



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AREA DE REUMATOLOGIA

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y
SU RELACIÓN CON EL ANTÍGENO HLA-B27. UNIDAD DE
REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL
NÚÑEZ TOVAR, MATURÍN, ESTADO MONAGAS.
JUNIO-AGOSTO DE 2012”**

Tutora:

Dra. Carlota Acosta

Co-tutores:

Dra. Ysabel Granados
Dr. Iván Malchiodi

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Isabel Patricia Canelón Granados
C.I. 18.274.586

Br. Luis Gerónimo Gamero Rodríguez
C.I. 18.825.866

**Como requisito parcial para optar
al título de Médico Cirujano.**

Ciudad Bolívar, Octubre de 2012.

INDICE

INDICE	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	vi
DEDICATORIA	viii
RESUMEN	x
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
METODOLOGÍA	10
Tipo de Estudio	10
Universo.....	10
Muestra	10
Criterios de Inclusión:	10
Criterios de Exclusión:.....	11
Equipos y Materiales	11
Método	11
Método Estadístico.....	12
RESULTADOS	13
Tabla N° 1	16
Tabla N° 2	17
Tabla N° 3	18
Tabla N° 4	19
Tabla N° 5	20
Tabla N° 6	21
Tabla N° 7	22
Tabla N° 8	23
Tabla N° 9	24
Tabla N° 10	25
Tabla N° 11	26
Tabla N° 12	27
Tabla N° 13	28

DISCUSION	29
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
APENDICES.....	41
ANEXOS	47

AGRADECIMIENTOS

A *Dios* por darnos salud, por permitirnos aprender y mejorar cada día, por todos los momentos maravillosos que hemos vivido y por las dificultades de las cuales nos hizo aprender, por siempre estar allí y nunca abandonarnos, por guiarnos espiritualmente, darnos la sabiduría y el entendimiento para alcanzar esta meta.

A nuestra tutora, la *Dra. Carlota Acosta* por acompañarnos en este reto y darnos la orientación para esta investigación, por compartirnos su sabiduría.

Al *Servicio de Reumatología del HUMNT* en especial a nuestra cotutora, la *Dra. Ysabel Granados*, por su valiosa colaboración en esta investigación y brindarnos sus conocimientos, por ayudarnos en la recolección de la muestra y orientarnos en este gran proyecto. Al personal de enfermería y camareras por estar siempre presentes y brindarnos ayuda en la organización de los pacientes.

Al *Dr. Iván Malchodi* por su colaboración y orientación plena, a todo el equipo que labora en el *Servicio de Gastroenterología del HUMNT*, al cuerpo de residentes de postgrado por brindarnos su apoyo y colaboración en la realización de los estudios necesarios para este trabajo.

Al *Dr. Asisclo Boadas* y *Servicio de Anatomía Patológica del HUMNT*, por ser receptivos y prestarnos toda la ayuda en el análisis de biopsias, por su gentileza y oportuna colaboración.

Al *Prof. Guillermo Ramos* por su orientación y disposición al momento de colaborarnos en el procesamiento estadístico de esta investigación.

A nuestra *Universidad de Oriente* “La Casa más Alta”, por darnos las enseñanzas y herramientas para formarnos como profesionales, por permitirnos alcanzar este logro como lo es ser Médico Cirujano de la República.

A nuestros *Compañeros y Amigos* por apoyarnos y estar siempre presentes en momentos difíciles y especiales.

A todos Gracias... Isabel y Luis.

DEDICATORIA

A esa fuerza intangible que guía y orienta cada paso que doy, que entre tantas cosas me brinda salud, amor, sabiduría, paciencia y constancia, gracias **Dios** por permitirme ser quien soy.

A mi abuelo **Cruz Granados** por siempre infundir en mi familia la educación y el hábito de estudiar, por creer en mí y sonreír siempre al hablar de Medicina. Por su fortaleza pese a las dificultades y el amor que me brindo siempre.

A mis padres **Luis Canelón y Petra Granados** por darme su apoyo y amor incondicional a lo largo de toda mi vida, por los consejos que me han enseñado a defenderme frente a los obstáculos, por los principios y valores que me acompañan cada día. Por brindarme seguridad para ayudarme a construir un sendero firme y lleno de perseverancia con el fin de cumplir mis metas.

A mis hermanos **Luis y Claret Canelón**, por estar siempre que los necesito, por quererme, apoyarme y motivarme hacer mejor persona cada día, los amo.

A mis tías **Ysabel y Mercedes**, por ser mis segundas madres, por ser ese refuerzo en mi vida, brindándome seguridad y solidez para lograr mis sueños.

A mis primas **Zulay y María Isabel**, por estar siempre conmigo y defenderme ante cualquier adversidad, por sus consejos y regaños que me hacen crecer como persona.

A mi sobrino **Santiago**, mi angelito que llena de luz mi vida, por hacerme sonreír aun en las tristezas y por brindarme su cariño siempre.

A mi *novio*, porque a pesar de la distancia, me brindo su apoyo y comprensión, por quererme y animarme en momentos difíciles.

A mis *amigos*, que me acompañaron en toda la carrera y compartieron conmigo tristezas y alegrías, creando recuerdos especiales que atesorare por siempre.

Con cariño... Isabel Patricia.

DEDICATORIA

La culminación de este proyecto esta dedica en honor a mis padres **Claritza y Oscar** quienes después de Dios fueron los que me ayudaron hacerlo posible, porque fueron y siguen siendo mi pilar fundamental en todos las metas que me he propuesto, aún recuerdo cuando hace 7 años se fueron con lágrimas en los ojos y me dejaron en un nuevo lugar para emprender este camino que hoy culmina, día a día en la distancia me acompañaron sus bendiciones y su amor incondicional, los amo para ustedes este logro y los que me faltan por alcanzar.

A mi hermano **Oscar Alejandro** y mi hermana **Jennis** por confiar plenamente en mí y nunca dudar que alcanzaría esta meta por su apoyo y sus palabras de aliento en los momentos difíciles.

A mis sobrinos, **Emperatriz**, quien se ha convertido en un ángel protector, quien sé que desde el cielo no desampara mi camino; **Victoria, Luis y Alejandro** quienes a su corta edad se han convertido en motivo de mis alegrías, de quien espero servir de ejemplo en un futuro no muy lejano.

A mis tías **Gamero Rivas, Rodríguez Sifontes y Gamero Pagola**, por su disposición y por toda la confianza depositada en mí, también a mis abuelos **Clemencia, Juana, Geronimo** y en especial a **Juan Rodriguez** porque es el único que hoy en vida puede acompañarme.

Al resto de mis tíos, mis padrinos, mis primos, mis ahijados y demás familiares que creyeron siempre que lograría esta meta.

A mi amiga, novia y futura colega **Carolina**, por caminar a mi lado a lo largo de mi carrera, por darme siempre esperanzas para seguir adelante ante los tropiezos y por su cariño sincero.

Con cariño... Luis Gerónimo.

Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes con Espondiloartritis y su Relación con el Antígeno HLA-B27. Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas. Junio-Agosto de 2012.

Canelón, Isabel; Gamero, Luis; Acosta, Carlota; Malchiodi, Iván; Granados, Ysabel.

Universidad de Oriente, Núcleo de Bolívar, Escuela de Ciencias de la Salud,
Departamento de Medicina, Área de Reumatología.

RESUMEN

Introducción: La Espondiloartritis define a un grupo heterogéneo de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas, que pueden compartir: compromiso del esqueleto axial, factor reumatoide negativo, frecuente asociación con antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. La Espondiloartritis asociada a EII afecta cualquier edad y su sintomatología no se relaciona con exacerbaciones o remisiones de la enfermedad intestinal.

Objetivo: Determinar prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pacientes con Espondiloartritis y su relación con el antígeno HLA-B27, evaluados en Consulta Externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar, Maturín Estado Monagas.

Metodología: Estudio descriptivo, abierto, de cohorte transversal, donde se evaluó estado clínico, hallazgos colonoscópicos, estudio anatomopatológico y determinación del HLA-B27. La información se insertó en base de datos, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, analizaron las variables, se hizo cálculo de frecuencias de medidas de tendencia central, de dispersión y de independencia.

Resultados: Quince pacientes consintieron participar. El 53,33% eran femeninos. Edad entre 38-47 años, media de $45,9 \pm 8,7$, tiempo de diagnóstico de $7,4 \pm 6$ años. El 40,00% con artritis psoriásica, 13,33% espondilitis anquilosante, 20,00% artritis reactiva y 26,67% artritis indiferenciada. El 6,67% en remisión y capacidad funcional conservada, 33,33% en actividad leve. 7 pacientes con HLA-B27 positivos. A seis pacientes se les realizó biopsia, el 100% reporto colitis inespecífica, de estos, 3 tenían artritis Psoriásica, 2 artritis indiferenciadas y 1 artritis reactiva. El 50,00% eran HLA-B27 negativos. El 66,67% presentaron manifestaciones gastrointestinales, 2 pacientes tenían signos endoscópicos sugestiva de EII, 2 con mucosa normal y 2 presentaron hallazgos distintos de una EII.

Conclusión: El 100% de los pacientes con estudio anatomopatológico reporto enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, independientemente de manifestaciones clínicas gastrointestinales y de alteraciones macroscópica de mucosa, lo cual plantea la presencia de inflamación intestinal subclínica en pacientes con Espondiloartritis.

Palabras clave: Espondiloartritis, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Antígeno HLA-B27.

INTRODUCCION

El término Espondiloartritis (EsA) fué creado para definir un grupo heterogéneo de enfermedades reumáticas inflamatorias de evolución crónica, las cuales comparten varios elementos como: compromiso del esqueleto axial, oligoartritis asimétrica a predominio de extremidades inferiores, entesitis, uveítis anterior aguda recurrente, negatividad del factor reumatoide y la frecuente asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 (1). Dentro de ellas se encuentran: Espondilitis Anquilosante, Espondiloartritis Indiferenciada, Artritis Psoriásica, Artritis Reactiva, Artritis asociada a Enfermedades Inflamatorias Intestinales.

En diferentes estudios sobre paleontología, especialmente en esqueletos petrificados de periodos geológicos remotos de dinosaurios, felinos, gorilas, aves, caballos, camellos, cocodrilos, se han observado osificación del ligamento amarillo y neoformación ósea, estos hechos sugieren que pueden tratarse de enfermedades degenerativas o de mecanismos óseos de defensa para proteger la columna (2). La descripción inicial de Espondiloartritis la realizo el médico irlandés Bernard Connor en 1695, el cual describió un esqueleto encontrado en un cementerio francés que mostraba fusión de huesos y ligamentos (3). El término artritis Psoriásica fue empleado por primera vez en 1860 cuando Pierre Bazin escribe su libro titulado *Lessons Theoriques et Cliniques sur les Affections Cutanées de Nature Arthritique et Dartreux*. Sin embargo, no fue sino hasta los años ochenta cuando Khan y Prakash describieron por primera vez las formas inclasificables, mientras que Burns y colaboradores las denominaron indiferenciadas porque no reunían los criterios disponibles de clasificación de la enfermedad (4). La idea de agrupar estas entidades nosológicas tiene algunos antecedentes, como el trabajo de Wright y Reed en 1964, en el que estos autores analizan la interrelación entre el síndrome de Reiter y la

artritis Psoriásica, al igual que la espondilitis en pacientes con colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn (5).

La prevalencia de las EsA no está definitivamente establecida, debido a que hasta el momento no se les ha prestado la misma atención que a otras enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide o la osteoporosis (6), de tal manera su prevalencia varía, dependiendo de la serie estudiada; oscilando entre el 0,2 y el 1,8%, siendo el prototipo la espondilitis anquilosante (7). Las Espondiloartritis constituyen el grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas más frecuente en el adulto joven del sexo masculino, siendo la edad de presentación más común entre 15 y 30 años. La presentación de formas juveniles es mayor en mexicanos, hindúes, norafricanos y algunas poblaciones asiáticas que en caucásicos blancos.

La incidencia en la población general se ha estimado en 1,9%, y en las formas juveniles, entre 1,44 y 24,0 por 100.000 niños. La proporción de casos diagnosticados depende de la prevalencia del HLA-B27, alrededor de 2% de los portadores de este antígeno en la población general, y 20-30% de los familiares en primer grado de pacientes con espondilitis anquilosante, tienen la enfermedad (6). Algunos estudios epidemiológicos evidencian que las Espondiloartritis en su conjunto pueden tener una prevalencia similar o incluso superior a la de la propia artritis reumatoide (AR), con marcadas diferencias según la raza y el ámbito geográfico estudiados (7).

El HLA-B27 forma parte de los genes clase I del Complejo Mayor de Histocompatibilidad, localizado en el brazo corto del cromosoma seis. Se sabe que cerca de 90% de los pacientes con Espondilitis Anquilosante y 60% de los casos con artritis reactiva o Espondiloartritis indiferenciadas presentan el antígeno HLA-B27 comparado con 3% a 8% de la población sana. El 3% a 5% de los individuos B27 positivos desarrollan finalmente la enfermedad y por otro lado, existe un pequeño

número de pacientes que no presentan el HLA-B27. Estos datos indican que el HLA-B27 es necesario más no imprescindible para que un individuo desarrolle estas enfermedades. Los familiares B27 positivos, de pacientes con EsA tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar la enfermedad comparado con los B27 positivos sin historia familiar de la enfermedad (8).

Existen por lo menos 25 subtipos de HLA B27, de los cuales el más frecuente, el HLA-B2705, está fuertemente asociado con las Espondiloartropatías; el HLA-B2704 también tiene una elevada asociación, especialmente entre chinos y japoneses; mientras que el HLA B-2706 y el HLA B-2709 están débilmente asociados, en el sureste de Asia y en la isla de Sardinia respectivamente (9). Numerosos estudios han comprobado que el HLA-B27, necesita además la interacción con agentes ambientales para que desarrolle una EsA. Las claves de estas interacciones se descubrieron por el estudio de artritis reactiva, producida tras infecciones intestinales o del tracto urogenital, al comprobarse la importancia de los patógenos intestinales en diversos estudios con animales (10).

La aceptación que ha tenido el concepto de las Espondiloartritis ha generado la elaboración de varios grupos de criterios para clasificar estas enfermedades en conjunto, los cuales tienen como objetivos, definir y consolidar el concepto de estas patologías, así como también crear uniformidad y facilitar la comparación entre grupos de pacientes valorados clínicamente o en estudios terapéuticos en diversos países o poblaciones (11), es así como tenemos desde los criterios modificados de Nueva York para Espondilitis Anquilosante en 1984, seguido por los criterios de Amor y los criterios de The European Spondyloarthritis Study Group (ESSG) en 1990/1991, que cubren el aspecto axial y periférico de EsA, incluyendo la fase temprana de la enfermedad crónica sin cambios a los rayos X.

Tanto los criterios propuestos por el ESSG como los propuestos por Amor requieren de la coexistencia de varios síntomas que se relacionan con el compromiso axial, articular periférico, presencia de dactilitis, entesopatía, historia familiar, genética y la presencia de manifestaciones extraarticulares (9). Los criterios de clasificación para Espondiloartritis axial del Grupo Internacional de Trabajo en Espondilitis Anquilosante (ASAS), son los más recientes y se estableció incluir la técnica de resonancia magnética como una herramienta importante para el diagnóstico de estas patologías (12), este sistema de clasificación cuenta con una alta sensibilidad y especificidad, brindando un diagnóstico más temprano para los pacientes con EsA.

Existen diferentes instrumentos que miden calidad de vida, actividad y capacidad funcional en individuos con estas enfermedades. El Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire (ASQoL) es un cuestionario específico de calidad de vida para EsA (13). El Short Form Health Survey (SF-12) es un cuestionario que mide el estado de salud y está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, seleccionados mediante regresión múltiple, a partir de los cuales se construyen los componentes sumarios físico y mental (14).

El Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) se ha utilizado en numerosos estudios y forma parte de los criterios de respuesta a corto plazo propuestos por ASAS y, asimismo, de los criterios preliminares de respuesta a tratamientos biológicos. La versión original en lengua inglesa consta de 6 preguntas que incluyen los componentes de fatiga, dolor espinal, dolor/inflamación articular, dolor en las entesis y rigidez matutina. El Bath Ankylosing Spondylitis Disease Functional Index (BASFI) se emplea generalmente como formulario para medir la capacidad funcional en los pacientes con estas patologías (15).

Existen numerosas patologías o estados comorbidos, relacionados con el grupo de Espondiloartritis como uveítis, afectación cutánea (psoriasis), presencia de enfermedad inflamatoria intestinal, agregación familiar, manifestaciones cardiovasculares, renales o neurológicas (16). Con referencia a lo anterior, llama la atención la asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), debido a los pocos estudios que se tienen actualmente. Si bien se han estudiado las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn o de la colitis ulcerosa, no se cuenta con una suficiente base de información que asocie estas dos entidades con la Espondiloartritis.

La relación entre artritis periférica y EII se estableció por primera vez para la colitis ulcerosa (CU) en 1929, y a partir de este momento se consideró que la artritis que aparecía tanto en pacientes con CU como en aquellos con enfermedad de Crohn (EC) o enfermedad de Whipple representaba una variante de la artritis reumatoide. En 1964, la Asociación Americana de Reumatología diferenció la artritis periférica asociada a la EII de la artritis reumatoide sobre la base de sus características clínicas y la negatividad del factor reumatoide. A partir de 1976 las artritis asociadas a la EII se incluyeron dentro del grupo de espondiloartropatías seronegativas (17).

Las enfermedades inflamatorias intestinales, donde destacan la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, corresponden a una serie de patologías inflamatorias de etiología multifactorial que afectan principalmente el tracto intestinal. Son consideradas de gran importancia en la clínica contemporánea debido al deterioro severo de la calidad de vida de quienes las padecen y al riesgo de desarrollar cáncer (18). Desde el punto de vista clínico se caracterizan por un cuadro digestivo crónico e inespecífico de diarrea, dolor abdominal, rectorragia o hematoquecia, que evoluciona en brotes de agudización que tienen una duración e intensidad impredecibles y que pueden acompañarse de diversas manifestaciones extraintestinales (19).

Las manifestaciones extraintestinales se presentan hasta en el 36% de los pacientes y pueden comprometer cualquier órgano o sistema. La disfunción inmune se caracteriza por el desequilibrio entre los mediadores proinflamatorios y los antiinflamatorios y se expresa como una enfermedad sistémica. Las manifestaciones reumatológicas asociadas a la EII son de tres tipos: la artritis periférica, la espondiloartropatía y una tercera categoría que incluye lesiones dérmicas, oftálmicas y del metabolismo óseo, entre otras. La Espondiloartritis asociada a EII puede ocurrir a cualquier edad y los síntomas no se relacionan con las exacerbaciones o remisiones de la enfermedad intestinal. Estos síntomas axiales usualmente ocurren después de los intestinales pero los pueden preceder algunas veces por muchos años (20). En la mayoría de los casos, las alteraciones intestinales son subclínicas, que con frecuencia se refieren como episodios frecuentes de heces pastosas, que no se correlacionan con la actividad inflamatoria de la EsA (21).

En la presente investigación se propone determinar la prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (caracterizada por síntomas o signos y hallazgos a la colonoscopia o anatomopatológicos) en pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis y su relación con el antígeno HLA-B27 que se controlan en la Consulta Externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar, Maturín Estado Monagas.

JUSTIFICACIÓN

El interés de esta investigación se centra en determinar la prevalencia de la patología intestinal inflamatoria en pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis y su relación con el antígeno HLA-B27, evaluados en la Consulta Externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas, porque a pesar que es una patología de baja frecuencia en relación a otras enfermedades reumáticas, puede ser de ayuda para el reumatólogo de tal manera que se pueda optimizar la asistencia médica prestada y proponer medidas eficaces y efectivas con la finalidad de mejorar la calidad de vida a estos pacientes. Hasta el presente (según revisión bibliográfica), en el país, no se han hecho trabajos similares y contribuirá en el diagnóstico de certeza y tratamientos adecuados de estas enfermedades, además contribuye en los programas de formación e investigación de médicos generales y especialistas en esta área.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis y su relación con el antígeno HLA-B27, evaluados en la Consulta Externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas en el Periodo Junio-Agosto de 2012.

Objetivos Específicos

- Caracterizar epidemiológicamente los pacientes estudiados con diagnóstico de Espondiloartritis controlados en la consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012
- Determinar la frecuencia de cada tipo de Espondiloartritis en el grupo de pacientes estudiados.
- Establecer el grado de actividad y capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis por medio de los formularios BASDAI y BASFI (Versión Española).
- Precisar la calidad de vida y estado de salud de los pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis a través de los cuestionarios ASQoL y SF-12 (Versión Española).

- Determinar la prevalencia del antígeno HLA-B27 en pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis
- Determinar la prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis.
- Correlacionar hallazgos clínicos, endoscópicos y anatomopatológicos en pacientes con Espondiloartritis.
- Correlacionar la presencia del antígeno HLA-B27 con los diferentes tipos de Espondiloartritis y presencia de EII.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

Universo

El universo estuvo representado por todos los pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años, que asistieron a la consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012, y que tenían un diagnóstico de Espondiloartritis.

Muestra

La muestra está conformada por 15 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años de edad, con diagnóstico definitivo de Espondiloartritis que asistieron a la Consulta Externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas, en el periodo Junio-Agosto de 2012.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Pacientes menores de 18 años de edad.

Equipos y Materiales

- Equipo de Endoscopia con capacidad de impresión de imágenes y grabación de video Modelo: Toshiba TGP-3600D
- Envases para transporte de biopsia
- Formaldehido al 10%
- Jeringas estériles de 10cc
- Tubos de Ensayo
- Guantes estériles de látex
- Hojas de Registro de Pacientes y Solicitud de Estudios (Ver Apéndices)
- Formularios BASFI, BASDAI, ASQoL, SF-12 (Ver Anexos)

Método

Se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis basado en los criterios de AMOR (Anexo 5), que acudieron a la consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012, todos reunieron criterios de inclusión y firmaron consentimiento informado (Apéndice A), a todos se les llenó hoja de registro (Apéndice D) donde se recogieron datos del pacientes y se aplicaron los instrumentos BASDAI (Anexo 1), BASFI (Anexo 3), ASQoL (Anexo 2) y SF-12 (Anexo 4), se tomó muestra de sangre venosa para la determinación del

antígeno HLA-B27 a pacientes que no se habían realizado dicho estudio. A todos los pacientes se les realizó Colonoscopia (Apéndice B), con su respectiva descripción macroscópica, se tomó muestra de tejido para estudio anatomopatológico (Apéndice C) a 6 pacientes, (40%) de la muestra y se analizaron mediante microscopía óptica de luz.

Método Estadístico

La información se insertó en una base de datos a través del Software de manejo Estadístico “SPSS Versión 16”, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, se analizaron las variables de tipo cualitativo y cuantitativo, cálculo de frecuencias de medidas de tendencia central y de dispersión; además se realizaron pruebas chi-Cuadrado de independencia, se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con $p < 0,05$. Los datos se contabilizaron, y se presentaron a través tablas simples y de doble entrada expresando los valores en cifras absolutas y porcentuales.

RESULTADOS

Se estudiaron 15 pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis que asistieron a la consulta externa de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas, en el periodo Junio-Agosto de 2012, 8 pacientes (53,33%) corresponden al género femenino y 7 pacientes (46,67%) al género masculino. La mayor proporción en cuanto a la distribución por grupo etario, fue de 6 pacientes (40,00%) los cuales se encontraban entre 28-37 años, seguido de 5 pacientes (33,33%) entre 38-47 años. La edad promedio de los pacientes estudiados es de $45,9 \pm 8,7$ años (TABLA N° 1).

En cuanto a los años de diagnóstico, seis pacientes (40,00%), tenían menos de 6 años de diagnóstico, y solo 2 pacientes (13,33%) entre 16 y 20 años, mientras que el resto (46,67%) se distribuía entre 6 a 15 años. El promedio del tiempo de diagnóstico fue de $7,4 \pm 6$ años (TABLA N° 2).

En el tipo de Espondiloartritis, 6 pacientes (40,00%) tenían diagnóstico de artritis Psoriásica, 2 (13,33%) espondilitis anquilosante, 3 (20,00%) artritis reactiva y 4 (26,67%) artritis indiferenciada (TABLA N° 3).

El índice de actividad de enfermedad y capacidad funcional medidos a través de los instrumentos BASDAI y BASFI respectivamente, mostraron a 1 paciente (6,67%) en remisión, 5 (33,33%) presentando actividad leve y 4 (26,67%) en actividad, todos ellos presentando capacidad funcional conservada. En aquellos pacientes con capacidad funcional disminuida se encontró 1 (6,67%) en actividad leve y 4 en actividad, se obtuvo un $p \geq 0,25$ entre las variables, con lo cual se evidencio, que el índice de actividad y la capacidad funcional son independientes. En relación a los

índices cuantitativos para el BASDAI y el BASFI fueron $4,4 \pm 2,5$ y $3,8 \pm 2,6$ respectivamente. (TABLA N° 4).

En referencia al estado de salud medido con el instrumento SF-12, y la calidad de vida a través del instrumento ASQoL, se obtuvo que 7 pacientes (46,67%) se mostraban con un buen estado de salud, sugiriendo 5 (33,33%) buena calidad de vida y 2 (13,33%) calidad de vida regular. En los 5 pacientes (33,33%) con estado de salud regular, se evidenció a 1 (6,67%) con mala y 1 (6,67%) con buena calidad de vida, predominando 3 pacientes (20,00%), con calidad de vida regular. Finalmente 3 individuos (20,00%) presentaron mal estado de salud y a su vez una mala calidad de vida. Se obtuvo un $p < 0,01$ entre las variables por lo que se concluye que ambas están relacionadas. En correspondencia al índice cuantitativo para el ASQoL se evidencio que fue de $5,7 \pm 4,3$ y para el SF-12 de $56,5 \pm 21,1$ (TABLA N° 5).

En relación al estudio del HLA-B27, 7 pacientes (46,67%) resultaron positivos, 6 (40,00%) negativos y para 2 (13,33%) se desconoce el resultado. (TABLA N° 6).

De acuerdo a la prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal, a 6 pacientes se les realizó biopsia, el 100,00% presento colitis inespecífica, lo cual es significativo para este estudio, pues demostró un componente inflamatorio en la totalidad de la muestra anatomopatológica. (TABLA N° 7).

En concordancia a los hallazgos clínicos y endoscópicos, 5 pacientes (33,33%) presentaban sintomatología gastrointestinal, de los cuales 2 (13,33%) presentaron cambios sugestivos de EII. Los pacientes sin síntomas gastrointestinales fueron 10 (66,67%), de los cuales 3 (20,00%) presentaban otros hallazgos no relacionados a EII. Se encontró una $p \geq 0,12$ que indica independencia entre las variables consideradas. (TABLA N° 8).

Dentro de las manifestaciones clínicas y su correspondencia con los hallazgos anatomopatológicos, de los 6 pacientes estudiados, 4 de ellos (66,67%) presentaban manifestaciones gastrointestinales, 2 (33,33%) no presentaron síntomas, obteniendo ambos grupos, a nivel de la biopsia colitis inespecífica, lo cual es relevante para esta investigación. (TABLA N° 9).

De acuerdo a la correlación de los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos, de los 6 pacientes con colitis inespecífica, se observó que 2 pacientes (33,33%) tenían evidencia endoscópica sugestiva de EII, 2 (33,33%) no tenían ningún tipo de hallazgos y 2 (33,33%) presentaron hallazgos distintos de una EII. (TABLA N° 10).

Referente al tipo de Espondiloartritis y la correspondencia con el antígeno HLA-B27 se encontró que 3 pacientes (20,00%) con artritis indiferenciada eran negativos y 1 (6,67%) positivo, los pacientes con diagnóstico de espondilitis anquilosante solo 1 (6,67%) era positivo y 1 (6,67%) desconocido, del grupo con artritis reactiva representado por 3 pacientes todos eran positivos (20,00%), y finalmente de los 6 pacientes (40,00%) con artritis Psoriásica 3 (20,00%) fueron positivos, 2 (13,33%) negativos y 1 (6,67%) desconocido. (TABLA N° 11).

Acorde a los hallazgos anatomopatológicos y la presencia del HLA-B27, de los 6 pacientes que presentaban colitis inespecífica, 3 (50,00%) eran HLA-B27 negativos, 2 (33,33%) positivos y para 1 (16,67%) se desconoce el resultado del antígeno. (TABLA N° 12).

Respecto al tipo de Espondiloartritis y los hallazgos anatomopatológicos encontrados, de los 6 pacientes con colitis inespecífica, 3 de ellos (50,00%) tenían artritis Psoriásica, 2 (33,33%) artritis indiferenciada y 1 (16,67%) artritis reactiva. (TABLA N° 13).

Tabla N° 1

Distribución de frecuencia por edad y sexo en pacientes con diagnóstico Espondiloartritis estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

EDAD EN AÑOS	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
18 - 27	0	0,00	1	6,67	1	6,67
28 - 37	1	6,67	1	6,67	2	13,33
38 - 47	2	13,33	3	20,00	5	33,33
48 - 57	4	26,67	2	13,33	6	40,00
58 - 67	1	6,67	0	0,00	1	6,67
TOTAL	8	53,33	7	46,67	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

Tabla N° 2

Distribución de frecuencia por años de diagnóstico en pacientes con Espondiloartritis estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

AÑOS DE DIAGNOSTICO	N°	%
1 - 5	6	40,00
6 - 10	4	26,67
11 - 15	3	20,00
16 - 20	2	13,33
TOTAL	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

Tabla N° 3

Distribución de frecuencia por tipo de Espondiloartritis en pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

TIPO DE EsA	N°	%
EAP. Indiferenciada	4	26,67
E. Anquilosante	2	13,33
A. Reactiva	3	20,00
A. Psoriásica	6	40,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

Tabla N° 4

Distribución de frecuencia por índice de actividad de la enfermedad y capacidad funcional de los pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012. Aplicación del cuestionario BASDAI y BASFI.

ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD*	CAPACIDAD FUNCIONAL**				TOTAL	
	Conservada		Disminuida			
	N°	%	N°	%	N°	%
En Remisión	1	6,67	0	0,00	1	6,67
En Actividad Leve	5	33,33	1	6,67	6	40,00
En Actividad	4	26,67	4	26,67	8	53,33
TOTAL	10	66,67	5	33,33	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. – Aplicación Cuestionario *BASDAI y **BASFI. $p \geq 0.25$

Tabla N° 5

Distribución de frecuencia por estado de salud y calidad de vida de los pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

Aplicación Cuestionario SF-12 y ASQoL.

ESTADO DE SALUD*	CALIDAD DE VIDA**						TOTAL	
	Mala		Regular		Buena		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	0	0,00	2	13,33	5	33,33	7	46,67
Regular	1	6,67	3	20,00	1	6,67	5	33,33
Malo	3	20,00	0	0,00	0	0,00	3	20,00
TOTAL	4	26,67	5	33,33	6	40,00	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. – Aplicación Cuestionario *SF-12 y**ASQoL. $p < 0.01$

Tabla N° 6

Distribución de frecuencia de acuerdo a condición del antígeno HLA-B27 en pacientes con diagnóstico Espondiloartritis estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

ANTIGENO HLA-B27	N°	%
Positivo	7	46,67
Negativo	6	40,00
Desconocido	2	13,33
TOTAL	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

Tabla N° 7

Distribución por frecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con diagnóstico Espondiloartritis estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012. Biopsia de Recto.

RESULTADO*	N°	%
Colitis Ulcerosa	0	0,00
Enfermedad de Crohn	0	0,00
Colitis Inespecífica	6	100,00
Sin Hallazgos	0	0,00
TOTAL	6	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. – *Biopsia de Recto

Tabla N° 8

Distribución de correlación de hallazgos clínicos y endoscópicos en pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

SINTOMAS*	HALLAZGOS ENDOSCOPICOS						TOTAL	
	Sin Hallazgos		Sugestivos de EII		Distintos de EII**		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	1	6,67	2	13,33	2	13,33	5	33,33
NO	7	46,67	0	0,00	3	20,00	10	66,67
TOTAL	8	53,33	2	13,33	5	33,33	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. *Síntomas Gastrointestinales: Dolor Abdominal, Diarrea, Hematoquecia. **Otros Hallazgos: Hemorroides Internas, Síndrome Adherencial, Diverticulosis. $p \geq 0,12$

Tabla N° 9

Distribución de correlación de hallazgos clínicos y anatomopatológicos en pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

SINTOMAS*	HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS								TOTAL	
	Ninguno		E.C		C.U		C.I			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	66,67	4	66,67
NO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	2	33,33
TOTAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	100,00	6	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. *Síntomas Gastrointestinales: Dolor Abdominal, Diarrea, Hematoquecia. E.C: Enfermedad de Crohn. C.U: Colitis Ulcerosa. C.I: Colitis Inespecífica.

Tabla N° 10

Distribución de correlación de hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos en pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS	HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS								TOTAL	
	Ninguno		E.C		C.U		C.I		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin Hallazgos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	2	33,33
Sugestivos de EII	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	2	33,33
Distintos de EII*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	2	33,33
TOTAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	100,00	6	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. *Hemorroides Internas, Síndrome Adherencial, Diverticulosis.

E.C: Enfermedad de Crohn. C.U: Colitis Ulcerosa. C.I: Colitis Inespecífica.

Tabla N° 11

Distribución por correlación de Espondiloartritis y presencia de antígeno HLA-B27 en pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

TIPO DE EAP	ANTIGENO HLA-B27						TOTAL	
	Positivo		Negativo		Desconocido			
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
EAP. Indiferenciada	1	6,67	3	20,00	0	0,00	4	26,67
E. Anquilosante	1	6,67	0	0,00	1	6,67	2	13,33
A. Reactiva	3	20,00	0	0,00	0	0,00	3	20,00
A. Psoriásica	3	20,00	2	13,33	1	6,67	6	40,00
TOTAL	8	53,34	5	33,33	2	13,33	15	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

Tabla N° 12

Distribución de correlación de hallazgos anatomopatológicos y presencia de antígeno HLA-B27 en pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

ANTIGENO HLA-B27	HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS								TOTAL	
	Ninguno		E.C		C.U		C.I		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Positivo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	2	33,33
Negativo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	50,00	3	50,00
Desconocido	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	16,67	1	16,67
TOTAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	100,00	6	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. E.C: Enfermedad de Crohn. C.U: Colitis Ulcerosa. C.I: Colitis Inespecífica.

Tabla N° 13

Distribución de correlación de hallazgos anatomopatológicos y tipo de Espondiloartritis en pacientes estudiados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, Estado Monagas en el periodo Junio-Agosto de 2012.

TIPO DE EsA	HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS								TOTAL	
	Ninguno		E.C		C.U		C.I		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
EAP. Indiferenciada	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33	2	33,33
E. Anquilosante	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
A. Reactiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	16,67	1	16,67
A. Psoriásica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	50,00	3	50,00
TOTAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	100,00	6	100,00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos. E.C: Enfermedad de Crohn. C.U: Colitis Ulcerosa. C.I: Colitis Inespecífica.

DISCUSION

La inclusión en el grupo de las EsA de las artritis asociadas a la colitis ulcerosa y a la enfermedad de Crohn subraya la estrecha relación que existe entre la inflamación intestinal, la entesítica y la articular. Su etiopatogenia hasta hoy es desconocida, pero probablemente depende de muchos factores tanto genéticos como inmunológicos (1).

En las características epidemiológicas de nuestro estudio, obtuvimos un 53,33% correspondiente al sexo femenino, esto difiere con lo publicado en Argentina por Bellomio donde predominó el sexo masculino en un 59%, para estos autores el rango de edad más afectado se encontraba dentro de 30-55 años siendo similar con nuestro estudio, donde obtuvimos la mayor proporción de pacientes con edades entre 28-47 años. (24).

El 40,00% de nuestros pacientes fueron diagnosticados a menos de 6 años de iniciar su enfermedad, similar a los resultados obtenidos por Márquez cuyo tiempo de evolución de la enfermedad fue de 5 años (25). La mayor proporción de los pacientes corresponde al grupo de Artritis Psoriásica (40,00%), esto difiere al trabajo publicado en Venezuela por Chacón donde predominó Espondilitis Anquilosante con 55,1%, seguido de Artritis Psoriásica con 21,7% (7). De la misma forma difiere con el estudio de Márquez, prevaleciendo de igual forma Espondilitis Anquilosante con un 43,66%, seguido de APs con 21,7% (25). No obstante, es similar, al estudio de Bellomio en Argentina en el que predomina la Artritis Psoriásica, con un 46,7%, seguido de EA con un 30%. (24).

El índice de actividad de enfermedad y capacidad funcional medido con la versión española de BASDAI y BASFI fue de fácil aplicación y manejo por parte de

los pacientes y permitió obtener resultados de $4,4 \pm 2,5$ y $3,8 \pm 2,6$ respectivamente, siendo similares al estudio de Chacón donde se obtuvo un BASDAI de $4,43 \pm 3,0$ y BASFI: $3,64 \pm 3,5$ (24). De igual manera al trabajo de Saenz Ricardo en Costa Rica, resultando un BASDAI de $4,61 \pm 2,92$ y BASFI de $3,94 \pm 2,77$, esto demuestra que los pacientes se encuentran con enfermedad activa y limitados funcionalmente (26).

La calidad de vida medida con el AQoL fue de $5,7 \pm 4,3$, observando una frecuencia similar con el trabajo realizado por Bellomio donde el promedio de ASQoL obtenido fue de $5 \pm 5,3$; lo cual demuestra una proporción de pacientes con regular y mala calidad de vida bastante considerable (24). En relación al estado de salud medido con la versión española del SF-12, el resultado obtenido fue de $56,5 \pm 21,1$; esto difiere de los resultados obtenidos por Chacón donde obtuvo una proporción de $35,58 \pm 6,9$; en nuestra muestra se refleja un buen estado de salud, lo cual pudo deberse a la medicación anti-TNF que reciben la mayoría de los pacientes (7).

Tal como señala Arca-Barca el estudio del HLA-B27 aunque por sí solo, no tenga valor diagnóstico, en pacientes con síntomas clínicos de corta evolución, con síntomas atípicos o en los que todavía no hay signos radiológicos, indica un aumento de probabilidad en el desarrollo de la enfermedad, lo que puede ayudar a establecer el pronóstico y adecuado tratamiento (12). En nuestro trabajo el HLA-B27 fue positivo en un 46,67%, esto difiere a lo obtenido por Saenz Ricardo el cual obtuvo un resultado positivo con 57,1 % (26). Sin embargo nuestro trabajo arroja resultados similares a los obtenidos por Bellomio donde la positividad para este antígeno fue de 46% (24).

La colonoscopia, según Gassull es la técnica más utilizada para el estudio de los pacientes con sospecha de EII, permitiendo la observación macroscópica de la mucosa y la toma de biopsia, en nuestro estudio a todos los pacientes se les realizo

estudio endoscópico, observando en algunos casos alteraciones orientadas a enfermedad inflamatoria intestinal. En relación a los hallazgos clínicos y endoscópicos, los síntomas gastrointestinales alcanzaron un 33,33%, presentando cambios sugestivos de enfermedad inflamatoria intestinal el 13,33% (27).

La relación entre la presencia de síntomas gastrointestinales (66,67%) y la ausencia de estos (33,33%) y los resultados de biopsia arrojando colitis inespecífica en la totalidad de los pacientes a quienes se les realizó biopsia, es similar a lo planteado por Quera quien señala que los síntomas dependerán de la extensión, localización, comportamiento y grado de actividad inflamatoria, además, incluye dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal a la colitis indeterminada, la prevalencia descrita por estos autores de 10-15% difiere con nuestros resultados (28). Otros autores como Arévalo muestran estudios del Instituto de Patología Arias Stella de Perú, donde la colitis inespecífica ocupa el mayor porcentaje con un 53.2%, nuestro estudio reporta en una muestra de 6 pacientes, resultados anatomopatológicos positivos en su totalidad, hecho que señala un componente inflamatorio colónico en estos pacientes, a pesar que muchos de estos pacientes no referían síntomas gastrointestinales, ni presentaban lesiones de mucosas a la colonoscopia, lo cual demuestra que estas enfermedades pueden pasar desapercibidas y que el estudio anatomopatológico cobra un papel fundamental para su diagnóstico (29).

En la relación del tipo de Espondiloartritis y el antígeno HLA-B27, la artritis psoriásica se presentó con mayor frecuencia (20,00%) de antígeno positivo, hecho que difiere con el estudio de Palleiro donde el HLA-B27 fue positivo en casi la mitad de los casos de Espondilitis Anquilosante y Espondiloartritis indiferenciada, señalando solo el 14% de las APs (30). El estudio de Gutiérrez también señala que el mayor índice, 73,3% de los pacientes con espondilitis anquilosante fue HLA-B27 positivo, el 20% de las artritis psoriásicas y el 57,1% de las Espondiloartritis

indiferenciadas, la diferencia con estos estudios pudiera deberse al tamaño de la muestra y de antígenos que fueron desconocidos por la limitación de algunos pacientes.

En nuestro trabajo, con relación a los hallazgos anatomopatológicos y la presencia del HLA-B27, los pacientes con colitis inespecífica presentaban un antígeno negativo en un 50,00% y 33,33% positivo, según Gassull es posible que los genes del HLA jueguen un papel modificador de la enfermedad más que ser un gen importante en la susceptibilidad al desarrollo de EII (27). El mayor porcentaje de pacientes con colitis inespecífica fueron aquellos con artritis Psoriásica 50,00%, seguido de 33,33% con artritis indiferenciada y 16,67% con artritis reactiva, tal como lo señala Paredes en series retrospectivas de pacientes con espondiloartropatía se han observado alteraciones inflamatorias intestinales macro y microscópicas en la ileocolonoscopia hasta en un 67% de los casos, donde algunos de ellos desarrollan posteriormente una EII (19).

CONCLUSIONES

No hubo predominancia significativa en cuanto a sexo por lo que se establece como una distribución equitativa en este aspecto.

El grupo etario más afectado por la presencia de Espondiloartritis correspondió al ubicado entre 28 y 47 años de edad.

La mayoría de las pacientes diagnosticados con EsA tenían una evolución diagnóstica menor a los 6 años.

El tipo de EsA que predominó en el estudio corresponde a las A. Psoriásica y EAP. Indiferenciada.

Gran parte de la población de pacientes presentaron un índice de actividad de la EsA considerable, al igual que un grado de limitación funcional evidente.

El estado de salud con el que se identificaron la mayor parte de los individuos correspondió a un buen estado, predominando a su vez una buena calidad de vida.

El antígeno HLA-B27 se encontró positivo en por lo menos la mitad del grupo de estudio.

Un tercio de la muestra presentaba manifestaciones clínicas gastrointestinales compatibles con EII.

Los hallazgos endoscópicos que predominaron en los pacientes fueron distintos de EII, no obstante en algunos casos se pudieron observar cambios sugestivos de EII.

La presencia de EII demostrada por biopsia fue indistinta de los hallazgos endoscópicos y en los que predominó la presencia de EII fueron aquellos que manifestaban alguna sintomatología gastrointestinal.

Por lo menos la mitad de los individuos en los que se encontró EII eran HLA-B27 negativo y poseían diagnóstico de A. Psoriásica.

RECOMENDACIONES

Dentro de las estrategias educativas a los pacientes diagnosticados con Espondiloartritis, hacer énfasis en la importancia de acudir periódicamente al control reumatológico. Promover y enfatizar en la práctica médica medidas para optimizar el estado de salud así como la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con esta patología.

Se sugiere al personal de Salud del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar, el manejo multidisciplinario entre las áreas de Reumatología y Gastroenterología en aquellos pacientes que se sospeche de E.I.I.

En cuanto al despistaje de la E.I.I. se recomienda la realización de la endoscopia digestiva inferior y la toma de biopsia en cada estudio realizado, de manera que se pueda garantizar un acercamiento al diagnóstico de E.I.I.

Se plantea la realización de despistaje de E.I.I. en todos aquellos pacientes diagnosticados con Espondiloartritis, sin importar en qué grado de actividad se encuentre su enfermedad.

Establecer líneas de investigación basadas en la continuidad del estudio realizado, que cuente con una población de pacientes más numerosa, en un periodo de tiempo más extenso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salaffi, F., Carotti, M., Ciapetti, A., 2010. Clinimetría e Imagenología de las Espondiloartritis. Edit. Fidenza. 1a ed. pp 10.
2. Gamarra, I., Valle-O, R. y Restrepo-Suárez, JF. 2004. Historia de las espondiloartropatías seronegativas [En Línea] 11 (3): 181-198. Disponible: <http://www.revistacolombianadereumatologia.org> [Septiembre, 2004].
3. Schiotis, R.E., Ramos-Niembro, F. Burgos-Vargas, R. y Collantes-Estévez, E. 2008. Panorama de la clasificación y la susceptibilidad genética de las Espondiloartritis. [En Línea] 4 (4): 8-16. Disponible: <http://www.reumatologiaclinica.org> [2008].
4. Bautista-Molano, W.A., Londoño J.D., Romero-Sánchez C., Ávila, M. y Valle, R.R. 2011. Espondiloartritis y su asociación con el Complejo Mayor de Histocompatibilidad. [En Línea] 18 (1): 34-41. Disponible: <http://www.revistacolombianadereumatologia.org> [Marzo, 2011].
5. Gamarra, I., Valle-O, R. y Restrepo-Suárez, JF. 2004. Historia de las espondiloartropatías seronegativas. [En Línea] 11 (4): 271-283. Disponible: <http://www.revistacolombianadereumatologia.org> [Diciembre, 2004].
6. Miranda, M.D., Font, P., Muñoz, E., Collantes, E., Zarco, P., González, C., et al. 2008. Registro Nacional de Pacientes con Espondiloartritis (REGISPONSER). Analisis descriptivo de los 2.367 pacientes españoles

- incluidos. [En Línea] 4 (4): 48-55. Disponible: <http://www.elsevier.es> [2008]
7. Chacón, R., Granados, Y., Esteva, M.H., Martínez, Y., Antúnez, A., Maldonado, T. et al. 2008. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Venezuela. [En Línea] 4 (4): 48-55. Disponible: <http://www.elsevier.es> [2008].
 8. Burgos-Vargas, R., Casasola J.C. 2006. Espondiloartropatías: Generalidades. En: Alarcón-Segovia D, Molina J, edit. Tratado Hispanoamericano de Reumatología. Bogotá: Nomos; [CDROM] 1: 535-542.
 9. Mulero, J. 2005. Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de antagonistas del TNF- α en las Espondiloartritis. [En Línea] 1 (1): 32-37. Disponible: <http://www.reumatologiaclinica.org> [Febrero, 2005].
 10. Vargas-Alarcón G., Granados- Arriola, J. 2006. Complejo mayor de Histocompatibilidad en espondiloartropatías. En: Alarcón-Segovia D, Molina J, edit. Tratado Hispanoamericano de Reumatología. Bogotá: Nomos; [CDROM] 1: 543-553.
 11. González-Naranjo, LA., Londoño, JD. y Valle, RR. 2005. Diagnóstico temprano de las espondiloartropatías. [En Línea] 12 (3): 241-262. Disponible: <http://www.revistacolombianadereumatologia.org> [Septiembre, 2005].
 12. Arca-Barca B., Mera-Varela, A. 2008. Valor diagnóstico del HLA-B27 en las Espondiloartropatías. [En Línea] 9 (1): 26-34. Disponible: <http://www.elsevier.es> [2008].

13. Casas-Figueroa, N. 2007. Espondiloartropatías: Utilidad de los criterios de clasificación. Rev Cubana Med. [En Línea] 46 (1): 0-0. Disponible: <http://scielo.sld.cu> [Enero-Marzo, 2007].
14. Sieper, J., Rudwaleit, M., Baraliakos, X., Brandt, J., Braun, J., Burgos-Vargas, R. 2009. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann RheumDis. [En línea] 68 (2): 1-44. Disponible: <http://ard.bmj.com> [Junio, 2009].
15. Vázquez-Mellado, J., Font-Ugalde, P., Muñoz-Gomáriz, E., Collantes-Estévez E. 2008. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): ¿qué es, cómo surgió, quiénes somos y qué hacemos? Metodología general. [En Línea] 4 (4):17-22, Disponible: <http://www.elsevier.es> [Noviembre, 2008].
16. Gemma, V., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonso, J. 2008. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. [En Línea] 130 (19):726-35, Disponible: <http://www.elsevier.es> [Noviembre, 2007].
17. Ariza-Ariza, R., Hernández-Cruz, B., y Navarro-Sarabia, F. 2004. La versión española del BASDAI es fiable y se correlaciona con la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante. RevEspReumatol. [En Línea] 31 (6): 372-378. Disponible: www.elsevier.es [Marzo, 2004].
18. Alonso-Castro, S., Queiro-Silva, R., Fernández-Serna, M., Alperi-López, M., Riestra-Noriega, JL., y Ballina-García, FJ. 2010. Comorbilidades en las espondiloartropatías. [En Línea] 11 (3): 89-93. Disponible: www.elsevier.es [Marzo, 2010].

19. Paredes, J.M., Barrachina, M.M., Román, J. y Moreno-Osset, E. 2005. Patología articular en la enfermedad inflamatoria intestinal. [En Línea] 28 (4): 240-9. Disponible: www.elsevier.es [2005].
20. Russel, M.G., Stockbrugger, R.W. 2006. Epidemiology of inflammatory bowel disease: an update. Scand J Gastroenterol. [En Línea] 31 (5): 417-27. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> [Mayo, 2006].
21. García de Tena, J., Manzano-Espinosa, L., Leal Berral, JC., Álvarez-Mon Soto, M. 2004. Etiopatogenia de la enfermedad inflamatoria del tubo digestivo. Published in Medicine. [En Línea] 9 (5): 331-340. Disponible: <http://www.elsevier.es> [2004].
22. Ramírez-Gómez, LA., Vásquez-Duque GM., Muñoz-Maya OG. 2006. Manifestaciones reumatológicas de la enfermedad inflamatoria intestinal. [En Línea] 19 (3): 272-285. Disponible: <http://www.iatreia.udea.edu.co> [Septiembre, 2006].
23. Gratacós, J. 2005. Estrategias terapéuticas en las manifestaciones extraarticulares de la Espondiloartritis anquilosante. [En Línea] 1 (1): 54-60. Disponible: <http://www.reumatologiaclinica.org> [2005].
24. Bellomio, V., Berman, A., Sueldo, R., Molina, M.J., Spindler, A., Lucero, E., et al. 2008. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Argentina. [En Línea] 4 (4): 23-29. Disponible: <http://fundacim.org/> [2008].
25. Márquez, J., Pinto, L., Candia, D., Restrepo, M., Uribe, Eliana., Rincón, O., et al. 2010. Espondiloartritis en el Hospital Pablo Tobón Uribe. Descripción de

- una cohorte. [En Línea] 17 (2): 80-85. Disponible: <http://www.rcreumatologia.org/> [Junio, 2010].
26. Sáenz-Castro, Ricardo. 2008. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Costa Rica. [En Línea] 4 (4): 36-40. Disponible: <http://www.elsevier.es> [2008].
27. Gassull, MA., Gomollón, F., Obrador, A. Hinojosa, J. 2007. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Edit. ARAN. 3ª ed. pp 64,164.
28. Quera, R. y Palma, R. 2008. Enfermedades Inflamatorias Intestinales: Colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn. [En Línea] 19 (4): 331 – 341. Disponible: <http://www.clc.cl> [Septiembre, 2008].
29. Arévalo, F., Stella-Castillo, JA., Monge, E., Arias.Stella, J. 2008. Biopsia de Colon: Características Histológicas en diferentes tipos de Colitis Crónica. [En Línea] 28 (2): 140-149. Disponible: <http://www.scielo.org.pe> [Junio, 2008].
30. Palleiro, D. y Spangenberg, E. 2008. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Uruguay. [En Línea] 4 (4):73-78. Disponible: <http://reumatologiaclinica.org/> [2008].

APENDICES

Apéndice A

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO **AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE** **INVESTIGACION**

TITULO DEL ESTUDIO:

Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes con Espondiloartritis y su Relación con el Antígeno HLA-B27. Unidad de Reumatología, Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar”, Maturín, Estado Monagas. Junio-Agosto de 2012.

1- MOTIVACIONES DE ESTE ESTUDIO:

Se le está solicitando que forme parte de un estudio para conocer la cantidad de pacientes con Espondiloartritis (la enfermedad que usted padece) que tienen el riesgo de tener una enfermedad inflamatoria intestinal. Es importante que usted comprenda esta información y sienta la libertad de hacer preguntas hasta que le quede todo claro.

2-EXPLICACIÓN DE LO QUE SE VA REALIZAR:

Una vez que Usted decida participar en este estudio, deberá llenar algunos formularios de preguntas y será examinado por un médico, se le tomara una muestra de sangre y se le dará una cita para realizarle una endoscopia y tomar una muestra de biopsia que es el estudio que en definitiva nos dirá si tiene o no una enfermedad inflamatoria del intestino. Todo esto será completamente gratuito.

3- POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS:

Las posibles molestias que le puede ocasionar este estudio están derivadas sobre todo de la realización de la endoscopia ya que se debe hacer una preparación previa que amerita que usted se laxe por lo que tendrá evacuaciones líquidas varias veces.

4- BENEFICIOS QUE APORTARIA EL ESTUDIO:

Los resultados de este estudio servirán para conocer, si usted sufre de una enfermedad inflamatoria en su intestino, o si tiene riesgos de padecerla ya que la enfermedad que usted tiene actualmente (Espondiloartritis) se ha venido desarrollando como un riesgo para que usted presente esta otra enfermedad. De esta forma podrá recibir orientación y tratamiento oportuno en esta misma institución. Además que estará ayudando a establecer una referencia para ayudar a otras personas que padezcan su misma enfermedad.

5- OFRECIMIENTO PARA CONTESTAR LAS PREGUNTAS SOBRE ESTE ESTUDIO:

Si usted tiene preguntas sobre la realización de este estudio o requiere atención por su problema deberá consultar a los Brs. Isabel Canelón, Luis Gamero o al Dr. Iván Malchiodi, Dra. Ysabel Granados. En los Servicio de Gastroenterología y Reumatología del Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar”.

6- DERECHO DE ABANDONAR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO. ES UNA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Puede tomar la decisión de no participar en este estudio, así como de dejarlo, después de haberlo iniciado, esto no afectará la relación con los médicos investigadores, ni la atención médica que necesite.

7- CONFIDENCIALIDAD:

Todos los datos obtenidos mientras usted participa en este estudio, así como los registros de las pruebas de laboratorio, serán disponibles solo para el personal médico. Los resultados del estudio podrán publicarse para fines científicos, pero su identidad no será revelada.

He leído, o me han leído la información escrita, antes de firmar o colocar mi huella en esta forma de consentimiento. Yo siempre he tenido la ocasión de preguntar y me han dado todas las respuestas a las preguntas que he hecho, quedando conforme con dichas respuestas. Si no participo o si discontinúo mi participación en este estudio no será penalizado y no renunciaré a ninguno de mis derechos legales. Por lo tanto yo acepto voluntariamente tomar parte en este estudio.

Firma o Huella del Paciente	Nombre Impreso	Fecha/Hora
Testigo 1	Nombre Impreso	Fecha/Hora
Testigo 2	Nombre Impreso	Fecha/Hora
Investigadores Principales	Nombre Impreso	Fecha/Hora

Apéndice B

SOLICITUD DE ENDOSCOPIA PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes con Espondiloartritis y su Relación con el Antígeno HLA-B27. Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas, Junio-Agosto de 2012”

Datos del Paciente	
Nombres	
Apellidos	
Edad	
C.I	

Datos del Estudio a Realizar	
Tipo de Endoscopia	
Fecha del Estudio	
Hora del Estudio	
Lugar del Estudio	
Preparación Previa	<p>* Dos días antes del estudio, evitar el consumo de fibras, granos así como de colorantes de ningún tipo.</p> <p>* Un día antes del estudio deberá tener una dieta blanda y liviana: sopas, cremas, puré.</p> <p>* A partir de las 3:00 PM de ese mismo día entrara en dieta absoluta (no debe ingerir alimentos).</p> <p>* En ese momento deberá empezar la preparación: diluir un sobre de Colyte ® en 1 litro de agua y tomara un vaso mediano (150cc) cada 15 minutos alternado con un vaso de agua pura. De esta forma tendrá que repetir el proceso hasta completar 3 sobres de Colyte ® (tomar 3 litros en total).</p> <p>* El día del estudio a las 6:00 AM se deberá colocar un Enema Fleet (vía rectal) y venir en ayunas.</p> <p>* El Paciente debe venir acompañado y tener un vaso jugo de lechosa o gatorade para consumir después del estudio.</p>

NOTA: es importante que se cumpla la correcta preparación, de esto dependerá el éxito del estudio y de una mejor apreciación de los hallazgos.

Datos Referentes a Estudio de Endoscopia			
Resultado	Sin Lesiones Aparentes <input type="checkbox"/>	Mucosa Edematosa <input type="checkbox"/>	Mucosa Friable <input type="checkbox"/>
	Mucosa Congestiva <input type="checkbox"/>	Mucosa Erosiva <input type="checkbox"/>	Mucosa Eritematosa <input type="checkbox"/>
	Sangrado Fácil al Tacto <input type="checkbox"/>	Patrón Vascular Ausente <input type="checkbox"/>	Ulceras Superficiales <input type="checkbox"/>
	Ulceración Continua <input type="checkbox"/>	Exudado Mucopurulento <input type="checkbox"/>	Pseudopólipos <input type="checkbox"/>
	Ulceras Aftoides <input type="checkbox"/>	Ulceras Lineales <input type="checkbox"/>	Zona de Estenosis <input type="checkbox"/>
Compatible Con:		Enf. Crohn <input type="checkbox"/>	Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>
Otros		Hallazgos:	

Solicitante

Apéndice C

SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pacientes con Espondiloartritis y su Relación con el Antígeno HLA-B27. Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas, Junio-Agosto de 2012”

Datos del Paciente	
Nombres	
Apellidos	
Edad	
C.I	
Datos de la Muestra Enviada	
Tipo de Muestra	
Cantidad (N°)	
Medio de Transporte	
Fecha de Obtención	
Técnica Utilizada	

Datos Referentes al Estudio Anatomopatológico			
Resultado	Sin Lesiones Aparentes <input type="checkbox"/>	Distorsión de Criptas <input type="checkbox"/>	Infiltrado Inf. Agudo <input type="checkbox"/>
	Infiltrado Inf. Crónico <input type="checkbox"/>	Infiltrado Difuso <input type="checkbox"/>	Infiltrado Focal <input type="checkbox"/>
	Disminución Cels Goblet <input type="checkbox"/>	Preservación Cels Goblet <input type="checkbox"/>	Absceso Críptico <input type="checkbox"/>
	Agregados Linfoides <input type="checkbox"/>	Afectación Submucosa <input type="checkbox"/>	Granulomas <input type="checkbox"/>
	Inflamación Transmural <input type="checkbox"/>	Fistulas <input type="checkbox"/>	Metaplasia de Paneth <input type="checkbox"/>
Compatible Con:		Enf. Crohn <input type="checkbox"/>	Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/>
		Otra: <input type="checkbox"/>	

Otros

Hallazgos:

Solicitante

Apéndice D

HOJA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Datos del Paciente											
Nombres					Apellidos						
C.I				Edad			Sexo			Telf.	

Datos Referentes a la Enfermedad (EsA)										
Fecha de Diagnóstico y Tipo de EsA	D	M	A		EA	EI	APso	AReac		A-EII
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tratamientos Recibidos	AINE	CORT	SULF	METO	LEFL	INFL	ETAN	ADAL	OTRO	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas Gastrointestinales y Otros Asociados.	Diarrea <input type="checkbox"/>			Hematoquecia <input type="checkbox"/>			Fiebre <input type="checkbox"/>		EnfPerianal <input type="checkbox"/>	
	Pérdida de Peso <input type="checkbox"/>			Dolor <input type="checkbox"/>			Astenia <input type="checkbox"/>		Anorexia <input type="checkbox"/>	
Antecedentes Familiares	En Primer Grado					En Segundo Grado				
	EsA		EII		HLA-B27	EsA		EII		HLA-B27
	Si	No	Si	No	Positivo	Si	No	Si	No	Positiv
	Afectados (N°):1 – 2 – 3 – Más					Afectados (N°):1 – 2 – 3 – Más				

Datos Referentes al Antígeno HLA-B27										
Resultado	Positivo <input type="checkbox"/>					Negativo <input type="checkbox"/>				


Datos Referentes a Estudios de Endoscopia											
Resultado	Sin Lesiones Aparentes <input type="checkbox"/>			Mucosa Edematosa <input type="checkbox"/>			Mucosa Friable <input type="checkbox"/>				
	Mucosa Congestiva <input type="checkbox"/>			Mucosa Erosiva <input type="checkbox"/>			Mucosa Eritematosa <input type="checkbox"/>				
	Sangrado Fácil al Tacto <input type="checkbox"/>			Patrón Vascular Ausente <input type="checkbox"/>			Ulceras Superficiales <input type="checkbox"/>				
	Ulceración Continua <input type="checkbox"/>			Exudado Mucopurulento <input type="checkbox"/>			Pseudopólipos <input type="checkbox"/>				
	Ulceras Aftoides <input type="checkbox"/>			Ulceras Lineales <input type="checkbox"/>			Zona de Estenosis <input type="checkbox"/>				
Compatible Con:				Enf. Crohn			Colitis Ulcerosa		Otra:		

Datos Referentes al Estudio Anatomopatológico											
Resultado	Sin Lesiones Aparentes <input type="checkbox"/>			Distorsión de Criptas <input type="checkbox"/>			Infiltrado Inf. Agudo <input type="checkbox"/>				
	Infiltrado Inf. Crónico <input type="checkbox"/>			Infiltrado Difuso <input type="checkbox"/>			Infiltrado Focal <input type="checkbox"/>				
	Disminución CelsGoblet <input type="checkbox"/>			Preservación CelsGoblet <input type="checkbox"/>			Absceso Críptico <input type="checkbox"/>				
	Agregados Linfoides <input type="checkbox"/>			Afectación Submucosa <input type="checkbox"/>			Granulomas <input type="checkbox"/>				
	Inflamación Transmural <input type="checkbox"/>			Fistulas <input type="checkbox"/>			Metaplasia de Paneth <input type="checkbox"/>				
Compatible Con:				Enf. Crohn			Colitis Ulcerosa		Otra:		

Datos Referentes a Puntuación: BASFI, BASDAI, ASQoL, SF-12										
BASFI	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10									
BASDAI	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10									
ASQoL	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18									
SF-12	10-20-30-40-50-60-70-80-90-100									

ANEXOS

Anexo 1

BASDAI¹
 Por favor, marque con una X el recuadro que representa su respuesta (ejemplo) 
 Todas las preguntas se refieren a **la última semana**.

1. ¿Cuánta fatiga o cansancio ha tenido usted?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ausente muy
 intensa

2. ¿Cuánto dolor ha tenido usted en cuello, espalda o caderas debido a su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ausente muy
 intenso

3. ¿Cuánto dolor o inflamación ha tenido usted en las otras articulaciones (sin contar cuello, espalda y caderas)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ausente muy
 intenso

4. ¿Cuánto malestar ha tenido usted en las partes de su cuerpo que le duelen al tocarlas o presionarlas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ausente muy
 intenso

5. ¿Cuánta rigidez matutina ha tenido usted al despertarse?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ausente muy
 intensa

6. ¿Cuánto tiempo le dura la rigidez matutina desde que se levanta?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 0 1 2 horas o
 mas

Anexo 2

ASQol²

Las siguientes frases han sido pronunciadas por pacientes con su enfermedad.

Por favor, léalas detenidamente y responda sí o no según la frase se corresponda o no a su situación EN ESTE MOMENTO.

1. Mi estado de salud me impide ir a algunos sitios	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. A veces tengo ganas de llorar	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Tengo dificultad para vestirme	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Tengo que hacer un esfuerzo para realizar tareas en casa	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5. Me es imposible dormir	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
6. No puedo realizar actividades con la familia o amigos	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
7. Siempre me siento cansado/a	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
8. Tengo que dejar lo que estoy haciendo para descansar	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9. Tengo dolor insoportable	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10. Me lleva mucho tiempo arrancar por la mañana	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
11. Soy incapaz de realizar tareas en casa	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
12. Me canso fácilmente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
13. Con frecuencia me siento frustrado/a	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
14. El dolor siempre está ahí	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
15. Me siento un/a perdedor/a	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
16. Me cuesta trabajo lavarme el pelo	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
17. Mi enfermedad me baja el moral	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
18. Me preocupa desmoralizar a la gente de mi alrededor	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Anexo 3

BASFI³

A continuación se le indican una serie de actividades. Por favor marque con una X el recuadro que mejor describa su situación (ejemplo 10). Todas las preguntas se refieren a la **última semana**.

1. Ponerse los calcetines (o medias) sin la ayuda de otros medios externos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fácilmente
imposible

2. Recoger un bolígrafo del suelo sin ayuda inclinándose hacia adelante (doblando la cintura).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fácilmente
imposible

3. Coger de una estantería un objeto situado por encima de su cabeza sin ayuda.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fácilmente
imposible

4. Levantarse de una silla sin apoyar las manos ni utilizar ninguna otra ayuda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fácilmente
imposible

5. Estar acostado sobre la espalda y levantarse del suelo sin ayuda.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fácilmente
imposible

6. Estar a pie firme sin apoyarse en nada durante 10 minutos y no tener molestias.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

<p>Fácilmente imposible</p> <p>7. Subir 12 ó 15 escalones sin agarrarse al pasamano ni usar bastón o muletas (poniendo un pie en cada escalón).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Fácilmente imposible</p> <p>8. Mirarse un hombro girando sólo el cuello (sin girar el cuerpo).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Fácilmente imposible</p> <p>9. Realizar actividades que supongan un esfuerzo físico como ejercicios de rehabilitación, trabajos de jardinería o deportes.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Fácilmente imposible</p> <p>10. Realizar actividades que requieran dedicación plena durante todo el día (en casa o en el trabajo).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

1. Versión Española del BASDAI. R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz y F. Navarro-Sarabia. *RevEspReumatol* 2004. **31** (6): 372-378.
2. Versión Española del ASQoL. R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz, G. López-Antequera, FJ. Toyos y F. Navarro-Sarabia. *ReumatolClin* 2004. **33** (4): 332-348.

3. Versión Española del BASFI. R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz y F. Navarro-Sarabia. *Arthritis&Rheumatism (ArthritisCare&Research)* 2003 **49** (4): 483–487.

Anexo 4

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted haría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2
Sí,	Sí,	No, no
Me limita	Me limita	me limita
Mucho	un poco	nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Esfuerzos moderados,** como mover una mesa, minar

más de 1 hora

3. Subir **varios** pisos por ¹ la ² escalera
 Sí NO

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer?
5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema emocional?**

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional?**

8. Durante s 4 últimas se as, ¿hasta qué nto el dolor le dificultado su trabajo itual (incluido abajo fuera de y las tareas do ticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. se tranquilo?	sintió	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
10. tuvo	<input type="checkbox"/>	mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se triste?	sintió	<input type="checkbox"/>	desanimado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca	

Anexo 5

Criterios de Clasificación de Amor para diagnóstico de

Espondiloartritis

A. Síntomas clínicos o historia pasada de:	Puntaje
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor lumbar o dorsal en la noche o rigidez matutina de la columna lumbar o dorsal • Oligoartritis asimétrica • Dolor glúteo o • Dolor glúteo alternante • Dedo del pie o de la mano en forma de “salchicha” • Dolor en talón u otra entesopatía bien definida • Iritis • Uretritis no gonococcica o cervicitis concomitante o durante el mes anterior al inicio de la artritis • Diarrea aguda concomitante o durante el mes previo al inicio de la artritis • Presencia o historia de: psoriasis, balanitis, enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn) 	<p>1</p> <p>2</p> <p>1 2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>B. Hallazgos radiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacroiliitis (bilateral grado = 2 o unilateral =3). 	<p>3</p>
<p>C. Historia genética</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de HLA B27 y/o historia familiar de espondilitis anquilosante, artritis reactiva, uveitis, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal. 	<p>2</p>
<p>D. Respuesta al tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clara mejoría de los síntomas reumáticos a las 48 horas luego de iniciar los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) o rápida recaída del dolor en menos de 48 horas luego de discontinuar los AINES. 	<p>2</p>

1. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. [Criteria of the classification of spondylarthropathies]. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1990 Feb. **57** (2): 85-9.

Anexo 6

Maturín, 22 de Septiembre de 2012.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Yo, GUILLERMO RAMOS DANIELES, titular de la cédula de identidad 3.559.686, *Estadístico, profesor titular jubilado de la Universidad de Carabobo*, por la presente declaro: Que *he asesorado en el procesamiento y análisis estadístico* a los Bachilleres Isabel Patricia Canelón Granados y Luis Gerónimo Gamero Rodríguez, titulares de las cédulas 18.274.586 y 18.825.866, respectivamente, en el trabajo de investigación “PREVALENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y SU RELACIÓN CON EL ANTÍGENO HLA-B27. UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR, MATURÍN, ESTADO MONAGAS. JUNIO-AGOSTO DE 2012” que realizaron como requisito para optar al título de *Médico Cirujano de la Universidad de Oriente*.

Sin más que hacer referencia me suscribo.

Atte.

Guillermo Ramos Danieles

C.I.: V-3.559.686

Telf.: 0416-333 2978.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	“Prevalencia De Enfermedad Inflamatoria Intestinal En Pacientes Con Espondiloartritis Y Su Relación Con El Antígeno Hla-B27. Unidad De Reumatología, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas. Junio-Agosto De 2012”
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
CANELÓN GRANADOS, ISABEL PATRICIA.	CVLAC: 18.274.586 E MAIL: asailor14@hotmail.com
GAMERO RODRÍGUEZ, LUIS GERÓNIMO.	CVLAC: 18.825.866 E MAIL: zeuslg15@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

ESPONDILOARTRITIS.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

ANTÍGENO HLA-B27.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	REUMATOLOGIA

RESUMEN (ABSTRACT):

introducción: la espondiloartritis define a un grupo heterogéneo de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas, que pueden compartir: compromiso del esqueleto axial, factor reumatoide negativo, frecuente asociación con antígeno de histocompatibilidad hla-b27. la espondiloartritis asociada a eii afecta cualquier edad y su sintomatología no se relaciona con exacerbaciones o remisiones de la enfermedad intestinal. **objetivo:** determinar prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con espondiloartritis y su relación con el antígeno hla-b27, evaluados en consulta externa del servicio de reumatología del hospital universitario manuel núñez tovar, maturín estado monagas. **metodología:** estudio descriptivo, abierto, de cohorte transversal, donde se evaluó estado clínico, hallazgos colonoscópicos, estudio anatomopatológico y determinación del hla-b27. la información se insertó en base de datos, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, analizaron las variables, se hizo cálculo de frecuencias de medidas de tendencia central, de dispersión y de independencia. **resultados:** quince pacientes consintieron participar. el 53,33% eran femeninos. edad entre 38-47 años, media de $45,9 \pm 8,7$, tiempo de diagnóstico de $7,4 \pm 6$ años. el 40,00% con artritis psoriásica, 13,33% espondilitis anquilosante, 20,00% artritis reactiva y 26,67% artritis indiferenciada. el 6,67% en remisión y capacidad funcional conservada, 33.33% en actividad leve. 7 pacientes con hla-b27 positivos. a seis pacientes se les realizó biopsia, el 100% reporto colitis inespecífica, de estos, 3 tenían artritis psoriásica, 2 artritis indiferenciadas y 1 artritis reactiva. el 50,00% eran hla-b27 negativos. el 66,67% presentaron manifestaciones gastrointestinales, 2 pacientes tenían signos endoscópicos sugestiva de eii, 2 con mucosa normal y 2 presentaron hallazgos distintos de una eii. **conclusión:** el 100% de los pacientes con estudio anatomopatológico reporto enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, independientemente de manifestaciones clínicas gastrointestinales y de alteraciones macroscópica de mucosa, lo cual plantea la presencia de inflamación intestinal subclínica en pacientes con espondiloartritis.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
ACOSTA B, CARLOTA.	ROL	CA	AS	TU x	JU
	CVLAC:	3.957.199			
	E_MAIL	carlota.acosta@gmail.com			
MATOS G, CARLOS R.	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	3.242.687			
	E_MAIL	carlosrmatosg@hotmail.com			
PARTIDAS, GEY E.	ROL	CA	AS	TU	JU x
	CVLAC:	13.473.407			
	E_MAIL	gpartidas@gmail.com			
GRANADO G, YSABEL M.	ROL	CA	AS x	TU	JU
	CVLAC:	4.022.727			
	E_MAIL	ymgranados@hotmail.com			
MALCHIODI Y, IVAN C.	ROL	CA	AS x	TU	JU
	CVLAC:	14.012.007			
	E_MAIL	ivanmalchiodiy@gmail.com			
BOADAS S, ASISCLO R.	ROL	CA	AS x	TU	JU
	CVLAC:	14.111.355			
	E_MAIL	asisclo02@hotmail.com			

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2012	10	23
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE: SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. Prevalencia De Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Doc	application/msword

ALCANCE

ESPACIAL: SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR”, MATURÍN, ESTADO MONAGAS.

TEMPORAL: 10 AÑOS.

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

MÉDICO CIRUJANO

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

PREGRADO

ÁREA DE ESTUDIO:

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

INSTITUCIÓN:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLAÑOS CUMBELE
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario “



AUTOR

Br. Isabel Patricia Canelón Granados
C.I: 18.274.586



AUTOR

Br. Luis Gerónimo Gamero Rodríguez
C.I: 18.825.866



TUTOR

Dra. Carlota Acosta
C.I: 3.957.199



JURADO
Dr. Carlos Matos
C.I: 3.242.687



JURADO

Lcda. Gey Partidas
C.I: 13.473.407

POR LA SUBCOMISION DE TESIS

