

Enfermedades reumáticas y Salud Pública: Artículo de revisión acerca del XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología

Rheumatic diseases and Public Health: A review article about the XXXVIII Mexican Rheumatology Meeting

Jaime Morales Romero*
Laura González López**
Jorge Iván Gámez Nava***
María Luisa Vázquez Villegas****
Pedro Pablo Castro Enriquez*****

Resumen

¿Existe alguna relación entre las enfermedades reumáticas y la Salud Pública? Éstas son más comunes de lo que muchos suponen. Los estudios disponibles indican que más de la mitad de la población se ve afectada por este grupo de enfermedades. Mientras que osteoartritis, reumatismo de tejidos blandos y lumbalgia destacan por su alta prevalencia; artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante originan elevados costos por atención médica, deterioro de la calidad de vida y altas tasas de incapacidad laboral. La Salud Pública estaría interesada en identificar la prevalencia y los factores asociados a estas enfermedades que permitan el mejoramiento de su manejo en beneficio de la población. El objetivo de este trabajo fue hacer una breve revisión de algunos de los estudios epidemiológicos presentados en el reciente Congreso Mexicano de Reumatología y de otros con carácter internacional, sobre aquellas enfermedades reumáticas de importancia para la Salud Pública.

Abstract

What is the relationship between rheumatic diseases with Public Health? Rheumatic diseases are more frequent than many believe. Studies have shown that more than half the population may be affected by these disorders. Although osteoarthritis, soft-tissue rheumatism and low back pain are the most prevalent; rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and ankylosing spondylitis are important because they represent a high burden for the society in terms of costs for health care, impairing functioning, quality of life and producing high rates of work disability. Public Health is required to identify the prevalence figures for these disorders, identify factors related with the improvement in the diagnosis, prognosis and treatment of these diseases. In this paper, our objective was to make a brief review of relevant epidemiologic studies presented at the recent Mexican Congress Rheumatology and to describe some international studies from Mexicans about diseases rheumatic that are considered with relevance for Public Health.

* Doctor en Ciencias de la Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. jaimemrom@gmail.com.

** Doctora en Ciencias. Medicina Interna-Reumatología. Hospital General Regional 110. Instituto Mexicano del Seguro Social. dralauragonzalez@prodigy.net.mx.

*** Doctor en Ciencias. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. drivangamez@prodigy.net.mx.

**** Maestra en Ciencias de la Salud Pública. Alumna del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública. ma_luisavazquez@hotmail.com.

***** Candidato a obtener el grado de licenciatura como Químico Farmacéutico Biólogo. Asistente de Investigación. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. ppce.20@gmail.com.

» **Palabras clave:** Enfermedades reumáticas, artritis reumatoide, Salud Pública.

» **Keywords:** Rheumatic diseases, rheumatoid arthritis, Health Public.

Introducción

Del 17 al 22 de febrero del 2010, se llevó a cabo en la bella ciudad de Morelia, Michoacán: el XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología. Evento científico y cultural organizado por el Colegio Mexicano de Reumatología al que anualmente concurren diversos profesionales de la salud interesados en difundir resultados derivados de la investigación clínica y básica en el campo de la reumatología; así como en la actualidad de las enfermedades reumáticas. Constantemente y ahora cada vez con mayor frecuencia, se incluyeron interesantes trabajos de índole epidemiológica, muchos dirigidos hacia la salud de la población.

Como cada año, concentró a investigadores de todas las instituciones del Sector Salud y de las principales universidades del país. En esta ocasión, se presentaron 16 ponencias en sesiones plenarias; 54 en sesiones simultáneas y 168 trabajos en la modalidad de cartel. Además se llevaron a cabo cursos pre-congreso, simposios, talleres, conferencias magistrales y culturales, el Encuentro Nacional de Asociaciones de Pacientes Reumáticos y la Asamblea General de Asociados.

Para participar en este congreso se envió en forma electrónica un resumen estructurado no mayor a 250 palabras, que revisaron expertos en la materia designados por el Comité Organizador. Como el trabajo fue aceptado, el investigador recibió una carta de aceptación con indicaciones precisas sobre fecha y hora de su presentación. Cabe mencionar que no se requiere ser especialista en reumatología para participar y múltiples profesionales de la salud como los epidemiólogos y sanitaristas son invitados. En forma tradicional, los resúmenes de los trabajos presentados en el Congreso se publican año con año en un suplemento especial de la revista Reumatología Clínica (Reumatol Clin.), Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Reumatología y de la Sociedad Española de Reumatología. Ésta se encuentra indizada y dispo-

nible en www.reumatologiaclinica.org, donde se permite la visualización de textos completos en forma gratuita.

El Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana participó en las ediciones 2008 y 2010 del Congreso como resultado de colaboraciones con investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, particularmente de hospitales de Jalisco y de la Universidad de Guadalajara. En este contexto, investigadores del ISP presentaron en 2008 dos ponencias, una de ellas en sesión plenaria sobre los costos indirectos originados por la incapacidad e invalidez en pacientes con espondilitis anquilosante;¹ y otra en cartel, acerca de la calidad de vida que suelen tener las personas afectadas también por esta enfermedad.²

Para la edición 2010 el ISP presentó, en sesión simultánea, un estudio que describe la relación que existe entre la depresión del paciente con artritis reumatoide y la suspensión de su tratamiento farmacológico.³ Esto es muy importante para el pronóstico de la capacidad funcional del paciente, pues la suspensión del tratamiento lleva a exacerbaciones de la enfermedad que deterioran la calidad de vida en forma muy significativa, así como, comprometen la respuesta terapéutica. Los otros dos trabajos en los que el ISP participó abordaron dos importantes problemas de Salud Pública: la invalidez laboral debido a enfermedades reumáticas⁴ y la infección del virus del papiloma humano en mujeres con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico.⁵

Hoy día, existen muchos problemas de salud que por su magnitud o trascendencia adquieren gran relevancia para la Salud Pública. Diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y síndrome metabólico son algunos ejemplos. Sin embargo, existe un conjunto de enfermedades que tienen en común la afectación del sistema músculo-esquelético y de las cuales pocas veces se mencionan entre los profesionales de la salud. Si alguna vez hemos escuchado hablar de ellas, quizá solemos pensar en enfermedades raras que poco o nada afectan nuestra vida cotidiana o que son privativas de personas longevas. Así, la reumatología estudia un conjunto de enfermedades que, como veremos más adelante, impactan negativamente a grandes grupos de población. Dado que

el objetivo de la Salud Pública es mejorar la salud de las poblaciones, entonces nos tendríamos que preguntar si algunas de las enfermedades reumáticas deberían ser consideradas como posibles problemas de salud poblacional. Por lo tanto, en este documento nos hemos planteado revisar algunos de los trabajos de investigación presentados en el pasado Congreso Mexicano de Reumatología y otros, de índole internacional, que son de interés para la Salud Pública.

Prevalencia de las enfermedades reumáticas

Las enfermedades reumáticas son más frecuentes de lo que algunos suponen. Peláez-Ballestas et al presentaron una descripción de la epidemiología de las enfermedades reumáticas en tres comunidades conurbanas de la Ciudad de México. El estudio reveló que 43% de la población presenta síntomas musculoesqueléticos, de los cuales destacan la osteoartritis (12.8%) y la lumbalgia (11.9%).⁶ Estos datos son similares a los de Rodríguez-Amado et al quienes encontraron que 47.8% de la población de áreas rurales y urbanas del estado de Nuevo León presentan algún problema reumatológico.⁷ Una prevalencia menor fue reportada en el estado de Yucatán por Álvarez-Nemegyei et al quienes encontraron padecimientos musculoesqueléticos en 23.6% de la población yucateca.⁸

Al grave impacto de las enfermedades reumáticas se le añade el de otros problemas comunes en nuestro país como, por ejemplo, la obesidad, que en México adquiere niveles epidémicos. Espinosa et al observaron una prevalencia alta de exceso de peso (obesidad y sobrepeso) en sujetos con osteoartritis de rodilla lo cual empeora el cuadro clínico generando mayor dolor y deterioro funcional.⁹ Por otro lado, el síndrome metabólico, cuya importancia es clara como factor de riesgo cardiovascular, es altamente prevalente en algunas enfermedades reumáticas autoinmunes según diversos estudios, ya que se ha encontrado en 35% de los pacientes con espondilitis anquilosante (Hernández et al)¹⁰ y 36.2% de los pacientes con síndrome antifosfolípido primario (Medina et al).¹¹ Las enfermedades reumáticas, por otro lado, no son exclusivas de los adultos. Entre las entidades que afectan desde la infancia destacan: la

artritis reumatoide juvenil y las espondiloartropatías juveniles; ambas se presentan en edades tempranas que de no tratarse a tiempo, tienen repercusiones muy severas como deformidades articulares, incapacidad funcional y diversos grados de invalidez con deterioro en la calidad de vida y de su desempeño dentro de la sociedad que continúan hasta la edad adulta.

A continuación, se describen tres enfermedades que en los últimos años han llamado la atención de los profesionales de la salud por su magnitud y trascendencia en nuestra población. Nos referimos a la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante. Si bien, estas enfermedades no son las únicas del campo de la reumatología, son quizá fundamentales para ser tomadas en cuenta por la Salud Pública.

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide es la enfermedad reumática que tal vez tenga mayor relación con la Salud Pública por el deterioro funcional que produce y su efecto altamente incapacitante (Morales-Romero et al).¹² Se trata de una enfermedad crónica, inflamatoria, de naturaleza autoinmune y de origen desconocido que afecta principalmente las articulaciones diartrodiales pero no se limita a ellas; también produce manifestaciones en el nivel extra-articular: nódulos subcutáneos, queratoconjuntivitis, síndrome de Sjögren, fibrosis pulmonar, pericarditis, pleuritis, vasculitis, etc. (Turesson et al).¹³ Se caracteriza principalmente por producir severas deformaciones en las articulaciones de las extremidades, principalmente manos y pies, desarrollándose erosión ósea, atrofia muscular y rupturas tendinosas.¹⁴ Su prevalencia es relativamente baja si se le compara con otras enfermedades de este tipo. Por ejemplo, un estudio realizado en la ciudad de México señala una prevalencia de 0.3% (Cardiel y Rojas-Serrano);¹⁵ aunque en el nivel mundial, según una revisión realizada por Sangha, la prevalencia llega hasta 1%.¹⁶ Llama la atención un estudio más reciente que encontró una prevalencia de artritis reumatoide de 4.7% en población adulta de una localidad rural de Yucatán (Álvarez-Nemegyei et al),¹⁷ lo que nos parece indicar que la frecuencia de la enfermedad varía de acuerdo con la región. También, la prevalencia es

mayor en personas del sexo femenino a razón de 3.5 a 1¹⁷ y los estudios disponibles no son concluyentes en cuanto a la explicación de esta diferencia.¹⁶ Los sujetos suelen vivir varios años con la enfermedad ya que la edad promedio de presentación es a los 45 años.

Respecto de la mortalidad, ésta es más alta en sujetos con artritis reumatoide que en la población general,¹⁸ con un incremento del riesgo después de los diez años de haber iniciado.¹⁹ Según Gabriel SE tanto la comorbilidad (presencia de enfermedades agregadas a la reumática primaria), como un inadecuado manejo preventivo, inflamación crónica en el nivel sistémico y la mala función del sistema inmune parecen explicar por qué las personas con artritis reumatoide mueren prematuramente.²⁰

El diagnóstico de las enfermedades reumáticas no es sencillo y explica porqué las figuras de prevalencia están subestimadas en el primer nivel de atención, al requerirse que el médico identifique signos y síntomas apoyados por pruebas serológicas (factor reumatoide) y exámenes radiológicos. El Colegio Americano de Reumatología^a ha establecido que para realizar el diagnóstico de artritis reumatoide se deben identificar al menos cuatro de siete criterios posibles²¹ que en conjunto son: 1) Rigidez matutina de más de una hora de duración; 2) Presencia de artritis en tres o más articulaciones; 3) Artritis de predominio en las manos; 4) Artritis simétrica; 5) Presencia de nódulos subcutáneos (también conocidos como nódulos reumatoides o reumatoideos); 6) Factor reumatoide sérico positivo; y 7) Cambios observados en los exámenes radiográficos.

El factor reumatoide consiste en un tipo de inmunoglobulina (usualmente IgM) dirigida contra la fracción cristalizante de otra inmunoglobulina (IgG). Debido a que tiene actividad anti-IgG es considerado un autoanticuerpo.^{14, 22} Aunque en conjunto con otras variables clínicas apoya el diagnóstico de artritis reumatoide, su presencia no confirma la enfermedad, pero su ausencia tampoco la descarta.²² Cuando está presente, a la artritis reumatoide se le conoce como seropositiva. Nuestro equipo de trabajo ha mostrado

en diversas series que el factor reumatoide está presente en 80 a 88% de los pacientes mexicanos con esta entidad. Se ha comprobado que la presencia del factor reumatoide es un predictor de mal pronóstico ya que estos pacientes presentarán cuadros más agresivos de enfermedad erosiva,²³ mayor riesgo de manifestaciones extra-articulares²⁴ y un incremento en la mortalidad prematura.²⁵

El cuadro clínico comprende una gran diversidad de signos y síntomas que el médico tratante debe consignar, de los cuales la rigidez, el dolor y la inflamación articular son los que el paciente reporta con mayor frecuencia. Si la enfermedad se deja evolucionar sin un tratamiento específico se produce deformidad articular permanente. Aquí reside el origen de su efecto incapacitante, pues una vez que se produce la anquilosis de la articulación o las deformaciones, éstas no son reversibles; lo que limita o impide que el paciente realice sus actividades cotidianas, desde vestirse o alimentarse hasta ejecutar actividades laborales. Dificultad para mantener relaciones sexuales con su pareja y depresión^{3, 26} son otros elementos muy frecuentes en este tipo de pacientes.

Lupus eritematoso sistémico

Como su nombre lo dice, se trata de una enfermedad sistémica, crónica, autoinmune, de origen multifactorial que se caracteriza por la afectación de piel, aparato locomotor y múltiples órganos.²⁷ Es muy común que en esta entidad se formen varios tipos de autoanticuerpos, particularmente los anticuerpos antinucleares.²² Astenia, fiebre, anorexia y pérdida de peso son datos de actividad de la enfermedad.²⁷ Otras manifestaciones son: nefropatía, artritis, manifestaciones cutáneas, tendinitis, osteonecrosis, alteraciones neuropsiquiátricas, hematológicas, serositis, manifestaciones pulmonares y cardiovasculares, etc.²⁷⁻²⁹ Las manifestaciones cutáneas suelen ser muy frecuentes, de las cuales destacan el eritema malar, lesiones eritematosas, fotosensibilidad, telangiectasias, úlceras y alopecia, entre otras.²⁷⁻²⁹

».....

^a Puede consultar la página web del Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) en: <http://www.rheumatology.org>.

Su prevalencia varía dependiendo la región y el método de consignarla. Estudios realizados en Estados Unidos señalan que la prevalencia de lupus oscila entre 53.6 hasta 124 casos por cada 100,000 habitantes.^{30, 31} Al igual que en la artritis reumatoide, se trata de una enfermedad que predomina en el sexo femenino a razón de 6 a 1,^{28, 29} llegando hasta 10 a 1²⁷ y se presenta a una edad relativamente temprana, entre los 17 y 35 años.²⁷

La mortalidad por esta enfermedad es característicamente más alta que en la población general,³² aunque gracias a los avances en el diagnóstico y el tratamiento se ha incrementado la tasa de supervivencia.³³ Varios son los aspectos importantes para la Salud Pública en esta enfermedad que incluyen elevada frecuencia de comorbilidad como hipertensión arterial (30%), síndrome metabólico y depresión; además, a pesar de la mejoría de la supervivencia, las tasas de mortalidad continúan siendo altas a mediano y largo plazo por complicaciones cardiovasculares.

Esto se agrava cuando muchos de los pacientes tienen un importante retraso en el diagnóstico, lo cual ha sido demostrado en estudios internacionales en los que han participado, en algunos de ellos, investigadores mexicanos. En éstos se muestra una importante frecuencia de imprecisión diagnóstica en el primer nivel de atención por lo que mayores esfuerzos deberán hacerse para entrenar al médico de primer contacto en la identificación de estas enfermedades. Además, una alta proporción de pacientes con esta enfermedad buscan en la medicina alternativa la solución a sus síntomas, lo que ocasiona abandonos del tratamiento formal llevando a la exacerbación de la enfermedad y a poner en peligro la función de sus órganos y disminuir su supervivencia.

Espndilitis anquilosante

La espondilitis anquilosante es una enfermedad en cuya etimología del nombre denota su principal característica: "anquilosis vertebral".³⁴ Su etiología es multifactorial.³⁴ Se trata de una enfermedad inflamatoria, crónica que afecta columna vertebral, tórax y pelvis.³⁴ También produce artritis periférica, entesitis y manifestaciones extra-articulares tales como uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal.³⁵ Se le

ha asociado con el antígeno HLA-B27.^{35, 36} En estudios mexicanos la frecuencia de HLA-B27 está presente entre 82 y 88%. A diferencia de la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, es una enfermedad que afecta principalmente al sexo masculino a razón de 3 a 4 veces³⁷ y suele presentarse antes de los 40 años de edad.³⁸ Su prevalencia es alrededor de 0.86% de la población.³⁶

Dentro del cuadro clínico llama la atención el dolor intenso en los glúteos o en la parte baja de la espalda acompañado de rigidez articular. La sacroilitis es su principal manifestación que suele ser bilateral y simétrica. También se caracteriza por ser altamente incapacitante.¹² La elevada frecuencia de lumbalgia en la población general hace que se deba sospechar espondilitis anquilosante en todo paciente con lumbalgia inflamatoria. Un diagnóstico inapropiado lleva a retardo en el inicio del tratamiento y a secuelas, algunas veces permanentes, lo que afecta la calidad de vida, la funcionalidad, así como el desempeño laboral y social.

Esta entidad constituye una elevada carga para el Sistema de Salud dados los costos directos erogados por tratamientos (medicamentos, rehabilitación y, en caso de requerirse, prótesis articulares); o costos indirectos por las incapacidades laborales que genera llevando a invalidez permanente.

Impacto en la Salud Pública

Resulta interesante observar cómo las enfermedades reumáticas en general son más frecuentes que otras patologías mejor conocidas por la población. Al ser el dolor la principal manifestación inicial, es posible que el individuo afectado recurra a la automedicación de analgésicos o antiinflamatorios de uso común, antes de solicitar atención médica especializada. El panorama se complica si el médico de primer contacto no hace un adecuado diagnóstico o no refiere al especialista indicado. El retraso en el inicio del tratamiento empobrece el pronóstico funcional del paciente. De esta manera se generan altas tasas de incapacidad temporal e invalidez; altos costos por atención médica; costos elevados por productividad perdida; deterioro de la calidad de vida y muerte prematura.

Por lo anterior, la Salud Pública debería voltear hacia el campo de la reumatología y considerar algunas de sus enfermedades como problemas colectivos que afectan no sólo al paciente y a su familia, sino a la sociedad en su conjunto. Ejemplo de ello, un estudio realizado en el servicio de reumatología de un hospital de segundo nivel en Guadalajara, Jalisco, encontró que las tres enfermedades reumáticas que mayor demanda de consulta le generan al Instituto Mexicano del Seguro Social son en orden de frecuencia: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante (Morales-Romero et al).³⁹ En el mismo trabajo, se encontró que las enfermedades reumáticas atendidas originaron 5790 consultas en un año, de las cuales 47.1% correspondió a artritis reumatoide, 12.7% a lupus eritematoso sistémico y 4.9% a espondilitis anquilosante.

El resto de las consultas (35.3%) se generaron por otras causas como diferentes tipos de artritis: gota; otras espondiloartropatías; reumatismo palindrómico y artritis reumatoide juvenil; artrosis; osteoporosis; esclerosis sistémica progresiva; vasculitis; lumbalgia; dermatopolimiositis; síndrome de atrapamiento nervioso periférico; síndrome antifosfolípido primario; reumatismo de tejidos blandos; fibromialgia, etc. En general, todas las enfermedades reumáticas originaron la pérdida de 2979 días laborables,³⁹ lo que si multiplicáramos por el pago de la incapacidad correspondiente nos daría una idea aproximada de cuánto se eroga por concepto del pago de incapacidades. Esto no considera aquellos casos en el que el paciente tiene más de un trabajo o empleo remunerado y que, por lo tanto, el impacto de la incapacidad laboral en términos económicos sería mayor.

Una característica que impacta negativamente a los servicios de salud es la frecuencia con la que ocurre la incapacidad laboral. En un estudio de cohorte retrospectiva realizado en pacientes de un hospital de segundo nivel de atención en Guadalajara, Jalisco, se encontró una incidencia acumulada anual similar entre trabajadores con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante (42 y 40%, respectivamente). En otras palabras, de cada 10 pacientes con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante, 4 se incapacitarán en el transcurso de un año. En ambas enfermedades, más de 30% de las incapacidades otorgadas fueron

prolongadas; es decir, comprendieron un periodo mayor a los 28 días laborables (Morales-Romero et al).¹² La incidencia de incapacidad laboral detectada en Guadalajara concuerda con algunos de los estudios publicados en el mundo, los cuales, en su mayoría fueron realizados en países europeos.^{40,41} Es común que la incidencia reportada en estos países varíe en magnitud dependiendo del tiempo de seguimiento del estudio en cuestión; pero, sobre todo, por la forma como los servicios de salud definen el término "incapacidad". Por ello es importante hacer estudios locales, pues la información generada en estos países desarrollados no necesariamente es extrapolable al nuestro.

Otro aspecto importante a destacar es la edad de los solicitantes de atención médica reumatológica. Es común que se consideren estas enfermedades como propias de los grupos más longevos; sin embargo, los datos disponibles señalan que es posible encontrar pacientes afectados en edades más tempranas. Se ha identificado que el grupo de edad que más solicita atención reumatológica es el de 30 a 59 años (77.3%); seguido por los grupos de mayores de 60 años (17.5%); de 15 a 29 años (4.3%) y de 1 a 14 años (0.9%). Como observamos, 82.5% de los asistentes a reumatología tienen menos de 60 años de edad³⁹ y de éstos la mayoría desarrolla alguna actividad productiva.

Un problema no menos relevante es la alta demanda de recursos para la atención de las enfermedades reumáticas. De una base de datos obtenida de un servicio de reumatología en un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, observamos que tan sólo en artritis reumatoide se prescriben un promedio de siete medicamentos diferentes por cada paciente, los cuales incluyen tanto los fármacos utilizados para tratar la enfermedad como algunos estados comórbidos: hiperlipidemias, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, depresión o gastropatía medicamentosa.

Las infecciones también son frecuentes en este tipo de pacientes. Sevilla-Godínez et al encontraron que la prevalencia de infecciones es alta en artritis reumatoide (que va de 23 a 45%) y en lupus eritematoso sistémico (30 a 54%).⁴² Aunado al arsenal de fármacos empleados debemos considerar el uso

de antibióticos para tratar las infecciones asociadas, de las cuales las más frecuentes son las infecciones de vías respiratorias y las infecciones de vías urinarias.⁴²

Además de la polifarmacia utilizada,^b existe una alta demanda de recursos de atención por exámenes de laboratorio;^c estudios de gabinete; hospitalizaciones; tratamientos no farmacológicos como rehabilitación física, terapia psicológica y tratamiento ortopédico (incluyendo, en caso de requerirse, el uso de ortesis o prótesis articulares). Especial mención merecen las hospitalizaciones en los servicios médicos de reumatología que suelen ser prolongadas (>5 días). Morales-Romero et al encontraron que hasta 46% de los pacientes hospitalizados tienen estancia prolongada; siendo las infecciones uno de los factores de riesgo más importantes para ello (OR=5.7, IC 95%: 1.3 a 25.3).⁴³ De aquí se deriva que una gran proporción de recursos económicos en salud son erogados para el tratamiento de estas enfermedades, representando una carga sustancial para el sector salud y para la sociedad.

Aparte de los costos directos originados por atención médica, también se generan elevados costos indirectos por productividad perdida. Por ejemplo, un estudio de cohorte prospectiva de un año de seguimiento realizado en pacientes de Guadalajara encontró que en aquellos con espondilitis anquilosante el costo promedio por día de incapacidad fue de \$211.00 (pesos mexicanos), erogando por cada paciente incapacitado \$15608.00 (pesos mexicanos) (Morales-Romero et al).¹

No todos los pacientes con artritis reumatoide tienen la misma evolución o curso clínico. Recientemente, un estudio encontró que el tipo de grupo étnico estaría

».....

b Se le llama polifarmacia al conjunto de fármacos o medicamentos que el paciente recibe. Dentro de éstos existe un grupo que se indica para inducir la remisión de la actividad de la enfermedad reumática a los que se les ha llamado en su conjunto Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad e incluyen: metotrexate, cloroquina, sulfasalazina, azatioprina, D-penicilamina, etc. Recientemente, se han desarrollado nuevas terapias de índole biológica como etanercept e infliximab que modulan algunos elementos de la respuesta inmune.

c Algunos de estos incluyen: medición de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular); biometría hemática completa; química sanguínea; pruebas de funcionamiento hepático; análisis citológico y citoquímico de líquido sinovial; cultivos, etcétera.

relacionado con la actividad de la artritis reumatoide temprana o indiferenciada y con la edad de presentación.⁴⁴ De acuerdo con el estudio, la población mexicana (compuesta en su mayoría por mestizaje) tendría un riesgo incrementado de presentar artritis reumatoide a edad más temprana y mayor actividad clínica de la enfermedad en comparación con la población caucásica canadiense. La evidencia disponible aún no es concluyente, y se explicaría, en parte, por la presencia de ciertos marcadores moleculares.⁴⁴

Los retardos en el diagnóstico, en la referencia al reumatólogo y en el tratamiento adecuado favorecen una mala evolución de la enfermedad. Por ejemplo, información generada en estudios nacionales ha demostrado que diferir el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide es un factor importante asociado a la invalidez laboral futura del paciente (Morales-Romero et al).⁴⁵ Este estudio, hasta donde sabemos, fue el primero en nuestro país en buscar posibles factores de riesgo para incapacidad laboral permanente en mexicanos con artritis reumatoide.^{4, 45} Al respecto, como Yelin resalta al citarlo, le llama la atención como factores de riesgo para incapacidad laboral permanente en población mexicana y que coinciden con resultados de estudios realizados en naciones desarrolladas.^{46]}

Qué hacer desde la perspectiva de la Salud Pública

En líneas previas se hizo una breve revisión de varios trabajos de investigación, mexicanos y extranjeros, muchos de los cuales fueron presentados en anteriores reuniones del Colegio Mexicano de Reumatología. Con esto se aproximó al lector a un campo poco considerado por los sanitaristas. El hecho es que las enfermedades reumáticas casi no son mencionadas como potenciales problemas de Salud Pública, por lo que tenemos varias consideraciones que destacaremos.

Primero, es evidente que al no existir un sistema de vigilancia epidemiológica ex profeso para este tipo de enfermedades, no conocemos realmente su patrón de ocurrencia (prevalencia, incidencia acumulada, densidad de incidencia, tasas de sobrevida, letalidad, etc.) De hecho, no están consideradas como de notificación obligatoria por la Norma Oficial Mexicana 017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica.

Esto abre un área de oportunidad de sumo interés para el profesional de la Salud Pública, al trabajar en colaboración con especialistas del área de reumatología en la realización de un cuestionario que sirva como prueba de tamizaje, y posterior encuesta nacional que detecte manifestaciones y enfermedades de este tipo.

Segundo, en el contexto del médico de primer contacto (médico general, médico familiar, etc.), sin el entrenamiento adecuado, éstas no son patologías fáciles de identificar, lo cual explica por qué suelen pasar desapercibidas en unidades médicas de primer nivel o son confundidas con otras de índole distinta. Por ejemplo, al enviar pacientes con enfermedades reumáticas al especialista, un estudio encontró baja concordancia entre los diagnósticos realizados por el médico de primer contacto y el médico reumatólogo (considerado este último como el estándar de oro).⁴⁷ Aquí, otra ventana de oportunidad para la Salud Pública consiste en diseñar programas de educación dirigidos al médico de primer contacto y a la población para que conozcan estas enfermedades y las identifiquen en forma oportuna.

Tercero, por lo que probablemente estas enfermedades deben tomarse en cuenta con mayor énfasis en la Salud Pública por su naturaleza altamente incapacitante. A favor de este punto, llama la atención que dentro de las principales causas de pensión por invalidez reportadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la enfermedad articular degenerativa, que incluye a las dorsopatías y artropatías ocupa el primer lugar desde 1997, como causa de invalidez por enfermedades no ocupacionales, por encima incluso de la diabetes, el cáncer y otras más.^d

¿Qué podemos hacer para disminuir su propiedad altamente incapacitante? Esto es difícil de contestar de manera general; pero, en síntesis, existe consenso de que un diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de cualquier enfermedad reumática mejoran significativamente el pronóstico funcional, la calidad de vida y se reducen los costos asociados. Los sanitaristas

».....

^d Esta información puede ser consultada en Internet, en la página del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la siguiente dirección: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/2E87C3CF-81BF-476A-8599-3EFAB008B73A/0/X.pdf>.

tienen mucho que ofrecer a los especialistas en reumatología, en cuanto a la realización de un diagnóstico de salud nacional sobre enfermedades reumáticas y la puesta en marcha de proyectos de intervención para mejorar la prevención primaria (promoción de la salud y protección específica), secundaria y terciaria dentro de la historia natural de las enfermedades reumáticas. Mejorar la comunicación médico-paciente; vigilar el apego al tratamiento; controlar la comorbilidad y procurar un manejo integral de la enfermedad entre los diferentes profesionales de la salud son sólo algunas de las condiciones requeridas para modificar el panorama, generalmente sombrío, de las enfermedades reumáticas.

Los epidemiólogos también juegan un importante papel en el estudio de las enfermedades reumáticas al requerirse más y mejores estudios de tipo epidemiológico, que avancen en la búsqueda de los patrones de ocurrencia y de aquellos factores de riesgo que se asocian a muchos de los escenarios anteriormente mencionados. Incidencia y prevalencia de padecimientos reumáticos en nuestro país; mortalidad y sobrevida; así como predictores del deterioro funcional, del apego al tratamiento, del curso clínico de la enfermedad y de la invalidez laboral, entre otros, son algunas de las líneas de investigación que el epidemiólogo, junto con el reumatólogo, pueden desarrollar.

Todo lo anterior estaría incompleto si no se incluyera la participación del sujeto afectado quien juega un papel más importante de lo que el médico supone. El empoderamiento de la persona en su salud resulta ser una excelente estrategia para enfrentar la enfermedad reumática. La experiencia del padecimiento del sujeto es una fuente muy importante de información que el médico debería considerar. Por otro lado, el acceso del paciente, no sólo a los servicios de salud, sino a los medios de información, constituye un área de oportunidad que debe fomentarse.

La comunicación de experiencias ha propiciado que durante los últimos años se constituyan grupos de ayuda mutua de sujetos con padecimientos reumáticos, que ha derivado en la creación de asociaciones civiles que orientan y ayudan a quien lo solicite, brindando herramientas y conocimientos que les permita enfrentar mejor la enfermedad que

padecen. En México, afortunadamente, cada vez son más las asociaciones de pacientes con enfermedades reumáticas distribuidas a lo largo de nuestro país.^{e, f}

En conclusión, señalamos cuatro aspectos muy importantes por lo que algunas enfermedades reumáticas deberían ser de interés para la Salud Pública: 1) Consumen una gran cantidad de recursos que generan altos costos directos e indirectos por concepto de atención médica y productividad perdida. 2) Son generadoras de altas tasas de incapacidad laboral e invalidez por lo que disminuyen los años de vida saludables. 3) Afectan significativamente la calidad de vida, no sólo del sujeto afectado sino también de su familia. 4) Al producir muerte prematura incrementan los años de vida potencialmente perdidos.

En particular, cabe mencionar que el Colegio Mexicano de Reumatología ha hecho importantes esfuerzos para que nuestras autoridades gubernamentales y sanitarias reconozcan la artritis reumatoide como un problema de Salud Pública. Sería un estupendo logro que marcaría el inicio de un marco normativo

».....

e En Aguascalientes: la Asociación Lupus Aguascalientes (ALA). En Chihuahua: Grupo Salvador de Lupus Eritematoso Sistémico, AC. En Coahuila: Asociación de Pacientes con Lupus, AC y Asociación de Lupus de Torreón, AC. En el Distrito Federal: El Rostro de la Mariposa, AC; Asociación de Lupus del Distrito Federal; Asociación de Pacientes Reumáticos de México AC; Lucha contra la Esclerodermia AC (AMES). En el Estado de México: Grupo Amigos con Lupus, AC.; Asociación de Lupus de Toluca; Asociación de Apoyo a Niños y Adolescentes con Enfermedades Reumáticas AC; Asociación Mexicana de Pacientes con Artritis Reumatoide. En Guanajuato: Asociación de pacientes con Artritis Reumatoide APAR; Asociación, Guanajuato Capital. En Jalisco: Fundación Mexicana de Lupus, AC; Club de Lupus Centro Médico de Occidente IMSS; Una Sonrisa al Dolor, AC; Mexsinder. En Nuevo León: Lupus Nuevo León Mariposa Roja, AC; ANER. En San Luis Potosí: Lupus Potosino, AC (LUPAC). En Puebla: Fundación Lupus, para mejorar una vida AC; Asociación Mexicana de Reumáticos, AC; Fundación ProPaciente Reumático, AC; FUPPRE AC. En Sinaloa: Asociación Sinaloense de Pacientes con Lupus, AC (ASPALUPUS). En Veracruz: Federación Mexicana de Autoayuda de Enfermos de Lupus, Orizaba, AC (FEMELO). En Chiapas: Asociación de Pacientes Reumáticos del Estado de Chiapas, AC.

f Más información sobre estas asociaciones mexicanas, así como sus datos para contactarlas están disponibles en la página web del Colegio Mexicano de Reumatología, en la sección Pacientes, en la siguiente dirección: <http://pacientes.colmexreuma.org.mx>.

tendiente a regular la detección, la prevención y el control de este tipo de enfermedades en México. Esperemos que estos esfuerzos cristalicen en beneficio de los miles de pacientes con esta enfermedad.^g

Agradecimientos

Se agradece a la dirección del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y al Colegio Mexicano de Reumatología el apoyo otorgado para la asistencia al XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología.

Referencias bibliográficas

1. Morales-Romero J, Villa-Manzano R, Celis A, Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L. Incapacidad e invalidez para el trabajo en espondilitis anquilosante: Parte II, costo estimado en días laborales perdidos [resumen]. *Reumatol Clin*. 2008;4(Supl.1):5-6.
2. Sánchez-Hernández JD, Gonzalez-Lopez L, Martínez-Ramírez J, Morales Romero J, Gamez-Nava JI. Factores asociados a la calidad de vida en espondilitis anquilosante [resumen]. *Reumatol Clin*. 2008;4(Supl.1):37.
3. Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Celis A, Gamez-Nava JI. Suspensión de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) y síntomas de depresión en artritis reumatoide [resumen]. *Reumatol Clin*. 2010;6(Supl.1):9.

».....

g Al inicio de este documento de revisión, se describió a manera de reseña la última edición del Congreso Mexicano de Reumatología y la participación del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana en el mismo. En realidad, esto sólo ha sido el hilo conductor para argumentar sobre la importancia que tendría para la Salud Pública algunas enfermedades reumáticas. Vale la pena mencionar que el próximo evento del Colegio Mexicano de Reumatología tendrá lugar en Cancún, Quintana Roo, en febrero de 2011, donde se celebrará simultáneamente con el Segundo Congreso Mexicano Canadiense de Reumatología. Ambos eventos representan una valiosa oportunidad para conocer más de estas enfermedades y debatir interesantes trabajos de investigación donde todos los profesionales de la salud tienen cita y, por supuesto, los sanitaristas incluidos.

4. Vázquez-Villegas ML, Cabrera-Pivaral CE, Gonzalez-Lopez L, Celis A, Morales-Romero J, Miranda JM, et al. Factores de riesgo de invalidez laboral en enfermedades reumáticas inflamatorias autoinmunes: una revisión sistemática. *Reumatol Clin.* 2010;6 (Supl.1):10-1.
5. Rojo-Contreras EW, Gonzalez-Lopez L, Olivas-Flores E, Montoya-Fuentes H, Trujillo-Hernández B, Trujillo X, et al. Cambios citológicos e infección por virus del papiloma humano cervical en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso generalizado [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):20-1.
6. Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Flores-Camacho R, Navarro-Zarza E, Rivas L, Álvarez-Hernández E, et al. Epidemiología de enfermedades reumáticas en tres comunidades conurbanas de la Ciudad de México: estudio de base comunitaria [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):25-6.
7. Rodríguez-Amado J, Peláez-Ballestas I, Sanin L, Esquivel-Valerio J, Pérez-Barbosa L, Riega-Torres J, et al. Prevalencia de enfermedades reumáticas. Estudio de base regional [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):27.
8. Álvarez-Nemegyei J, Angulo-Ramírez AV, Sanin LH, Espinosa-Cuervo G, Goycochea-Robles MV, Cardiel-Ríos MH, et al. Estudio de prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas en el estado de Yucatán con la metodología COPCORD [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):82.
9. Espinosa R, Escalante P, Rosas R, Peña A, Ibañez D, Pineda C. Impacto de la "globesidad" en la osteoartritis (OA) de rodillas en una población mexicana [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):30.
10. Hernández E, Bernard A, Benítez A, Cerpa S, Martínez G, Gutiérrez S, et al. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con espondilitis anquilosante [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):22.
11. Medina G, Gutiérrez-Moreno AL, Vera-Lastra O, Saavedra-Salinas MA, Jara LJ. Síndrome metabólico en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario (SAFP) [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010; 6(Supl.1):19.
12. Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Garcia-Gonzalez A, Lopez-Olivo MA, Villa-Manzano AI, Rosales-Cervantes MC, et al. Motivos y frecuencia de incapacidad laboral en pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA) [resumen]. *Rev Mex Reumatol.* 2004;19(1):21.
13. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, Gabriel SE, Matteson EL. Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(8):722-7.
14. González-García T. Clínica de la artritis reumatoide. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 264-76.
15. Cardiel MH, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20(5):617-24.
16. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology (Oxford).* 2000;39 (Suppl 2):3-12.
17. Alvarez-Nemegyei J, Nuno-Gutierrez BL, Alcocer-Sanchez JA. Rheumatic diseases and labor disability in adult rural population. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005;43(4):287-92. Español.
18. Gonzalez A, Maradit Kremers H, Crowson CS, Nicola PJ, Davis JM 3rd, Thernau TM, et al. The widening mortality gap between rheumatoid arthritis patients and the general population. *Arthritis Rheum.* 2007;56(11):3583-7.
19. Radovits BJ, Fransen J, Al Shamma S, Eijsbouts AM, van Riel PL, Laan RF. Excess mortality emerges after 10 years in an inception cohort of early rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(3):362-70.
20. Gabriel SE. Why do people with rheumatoid arthritis still die prematurely? *Ann Rheum Dis.* 2008;67 (Suppl 3):iii30-4.
21. Jacobsson LT, Knowler WC, Pillemer S, Hanson RL, Pettitt DJ, McCance DR, et al. A cross-sectional and longitudinal comparison of the Rome criteria for active rheumatoid arthritis (equivalent to the American College of Rheumatology 1958 criteria) and the American College of Rheumatology 1987 criteria for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1994;37(10):1479-86.
22. López-Longo FJ, González-Fernández CM. Autoanticuerpos. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 126-36.
23. Goronzy JJ, Matteson EL, Fulbright JW, Warrington KJ, Chang-Miller A, Hunder GG, et al. Prognostic mar-

kers of radiographic progression in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;50(1):43-54.

24. De Rycke L, Peene I, Hoffman IE, Kruithof E, Union A, Meheus L, et al. Rheumatoid factor and anticitrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: diagnostic value, associations with radiological progression rate, and extra-articular manifestations. *Ann Rheum Dis.* 2004;63(12):1587-93.

25. Gonzalez A, Icen M, Kremers HM, Crowson CS, Davis JM, 3rd, Therneau TM, et al. Mortality trends in rheumatoid arthritis: the role of rheumatoid factor. *J Rheumatol.* 2008;35(6):1009-14.

26. Morales-Romero J, Lopez-Olivo MA, Villa-Manzano AI, Garcia-Gonzalez A, Hernández-Romo JA, Gamez-Nava JI, et al. Dolor y percepción de dificultad para relación sexual: factores de riesgo para depresión en artritis reumatoide [resumen]. *Rev Mex Reumatol.* 2003;18(1):34.

27. Rodríguez-García A, Zea-Mendoza AC. Etiopatogenia y manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 286-300.

28. Agarwal I, Kumar TS, Ranjini K, Kirubakaran C, Danda D. Clinical features and outcome of systemic lupus erythematosus. *Indian Pediatr.* 2009;46(8):711-5.

29. Jallouli M, Frigui M, Hmida MB, Marzouk S, Kaddour N, Bahloul Z. Clinical and immunological manifestations of systemic lupus erythematosus: study on 146 south Tunisian patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2008;19(6):1001-8.

30. Ward MM. Prevalence of physician-diagnosed systemic lupus erythematosus in the United States: results from the third national health and nutrition examination survey. *J Womens Health (Larchmt).* 2004;13(6):713-8.

31. Hochberg MC, Perlmuter DL, Medsger TA, Steen V, Weisman MH, White B, et al. Prevalence of self-reported physician-diagnosed systemic lupus erythematosus in the USA. *Lupus.* 1995;4(6):454-6.

32. Uramoto KM, Michet CJ, Jr., Thumboo J, Sunku J, O'Fallon WM, Gabriel SE. Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus, 1950-1992. *Arthritis Rheum.* 1999;42(1):46-50.

33. Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the

rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(3):229.

34. Sanmarti-Sala R. Espondiloartritis anquilosante. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 397-408.

35. Shaikh SA. Ankylosing spondylitis: recent breakthroughs in diagnosis and treatment. *J Can Chiropr Assoc.* 2007;51(4):249-60.

36. Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, et al. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum.* 1998;41(1):58-67.

37. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis.* 2002;61 (Suppl 3):iii8-18.

38. Feldtkeller E. Age at disease onset and delayed diagnosis of spondyloarthropathies. *Z Rheumatol.* 1999;58(1):21-30.

39. Morales-Romero J, Cázares-Méndez JM, Gamez-Nava JI, Triano-Paéz M, Villa-Manzano AI, Lopez-Olivo MA, et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Reumatol Clin.* 2005;1(2):87-94.

40. Barrett EM, Scott DG, Wiles NJ, Symmons DP. The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early years of disease: a UK community-based study. *Rheumatology (Oxford).* 2000;39(12):1403-9.

41. Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, Spoorenberg A, Schouten H, Rutten-van Molken M, et al. Work status and productivity costs due to ankylosing spondylitis: comparison of three European countries. *Ann Rheum Dis.* 2002;61(5):429-37.

42. Sevilla-Godinez RE, Gonzalez-Lopez L, González-Rangel MA, Morales-Romero J, Gamez-Nava JI. Prevalencia de infecciones en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico. *Rev Mex Reumatol.* 2003;18(1):71.

43. Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Rodriguez-Arreola BE, Aguilar-Chávez EAG, Gamez-Nava JI. Factores asociados a estancia intrahospitalaria prolongada en hospitalizados a reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Mex Reumatol.* 2005;20(1):46.

44. Xibillé-Friedman D, Montiel-Hernández JL, Hitchon C, El-Gabalawy H, Burgos-Vargas R, Hernández GS, et al. Diferencias en la actividad de la artritis reumatoide

(AR) temprana/indiferenciada y la AR establecida, entre mestizos mexicanos, indígenas canadienses y canadienses de origen caucásico, así como su asociación con el epítipo compartido. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl. 1):2.

45. Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Celis A, Rodriguez-Arreola BE, Cabrera-Pivaral CE, Gamez-Nava JI. Factors associated with permanent work disability in Mexican patients with rheumatoid arthritis. A case-control study. *J Rheumatol.* 2006;33(7):1247-9.

46. Yelin E. Work disability in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol.* 2007;19(2):91-6.

47. Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol.* 1998;37(11):1215-9.