

CIMEQ-Policlinico Comunitario Docete Lawton

Prevalencia de las enfermedades reumáticas e invalidez asociada en población urbana cubana atendida por el Médico de la familia: Aplicación del instrumento COPCORD.

*Penedo Coello A **, *Royes Llerena Gil A ***, *Quijert Toledano M ****, *Hernández Martínez A. ***

* Especialista en Medicina General Integral, Policlinico Docente de Lawton

** Especialista en 1er grado en Medicina Interna y 2do grado en Reumatología, Profesor Auxiliar del I.S.C.M.H. e Investigador Auxiliar.

*** Especialista 2do grado en Reumatología, Profesor Asistente del I.S.C.M.H., Jefa de Docencia del Servicio Nacional de Reumatología.

RESUMEN.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo transversal desde Enero hasta Noviembre de 1999 aplicando el instrumento COPCORD a una muestra aleatoria de 300 adultos de 18 años y más de edad pertenecientes al consultorio 44-1 del Policlinico Lawton en Ciudad de La Habana con el objetivo de determinar la prevalencia de las enfermedades reumáticas y la incapacidad asociada a ellas. La frecuencia de las enfermedades reumáticas en esta comunidad fue del 43.3%. La Osteoartritis fue la enfermedad más frecuente (68 casos, 22.7%) seguida del Dolor Lumbar Bajo (23 casos, 7.7%). El índice general de incapacidad fue de 0.48 (DS 0.73), afectó al 17% de la población encuestada con alguna enfermedad reumática. La enfermedad con mayor incapacidad asociada fue la Osteocondromatosis (0.80 DS 1.32). Las enfermedades reumáticas predominaron en el sexo femenino (93 casos, 71.4% de los casos positivos). La mayoría de los casos tenían de 35-39 años de edad (19 casos, 14.6% de los casos positivos). El dolor estuvo presente en 121 casos con enfermedades reumáticas (40.3% de los encuestados).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas constituyen un grupo de más de 100 entidades clinicopatológicas con comunidad o superposición de datos clínicos e histopatológicos. Pueden os-

cilar desde enfermedades autolimitadas no mortales que afectan la capacidad funcional del individuo de manera importante, hasta otros procesos difusos crónicos que amenazan la vida del

paciente. Cada uno de los procesos principales dentro de este grupo tiene manifestaciones generales no específicas junto con señales de participación orgánica que establecen la denominación clínica¹. La diferenciación diagnóstica entre ellas es difícil debido a que se traslapan en sus particularidades².

Estas enfermedades son muy frecuentes en la población y no son considerados de tanta importancia como otras enfermedades crónicas no transmisibles por los administradores de los servicios de salud.

Los sistemas de salud de los países desarrollados cuentan de una valiosa información acerca de la frecuencia y la distribución de las enfermedades en sus poblaciones, así como del impacto real que las mismas determinan³⁻⁵.

No existían trabajos validados sobre prevalencia de las enfermedades reumáticas en Cuba. La mayoría de los datos disponibles provenían de centros de referencia extranjeros y no representaban el comportamiento de estas entidades en la población cubana.

Enfermedades como la Hipertensión Arterial, el Asma Bronquial, la Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Isquémica han sido estudiadas en la comunidad⁶⁻¹³. Mientras tanto en el campo de la Reumatología se han realizado escasas investigaciones validadas vinculadas con la frecuencia y las características clínicas con las que se presentan estas enfermedades en nuestra población. La Osteoartritis y la Gota han sido estudiados en pequeños sectores urbanos aislados¹⁴⁻¹⁷. Se han estudiado también la Osteoporosis, la Artritis Séptica y la Polimialgia Reumática¹⁸⁻²¹.

En 1996 Gil Reyes y colaboradores desarrollaron un estudio comunitario en el municipio Cerro, en la Ciudad de la Habana, para determinar la frecuencia de las enfermedades reumáticas en esa comunidad²²⁻²⁴. Esta investigación se realizó a partir de la búsqueda de síntomas y signos de enfermedades reumáticas mediante la aplicación de cuestionario COPCORD (Community-Orientated Program for the Control of Rheumatic

Diseases) de la ILAR (International League Against Rheumatism)²⁵⁻²⁶.

En el estudio se establecieron datos acerca de la frecuencia del síntoma dolor osteomioarticular en la comunidad, la frecuencia de las principales afecciones reumáticas y la invalidez asociada a estas. Esta valiosa información sirve de base para la ejecución de nuevos estudios en otras comunidades, tanto rurales como urbanas, en las cuales pudieran constatarse particularidades de interés.

El incremento considerable de las expectativas de vida ha hecho que la población anciana sea la que con mayor rapidez está creciendo a escala mundial²⁷⁻²⁸. Esto ha hecho variar el cuadro epidemiológico en numerosos países del mundo y de Cuba⁶, donde los niveles son comparable con la de los países más desarrollados en el campo de la salud²⁹. En estos momentos el 13.6% de la población cubana es mayor de 65 años. O sea, 1 de cada 7 cubanos es adulto mayor, en el 2025 será 1 de cada 4.

Las enfermedades del sistema osteomioarticular son las de más alta prevalencia en los ancianos (en un estudio realizado en Cuba más del 80% de los ancianos eran portadores de una o más enfermedades de este sistema²⁹), al mismo tiempo están entre las que más discapacidades causa en este grupo de personas³⁰.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal desde Enero hasta Noviembre de 1999 aplicando el cuestionario COPCORD de la ILAR, en su domicilio, a 300 adultos de 18 años y más de edad seleccionados por muestreo aleatorio simple de un universo de 317 adultos comprendidos en el rango de edad antes mencionado (190 mujeres y 127 hombres), registradas en las Historias Clínicas Familiares por un censo previo, pertenecientes al consultorio 44-1 del Policlínico Docente Lawton en Ciudad de La Habana.

LA MUESTRA

El tamaño de la muestra de este estudio se determinó basados en investigaciones en poblaciones similares, para una prevalencia esperada de síntomas reumáticos de un 36% en una semana de muestreo con un margen de error del 2% y un nivel alfa de 0.05.

CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO

El instrumento COPCORD de la ILAR consiste en un cuestionario tamiz internacionalmente aceptado y que esta validado para ser aplicado en países de habla hispana. El mismo permite pesquisar a través de los síntomas dolor, dolor con la presión, inflamación y rigidez actuales o remotos, la presencia de enfermedades reumáticas en una población.

Este cuestionario fue aplicado por el médico de familia que atendía a la población en estudio. El mismo fue entrenado para ello en un curso previo impartido por reumatólogos con experiencia en la realización de trabajos similares.

EVALUACIÓN

Se evaluaron clínicamente a todos los casos potenciales. La evaluación clínica fue realizada por el médico de la familia y dos reumatólogos especialistas de segundo grado del Servicio Nacional de Reumatología y el CIMEQ dentro de la semana siguiente a la aplicación de la encuesta. También se evaluaron el 10% de los sujetos sin criterios para ser considerados casos potenciales los que constituyeron los casos control. Esta combinación tiene una sensibilidad del 95.7% y una especificidad del 53.8% demostrado en estudios de validación²⁴⁻²⁵.

Los casos positivos fueron clasificados según los criterios del Colegio Americano de Reumatología³¹. Se les realizaron estudios para corroborar el diagnóstico a los que lo requirieron según el criterio de los reumatólogos los cuales orientaron apropiadamente a los pacientes teniendo en consideración si necesitaban o no del seguimiento en la consulta especializada.

ANALISIS

Los datos recogidos en la encuesta COPCORD fueron introducidos en una base de datos en el programa estadístico STATISTICS del sistema WINDOWS 95 en una computadora IBM compatible. Se hicieron cálculos de frecuencia, porcentaje y significación estadística (chi cuadrado) considerando como significativo un valor de p menor de 0.05.

Para determinar la invalidez asociada a las enfermedades reumáticas se emplearon los datos de la sección F que es una versión abreviada del HAQ (Health Assessment Questionnaire)³². Cada inciso es representativo de una categoría funcional con una puntuación de 0 a 3 (0- sin ninguna dificultad, 1- con alguna dificultad, 2- con mucha dificultad, 3- no puede hacerlo). El índice de incapacidad se calculó al promediar la puntuación de cada categoría respondida determinándose además las desviaciones estándares de cada una según la enfermedad reumática presente en el paciente. Se consideró como ligera la incapacidad con puntuación menor de 1.5, moderada de 1.5 a 3 y severa si es mayor de 3 puntos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El dolor osteomioarticular asociado a enfermedades reumáticas estuvo presente en 121 casos (40.3% de la muestra) (Gráfico 1).

La prevalencia general de enfermedades reumáticas fue del 43.3% algo superior al reportado por Gil²³ quien encontró en la población por él estudiada un 42.2%. Estudios realizados en Brasil, Chile y México reportan valores del 33.3%, 45.1% y el 46.3% respectivamente³³.

El mayor número de personas con enfermedades reumáticas pertenecía al grupo de 35-39 años de edad con un total de 19 casos lo cual representa el 14.6% de los casos positivos detectados en nuestro estudio. En el grupo de 85-89 años de edad estaba afectado el 85.7% de sus

Gráfico N°1.
Distribución de casos de acuerdo a la presencia de dolor en relación o no con enfermedades reumáticas

integrantes por alguna de estas entidades. (Tabla 1).

Respecto al sexo, los casos positivos de estas entidades fueron más frecuentes entre las mujeres (93 casos, 71.4% de los casos positivos, 50% de las mujeres encuestadas). Mientras tan-

to, de todos los hombres encuestados el 32.6% padecían de alguna enfermedad reumática.

La frecuencia en cuanto a entidades individuales (Tabla 2) mostró que la Osteoartritis afectaba al 22.7% de la muestra (68 casos), superior al reportado en la población del Cerro²³ con un

Tabla N°1.
Distribución de casos encuestados por grupos de edades

Tabla N°2.
Distribución de patologías pesquizadas por sexo

19.3% (diferencia no significativa estadísticamente) y al estudio de Chaiamnuay³⁴ en Tailandia (11.3%) (diferencia significativa). Las mujeres constituyeron el 77.9% de los casos (53 pacientes) siendo el grupo que más pacientes aportó, en ambos sexos, el de 55-59 años de edad (11 casos 16.2%). La relación hombre-mujer fue de 1:3.5.

El dolor lumbar bajo estuvo presente en 23 casos (7.7% de los encuestados) en nuestro estudio valor significativamente superior al reportado en la población tailandesa³⁴, donde afectó al 4% de la muestra estudiada, también superior al 5.7% (17 pacientes), encontrado por Gil y col. en el área de salud del Cerro²³. La población afectada por esta entidad en Indonesia³⁵ fue el 25.8% en el área urbana y el 20% en la rural. Las mujeres constituyeron el 73.9% de los casos (17 de los 23). Los grupos de edad con más casos fueron el de 30-34 años y el de 35-39 años con 5 casos respectivamente (en conjunto reúnen el 43.5% de los pacientes con este diagnóstico). La relación hombre-mujer fue de 1:2.8.

La Cervicobraquialgia (no debida a

Osteoartritis) afectó a 10 casos (3.3% del total). El grupo de edad más representado fue el de 35-39 años (3 casos, 30% del grupo). Los hombres y las mujeres se afectaron en igual proporción.

La Osteoporosis (diagnosticada atendiendo a criterios clínicos y epidemiológicos, asociado a fracturas por traumas mínimos) fue encontrada en 8 casos (2.8%), las mujeres representaron el 62.5% de los casos, el grupo más representado fue el de 70-74 años de edad (2 casos, 25% en este grupo). La relación hombre-mujer fue 1:1.7.

La Epicondilitis apareció en 6 personas (2% de la muestra) con una diferencia no significativa de los valores que se reportan en las poblaciones urbana y rural de Indonesia que fueron del 7.5% y el 5.8% respectivamente³⁵. Predominó en el sexo masculino (4 casos, 66.7% del grupo) y entre los 35-39 años de edad (2 casos, 33.3% del grupo). La relación hombre-mujer fue 2:1.

La Artritis Reumatoide afectó a 4 pacientes (1.33% de los encuestados), un hombre y 3 mujeres en los grupos de edad de 70-74 años, 50-54 años, 60-64 años y 65-69 años. Este valor no difiere significativamente del encontrado por Gil y

colaboradores²³ que fue del 2.7% ni del reportado en la población tailandesa con un 0.12%³⁴.

La Condromalacia afectó a 4 personas (1.3%), predominó en las mujeres (3 casos, 75% del grupo), fue más frecuentes en personas de 35-39 años, la relación hombre-mujer fue de 1:3.

La Esclerodermia afectó a dos pacientes femeninas (0.6%) en los grupos de 40-44 años y 50-54 años.

Encontramos un caso de cada una de las siguientes enfermedades: enfermedad de Dupuytren, Gota, Artropatía Enteropática, Osteomielitis y Osteocondroma. Ellas representaron respectivamente el 0.3% de la muestra. En la población de Tailandia se reportó una frecuencia del 0.16% para la Gota³⁴ lo que no difiere significativamente de nuestro estudio.

En la (tabla 3) apreciamos la limitación actual para realizar cada una de las 10 actividades exploradas en 8 de las enfermedades reumáticas encontradas. La enfermedad con mayor limitación asociada fue la osteocondromatosis (puntuación HAQ 0.80 DS 1.32), en orden descendente se ubican la Artropatía Enteropática (puntuación HAQ 0.80 DS 1.03), la Artritis Reumatoide (pun-

tuación HAQ 0.70 DS 0.92) y el Dolor Lumbar Bajo (puntuación HAQ 0.70 DS 0.87).

La incapacidad asociada a las enfermedades reumáticas afectó al 17% de la población (51 casos, de los cuales 41 eran mujeres (13.3%) y 10 hombres (3.3%)) lo cual fue significativamente superior al reportado por Gil con el 7.3%²³. El índice de incapacidad promedio fue de 0.46 DS 0.81 lo cual indica una limitación ligera (también inferior al estudio de Gil). El tiempo de duración promedio de la incapacidad fue de 3.9 años.

La función para la cual hubo mayor limitación al existir una enfermedad reumática fue arrodillarse (puntuación HAQ 1.48 DS 0.91).

Hubo incapacidad total para la realización de algunas de las funciones exploradas en 19 casos (6.3%) lo cual no se diferencia significativamente de lo reportado en Tailandia con un 3% en su serie. El sexo más afectado en cuanto a limitación funcional fue el femenino (17 casos, 85% del grupo). La puntuación HAQ promedio de los pacientes con incapacidad total para realizar alguna de las funciones exploradas fue de 0.67 DS 0.85.

Tabla N°3

Capacidad funcional para realizar algunas actividades según las enfermedades reumáticas pesquizadas (Cuestionario HAQ)

CONCLUSIONES

- Las enfermedades reumáticas afectaron al 43.3 % de la población estudiada.
- El dolor osteomioarticular estuvo asociado a enfermedad reumática en el 40.3% de la muestra estudiada.
- Las mujeres constituyeron el 71.4% de los casos positivos.
- El grupo de edad con más casos fue el de 35-39 años.
- El grupo de edad más afectado fue el de 85-89 años con un 85.7% de casos positivos.
- La Osteoartritis fue la enfermedad mas frecuente con un 22.7%.
- La Artritis Reumatoide representó el 1.33% de los encuestados.
- Hubo 50 personas que presentaban alguna limitación debido a enfermedades reumáticas y de ellas 19 tenían limitación total para la realización de una o más de las actividades exploradas. Esto representa respectivamente el 16.7% y el 6.3% de la población encuestada.
- El Instrumento HAQ, en la sección de invalidez constituye una herramienta de inestimable valor la evaluación de la discapacidad entre la población encuestada.

BIBLIOGRAFIA

1. Frank Austen K. Enfermedades del tejido conectivo. En: Beeson PB, Mc Dermott W, Wyngaarden JB. Tratado de Medicina Interna de Cecil, 15ta ed. Ciudad de la Habana. Pueblo y Educación, 1984: t1 cap. 13 pág. 198.
2. Engleman EP, Shearn MA. Artritis y padecimientos reumáticos semejantes. En: Krupp MA, Chatton MJ. Diagnóstico clínico y tratamiento, 15ta ed. Ciudad de la Habana. Científico-Técnica, 1983: t1 cap. 13 pág. 571.
3. Lawrence R, Hochberg MC, Kelsey JL, McDoffie FC, Mesdger TA Jr., Felts WR, et al. Estimates of the prevalence of selected arthritis and musculoskeletal diseases in the United States. J Rheumatol 1989; 16:473-441.
4. Cunnongham LS, Kelsey JL: Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. AMJ Public Health, 1984; 74:574-579.
5. Reynolds DL, Chambers LW, Bradley EM, Beunnet KJ, Goldsmith CH, Jaimeron E, et al: Physical disability among canadian reporting musculoskeletal diseases. J Rheumatol, 1992; 19:1020-1023.
6. Álvarez Fontanet JJ. Tratamiento del dolor. 1ra ed. Ciudad de la Habana, Científico-Técnica, 1998: cap. VIII págs. 252-253.
7. Macias-Castro I. Hipertensión arterial. Rev Cub Medicina. 1974; 13(1), 3-6.
8. Gómez A. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares en un área de salud. Tesis de grado. Ciudad de La Habana, 1991.
9. Rodríguez de la Vega A. Investigación sobre prevalencia y tolerancia del asma bronquial en San Antonio de los Baños. Rev Cub Medicina, 1974; 13(1): 23-26.
10. Rodríguez Gavaldá R. Asma. Rev Cub Med Gen Integr, 1992; 8(3): 259-260.
11. Mateo-Acosta A. Prevalencia de la Diabetes Mellitus en Cuba. Bol Hig Epidemiol 1976:10(1); 12-17.
12. Collado F, Aldana D, Díaz O. Prevalencia e incidencia de la Diabetes Mellitus en Cuba. Departamento de Epidemiología INEN, Habana, 1995.
13. Dueñas J. Cardiopatía isquémica. Estudio epidemiológico. TTR, 1974, Ciudad de La Habana.
14. Valdés Pacheco E, Morris Albella A, Alonso Díaz NL. Prevalencia y factores de riesgo de Cardiopatía Isquémica. Rev Cub Med Gen Integr. 1998; 14(6): 590-594.
15. Guibert M, Reyes G, Hernández A, Cruz E, Pedroso P. Osteoartritis. Estudio clínico-epidemiológico en un área de atención primaria urbana. Rev Mex Reumatología,

1992; 7:26.

16. González O, González G, Hernández A, Reyes G, Torres Moya R, Moreno A, et al.

Prevalencia de la gota en un área de salud. *Rev Mex Reumatología*, 1990; 5:53.

17. Fuste Jiménez C, Rodríguez Verson HE, González Otero ZA. Artritis Gotosa. Estudio de 5 años. *Rev Cubana Reumatología*. 1999; 1(1): 85.

18. Hernández Martínez A, Santos Hernández C, Ugarte Suárez JC, Reyes Llerena G, González de la Nuez J. Estudio de la masa ósea en la población cubana. *Rev Cubana Reumatología*. 1999; 1(1): 86.

19. Hernández Martínez A, Reyes Llerena G. Artritis séptica. Estudio epidemiológico. *Rev Cubana Reumatología*. 1999; 1(1): 88.

20. Caliste Manzano O, Jorge Fonseca C, Blasco Casanova J, Verges Callard L, Moracén Cuevas R. Polimialgia reumática y arteritis de células gigantes en Santiago de Cuba. 1998-1999. Estudio prospectivo. *Rev Cubana Reumatología* 1999; 1(1): 73-74.

21. Gil Reyes A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. Impacto de las enfermedades reumáticas sobre la calidad de vida en Cuba. Ed. CIMEQ, Ciudad de La Habana, 1996.

22. Gil Reyes A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. Dolor Reumático. Consideraciones terapéuticas. Ed. CIMEQ, Ciudad de La Habana, 1997.

23. Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, González OZ: Prevalence of musculoskeletal complaints and disability in Cuba. A Community-based study using the COPCORD core questionnaire. *Clinical and Experimental Rheumatol*. 2000; 18:83-87

24. Rheumatic diseases in México. Validation of the ILAR/COPCORD questionnaire against physical exam. Mario H. Cardiel for the PANLAR study groups. ILAR meeting, Barcelona July the 7th, 1993.

25. Bennet K, Cardiel MH, Ferraz M,

Goldsmith SH, Readman P, Tugwell P. September the 20th 1994. Validation of the I L A R / COPCORD questionnaire in rheumatic patients. Experience in Brazil, Chile and Mexico. Panamerican Congress of Rheumatology, Recife, P.E., Brazil.

26. Walshe TM. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica. 1-3. Barcelona, Ed. Salvat. 1998.

27. Berkow R, Bondy DC, Fishman AP. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. 7ma ed, Ciudad de La Habana, Científico-Técnica, 1986. T3 cap. 264 pág. 2033.

28. Espinosa A. Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. Ciudad de La Habana, Científico-Técnica, 1997; 15-26.

29. Rodríguez JR, Zas V, Fernández O, Castillo M. Enfermedades del SOMA en adultos mayores. *Rev Cubana Reumatol* 1999; 1(1): 67-68.

30. Devesa E. Uso de los medicamentos en el anciano. 1ra. ed., Ciudad de La Habana Científico-Técnica, 1998 pág. 84.

31. Schumacher HR. Primer on the Rheumatic Diseases. 10th ed. Atlanta, Ed. Arthritis Foundation, 1993; 90-96.

32. Fries JF, Spitz PW, Young DY. The Dimensions of Health Outcomes: Health Assessment Questionnaire, Disability and Pain Scales. *J Rheumatol* 1982; 9:789-793.

33. Bennet K, Cardiel MH, Ferraz MB. Community Screening for Rheumatic Disorder. *J Rheumatol*. 1997 Jan; 24(1) 160-168.

34. Chaiamnuay P, Darmawan J. Epidemiology of Rheumatic Diseases in Rural Thailand: a WHO-ILAR COPCORD Study-Community Orientated Program for the Control of Rheumatic Diseases. *J Rheumatol*. 1998 Jul; 25(7): 1382-1387.

35. Darmawan J. The Prevalence of Soft Tissue Rheumatism. A WHO-ILAR COPCORD Study. *Rheumatol Int*, 1995; 15(3): 121-124.