centros de Atención Primaria. La encuesta consta de los siguientes apartados:

- 1) Aspectos sociodemográficos de la muestra (antecedentes personales de enfermedad crónica, antecedentes familiares) incluyendo nivel de estudios y ocupación.
- 2) Escalas de calidad de vida y función física
- 3) Existencia de síntomas de enfermedades reumáticas
- 4) Factores de riesgo de osteoporosis
- 5) Datos relacionados con el gasto sanitario

En el caso de que rechazaran la encuesta completa, como ya hemos dicho, se le realizaba un cuestionario mínimo en el que además de los aspectos sociodemográficos se le hacían preguntas directas sobre la presencia o no de enfermedades músculo-esqueléticas.

### **3.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los análisis de la asociación entre variables y presencia o no de enfermedades se realizaron con los test apropiados a cada tipo de variable con el paquete estadístico SPSS/PC [SPSS, 1989-2015].

### ***3.6. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS***

A continuación, se presenta la definición y los criterios diagnósticos que permiten determinar si un caso se incluye dentro del grupo de enfermedades reumáticas.

En nuestro trabajo desarrollaremos los criterios de 4 patologías reumáticas como son el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide (AR), la lumbalgia inflamatoria y el síndrome de Sjögren o síndrome seco; y analizaremos el número de pacientes que cumplen dichos criterios y, además, cuántos criterios cumple cada paciente.

- Lupus eritematoso sistémico:

Es una enfermedad crónica que puede afectar a cualquier órgano o sistema, por eso se dice que es una enfermedad multisistémica. Se caracteriza por un conjunto complejo de manifestaciones asociadas a la presencia de autoanticuerpos, por eso, aunque su causa sea desconocida, se clasifica como enfermedad autoinmune.<sup>5</sup>

Para la definición de caso de LES, se utilizaron los criterios revisados del ACR (1997)<sup>6</sup>. (Ver Tabla 1 en Anexo).

- Artritis reumatoide:

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica que afecta principalmente a las articulaciones. En la etapa inicial de la enfermedad se produce una alteración a nivel del sistema inmune natural y adaptativo que, como consecuencia, genera la producción de autoanticuerpos. Las siguientes etapas de la enfermedad contribuyen a la amplificación y perpetuación del estado inflamatorio crónico.<sup>7</sup>

Para la artritis reumatoide, se utilizaron los criterios de definición de AR de 1987 del ACR, adaptados a encuestas epidemiológicas por MacGregor<sup>8</sup>. (Ver Tabla 2 en Anexo)

- Lumbalgia inflamatoria:

La lumbalgia inflamatoria es el término con el que se conoce al dolor en la parte baja de la espalda, en la zona lumbar, y que es causado por múltiples trastornos

relacionados con alteraciones a nivel de las vértebras lumbares y de las estructuras de tejidos blandos como músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales.<sup>9</sup>

Se definió lumbalgia, de forma autorreferida por el paciente, como dolor en la zona que señalaba el encuestador, previa explicación de por parte de este de que se trataba de la columna lumbar. Para la definición de lumbalgia puntual, el sujeto debía padecer dolor lumbar el mismo día de la entrevista, mientras que para la definición de lumbalgia en los últimos seis meses no era necesario que sintiera dolor el día en que era entrevistado, sino en algún momento del periodo especificado. Es importante diferenciar entre:

- Lumbalgia crónica: de duración superior o igual a seis meses.
- Lumbalgia inflamatoria: lumbalgia de predominio matutino que se acompaña de rigidez mayor de 30 min y que despierta eventualmente por la noche.

- Síndrome de Sjögren o síndrome seco:

El síndrome de Sjögren es un desorden sistémico autoinmune caracterizado por la inflamación focal de las glándulas exocrinas, llevando a los ojos secos y a la boca seca. Se han definido dos formas distintas de este síndrome: una forma primaria, en la cual la disfunción de las glándulas exocrinas se produce en ausencia de otras enfermedades autoinmunes, y una forma secundaria, donde los pacientes sufren procesos autoinmunes adicionales como artritis reumatoide, LES y esclerodermia.<sup>10</sup>

Se valoraron tres criterios a la hora definir la presencia de Síndrome seco: la xerostomía; la xeroftalmia y los resultados del test de Schirmer, que cuantifica la sequedad ocular.<sup>11</sup>

## **4.- RESULTADOS.**

### ***4.1. DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA***

Los resultados se han obtenido a través de una muestra de 1289 sujetos mayores de 20 años, todos ellos seleccionados aleatoriamente y estratificados por edad y sexo, de tal forma que los pacientes se distribuyesen de manera proporcional a la población.

Se estudiaron 704 (54,6%) mujeres y 585 (45,5%) varones que se clasificaron en función de la edad usando los siguientes grupos y calculando su frecuencia: entre 20 y 29

años se observaron 265 (20,6%) casos; de 30 a 39 años - 301 (23,4%) pacientes -; de 40 a 49 años - 250 (19,4%) sujetos -; entre los 50 y los 59 años - 204 (15,8) personas -; de 60 a 69 años - 146 (11,3%) -; de 70 a 79 años – 91 (7,1%) -, y mayores de 80 años (>80) – 32 (2,5%) pacientes -. (Tabla 2)

**Tabla 2. Distribución de la muestra en sexo y edad**

		Frecuencia (n)	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Mujer	704	54,6%
	Varón	585	45,4%
	Total	1.289	100,0%
<b>Edad</b>	20-29,9	265	20,6%
	30-39,9	301	23,4%
	40-49,9	250	19,4%
	50-59,9	204	15,8%
	60-69,9	146	11,3%
	70-79,9	91	7,1%
	>80	32	2,5%

Además de estas características, se tuvieron en cuenta otros parámetros para valorar la idiosincrasia de los sujetos. Hemos destacado el lugar de nacimiento, la actividad individual de cada uno y el estado de salud.

En cuanto al nacimiento, cabe señalar que 705 (54,7%) personas provenían de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, mientras que 502 (38,9%) lo hacían de la provincia de Las Palmas, lo que supone que cerca del 93,6% de los sujetos eran canarios. El resto de la muestra estaba constituida por 1 (0,1%) africano; 13 (1,0%) europeos; 35 (2,7%) peninsulares, y 33 (2,7%) sudamericanos.

Respecto a la actividad habitual: 544 pacientes (42,2%) afirmaban trabajar fuera de casa; 62 (4,8%) lo hacían en su domicilio; 252 personas (19,6%) eran ama de casa; 35 (2,7%) eran estudiantes; 125 (9,7%) no trabajaban y 8 (0,6%) se negaron a contestar.

Por último, consideramos el estado de salud como una sensación subjetiva de los pacientes y lo clasificamos en cinco categorías: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo. Entre nuestros sujetos, 47 (3,6%) definieron su salud como excelente; 143 (11,1%) aseguraron que su estado era muy bueno; 609 (47,2%) que era bueno; 393 (30,5%) que era regular; 87 (6,8%) que era malo, y el resto 10 (0,8%) no contestaron. (Tabla 3).

**Tabla 3. Lugar de nacimiento, actividad habitual y estado de salud**

		Frecuencia (n)	Porcentaje
<b>Lugar de nacimiento</b>	África	1	0,1%
	Europa	13	1,0%
	Península	35	2,7%
	Sudamérica	33	2,6%
	Las Palmas GC	502	38,9%
	SC Tenerife	705	54,7%
<b>Actividad habitual</b>	Trabajo fuera casa	544	42,2%
	Trabajo en domicilio	62	4,8%
	Ama de casa	252	19,6%
	Estudiante	35	2,7%
	No trabaja	125	9,7%
	No contesta	8	0,6%
<b>Estado de salud</b>	Excelente	47	3,6%
	Muy bueno	143	11,1%
	Bueno	609	47,2%
	Regular	393	30,5%
	Malo	87	6,8%
	No contesta	10	0,80%

#### **4.2. MEDICACIÓN HABITUAL Y TIPOS DE FÁRMACOS**

Es importante valorar el consumo de fármacos en la población y la posible influencia que puedan tener en los pacientes con enfermedades reumáticas.

Por ello, hemos calculado cuántos sujetos de nuestra muestra tomaban medicación de forma regular, y a partir de estos datos hemos dividido a los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento.

Los resultados de las encuestas determinaron que 577 (44,80%) personas estaban con medicación regular, 226 (38,60%) de los cuales eran varones y 351 (49,90%) eran mujeres. (Tabla 4).

**Tabla 4. Medicación habitual**

		Frecuencia (n)	Porcentaje	p-valor
<b>Medicación regular</b>	Mujer	351	49,90%	0,000
	Varón	226	38,60%	
	Total	577	44,80%	

Respecto a los tipos de medicación, los antiinflamatorios (AINE) fueron los fármacos más consumidos – 193 (15,0%) pacientes -. Los otros tres grupos que debemos destacar fueron: los hipotensores – 171 sujetos (13,3%) -; gastroprotectores – 130 personas (10,1%) -, y analgésicos, tomados por 121 pacientes, lo que supone un 9,4% del total. (Tabla 5).

**Tabla 5. Fármaco pautado durante el último año**

	Frecuencia (n)	Porcentaje
AINEs	193	15,0%
Hipotensores	171	13,3%
Gastroprotector	130	10,1%
Analgésico	121	9,4%
Hipolipemiantes	92	7,1%
Calcio	64	5,0%
Relajantes musculares	63	4,9%
Vitamina D	57	4,4%
Antiagregantes	48	3,7%
Diuréticos	37	2,9%
Bifosfonatos	30	2,3%
Hipouricémicos	11	0,9%
Estrógenos	9	0,7%
Corticoides	8	0,6%
Anticoagulantes	4	0,3%
Calcitonina	2	0,2%
Metotrexate	1	0,1%
Azatioprina	1	0,1%

#### **4.3. PREVALENCIA DE COMORBILIDADES**

Aparte de su estado de salud y de las demás características nombradas con anterioridad era fundamental conocer las comorbilidades de la población.

Dentro del cuestionario se interrogó a los participantes sobre la presencia o ausencia de nueve enfermedades: HTA, DM1, DM2, ácido úrico/gota, colesterol/triglicéridos, enfermedad cardíaca, enfermedad digestiva, enfermedad renal y alergias.

Los resultados fueron los siguientes: un total de 254 pacientes presentó HTA, de los cuales 117 eran varones y 137 mujeres. Respecto a los diabéticos, 30 sujetos padecían DM1, siendo 13 varones y 17 mujeres; mientras que 93 personas, 45 varones y 48 mujeres, tenían DM2.

Por otro lado, el número de enfermos con ác. úrico/gota ascendió hasta las 41 personas (29 varones y 12 mujeres), los de colesterol/triglicéridos a 280 pacientes (117 varones y 163 mujeres) y los afectados por enfermedades cardíacas, enfermedades digestivas o enfermedades renales a 70 (35 varones y 35 mujeres), 68 (32 varones y 36 mujeres) y 16 sujetos (8 varones y 8 mujeres) respectivamente.

Las alergias tuvieron una prevalencia bastante alta, hallándose hasta en 153 (11,9%) pacientes, con 50 (8,5%) varones y 103 (14,3%) mujeres que presentaban algún tipo de alergia.

Se objetivó, además, la existencia de 116 mujeres y 102 hombres con otra enfermedad crónica distinta a las mencionadas anteriormente.

A pesar de la distribución dispar entre sexos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a excepción del ácido úrico, con una  $p = 0,002$  y las alergias, con un  $p$ -valor = 0,001. (Tabla 6).

**Tabla 6. Prevalencia de comorbilidades en los enfermos reumáticos**

		Frecuencia (n) Porcentaje p-valor			Frecuencia (n) Porcentaje p-valor				
<b>HTA</b>	Mujer	137	19,5%	0,863	<b>Enfermedad cardíaca</b>	Mujer	35	5,0%	0,500
	Varón	117	20,0%			Varón	35	6,0%	
	Total	254	19,7%			Total	70	5,4%	
<b>DM 1</b>	Mujer	17	2,4%	0,966	<b>Enfermedad digestiva</b>	Mujer	36	5,1%	0,873
	Varón	13	2,2%			Varón	32	5,5%	
	Total	30	2,3%			Total	68	5,3%	
<b>DM 2</b>	Mujer	48	6,8%	0,620	<b>Enfermedad renal</b>	Mujer	8	1,1%	0,904
	Varón	45	7,7%			Varón	8	1,4%	
	Total	93	7,2%			Total	16	1,2%	
<b>Ác Úrico/ Gota</b>	Mujer	12	1,7%	0,002	<b>Alergias</b>	Mujer	103	14,6%	0,001
	Varón	29	5,0%			Varón	50	8,5%	
	Total	41	3,2%			Total	153	11,9%	
<b>Colesterol/ Triglicéridos</b>	Mujer	163	23,2%	0,194	<b>Otra enfermedad crónica</b>	Mujer	116	16,5%	0,648
	Varón	117	20,0%			Varón	102	17,4%	
	Total	280	21,7%			Total	218	16,9%	

#### **4.4. ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

Como ya se ha comentado con anterioridad, se estudiaron 1289 pacientes. Finalmente se incluyeron 581 (45,1%) en el grupo de enfermos, mientras que el resto - 708 (54,9%) - se catalogaron como sujetos no enfermos reumáticos.

Se seleccionaron para el estudio 9 enfermedades de entre las más frecuentes: artrosis de mano, artrosis de rodilla, artritis reumatoide, LES, enfermedad de Raynaud, fibromialgia, lumbalgia inflamatoria, osteoporosis y síndrome seco.

Se calculó la prevalencia en cada de una de ellas, y se clasificaron los resultados finales en función del sexo.

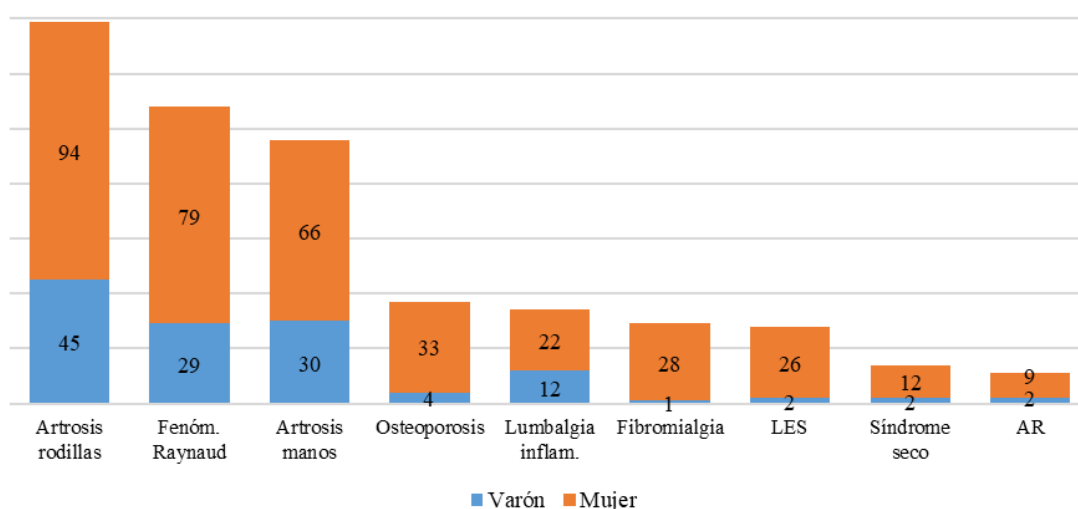


Así, en la artrosis de mano, se diagnosticaron 96 (7,4%) casos como positivos, de los cuales 30 eran varones y 66 mujeres; en la artrosis de rodilla se consideró enfermos a 139 (10,8%) sujetos – 45 varones y 94 mujeres –, y en la artritis reumatoide padecían la enfermedad 11 (0,9%) personas – 2 varones y 9 mujeres -.

En otras patologías como el LES la prevalencia ascendió hasta 28 (2,2%) pacientes; – varones 2 y mujeres 26 – en la enfermedad de Raynaud hubo 108 (8,4%) casos positivos, 29 de los cuales eran varones y 79 mujeres, y en la fibromialgia 29 (2,2%) – 1 varones y 28 mujeres -.

Para terminar, se presenta la frecuencia de otras tres enfermedades reumáticas: lumbalgia inflamatoria: 34 (2,6%); – 12 varones y 22 mujeres – osteoporosis: 37 (2,9%) – 4 varones y 33 mujeres -, y síndrome seco: 14 (1,1%) – 2 varones y 12 mujeres -. (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Prevalencia de enfermedades reumáticas según sexo**



A continuación, se muestran, de forma específica, los resultados obtenidos para cada una de las nueve patologías a estudio en función del sexo, la edad, la presencia o no de tratamiento farmacológico, los hábitos tóxicos, el IMC, las enfermedades crónicas concomitantes y la calidad de vida.

#### 4.4.1. ARTROSIS DE MANO

La artrosis de mano es la tercera enfermedad más frecuente de la muestra. Hasta 96 personas padecían esta patología, con una prevalencia por sexos de 30 (31,30%)

varones y 66 (68,80%) mujeres. Diferencia estadísticamente significativa, teniendo en cuenta que el p-valor era igual a 0,005.

En cuanto a la distribución por edades, los grupos más afectados son aquellos comprendidos entre los 50-60 años y los 60-70 años, con 28 (29,2%) y 30 (31,3%) casos respectivamente. Tampoco es desdeñable el número de enfermos entre los sujetos mayores de 70 años, que acumulan un total 30 casos (31,3%). (Gráfico 2).

Si continuamos analizando los datos de los pacientes con artrosis de mano, vemos como 79 (82,30%) personas se encontraban en tratamiento farmacológico en el momento del estudio. Además, 12 (12,50%) de ellos eran fumadores y 45 (46,90) eran consumidores de alcohol, de los cuales el 31% lo hacía de forma diaria. (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

En cuanto al IMC, la mayoría de los enfermos se encontraban en los siguientes intervalos: pacientes con IMC de 25-30: 33 (34,40%), y pacientes con IMC de 30-35: 34 (35,40%). (Ver Tabla 5 en Anexo).

Presentamos dos datos más sobre la artrosis de mano:

- Los enfermos presentaron fundamentalmente dos enfermedades crónicas: HTA (44,80%) y colesterol (37,50%). (Ver Tabla 6 en Anexo).
- El 30,2% definieron su estado de salud como bueno y el 39,6% como regular. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.2. ARTROSIS DE RODILLA

Con 139 pacientes, la artrosis de rodilla es la enfermedad reumática más frecuente de las estudiadas en nuestro trabajo. Afecta a 139 personas y por sexos se divide en 45 (32,40%) varones y 94 (67,60%) mujeres. Con un p-valor de 0,002 podemos afirmar que las diferencias son significativas.

Por edades, los grupos con mayor número de enfermos fueron, por orden: de 50 a 60 años: 39 (28,1%) pacientes; de 60 a 70 años: 35 (25,2%) pacientes, y de 70 a 80 años: 26 (18,1%) pacientes. En el resto de edades, la prevalencia fue considerablemente menor. (Gráfico 2).

Respecto al uso de fármacos y a los hábitos tóxicos; 118 (84,90%) sujetos tomaban alguna medicación; había 19 (13,70%) fumadores, y 61 (43,90%) pacientes

tomaban alcohol (OH), de los cuales el 30% lo hacía más de 4-6 veces por semana. (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

La distribución del IMC era muy similar a la de la artrosis de manos, siendo el índice entre 25-30, el más frecuente con 71 (51,10%) casos. (Ver Tabla 5 en Anexo).

Aparte de lo que se ha descrito, comentamos otras dos características:

- Se halló HTA en el 43,2% de los enfermos y colesterol en el 40,3%. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- El 44,6% refirieron que su estado de salud era regular. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.3. ARTRITIS REUMATOIDE

Al contrario de las dos enfermedades comentadas previamente, la AR es una patología mucho menos frecuente. En concreto es la menos prevalente en nuestra muestra con 28 sujetos – 2 (18,20%) varones y 9 (81,80%) mujeres -.

Los grupos de edad con mayor número de enfermos son aquellos entre los 60-70 años y los 70-80 años, con 3 (27,3%) sujetos cada uno. El resto se divide de manera proporcional. (Gráfico 2).

Continuando con el resto de características, se observa como de los 11 casos, 10 (90,90%) estaban en tratamiento. 3 (27,30%) eran fumadores y 5 (45,50%) tomaban alcohol (OH), el 80% lo hacía 1 vez al mes o menos. (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

En cuanto al IMC todos los pacientes se encuentran entre un índice de 18,5 y 35, no siendo, en principio, significativo, al tratarse de una muestra tan pequeña. (Ver Tabla 5 en Anexo).

Sobre las enfermedades crónicas y el estado de salud:

- Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la HTA (45,5%) y el colesterol (54,5%). No son despreciables tampoco las enfermedades cardiacas con el 27,3%. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- Un 36,6% afirmó tener una salud buena y otro 36,4% la calificó como mala. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.4. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Al igual que en la artritis reumatoide, el LES es una enfermedad de escasa prevalencia - 28 casos - pero que muestra una llamativa tendencia si distribuimos los enfermos por sexos. Tan solo 2 (7,10%) varones sufrían esta patología, un número insignificante si nos fijamos en las mujeres afectadas - 26 (92,90%) -. Evidentemente, el resultado del p-valor fue bastante bajo, con un valor cercano a 0.

Al analizar las edades de los pacientes, dos grupos destacan por encima del resto: 20-30 años: 10 (35,7%) sujetos, y 50-60 años: 7 (25,0%). (Gráfico 2).

Por otro lado, solo la mitad de los enfermos estaban tomando medicación, mientras que los hábitos tóxicos eran llamativos. En especial en el tabaco, donde hasta 10 (35,70%) personas se declararon fumadoras. (Ver Tabla 3 en Anexo).

El grupo de IMC que más se repitió fue el de 25-30, con un total de 11(19,30%) sujetos. (Ver Tabla 5 en Anexo).

Un apunte más sobre las enfermedades crónicas y el estado de salud de los pacientes:

- El 21,4% de los enfermos presentaron HTA y el 35,7% colesterol. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- El 60,7% refirió su estado de salud como regular. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.5. FENÓMENO DE RAYNAUD

El número de casos hallados con fenómeno de Raynaud, la sitúa como la segunda patología reumática más frecuente del estudio. Fueron 108 los pacientes con Raynaud – 29 (26,90%) varones y 79 (73,10%) mujeres -.

La distribución por edades fue muy pareja, siendo los grupos de menor edad los que más casos registraron: 26 (24,3%) de 20 a 30 años y otros 26 en el grupo de 30 a 40 años. (Gráfico 2).

Observando otras variables, descubrimos que 66 (61,10%) pacientes estaban en tratamiento con fármacos; 30 (27,80%) eran fumadores, y 47 (43,50%) consumían alcohol (OH), de los cuales el 69% lo hacía menos de 2-3 veces al mes. (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

Si seguimos con el IMC, vemos como en tres grupos – 18,5-25; 25-30 y 30-35 – se encuentran la mayoría de casos. En concreto, un total de 96 (88,90%) pacientes. (Ver Tabla 5 en Anexo).

Añadimos otros apuntes acerca del fenómeno de Raynaud:

- Hasta un 20,4% sufrían alguna alergia, el 25,9% tenían colesterol y el 21,3 HTA. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- El 33% definieron su salud como buena, mientras que un 38% como regular. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.6. FIBROMIALGIA

Entre los pacientes con fibromialgia vemos como la distribución es similar a lo que ya se observó en el LES. Tan solo un varón (3,40%) presentaba la enfermedad, por el contrario, los demás casos correspondían a mujeres 28 (96,60%).

Respecto a las edades destaca el grupo que va de los 50 a los 60 años, con 14 (48,3%) enfermos. Le sigue en el que de 40 a 50 años con 7 (24,1%) casos. (Gráfico 2).

Por otra parte, 21 (72,40%) sujetos estaban en tratamiento farmacológico; 3 (10,30%) afirmaron ser fumadores, y 9 (31%) consumían alcohol (OH), con un 44% que bebía 1 vez al mes o menos. (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

En los grupos de IMC los más frecuentes fueron dos: de 18,5 a 25 de IMC con 10 (34,50%) casos y de 25 a 30 de IMC con 12 (41,40%) enfermos. (Ver Tabla 5 en Anexo).

A continuación, comentamos la presencia de enfermedades crónicas y el estado de salud de los pacientes en la fibromialgia:

- El 41,4% sufrían otra enfermedad crónica distinta a las recogidas en el estudio y el 37,9% tenían HTA. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- El estado de salud se considera regular en el 44,8% de los enfermos y malo en el 51,5%. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.7. LUMBALGIA INFLAMATORIA

La muestra obtuvo un total de 34 pacientes con lumbalgia inflamatoria. Por sexos la enfermedad se dividió de la siguiente manera: 12 (35,30%) personas eran varones y 22 (64,70%) eran mujeres.

En una franja de edad que fue de los 40 a los 60 años, se localizaron más de la mitad de los casos - 18 (52,9%) enfermos -. (Gráfico 2).

Otras variables reflejaron los siguientes resultados: 25 (73,50%) pacientes tomaban fármacos; 9 (26,50%) eran consumidores de tabaco, y 19 (55,90%) tomaban alcohol (OH), con un 63% que lo hacía máximo 2-3 veces al mes. (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

Por último, la mayoría de enfermos presentaron un IMC entre 25-30, con 13 personas, 38,20% de los enfermos de la muestra. (Ver Tabla 5 en Anexo).

La prevalencia de lumbalgia puntual estimada es del 15,1% mientras que la prevalencia de personas con lumbalgia crónica es del 11,3%. Según la EVA (Escala Visual Analógica para intensidad del dolor), el 60% de los pacientes se sitúan entre un EVA 3 y un EVA 6.

En cuanto a las enfermedades crónicas y el estado de salud:

- El 29,4% sufrían alguna de las enfermedades crónicas que no se han recogido en el EPIRCAN, el 26,5% tenían HTA y el 20,6% colesterol. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- Un 64,7% de los sujetos refiere que su salud es regular. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.8. OSTEOPOROSIS

El número de casos de osteoporosis y su distribución por sexos, vienen a confirmar lo que ya se ha observado en el análisis de las enfermedades anteriores, es decir, la prevalencia de la patología reumática entre las mujeres. En este caso se diagnosticaron 37 sujetos como enfermos – 4 (10,80%) varones y 33 (89,20%) -.

En cuanto a la edad, se encontraron dos grupos con 9 (24,3%) pacientes cada uno – 50-60 años y 60-70 años – y un tercer grupo con 11 (29,7%) pacientes – 70-80 años -. (Gráfico 2).

Por otro lado, es llamativo el número de enfermos en tratamiento – 34 (91,90%) personas -. El número de consumidores de alcohol (OH) es de 17 (45,90%) donde el 41% bebe 1 vez al mes o menos. El grupo de fumadores es de 4 (10,80%). (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

Para concluir, se observa como el IMC se concentra en especial en uno de los grupos, el que va de 25 a 30 de índice – 18 (48,60%) pacientes -. A pesar de este dato, las

diferencias, al igual que en el resto de enfermedades, no son significativas. (Ver Tabla 5 en Anexo).

Al igual que en el resto de enfermedades reumáticas, analizaremos las comorbilidades de los pacientes con osteoporosis y su estado de salud:

- La HTA fue la enfermedad crónica más frecuente, padeciéndola el 45,5% de los enfermos. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- El estado de salud era regular en el 45,9% de los pacientes y malo en el 29,7%. (Ver Tabla 7 en Anexo).

#### 4.4.9. SÍNDROME SECO O SÍNDROME DE SJÖGREN

La última enfermedad reumática es el síndrome seco, cuya presencia en la muestra tiene una particularidad. Al margen de su prevalencia – 14 casos – y de su distribución por sexos – 2 (14,30%) varones y 12 (85,70%) mujeres – en el síndrome seco, hasta 5 personas asociaron LES y fenómeno de Raynaud.

Los enfermos se encontraban muy repartidos entre los grupos de edad, sin hallarse una franja que destacase especialmente por encima de las demás. (Gráfico 2).

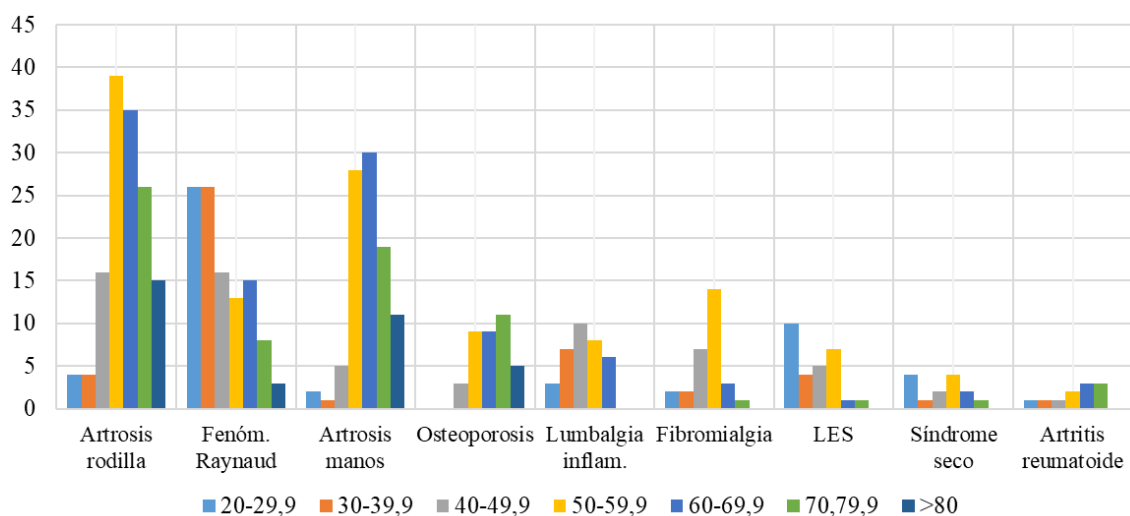
Siguiendo con el resto de variables, se detectaron 12 (85,70%) personas en tratamiento farmacológico; 1 (7,10%) fumador y; 6 (42,90%) pacientes consumidores de alcohol (OH), con un 67% que bebe máximo 2-3 al mes. (Ver Tabla 3 y 4 en Anexo).

Por otro lado, todos los enfermos se localizaron entre 18,5 y 35 de IMC, no siendo estadísticamente significativa este hecho. (Ver Tabla 5 en Anexo).

Para terminar, hablamos de las enfermedades crónicas y del estado de salud:

- El 28,6% presentaba alguna alergia y el 42,9% HTA. (Ver Tabla 6 en Anexo).
- En general, la salud se definió como regular – 42,9% -, buena – 28,6% -, y mala – 28,6% -. (Ver Tabla 7 en Anexo).

**Gráfico 2. Prevalencia de enfermedades reumáticas por grupos de edad**



#### ***4.5. CRITERIOS CLÍNICOS DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS A ESTUDIO***

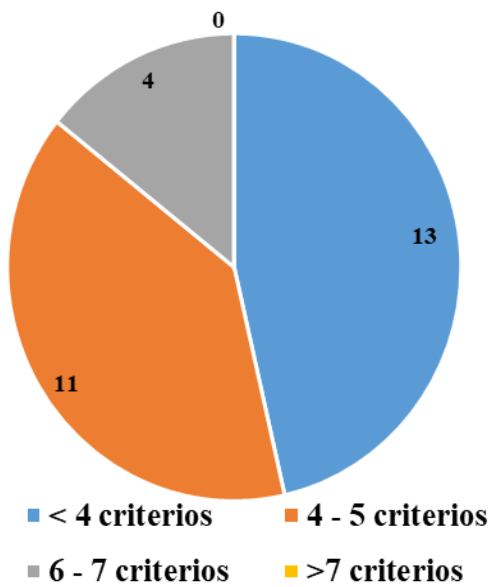
Como se explicó en la metodología, en nuestro trabajo se analizarían los criterios clínicos de 4 de las 9 enfermedades reumáticas a estudio, clasificando a los pacientes en distintos grupos según el número de criterios clínicos que cumplieran. A continuación, se presentan los resultados obtenidos, comentando aquellos más llamativos.

De forma más específica, atendiendo a cada enfermedad, es de destacar lo siguiente:

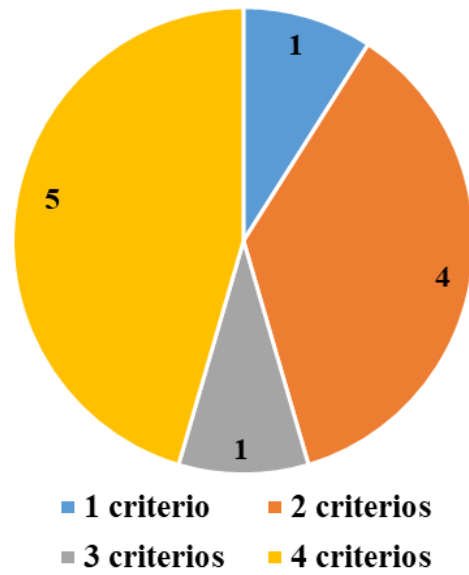
- En el LES, los criterios que más se cumplen son la fotosensibilidad (89,3%), el fenómeno de Raynaud (75%), la alopecia (54,6%) y la lesión cutánea (54,6%).
- En la AR, los criterios clínicos más prevalentes son el dolor articular (90,9%) y la inflamación articular (81,8%).
- En el síndrome seco, tanto la xerostomía, la xeroftalmia como el test de Schirmer presentan una frecuencia similar en torno al 85%.
- En la lumbalgia inflamatoria, hay rigidez matutina en el 97,1% de los casos, despierta del sueño en un 94,1%, la duración de la rigidez supera los 30 min en el 79,4% y el dolor es matutino en un 76,5%. (Gráficos 3,4, 5 y 6).



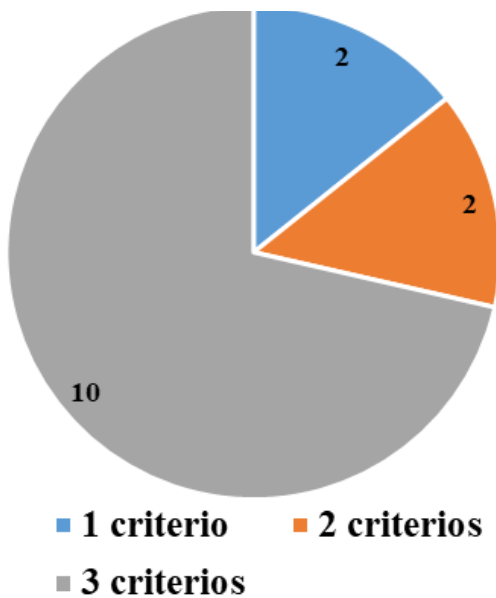
**Gráfico 3. Pacientes con criterios de LES (n=28)**



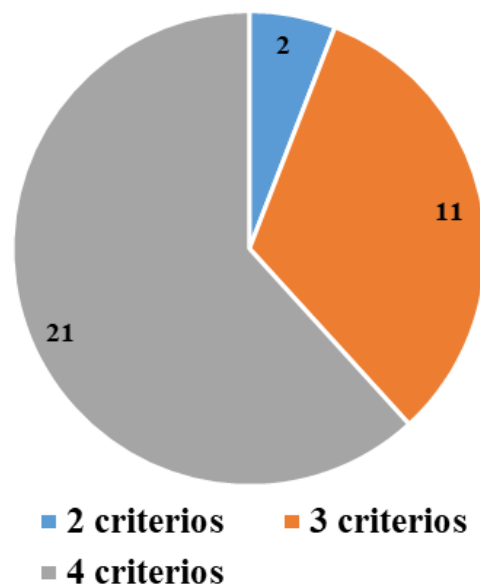
**Gráfico 4. Pacientes con criterios de AR (n=11)**



**Gráfico 5. Pacientes con criterios de síndrome seco (n=14)**



**Gráfico 6. Pacientes con criterios de lumbalgia inflamatoria (n=34)**



#### 4.6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR ENFERMEDAD REUMÁTICA

En este apartado se presenta la relación de pruebas complementarias realizadas en función de cada una de las patologías. (Tabla 7).

**Tabla 7. Pruebas complementarias para diagnóstico**

	HC/exploración	Analítica sangre	Analítica orina	Rx simple	
<b>Artrosis mano</b>	28	13	6	22	
<b>Artrosis rodilla</b>	39	18	6	32	
<b>Artritis reumatoide</b>	3	1	0	3	
<b>LES</b>	10	3	2	9	
<b>Fenóm. Raynaud</b>	33	12	7	26	
<b>Fibromialgia</b>	18	10	4	11	
<b>Lumbalgia inflam.</b>	23	11	5	20	
<b>Osteoporosis</b>	6	5	2	6	
<b>Síndrome seco</b>	3	1	1	2	
<b>Total</b>	163	74	33	131	
	TC	RMN	Gammagrafía	DMO	Otras
<b>Artrosis mano</b>	21	5	1	1	0
<b>Artrosis rodilla</b>	11	6	1	3	0
<b>Artritis reumatoide</b>	0	0	0	0	0
<b>LES</b>	2	0	0	0	0
<b>Fenóm. Raynaud</b>	7	5	0	1	0
<b>Fibromialgia</b>	4	5	1	0	1
<b>Lumbalgia inflam.</b>	9	7	0	0	1
<b>Osteoporosis</b>	3	2	0	2	0
<b>Síndrome seco</b>	1	0	0	0	0
<b>Total</b>	58	30	3	7	2

Es de destacar la importancia de la historia clínica y la exploración, siendo la prueba más realizada en todas las enfermedades.

#### 4.7. DIAGNÓSTICO POR ESPECIALISTA

Una de las características del estudio es que muchos de los pacientes encuestados, ya habían sido diagnosticados con anterioridad por otros especialistas.

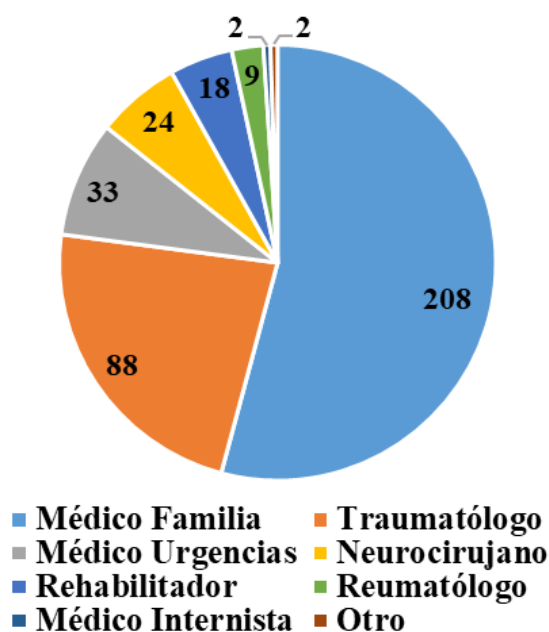
Para comprobar el número de diagnósticos por especialidad, se procedió a interrogar a los pacientes acerca de este aspecto.

Los resultados reflejan el papel de la atención primaria, con 208 diagnósticos, un 16,1% del total. También es relevante el número de pacientes diagnosticados por

Traumatología – 88 (6,8%) personas – y de los médicos de urgencias – 33 (2,6%) personas -.

Cabe destacar el escaso número de pacientes diagnosticados por Reumatología, apenas 8 enfermos, un 0,7%. (Gráfico 7).

**Gráfico 3. Especialista que diagnostica enfermedad reumática**



## 5. DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos de enfermedades reumáticas son escasos en Canarias, a pesar del importante impacto socioeconómico y del alto consumo de recursos sanitarios de estas patologías. Por este motivo, existía la necesidad de realizar un estudio con la dimensión suficiente y que fuera representativo de la población canaria adulta.

El objetivo principal de este estudio era estimar la distribución de 9 enfermedades reumáticas: artrosis de mano, artrosis de rodilla, artritis reumatoide, LES, fenómeno de Raynaud, fibromialgia, lumbalgia inflamatoria, osteoporosis y síndrome seco.

Las primeras conclusiones que podemos extraer basándonos en nuestros resultados son:

1. Que las enfermedades reumáticas más prevalentes en Canarias son la artrosis, el fenómeno de Raynaud, la lumbalgia y la osteoporosis.

2. Que la prevalencia de enfermedades reumáticas en la población canaria es significativamente mayor en mujeres en todos los grupos de edad.
3. Que estas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en personas entre los 50 y 70 años de edad.
4. Que el 65% de los pacientes con patología reumática, estaba en tratamiento farmacológico, el 16% eran fumadores y el 46% bebía alcohol más de 3 veces/semana.
5. Que, dentro de las enfermedades crónicas, las que más se presentan entre los enfermos reumáticos son la HTA y el colesterol.
6. Que las pruebas diagnósticas y complementarias más realizadas a estos pacientes fueron la historia clínica y exploración, la radiografía simple y la analítica sanguínea.
7. Que el especialista médico más frecuentado en estas patologías es el médico general, seguido por el traumatólogo y el médico de urgencias. El reumatólogo ocupa la 5ª posición.
8. Que los fármacos más prescritos son los AINE, los hipotensores, los gastroprotectores y los analgésicos.
9. Que estos pacientes definen su calidad de vida, mayoritariamente, entre buena y regular. La fibromialgia destaca en sentido negativo presentando un alto porcentaje de baja calidad de vida.

Presentadas estas conclusiones, resulta interesante comparar, de forma general, los resultados obtenidos, en cuanto a prevalencia, con los resultados del estudio EPISER2000, estudio nacional de la Sociedad Española de Reumatología sobre algunas enfermedades reumáticas en la población adulta española.

	EPIRCAN	EPISER
<b>Artrosis mano</b>	7,4%	6,20%
<b>Artrosis rodilla</b>	10,8%	10,20%
<b>Artritis reumatoide</b>	0,9%	0,50%
<b>LES</b>	2,2%	0,10%
<b>Fibromialgia</b>	2,2%	2,40%
<b>Lumbalgia Inflamat.</b>	2,6%	0,80%
<b>Osteoporosis</b>	2,9%	3,40%

Se observa que los resultados de nuestro estudio son coherentes con los del EPISER. Sin embargo, sería deseable establecer un mayor número de comparaciones para poder determinar de un modo más preciso si esa coherencia se mantiene al tener en cuenta otras variables.

Es importante tener presente que este trabajo es puramente descriptivo y constituye una “fotografía” muy general sobre las enfermedades reumáticas en la población canaria

adulta. Es necesario que se realicen futuros estudios ahondando en un análisis más exhaustivo que complemente nuestros resultados y que permita contribuir al conocimiento epidemiológico de estas patologías en nuestra comunidad autónoma.

## **6. AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo ha podido realizarse gracias a la ayuda de la Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Sagrario Bustabad. Quisiera agradecer también la colaboración del Dr. D. Federico Díaz, el Dr. D. Juan José Bethencourt y el profesor de estadística D. Enrique González.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Silman, Alan J., et al. Epidemiology of the rheumatic diseases. Oxford University Press, 2001.
2. Krief, Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard. Reumatosis 90. Estudio sociosanitario sobre las enfermedades reumáticas en España [Social and health study on rheumatic diseases in Spain]. Sociedad Española de Reumatología, Liga Reumatológica Española, Pfizer. España, 1992. Spanish.
3. De Reumatología, Sociedad Española. Estudio EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española [EPISER Study: Prevalence of rheumatic diseases in the Spanish population]. Madrid: Merck, Sharp & Dohme, 2001. Spanish.
4. Woolf AD, Pfleger B, Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Org. 2003;81:646-56.
5. Cañete Crespillo, J. D. D. (2008). Manual SER de las enfermedades reumáticas [Handbook of the Spanish Society of Rheumatology about rheumatic diseases] (No. 616-002). Sociedad Española de Reumatología. Spanish.
6. Hochberg, Marc C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis & Rheumatology, 1997, vol. 40, no 9, p. 1725-1725.

7. Bellucci, E., Terenzi, R., La Paglia, G. M., Gentileschi, S., Tripoli, A., Tani, C., & Alunno, A. (2016). One year in review 2016: pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 34(5), 793-801.
8. MacGregor A, Silman A. A reappraisal of the measurement of disease occurrence in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 19 (1992), pp. 1163-5
9. Gutiérrez, J. C., & Estévez, E. C. (2013). Protocolo diagnóstico de la lumbalgia inflamatoria [Diagnostic protocol of inflammatory low back pain]. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(31), 1942-1944. Spanish.
10. Dumusc, A., Rao, V., & Bowman, S. J. (2018). Sjögren's syndrome. *Medicine*.
11. Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell LA, et al. American College of Rheumatology Classification Criteria for Sjögren's Syndrome: A Data-Driven, Expert Consensus Approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance Cohort. *AC&R*. 2012; 64(4): 475-87

## 8. ANEXOS

**(Anexo) Tabla 1. Criterios de clasificación del lupus eritematoso sistémico según el ACR (actualización 1997)**

Criterio	Definición
1. Eritema malar	Eritema fijo, plano o elevado, sobre las eminencias malares, respetando los pliegues nasolabiales
2. Rash discoide	Zonas eritematosas elevadas con escamas queratóticas adherentes y taponamiento folicular. En las lesiones antiguas puede producirse cicatrización atrófica.
3. Fotosensibilidad	Erupción cutánea desproporcionada tras exposición a la luz solar, por historia u observada por el médico.
4. Úlceras orales	Úlceras orales o nasofaríngeas, normalmente indoloras, observadas por el médico.
5. Artritis	Artritis no erosiva en dos o más articulaciones periféricas, con inflamación, derrame sinovial o dolor a la palpación.
6. Serositis	Pleuritis: historia clínica convincente, roce auscultado por un médico o demostración de derrame pleural o Pericarditis: documentada por ECG, roce auscultado por un médico o demostración de derrame pericárdico.
7. Nefropatía	Proteinuria persistente superior a 0,5 g/día o > 3+ si no se ha cuantificado, o Cilindruria: de hematíes o hemoglobina, cilindros granulosos, tubulares o mixtos.
8. Alteración neurológica	Convulsiones o psicosis, en ausencia de trastorno metabólico, electrolítico o de fármacos que las puedan producir.
9. Alteración hematológica	Anemia hemolítica con reticulocitosis o Leucopenia < de 4.000/mm <sup>3</sup> en <sup>3</sup> 2 ocasiones o Linfopenia < de 1.500/mm <sup>3</sup> en <sup>3</sup> 2 ocasiones o Trombopenia < de 100.000/mm <sup>3</sup> no secundaria a fármacos.
10. Alteración inmunológica	Anti DNA positivo o Anti Sm positivo o Anticuerpos antifosfolípidos positivos basado en 1) Anticuerpos anticardiolipinas IgG o IgM (+) a títulos medios o altos 2) Anticoagulante lúpico (+) o Serología lúpica falsamente (+) durante al menos 6 meses.
11. Anticuerpos antinucleares +	Título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o por otro test equivalente en ausencia de fármacos capaces de producir lupus inducido por los mismos.
<i>Para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico son necesarios cuatro de estos 11 criterios, no necesariamente simultáneos.</i>	

**(Anexo) Tabla 2. Criterios de clasificación de la artritis reumatoide del ACR (1987)**

Criterio	Definición
1.- Rigidez matutina	Rigidez matutina articular de 1 hora o más.
2.- Artritis de 3 o más grupos articulares	Al menos 3 grupos articulares deben estar inflamados simultáneamente y ser objetivados por un médico. Los 14 grupos articulares son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas.
3.- Artritis de articulaciones de las manos	Al menos una articulación de las manos debe estar inflamada (carpo, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales).
4.- Artritis simétrica	Afectación simultánea del mismo grupo articular (definido en el criterio 2) en ambos lados del cuerpo.
5.- Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares observados por un médico.
6.- Factor reumatoide en suero	Presencia de valores elevados de factor reumatoide por cualquier método con un resultado en controles inferior al 5%.
7.- Alteraciones radiográficas	Alteraciones radiográficas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en articulaciones afectadas.

**(Anexo) Tabla 3. Medicación y hábitos tóxicos en cada enfermedad reumática**

	Fármacos		Tabaco		Alcohol (OH)	
	Con tto.	Sin tto.	Fumador	No fumador	Sí	No
<b>Artrosis manos</b>						
Frecuencia	79	17	12	84	45	51
Porcentaje	82,3%	17,7%	12,5%	87,5%	46,9%	53,1%
<i>p</i> -valor	0,000		0,009		0,490	
<b>Artrosis rodilla</b>						
Frecuencia	118	21	19	120	61	78
Porcentaje	84,9%	15,1%	13,7%	87,3%	43,9%	56,1%
<i>p</i> -valor	0,000		0,003		0,900	
<b>Artritis reumatoide</b>						
Frecuencia	10	1	3	8	5	6
Porcentaje	90,9%	9,1%	27,3%	72,7%	45,5%	54,5%
<i>p</i> -valor	0,005		1,000		1,000	
<b>LES</b>						
Frecuencia	14	14	10	18	6	22
Porcentaje	50%	50%	35,70%	64,30%	21,40%	78,60%
<i>p</i> -valor	0,710		0,220		0,032	
<b>Fenóm. Raynaud</b>						
Frecuencia	66	42	30	78	47	61
Porcentaje	61,1%	38,9%	27,8%	72,2%	43,5%	56,5%
<i>p</i> -valor	0,001		0,407		1,000	
<b>Fibromialgia</b>						
Frecuencia	21	8	3	26	9	20
Porcentaje	72,4%	27,6%	10,3%	89,7%	31,0%	69,0%
<i>p</i> -valor	0,005		0,300		0,260	
<b>Lumbalgia inflam.</b>						
Frecuencia	25	9	9	25	19	15
Porcentaje	73,5%	26,5%	26,5%	73,5%	55,9%	44,1%
<i>p</i> -valor	0,001		0,895		0,175	
<b>Osteoporosis</b>						
Frecuencia	34	3	4	33	17	20
Porcentaje	91,9%	8,1%	10,8%	89,2%	45,9%	54,1%
<i>p</i> -valor	0,000		0,086		0,848	
<b>Síndrome seco</b>						
Frecuencia	12	2	1	13	6	8
Porcentaje	85,7%	14,3%	7,1%	92,9%	42,9%	57,1%
<i>p</i> -valor	0,005		0,240		1,000	

**(Anexo) Tabla 4. Frecuencia del consumo de alcohol en los enfermos reumáticos**

	todos los días		4-6 veces/semana		1-3 veces/semana		2-3 veces/mes		1 vez/mes o menos		nada último año	
Artrosis manos	14	31,1%	9	20,0%	7	15,6%	6	13,3%	8	17,8%	1	2,2%
Artrosis rodillas	12	19,7%	6	9,8%	16	26,2%	10	16,4%	15	24,6%	2	3,3%
AR	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	80,0%	0	0,0%
LES	1	16,7%	0	0,0%	4	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%
Fenóm. Raynaud	6	12,8%	1	2,1%	7	14,9%	15	31,9%	18	38,3%	0	0,0%
Fibromialgia	0	0,0%	2	22,2%	1	11,1%	2	22,2%	4	44,4%	0	0,0%
Lumbalgia inflam.	2	10,5%	1	5,3%	3	15,8%	4	21,1%	8	42,1%	1	5,3%
Osteoporosis	2	11,8%	1	5,9%	1	5,9%	5	29,4%	7	41,2%	1	5,9%
Sínd. Seco	0	0,0%	0	0,0%	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%	0	0,0%



**(Anexo) Tabla 5. IMC según enfermedad reumática**

IMC							
	<18,5	18,5 - 24,9	25-29,9	30-34,9	35-39,9	40-49,9	>50
<b>Artrosis manos</b>							
Frecuencia	0	17	33	34	9	3	0
Porcentaje		17,70%	34,40%	35,40%	9,40%	3,10%	
<i>p-valor</i>	0,000						
<b>Artrosis rodilla</b>							
Frecuencia	1	16	71	39	9	3	0
Porcentaje	0,70%	11,50%	51,10%	28,10%	6,50%	2,20%	
<i>p-valor</i>	0,000						
<b>Artritis reumatoide</b>							
Frecuencia	0	3	3	5	0	0	0
Porcentaje		27,30%	27,30%	45,50%			
<i>p-valor</i>	0,940						
<b>LES</b>							
Frecuencia	0	9	11	6	1	0	0
Porcentaje		32,10%	39,30%	21,40%	3,60%		
<i>p-valor</i>	0,002						
<b>Fenóm. Raynaud</b>							
Frecuencia	4	34	40	22	7	0	0
Porcentaje	3,80%	31,50%	37%	20,40%	6,50%		
<i>p-valor</i>	0,010						
<b>Fibromialgia</b>							
Frecuencia	1	10	12	4	2	0	0
Porcentaje	3,40%	34,50%	41,40%	13,80%	6,80%		
<i>p-valor</i>	0,357						
<b>Lumbalgia inflam.</b>							
Frecuencia	0	8	13	6	6	1	0
Porcentaje		23,50%	38,20%	17,60%	17,60%	2,90%	
<i>p-valor</i>	0,123						
<b>Osteoporosis</b>							
Frecuencia	0	5	18	11	2	1	0
Porcentaje		13,50%	48,60%	29,70%	5,40%	2,70%	
<i>p-valor</i>	0,970						
<b>Síndrome seco</b>							
Frecuencia	0	5	4	5	0	0	0
Porcentaje		35,70%	28,60%	35,70%			
<i>p-valor</i>	0,991						

**(Anexo) Tabla 6. Enfermedades crónicas concomitantes en cada enfermedad reumática**

	HTA	DM1	DM2	Ác úrico/Gota	Colesterol/ Triglic	Enf cardiaca	Enf digestiva	Enf renal	Alergias	Otra
<b>Artrosis manos</b>										
Frecuencia (n)	43	3	20	8	36	14	9	2	12	15
Porcentaje	44,80%	3,10%	20,80%	8,30%	37,50%	14,60%	9,40%	2,10%	12,50%	15,60%
<b>Artrosis rodillas</b>										
Frecuencia (n)	60	7	21	9	56	18	12	5	22	25
Porcentaje	43,2%	5,0%	15,1%	6,5%	40,3%	12,9%	8,6%	3,6%	15,8%	18,0%
<b>AR</b>										
Frecuencia (n)	5	0	3	0	6	3	1	0	1	2
Porcentaje	45,5%	0	27,3%	0	54,5%	27,3%	9,1%	0	9,1%	18,2%
<b>LES</b>										
Frecuencia (n)	6	0	3	0	10	1	2	0	5	6
Porcentaje	21,4%	0	10,7%	0	35,7%	3,6%	7,1%	0	17,9%	21,4%
<b>Fenóm. Raynaud</b>										
Frecuencia (n)	23	3	5	3	28	7	5	2	22	25
Porcentaje	21,3%	2,8%	4,6%	2,8%	25,9%	6,5%	4,6%	1,9%	20,4%	23,1%
<b>Fibromialgia</b>										
Frecuencia (n)	11	1	2	3	9	1	2	0	5	12
Porcentaje	37,9%	3,4%	6,9%	10,3%	31,0%	3,4%	6,9%	0	17,2%	41,4%
<b>Lumbalgia inflam.</b>										
Frecuencia (n)	9	0	1	2	7	3	2	0	1	10
Porcentaje	26,5%	0	2,9%	5,9%	20,6%	8,8%	5,9%	0	2,9%	29,4%
<b>Osteoporosis</b>										
Frecuencia (n)	17	3	5	0	14	4	1	1	5	5
Porcentaje	45,9%	8,1%	13,5%	0	37,8%	10,8%	2,7%	2,7%	13,5%	13,5%
<b>Sínd. seco</b>										
Frecuencia (n)	6	2	0	0	5	0	0	0	4	2
Porcentaje	42,9%	14,3%	0	0	35,7%	0	0	0	28,6%	14,3%

**(Anexo) Tabla 7. Calidad de vida según enfermedad reumática**

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<b>Artrosis manos</b>					
Frecuencia (n)	2	5	29	38	21
Porcentaje	2,1%	5,2%	30,2%	39,6%	21,9%
<b>Artrosis rodillas</b>					
Frecuencia (n)	2	4	39	62	31
Porcentaje	1,4%	2,9%	28,1%	44,6%	22,3%
<b>AR</b>					
Frecuencia (n)	0	0	4	3	4
Porcentaje	0,0%	0,0%	36,4%	27,3%	36,4%
<b>LES</b>					
Frecuencia (n)	0	1	5	17	5
Porcentaje	0,0%	3,6%	17,9%	60,7%	17,9%
<b>Enf Raynaud</b>					
Frecuencia (n)	3	12	36	41	15
Porcentaje	2,8%	11,1%	33,3%	38,0%	13,9%
<b>Fibromialgia</b>					
Frecuencia (n)	0	0	0	13	15
Porcentaje	0,0%	0,0%	0,0%	44,8%	51,7%
<b>Lumbalgia infl</b>					
Frecuencia (n)	0	0	6	22	5
Porcentaje	0,0%	0,0%	17,6%	64,7%	14,7%
<b>Osteoporosis</b>					
Frecuencia (n)	1	1	7	17	11
Porcentaje	2,7%	2,7%	18,9%	45,9%	29,7%
<b>Sínd seco</b>					
Frecuencia (n)	0	0	4	6	4
Porcentaje	0,0%	0,0%	28,6%	42,9%	28,6%

## **9. ¿QUÉ HE APRENDIDO REALIZANDO EL TFG?**

- Conocer cómo se crea y se completa una base de datos para un estudio científico.
- Manejar una gran base de datos a través de un programa estadístico como el IBM SPSS.
- Analizar las posibles interrelaciones entre variables relevantes.
- Desarrollar un trabajo de investigación, especialmente la parte de metodología con la nomenclatura específica que corresponde; y a redactar una conclusión-discusión sobre el estudio.
- Realizar una correcta bibliografía según las Normas de Vancouver.
- Trabajar en equipo, coordinando esfuerzos y llegando a conclusiones comunes.