

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“ENFERMEDAD AUTOINMUNE MÚLTIPLE”

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 12 años atendidos en las consultas externas de las especialidades de Endocrinología, Reumatología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt junio a julio 2014

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Karla María Cabrera Martínez
Gladys Jehaneth Xinico Yos
Ligia Odeth Yupe Ramírez
Irma Patricia Vaquiax Xajil**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2014



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Karla Maria Cabrera Martinez	200210316
Gladys Jehaneth Xinico Yos	200310695
Ligia Odeth Yupe Ramirez	200510114
Irma Patricia Vaquiax Xajil	200614516

cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“ENFERMEDAD AUTOINMUNE MULTIPLE”

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 12 años atendidos en las consultas externas de las especialidades de Endocrinología, Reumatología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt
junio a julio 2014

Trabajo revisado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos y tutorado por el Dr. César Oswaldo García García quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, ocho de agosto del dos mil catorce


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
DECANO
2011-2013
FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:


Karla María Cabrera Martínez	200210316
Gladys Jehaneth Xinico Yos	200310695
Ligia Odeth Yupe Ramirez	200510114
Irma Patricia Vaquiux Xajil	200614516

han presentado el trabajo de graduación titulado:

“ENFERMEDAD AUTOINMUNE MÚLTIPLE”

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 12 años atendidos en las consultas externas de las especialidades de Endocrinología, Reumatología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt
junio a julio 2014

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. César Oswaldo García García y, al establecer que cumplen con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, ocho de agosto del dos mil catorce.


Dr. César Oswaldo García García
Supervisor




Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador

Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 8 de agosto del 2014

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Karla María Cabrera Martínez

Gladys Jehaneth Xinico Yos

Ligia Odeth Yupe Ramírez

Irma Patricia Vaquiáx Xajil

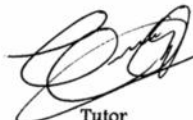


presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“ENFERMEDAD AUTOINMUNE MÚLTIPLE”

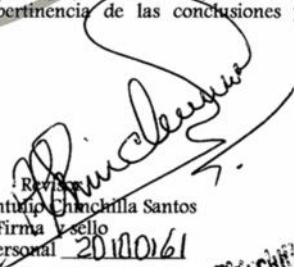
Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 12 años atendidos en las consultas externas de las especialidades de Endocrinología, Reumatología, Neurología, Dermatología y Hematología del Hospital Roosevelt junio a julio 2014

Del cual como revisor y tutor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Dr. César O. García
Médico y Cirujano
Colegiado 5950

Tutor
Dr. César Oswaldo García García
Firma y sello



Reg. de personal 20110161
Firma y sello

COLEGIO DE CIRUJANOS
Y MÉDICOS
2014

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

Karla María Cabrera Martínez

Agradecimientos

A Dios y la Virgen María

Por permitirme alcanzar este éxito y todas sus bendiciones.

A mis padres

Carlos y Yoli, por el inmenso amor dedicación y paciencia que siempre me han brindado. Por ser mi fortaleza.

A mi esposo

José Carlos por su amor, apoyo y amistad porque juntos alcanzamos esta meta.

A mis hijos

Angie y José por ser mi vida

A mis hermanos

Vladi, Pavel y Heidee, por su amor y apoyo.

A mis tíos

En especial a mi tío Jorge por ser desde antes su doctora corazón.

Agradecimientos

- A Dios** Por permitir que mi sueño se cumpliera, por ser mí guía y no soltarme de la mano en los momentos de angustia. Dios eres fiel.
- A mi madre** Delfina Yos Aju, por ser mi fortaleza, la base de toda mi vida, el pilar de mi existencia, mi inspiración, por tu apoyo moral y económico, porque gracias a ti hoy estoy logrando un triunfo que indudablemente es tuyo. Te amo mami.
- A mi padre** Jose Xinico Sitan, por creer siempre en mí, por tu confianza, tu amor, y apoyo incondicional. Te amo papi.
- A mis hermanos** Maynor Geovani Xinico, Jose Byron Xinico, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por soportar mi mal carácter, pero sobre todo por amarme tanto como yo los amo.
- A mis abuelitos** Perfecto Yos, Agustina Aju, Hilaria Sitan, por sus sabios consejos que sin duda llevare hasta la tumba, su cariño y sus cuidados.
- A mis tios, primos, cuñada, sobrino Albertito** Por ser una luz en mi vida, por su apoyo y motivación constante.
- A mis amigos y amigas** Por su compañía, palabras de apoyo, por nuestra complicidad, porque ustedes son un tesoro en mi vida. En especial a Paola gracias amiga
- A mis pacientes** Por ser el motivo para seguir cultivándome, por ser la inspiración diaria de mi vocación.
- A mis casa de estudios , tutores, maestros y residentes** USAC mi alma mater, por su sabiduría, experiencia, en especial Dr Valdez, Dr García por contribuir en mi crecimiento profesional. Muchas Gracias

Agradecimientos

- A Dios, Virgen María y San Judas Tadeo** Por guiarme, acompañarme y cuidarme en mi camino y permitirme ser su instrumento.
- A mi Madre** Ligia Ramírez por su apoyo, ayuda, entrega, cuidados, paciencia, inspiración y hacerme la persona que soy. Este triunfo es de las dos.
- A mis papas** Mario Yupe, por su apoyo, consejos y ejemplo para ser alguien mejor.
Mario Rene Mérida, por sus cuidados, consejos, por estar a nuestro lado apoyándonos y protegiéndonos.
- A mis hermanos** Stefany y Jorge son mi inspiración para ser alguien mejor.
- A mi novio** Diego Reyes, por ayudarme y apoyarme siempre, y esto es para construir nuestro futuro juntos.
- A mis pacientes** A todos y cada uno que ocupa un lugar en mi corazón, ya que formaron parte de todo este viaje, gracias por haberme abierto su corazón y tener paciencia cuando estaba aprendiendo, que Dios tenga en su gloria a los que ya no nos acompañan.
- A mi casa de estudios, tutores, maestros** Especial agradecimiento a Dr. Cesar García, por la ayudarme a concluir este último paso y a todos por compartir sus conocimientos conmigo y ayudarme en mi crecimiento como profesional
- A mis padrinos** Por apoyarme en este momento tan importante en mi vida.

Agradecimientos

- A Dios** Por ser mi guía y fortaleza en este largo camino. Gracias por utilizarme como instrumento de su amor.
- A mi madre** Alejandra Xajil, por su apoyo incondicional por su ejemplo de lucha y amor incondicional, por acompañarme en todo momento
- A mi padre** Alejandro Vaquiox por creer en mí, por su confianza, por ser un ejemplo de lucha, sin su apoyo esto no podría ser realidad.
- A mis hermanos** Por su apoyo de una otra manera.
- A mis amigos** Por su apoyo en los momentos difíciles. Por ser parte de este logro.
- A Mi casa de estudios y docentes** Por sus enseñanzas que han contribuido a mi crecimiento profesional. Dr. Cesar García, por su colaboración, paciencia y entrega para poder culminar la última fase de este trayecto

RESUMEN

OBJETIVO: Describir a los pacientes con enfermedades autoinmunes mayores de 12 años atendidos en las Consultas Externas de las especialidades de Reumatología, Endocrinología, Dermatología, Hematología y Neurología del hospital Roosevelt de junio a julio 2014. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal de una muestra representativa de 1041 pacientes en quienes se aplicó un cuestionario y se realizó una revisión sistemática de registros médicos de los pacientes para corroborar el diagnóstico de la enfermedad autoinmune. **RESULTADOS:** La edad promedio de los pacientes fue de 43.74 ± 16.66 años. El 91% correspondió a mujeres. La mayoría de pacientes con EAI 75% se encontraban entre la segunda y quinta década de la vida. Se encontró que 393 pacientes (38%) tenían un nivel primario de educación, 389 (37%) tenían una ocupación como ama de casa. La residencia de los pacientes fue de mayor predominio en el departamento de Guatemala en 65%, seguido de Sacatepéquez 6% y Escuintla 5%. El 42% presentó agregación familiar. Se reportó un 83% de pacientes con una sola EAI, 14% de pacientes con dos EAI y un 3% de pacientes con tres EAI. Entre las morbilidades por sistema se encontraron con mayor frecuencia las cardiovasculares con 29%, seguidas de las metabólicas endócrinas con 24% y por último se reportaron las hematológicas con 20%. **CONCLUSIÓN:** El perfil del paciente con EAI es: sexo femenino, residente en el departamento de Guatemala, de etnia ladina, ama de casa, entre la segunda y quinta década de la vida, agregación familiar y poliautoinmunidad cuatro de cada diez y dos de cada diez respectivamente. La morbilidad mas frecuente es del sistema cardiovascular.

PALABRAS CLAVE: Autoinmune, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, tiroiditis autoinmune, síndrome Sjogren.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Enfermedad Autoinmune.....	5
3.2 Poliautoinmunidad.....	5
3.3 Agregación Familiar	6
3.4 Multimorbilidad.....	6
3.5 Lupus Eritematoso Sistémico.....	7
3.6 Esclerosis Múltiple	10
3.7 Síndrome de Sjogren	13
3.8 Artritis Reumatoide.....	14
3.9 Pùrpura Trombocitopènica Idiopática	18
3.10 Enfermedad Tiroidea.....	19
3.11 Psoriasis.....	21
3.12 Esclerodermia	23
3.13 Diabetes Mellitus Tipo 1	26
3.14. Vasculitis.....	28
3.15 Anemia Hemolítica	32
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	35
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	35
4.2 Unidad de análisis.....	35
4.3 Población y muestra	35
4.4 Selección de los sujetos de estudio	35
4.5 Medición de las variables.....	36
4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	38
4.7 Procesamiento y análisis de datos	39
4.8.Límites	40
4.9 Aspectos éticos de la investigación	41
5. RESULTADOS.....	43
5.1. Características Socio-demográficas:.....	43
5.2. Poliautoinmunidad:.....	48

5.3. Agregación familiar de enfermedades autoinmunes:	50
5.4. Multimorbilidad:	52
6. DISCUSIÓN.....	57
6.1 Características Socio-demográficas	57
6.2 Poliautoinmunidad.....	60
6.3 Agregación Familiar	61
6.4 Multimorbilidad	62
7. CONCLUSIONES	63
8. RECOMENDACIONES	65
9. APORTES.....	67
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
11. ANEXOS	77
11.1 Características Socio-demográficas	77
11.2 Poliautoinmunidad:.....	78
11.3 Agregación Familiar:.....	80
11.4 Multimorbilidad:	81
11.5 Cuestionario.	82

1. INTRODUCCIÓN

La inmunidad tiene indudablemente un valor positivo para la supervivencia del individuo y de la especie, sin embargo existen respuestas inmunes que no protegen, sino que actúan patogénicamente y causan enfermedades alérgicas y un grupo muy heterogéneo de condiciones clínicas en las cuales el sistema inmune ataca los constituyentes propios del individuo, por lo que se les denomina enfermedades autoinmunes (EAI) (1).

En una enfermedad autoinmune existe una respuesta inmune exagerada contra una sustancia y tejidos que normalmente están presentes en el cuerpo. Los conocimientos sobre enfermedad autoinmune cada vez han aumentado, sin embargo su etiología permanece aún desconocida (2).

Estudios científicos a nivel mundial han demostrado que hasta cinco de cada cien personas pueden llegar a padecer al menos una enfermedad autoinmune (EAI) (3). En promedio, la incidencia de las enfermedades autoinmunes en Colombia es de 90/100.000 y su prevalencia 3225/100.000 (4). Se demostró en estudios internacionales que la proporción hombres: mujeres es aproximadamente de 1:3 por lo que el mayor número de afectadas son mujeres. Dado que las EAI son crónicas e incurables, su impacto social, morbilidad y mortalidad es enorme, deteriorando la calidad de vida e incrementando los costos indirectos y directos así como en el número de hospitalizaciones de los pacientes que las padecen (4). Según Fred Miller, director del Grupo de Autoinmunidad Ambiental del Instituto Nacional de Ciencias de Salud Ambiental, actualmente se reconoce que las enfermedades autoinmunes se cuentan entre las principales causas de muerte entre las mujeres jóvenes y de mediana edad de los Estados Unidos (5). Las personas sanas pueden padecer autoinmunidad, en especial los ancianos. Además, muchas enfermedades infecciosas despiertan reacciones contra lo propio (6).

Estudios han demostrado que las EAI tienden a presentarse entre los integrantes de una misma familia, a lo que se le denomina agregación familiar. Especialistas afirman que los antecedentes familiares pueden incrementar la frecuencia de presencia de casos de enfermedades autoinmunes, se menciona entre un 15 y 20% de posibilidad de padecer una enfermedad autoinmune, si un pariente ya la tuvo (3). Se determinó a través de Grupo Latinoamericano de Estudio de Lupus Eritematoso (GLADEL) que existe agregación familiar en pacientes con Lupus eritematoso sistémico y Artritis reumatoide. Hasta el 31 de diciembre del 2000 la cohorte de GLADEL matriculó a 1214 pacientes, mediante entrevista directa y 1177 pacientes accedieron a participar, el estudio reveló que

el 14.1 % tenía parientes con enfermedad autoinmune, ya sea sistémica u órgano específica. Hubo un total de 238 parientes con enfermedad autoinmune. Entre los parientes había 9.9% con Lupus eritematoso sistémico, 6.7% con Artritis reumatoide, 2% enfermedad tiroidea, y 0.3% con esclerodermia (7).

El presente estudio descriptivo se realizó en las consultas externas de las especialidades de Reumatología, Endocrinología, Dermatología, Neurología y Hematooncología del Hospital Roosevelt y tuvo como propósito describir y dar a conocer la presencia de poliautoinmunidad, agregación familiar y multimorbilidad, en pacientes mayores de 12 años que padecen enfermedades autoinmunes, y así poder obtener una aproximación del comportamiento de la enfermedad autoinmune en nuestro medio.

La información recabada se obtuvo mediante llenado de cuestionario por medio de entrevista y revisión de los registros clínicos para corroborar el diagnóstico siendo un total de 1041 que corresponde a la muestra calculada con base a la población de cada especialidad. De la información obtenida se obtuvo que el 91% de los pacientes fueron mujeres y el 9% hombres. La edad promedio de los pacientes que presentan EA es 43.74 ± 16.66 años, la edad de inicio de la enfermedad se encontró entre la segunda a la quinta década de la vida, la residencia de los pacientes con EAI, tiene mayor predominio en el departamento de Guatemala. Del total de casos se encontró que 393 pacientes (38%) presentaban un nivel de educación primario. Se encontró que del total de casos 389 (37%) tiene una ocupación de ama de casa siendo el (99%) de sexo femenino; y el 30 % 319 pacientes no trabaja. EL16% de las mujeres presentó poliautoinmunidad, el 42% tienen algún familiar de primer y segundo grado de consanguinidad con antecedente de EAI.

Se concluye que la población estudiada con enfermedad autoinmune (EAI) fue con mayor frecuencia en mujeres entre la segunda y quinta década de la vida, con una relación hombre mujer de 1:10, la edad promedio de los pacientes con EAI fue de 44.08 ± 16.38 en mujeres y de 40.04 ± 19.18 en hombres. La morbilidad asociada con mayor frecuencia en pacientes con EA I fue del sistema cardiovascular.

Las enfermedad autoinmune tiroidea, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico fueron las EAI más frecuente en 235 (23%) pacientes, 234 (22%) pacientes y 130 (12%) pacientes observadas respectivamente. Las enfermedades autoinmunes en las que se evidenció mayor antecedente familiar fueron lupus eritematoso sistémico y enfermedad tiroidea con 28.5%.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir a los pacientes con enfermedades autoinmunes mayores de 12 años que acuden a las consultas externas de las especialidades de Reumatología, Endocrinología, Dermatología, Hematología y Neurología del hospital Roosevelt de junio a julio del año 2014.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Identificar:

- La poliautoinmunidad en los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad autoinmune.
- La presencia de agregación familiar de enfermedad autoinmune, en el primer y segundo grado de consanguinidad.
- La presencia de multimorbilidad en pacientes con enfermedades autoinmunes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Enfermedad Autoinmune

Una de las características del sistema inmunitario tradicionalmente aceptable es su capacidad para distinguir lo propio de lo ajeno. Los anticuerpos son capaces de reconocer una amplia serie de materiales extraños y de generar reacciones contra ellos. La característica esencial de este tipo de enfermedades es que la lesión hística se debe a una reacción inmunitaria del organismo con sus propios tejidos, la autoinmunidad significa simplemente la presencia de autoanticuerpos o de linfocitos T que reaccionan contra los autoantígenos (6).

Estudios científicos a nivel mundial han demostrado que hasta cinco de cada cien personas pueden llegar a padecer al menos una EAI. Suelen ser más frecuentes en las mujeres que en los hombres y pueden llegar a presentar compromiso de diferentes órganos y sistemas, llevando a los pacientes desde la discapacidad laboral hasta la muerte, en casos severos y sin tratamientos adecuados. Además de generar un alto impacto en la población, las EAI representan altísimos costos para los sistemas de salud. (3).

Principalmente su etiología es desconocida, al tomarse el conjunto de las enfermedades autoinmunes, su prevalencia alcanza el 5%. Diversos estudios han indicado la relación entre las enfermedades reumatológicas, los fenómenos autoinmunes. (3) Las EAI son generadas por varias causas que actúan en conjunto; las principales se agrupan en tres tipos: hormonales, medioambientales (tóxicos, virus, contaminantes, muchas veces desconocidos) y genéticas (3)

3.2 Poliautoinmunidad

A través de los estudios que el CREA ha realizado se ha demostrado que algunos individuos pueden presentar más de una EAI, evento que científicamente se ha denominado como “poliautoinmunidad”, esto es, varias EAI en una misma persona.(3)

Estudios han demostrado que las EAI tienden a presentarse entre los integrantes de una misma familia. Especialistas afirman que los antecedentes familiares pueden incrementar la frecuencia de presencia de casos de enfermedades autoinmunes, se menciona entre un 15 y 20% de posibilidad de padecer una enfermedad autoinmune, si un pariente ya la tuvo (3).

3.3 Agregación Familiar

Estudios han demostrado que las EAI tienden a presentarse entre integrantes de una misma familia fenómeno conocido como agregación familiar. (1)

Factores genéticos participan en la etiopatogenia de LES también puede ser genética el traslapo de enfermedades autoinmunes con otras enfermedades autoinmunes, genes para predisposición para Les o para otras enfermedades autoinmunes. Puede haber un gen o genes que predisponen a enfermedades autoinmunes en general.

Se determinó a través de Grupo Latinoamericano de Estudio de Lupus Eritematoso (GLADEL) que existe agregación familiar en pacientes con Lupus eritematoso sistémico y Artritis reumatoide. Hasta el 31 de diciembre del 2000 la cohorte de GLADEL matriculo a 1214 pacientes. Mediante entrevista directa con 1177 pacientes que accedió a participar en un estudio, revelo que el 14.1 % tenía parientes con enfermedad autoinmune ya sea sistémica u órgano especifica. Hubo un total de 238 parientes con enfermedad autoinmune. Entre los parientes había 9.9% con LES, 6.7% con AR, 2% enfermedad tiroidea, y 0.3% con esclerodermia (7).

3.4 Multimorbilidad

El concepto de multimorbilidad aún es poco conocido y no está bien integrado en la atención médica y la investigación. Para los médicos involucrados en el cuidado de reumatología para una población de pacientes que tienen múltiples enfermedades, la multimorbilidad no es la regla de la excepción. La interacción de diferentes enfermedades y el impacto que tienen sobre los resultados clínicos importantes, tales como la función física, calidad de vida y la mortalidad. Las decisiones de tratamiento deben ser adaptados para el paciente con multimorbilidad para servir mejor a la persona y la sociedad. (8)

La multimorbilidad se define como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo. Toma en cuenta todos los aspectos de la condición del paciente, incluyendo el potencial de interacción de la enfermedad y la unión patofisiológica, siendo un concepto más amplio que el de comorbilidad. (8)

Tabla 1: Diferencias entre el concepto de multimorbilidad y comorbilidad

Concepto	Multimorbilidad	Comorbilidad
Central	No define la enfermedad, el paciente es el centro del concepto.	La enfermedad como centro de interés.
Condiciones de importancia	Todas las condiciones son iguales	Existen diferentes condiciones de importancia
Condiciones de interacción	Interacción fuerte entre condiciones coexistentes.	No supone interacción con una sola condición de comorbilidad, solo interacciona con la enfermedad supuesta.
Condiciones consideradas	Condiciones crónicas	cualquier condición coexistente
Definición general	Se considera como entidad distinta en lugar de la suma de sus partes.	Conjunto de condiciones individuales.

Fuente: Multimorbidity and rheumatic conditions – enhancing concept of Comorbidity, Rev. Rheumatology. Vol. 10, 2014. (8)

3.5 Lupus Eritematoso Sistémico

Es una enfermedad autoinmunitaria en la que los órganos, tejidos y células se dañan por la adherencia de diversos autoanticuerpos y complejos inmunitarios. (6)

Es de etiología desconocida de difícil diagnóstico y tratamiento. (9)

La enfermedad es multisistémica, aunque al principio pueda afectarse sólo un órgano. La mayoría de pacientes siguen una evolución crónica y presentan brotes o exacerbaciones de la enfermedad, intercalados con períodos de inactividad. (3)

3.5.1 Epidemiología

Una de cada mil personas lo presenta, en una proporción de nueve mujeres por un hombre. (3) La incidencia y prevalencia del LES varían en función del área geográfica y de la etnia analizada (más elevadas en Europa y Australia que en Estados Unidos). Afecta con más frecuencia y gravedad a ciertas etnias, como los

nativos indígenas americanos, orientales y afroamericanos. En el 90% de las ocasiones afecta a mujeres en edad fértil, aunque también se puede presentar en la infancia, en décadas tardías y en hombres. (10)

Algunos autores han publicado que las edades más comunes se encuentran entre los 17 a los 24 años (11). El lupus eritematoso sistémico es una patología limitante que en el 90% de los casos corresponde a mujeres en edad reproductiva, lo cual disminuye tanto el desarrollo físico y emocional, así como reproductivo de los pacientes. (9)

En un estudio realizado en Guatemala, titulado caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con Lupus Eritematoso sistémico año 2011, reveló que de los 282 pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso sistémico, el promedio de edad fue de 37.79 ± 15.69 predominio de afectación en la población femenina en 265 (93.97%) pacientes, 173 (61%) pacientes procedían del departamento de Guatemala, llamando la atención que el segundo lugar en 32 (11%) pacientes, la procedencia fue el departamento de Escuintla, la etnia más frecuente fue la ladina en 231 (81.91%), con un nivel de escolaridad general que no supera la educación primaria en 189 (67.02%) pacientes. (9)

3.5.2 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron: eritema malar 191 (67.73%), fatiga 179 (63.48%). Anemia 150 (53.19%), artralgias 139 (49.29%), fiebre 131 (46.45%) y pérdida de peso en 113 (40.07%). (9)

3.5.3 Poliautoinmunidad

La prevalencia de hipotiroidismo e hipertiroidismo en adultos con enfermedades reumáticas auto inmunitarias publicada por McDonagh y colaboradores, es del 8.2%, en el estudio realizado por asociación guatemalteca de reumatología se determinó que 27 pacientes presentaron hipotiroidismo y 4 hipertiroidismo (1.41%). (12) También la presencia de Diabetes Mellitus en pacientes fue de 22 pacientes (7.8%) en comparación con un estudio realizado por Cortes y colaboradores en el año 2008, en donde se encontraron solamente 9 pacientes (1.9%). (13) Las alteraciones hematológicas son frecuentes en el lupus eritematoso sistémico. La anemia es la más común y es de naturaleza multifactorial. El tipo más frecuente es la anemia de

las enfermedades crónicas, que está en relación con las citoquinas de la inflamación; otros tipos son: la anemia ferropénica, anemia hemolítica autoinmune, aplasia pura de glóbulos rojos. (14) Las manifestaciones cutáneas son las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes que presentan LES, se encuentra frecuentemente en el 70% de los pacientes durante el curso de la enfermedad. La vasculitis se caracteriza por diversas lesiones vasculares en diversos órganos. (15)

3.5.4 Agregación familiar

Si bien el lupus no es una enfermedad hereditaria, ya que no se transmite directamente de padres a hijos, los hijos sí pueden heredar algún factor genético todavía no caracterizado que puede predisponer a su desarrollo; ello quiere decir que los hijos de un paciente con LES no están necesariamente predestinados a tener la enfermedad, aunque pueden ser más propensos a ello. El lupus puede ocurrir en gemelos, pero la probabilidad de que se presente en ambos es solo de 30%, lo que respalda la teoría que el origen de esta enfermedad no es únicamente genético. (16)

En Guatemala en el año 2011, revelo que de los 282 pacientes, en 10 (3.54%) pacientes se presentó antecedente familiar de primer grado de lupus, similar a lo publicado por Jiménez y colaboradores, en Barcelona, en el 2003, con 5%, lo cual apoya el aspecto genético de la enfermedad. (17).

3.5.5 Multimorbilidad

Entre las morbilidades oculares que estuvo presente en un estudio realizado en España en el 2004 en 74 (26.24%) pacientes, conjuntivitis fue la más frecuente en 33 (11,7%) seguido de cambios retíales en 12 (4.25%), Yebra y Tutor en una revisión en España en el 2004, determinaron menor número de pacientes con afección ocular en 5 a 10%, la mayoría de pacientes con tratamiento antimalárico. (17)

Las manifestaciones del sistema nervioso central constituyen una de las principales morbimortalidad en pacientes con LES, las frecuentes son las disfunciones cognoscitiva, en particular alteraciones de la memoria y el razonamiento. En un estudio realizado se determinó que 146 pacientes (51.77) presentaron alguna manifestación neurológica, siendo la mas frecuente la falta de concentración en 75

pacientes (26.60%), seguido de alteración de la memoria 62 (21.99%), vasculitis del SNC 11 (3.90%). (10)

La afección renal constituye una de las principales causas de morbilidad que pueden desencadenar en enfermedad terminal, 140 pacientes tuvieron afección renal (49.65%); 83 presentaron nefritis. (9).

En un estudio realizado por Kakati y colaboradores, en el año 2007 se determinó ó 37 pacientes (13.12%) presentaron alguna manifestación pulmonar al inicio de la enfermedad, se identificó la presencia de derrame pleural en 10 pacientes (3.55%), pleuritis 10 (3.55%), neumonitis intersticial 8 (2.83%) y tromboembolia pulmonar (2.48%), en donde del 50-83% de pacientes con manifestaciones pulmonares presentaban pleuritis y derrames pleurales como más frecuentes. (18)

Las manifestaciones cardiacas aparecieron en 58 (20%) pacientes, sin embargo las lesiones más frecuentes fueron, disfunción valvular 19 (6.73%), cardiomiopatía 16 (5.67%), pericarditis 13 (4.61%), trombosis venosa 12 (4.25%), endocarditis 10 (3.54%). Diversas revisiones reportan la afección cardiovascular en un 40% de la población de pacientes con LES, según lo reportado por Duró Pujol, en Barcelona, lo cual se explica por el acumulo de comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular (19). Las manifestaciones gastrointestinales más frecuentes fueron esplenomegalia 9 pacientes (3.19%), pancreatitis 8 (2.83%) y ascitis 6 (2.13%). (8)

Entre las multimorbilidades estudiadas en Guatemala, se encuentra la hipertensión arterial se identificaron 114 pacientes de 282 (40.2%), dato que concuerda con un estudio publicado por Sierra (España 2005) que reportó una prevalencia de 44.3%.(20)

3.6 Esclerosis Múltiple

La esclerosis múltiple (EM), es la causa más frecuente de alteraciones neurológicas en los adultos jóvenes y de mediana edad y constituye la forma más frecuente de enfermedad por alteración de la mielina en el SNC. (21) Se manifiesta con dificultades en los movimientos de las extremidades, del habla, de la visión o la alteración de la percepción de sensaciones táctiles (sensibilidad), entre otros. (3)

3.6.1 Epidemiología

Se presenta en una de cada mil personas, aproximadamente (3). En Europa del norte, América del Norte continental y Australasia una de cada 1000 personas sufre esclerosis múltiple. En Europa Central es la enfermedad inflamatoria del sistema central nervioso más común. En cambio, en la Península Arábiga, Asia, América Central y América del Sur continental la frecuencia es mucho menor. En el África Subsahariana es extremadamente rara. Con excepciones importantes, hay un gradiente norte-sur en el hemisferio norte y sur-norte en el hemisferio sur, con las menores frecuencias en las zonas ecuatoriales. En España este gradiente norte-sur se mantiene, la prevalencia media de la península ibérica se puede cifrar en 45 casos por cada 100 000 habitantes. (22)

Afecta principalmente a pacientes entre los 20 – 50 años de edad, excepcionalmente empieza en la infancia o por encima de los 50 años. La enfermedad es casi dos veces más frecuente en las mujeres en una proporción de tres a cuatro por cada hombre (CREA) y la contraen más las personas de raza blanca. Se da menos en el medio rural y se ha descrito que predomina en niveles sociales medios y altos. (21) Otros estudios indican, la esclerosis múltiple es una enfermedad de adultos jóvenes, la edad media de aparición es 29-33 años, pero la gama de edades de aparición es muy amplia, aproximadamente desde los 10 a los 60 años. (23)

3.6.2 Manifestaciones clínicas

Las áreas que con mayor frecuencia se ven afectadas son los nervios ópticos, médula espinal y el tronco del encéfalo. Los síntomas se pueden dividir en 2 categorías: *Aquellos síntomas y signos que probablemente se deben a la desmielinización y la pérdida axonal, como por ejemplo los disturbios sensoriales de las extremidades, debilidad y espasmos de las piernas, neuritis óptica, disfunción de la vejiga y del intestino, dolor e incoordinación cognoscitiva. Los otros síntomas y signos, que consisten por ejemplo en una sensación general de malestar, fatiga, y depresión probablemente debido a la liberación de citoquinas, radicales libres y proteasas. (24)

Los síntomas y signos que aparecen al inicio de la enfermedad, se desarrollan de forma abrupta, en cuestión de minutos y horas y desaparecen usualmente en períodos de horas, días o semanas. Usualmente los síntomas iniciales derivan de una simple lesión. Entre estos tenemos: diplopía, disminución de desarrollo motor, pérdida de la vista, sensación alterada en las extremidades, vértigo. (24)

3.6.3 Poliautoinmunidad

No se han encontrado estudios médicos o investigaciones que vinculen la esclerosis múltiple con otras enfermedades autoinmunes.

3.6.4 Agregación familiar

La esclerosis múltiple no es una enfermedad hereditaria. Sin embargo, la enfermedad está influenciada por la constitución genética del individuo y se ha demostrado que existen genes que están relacionados con un mayor riesgo de contraer la enfermedad (21). En general, uno de cada 25 hermanos de un individuo con la enfermedad también se verá afectado. Si uno de los padres está afectado por la enfermedad, cada uno de los hijos tendrá una probabilidad de 1 entre 40 de desarrollarla de adulto. (22)

3.6.5 Multimorbilidad

En Estados Unidos se consideran que los afectados por Esclerosis Múltiple (en torno a 2.5 millones de personas en el mundo) padecen problemas respiratorios en las fases iniciales de la enfermedad, y que las pruebas de función pulmonar habituales no detectan dichos problemas, ligados a una debilidad de la musculatura respiratoria. En los casos de diagnóstico reciente de Esclerosis Múltiple, un 52% tiene algún nivel de afectación pulmonar. (23)

La depresión en estos casos puede originarse tanto en las implicaciones del diagnóstico como en los efectos que produce la enfermedad en el cerebro. La ansiedad también es un problema frecuentemente asociado con la esclerosis múltiple. Al igual que la depresión, puede estar originada por la enfermedad o por las implicaciones del diagnóstico. Las consecuencias cognitivas de la esclerosis múltiple también suelen estar asociadas a ella. No es raro que personas que sufren

la enfermedad desarrollen falta de memoria, dificultades en explicar conceptos abstractos, organizar, planificar u olviden determinadas palabras. (22).

3.7 Síndrome de Sjogren

Es una enfermedad autoinmunitaria crónica y de avance lento caracterizada por una infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas que acaba produciendo xerostomía y xeroftalmia. Puede aparecer de manera aislada conociéndole como de causa primaria o vinculado con otras enfermedades autoinmunes denominándosele secundario. (6)

3.7.1 Epidemiología

Afecta principalmente a mujeres 9:1 y aumenta la prevalencia en un 0.5 a 1.0%. (6) Algunos autores difieren en lo anterior, asegurando que no se conoce con exactitud su incidencia, pero se sugiere que tras la artritis reumatoide es la enfermedad más frecuente. Afectando mas a mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida, aunque es posible su comienzo a cualquier edad. No se ha observado que existan diferencias raciales. (25)

3.7.2 Manifestaciones clínicas

El principal síntoma bucal es la sequedad (xerostomía), es descrito por el paciente como la incapacidad o dificultad de deglutir el alimento, habla con interrupciones, sensación de quemazón, intensificación de las caries dentales y problemas para llevar dentadura postiza completa. La exploración física muestra una mucosa bucal seca, eritematosa y pegajosa y la saliva es turbia o no puede recogerse. (6).

La afección ocular es otra manifestación importante, el paciente la presenta por xeroftalmia que se percibe como una sensación de arenilla bajo los parpados. Hay sensación de quemazón, acumulación de secreción espesa en forma de hebras en el ángulo interno de los ojos, menor producción de lágrimas, enrojecimiento, picos y fatiga ocular, así como aumento de la foto sensibilidad. Denominándose queratoconjuntivitis seca (6).

3.7.3 Poliautoinmunidad

Así mismo el SS es frecuentemente asociado con EAI como LES, AR, ETA, la esclerosis sistémica (ES), y menos frecuentemente con el síndrome antifosfolípido (SAF) y la EM. Se puede asociar con LES entre un 19%-33%. Otra asociación

bastante frecuente ocurren entre SS-AR. Esta asociación ha sido reportada de un 4% hasta un 30%. El riesgo de desarrollar SS puede ser hasta 10 veces mayor en una persona con ETA que sin ella. (26)

Algunos estudios han reportado una prevalencia del 1% al 3% en la relación de esclerosis múltiple y SS pero más recientemente Seze y colaboradores mostraron una prevalencia del 16.6% en un grupo de pacientes con EM proponiendo de esta forma que los pacientes con EM deberían ser tamizados para SS. (27)

3.7.4 Agregación familiar

No se han encontrado estudios médicos o investigaciones de fuente que indique que varios miembros de la familia puedan padecer síndrome de Sjogren.

3.7.5 Multimorbilidad

Un (60%) de los pacientes afectados presentan artralgias o artritis, un (37%) síndrome de Raynaud, afección pulmonar (14%), renal (9%), hepática (6%). (6) Al menos el 15% de los pacientes pueden presentar una enfermedad asociada, entre las cuales la fibromialgia, la depresión, el hipotiroidismo no-autoinmune y la hipertensión arterial son las más frecuentes. (25)

Estudios han presentado resultados donde concluyen que el riesgo de pacientes afectados con SS primario de padecer neoplasias tales como linfoma no Hodgkin es del 5-10% (28).. Las manifestaciones del SNC pueden ser focales o difusas (29) (30) Algunos pacientes pueden presentar en un futuro, manifestaciones extraepiteliales incluyendo glomerulonefritis, purpura y neuropatías periféricas. (31)

3.8 Artritis Reumatoide

Es una enfermedad crónica y multiorgánica de causa desconocida. Una característica principal es la sinovitis inflamatoria persistente que por lo común afecta a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica (6).

La razón principal es que hay destrucción cartilaginosa con erosiones óseas y deformidades articulares (6).

3.8.1 Epidemiología

Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial y al 0.4% de la población mayor de 16 años en Latinoamérica, con una relación mujer: hombre de 8:1. Las

mujeres se afectan con una frecuencia casi tres veces más alta que los varones. Aumenta con la edad y disminuye la diferencia en la edad avanzada. Es más común entre los 35 y 50 años de edad. (32) Otras fuentes refieren que inicia entre los 40 y 60 años y un 75% son mujeres. (33,34).

En un estudio realizado en Guatemala por la asociación guatemalteca de reumatología, realizado en pacientes que consultan en las diferentes consultas externas de los hospitales nacionales, se entrevistaron 352 pacientes, donde se observó que el sexo femenino predominó en 93%, el grupo etario mayormente afectado fue de 50 a 59 años, predominando la etnia no indígena con un 92%, la ocupación más frecuente fue ama de casa en 52%, el 63% padecía AR por más de 5 años, presentaron leve discapacidad un 40% y estaban asociadas a comorbilidades tales como: 27% diabetes Mellitus y 29% hipertensión arterial. Las manifestaciones extra articulares más frecuentes fueron de tipo constitucional y nódulos subcutáneos en 22%. Pacientes analfabetas son afectados en un 11%. (33).

El 20% de pacientes con AR en Europa Occidental desarrolla cáncer al igual que América del Norte; aproximadamente 1 de cada 10 mujeres desarrollará cáncer de mama, y hasta el 1 de cada 8 hombres desarrollará cáncer de próstata, 1 en 25 el cáncer colorrectal, de 1 de cada 40 cáncer de pulmón y aproximadamente 1 de cada 100 linfoma u otro cáncer linfoproliferativo. (28).

3.8.2 Manifestaciones clínicas

Dos terceras partes comienzan con fatiga, anorexia, debilidad generalizada y síntomas musculo esqueléticos vagos, hasta evidenciar sinovitis. Suele persistir durante semanas o meses. La afección poliarticular inicia en manos, muñecas, rodillas y pies de forma simétrica generalmente. (6)

TABLA 2: NUEVOS CRITERIOS DE LA ACR-EULAR PARA LA EVALUCIÓN DE AR 2010 (31)

Población objetiva: Quién debe ser evaluada		
1.	Pacientes con al menos una articulación inflamada (sinovitis franca)	
2.	Sinovitis no explicada por otra enfermedad.	
Criterios de Clasificación para AR. Algoritmo basado en puntaje. La suma de las categorías A-D; una sumatoria de o igual 6/10 es necesario para tener Dx de AR definitiva.		
R?	Afección articular	
α.	1 articulación grande	0 pts.
β.	2-10 articulaciones grandes	1 pt
χ.	1-3 articulaciones pequeñas (con o sin afección de articulación grandes)	2pts
δ.	4-10 articulaciones pequeñas (con o sin afección de articulación grandes)	3pts
ε.	>10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña)	5pts
S?	Serología	
α.	Factor reumatoide(FR) negativo y anti-ccp negativo	0pts
β.	FR positivo débil o anti-ccp positivo débil	2 pts.
χ.	FR positivo significativo o anti-ccp significativo	3 pts.
X.	Reactantes de fase aguda	
a.	Proteína C reactiva normal y eritrosedimentación normal	0 pts
b.	Proteína C reactiva anormal y eritrosedimentación anormal	1 pt
U?	Duración de síntomas	
a.	Menos de 6 semanas	0 pts.
b.	Igual o más de semanas	1 pt

Los síntomas constitucionales son rigidez matutina, fatiga, fiebre, anorexia.

El síntoma más característico es la rigidez matutina que dura de 30 minutos a horas. (Refleja la inflamación y el edema articular y periarticular que se acumuló en el reposo nocturno y que lentamente la circulación linfática reabsorbe) (6).

3.8.3 Poliautoinmunidad

En un estudio se incluyeron 304 pacientes con AR y 676 familiares en primer grado. 98 (32.3%) pacientes presentaron poliautoinmunidad. La enfermedad autoinmune tiroidea (EAIT), el síndrome de Sjögren's y el síndrome antifosfolipídico fueron las EAIS más frecuentes, observadas respectivamente en 64 (21.1%), 36 (11.8%) y 8 (2.6%) casos. De los pacientes con poliautoinmunidad, 16 (16.3%) tuvieron síndrome autoinmune múltiple. Los factores de riesgo de poliautoinmunidad fueron sexo femenino, enfermedad cardiovascular y la presencia de anticuerpos antinucleares. (35)

3.8.4 Agregación familiar

La predisposición genética es mayor en los pacientes de primer grado de los pacientes con AR relacionada con la presencia del autoanticuerpo, el factor reumatoideo. Además los gemelos monocigotos muestran una concordancia cuatro veces mayor. (6)

En un estudio se observó que 73 familias (24%) tuvieron al menos un familiar en primer grado con EAI. En orden de frecuencia las EAI en familiares fueron EAIT (9.5%), AR (4%) y lupus eritematoso sistémico (1.4%), con un AR de 3.5, 8 y 7 respectivamente. (35)

3.8.5 Multimorbilidad

Según estudios las más comunes son: la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis, hipertensión arterial y dislipidemias. Algunos estudios han informado la presencia de neoplasias linfohematológicas en pacientes con AR, conociendo que el riesgo a la exposición ambiental, a tratamiento farmacológico y el daño autoinmune provocado son los factores principales en este riesgo de desarrollar malignidad. (28, 32,33) (36)

En un estudio se observó que los pacientes a los que se les prescribió terapia biológica tenían: peor control de la enfermedad, recibieron más FAME y glucocorticoides y se habían sometido a más artroplastias en comparación con el grupo control. Sin embargo, los factores de riesgo cardiovascular y la frecuencia de comorbilidad fueron similares entre casos y controles. Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipercolesterolemia (33%), hipertensión (27%), obesidad (26%), y trastornos respiratorios (16%), tiroideos (13%) y gastrointestinales (10%). La incidencia de enfermedad cardiovascular es baja (2%). Solo el 29% de los pacientes tenían multimorbilidad. (37)

Otro estudio demostró que las multimorbilidades relacionadas son causadas por inflamación sistémica, efectos secundarios causados por la administración de medicamentos antirreumáticos, desordenes psicológicos relacionados con inestabilidad e inadaptabilidad social, todos estos factores producen un impacto socioeconómico importante. (8,38)

Estas fueron las enfermedades relacionadas: enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, enfermedad periodontal, desordenes gastrointestinales (esofagitis, ulcera gastroduodenal, enfermedad de intestino corto, colitis, hepatitis) enfermedad pulmonar, cáncer, infecciones, depresión; observándose que dicho estudio presenta mucha similitud en relación a otros. (38)

3.9 Púrpura Trombocitopénica Idiopática

La púrpura Trombocitopénica idiopática (PTI) es una enfermedad hemorrágica autoinmune caracterizada por el desarrollo de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos de algunos de los complejos mayores de glicoproteínas plaquetarias. El síndrome clínico de la PTI está caracterizado por sangramientos cutáneo mucosos establecidas entre la infancia y la etapa adulta. En el adulto generalmente el inicio es más gradual y fluctuante, sin ninguna enfermedad precedente, con un curso crónico mayor de 6 meses (en un pequeño porcentaje de los adultos la enfermedad puede ser aguda), y la gran mayoría de los pacientes requieren tratamiento para normalizar las plaquetas. (39)

3.9.1 Epidemiología

Afecta con más frecuencia a mujeres de 20 40 años de edad y predomina en los varones en una proporción de 3:1 (40), la mayoría de los enfermos son menores de 45 años y la relación masculino-femenina es de 3/4:1 (39)

3.9.2 Manifestaciones clínicas

La PTI es la causa más frecuente de trombocitopenia en el adulto. Esta entidad cursa con trombocitopenia periférica y un número normal o aumentado de megacariocitos en la médula ósea (40).

Son causas comunes los trastornos autoinmunitarios, en particular el lupus eritematoso diseminado, y las infecciones, como la producida por VIH hepatitis C.

3.9.3 Poliautoinmunidad

Aunque la coexistencia de PTI con hipertiroidismo viene descrita con cierta frecuencia en la literatura médica 8-10, no ocurre lo mismo con el hipotiroidismo y PTI. (41)

3.9.4 Agregación familiar

No se han encontrado estudios médicos o investigaciones que indique padecer de purpura trombocitopénica idiopática dentro de una misma familia.

3.9.5 Multimorbilidad

Todos los medicamentos utilizados para el tratamiento de la PTI pueden producir efectos adversos graves. A continuación se enumeran algunos de los más frecuentes o importantes causados por los medicamentos de uso habitual. Corticoides: osteoporosis, síndrome de Cushing, hipertensión arterial, hiperglucemia, cataratas, psicosis. IgG-IV: reacciones alérgicas, anemia hemolítica, Inmunoglobulina anti- D: reacciones alérgicas. Rituximab: Angioedema, hipotensión arterial, broncoespasmo, edema laríngeo, neutropenia. (39)

3.10 Enfermedad Tiroidea

La enfermedad tiroidea autoinmune es una de las patologías más comunes dentro de la endocrinología. Este grupo de enfermedades que afectan la función tiroidea se consideran actualmente como parte de un espectro, donde por un lado se evidencia una hipofunción y (Tiroiditis de Hashimoto) y en el lado opuesto, el de la hipperfunción, (Enfermedad de Graves). (42)

3.10.1 Epidemiología

La incidencia anual de EG encontrada en el estudio de Whickham fue de 80 por 100 000 mujeres/año (42) y es más frecuente en mujeres que hombres (8 a 10:1). La elevada prevalencia de la ETAI en la población puede inferirse de los estudios que estiman en aproximadamente 10 % la positividad de los anticuerpos antitiroideos séricos (43).

3.10.2 Manifestaciones clínicas

La enfermedad tiroidea autoinmune (ETAI) es la enfermedad autoinmune órgano específica más común, siendo el hipotiroidismo espontáneo más frecuente EG. (40). La tiroiditis crónica autoinmune (TCAI), la tiroiditis silente y la enfermedad de Graves prevalecen en el sexo femenino. Los mecanismos de la inmunidad humoral y mediada por células contribuyen a la injuria tisular en el hipotiroidismo autoinmune, mientras que los anticuerpos para el receptor de la hormona estimulante tiroidea (TSH) son responsables del hipertiroidismo en la enfermedad de Graves. Después

de tratados, algunos pacientes con enfermedad de Graves evolucionan hacia el hipotiroidismo debido a destrucción tisular autoinmune o a la acción de anticuerpos bloqueadores de la tiroides. (43)

3.10.3 Poliautoinmunidad

Trastornos tiroideos autoinmunes, especialmente Graves y la enfermedad de Hashimoto, ocurren a menudo en asociación con enfermedades autoinmunes no endocrinas. También, alteraciones de la función tiroidea se han descrito con frecuencia en pacientes con enfermedades del tejido conectivo, en particular, la artritis reumatoide (AR) y la esclerosis sistémica (SS). (43)

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad relativamente nueva que ha ganado mucha atención en los últimos años. Los anticuerpos antifosfolípidos se han identificado con manifestaciones clínicas tales como venosa y / o trombosis arterial, trombocitopenia y aborto recurrente. Pueden ocurrir de forma espontánea o asociada con otras enfermedades, incluyendo enfermedades autoinmunes reumáticas y enfermedades tiroideas autoinmunes. (43)

Algunos autores han señalado que la existencia de SS en el contexto de una enfermedad tiroidea no es un acontecimiento casual, como indica su tasa de incidencia de hasta el 37% en alguna serie, en la que aparecería sobre todo en disfunciones tiroideas que incluyen un cuadro clínico manifiesto y completo.

Es conocido que la enfermedad autoinmune tiroidea coexiste con la diabetes mellitus T1 (DM1). La prevalencia es considerada alrededor del 5% y está usualmente asociada con hipotiroidismo pero puede estarlo también con hipertiroidismo. (44) La DM1 está asociada con otras enfermedades autoinmunes principalmente enfermedad tiroidea autoinmune y enfermedad celíaca. El registro Belga de diabetes demostró una prevalencia de anticuerpos antitiroideos en el 22 % de los pacientes con DM1. (28).

3.10.4 Agregación familiar

La ETAI se origina en la compleja interacción de factores genéticos y ambientales. La importancia de los factores genéticos explica, tanto la agregación familiar, como la susceptibilidad para la enfermedad y su variabilidad étnica.(43) Igualmente, la frecuencia familiar de la enfermedad autoinmune tiroidea o sistémica, puede deberse a la acción de genes comunes para estos procesos, como lo comprueba

la reciente identificación del alelo responsable del riesgo para 4 fenotipos autoinmunes diferentes: diabetes mellitus tipo 1, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y tiroiditis de Hashimoto. (43)

3.10.5 Multimorbilidad

Mención especial nos merece la influencia de la disfunción tiroidea sobre órganos y sistemas, particularmente el cardiovascular, que adquiere relevancia en ciertas enfermedades con elevada prevalencia en la comunidad, como hipertensión arterial, enfermedad aterosclerótica y dislipidemia. (42)

El hipertiroidismo evidente condiciona un estado cardiovascular hiperdinámico que aumenta la contractilidad cardíaca, el gasto cardíaco (función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo), la frecuencia del pulso y la prevalencia de las taquiarritmias supraventriculares, especialmente la fibrilación auricular y, disminuye la resistencia vascular periférica y la presión arterial diastólica. Lo contrario ocurre el hipotiroidismo evidente. (42)

Hoy se sabe que las alteraciones cardiovasculares en la disfunción tiroidea no quedan restringidas a las formas de disfunción clínicamente evidentes. Numerosas evidencias indican que el sistema cardiovascular responde a los mínimos, pero persistentes cambios en los niveles de hormonas tiroideas circulantes, que son típicos de la disfunción tiroidea subclínica. Debido a que todas las alteraciones cardiovasculares son reversibles al restaurar el estado de eutiroidismo, las medidas terapéuticas quedan justificadas para atenuar los efectos cardiovasculares adversos. (42)

3.11 Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica de etiología autoinmune muy frecuente en nuestro medio, que constituye un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la anormal función o estructura de uno o varios elementos del tejido conectivo, de origen autoinmune (45). Las lesiones muestran prurito variable. Existen otros factores externos que pueden exacerbar la psoriasis como infecciones y estrés. La variedad más común es la denominada tipo placa (6)

3.11.1 Epidemiología

Afecta igualmente a ambos sexos y puede ocurrir a cualquier edad, aunque comúnmente aparece por primera vez entre las edades de 15-25 años. La prevalencia de la psoriasis en poblaciones occidentales se estima en un 2-3%. Una encuesta realizada por la Fundación Nacional de Psoriasis encontró una prevalencia de 2.1% entre adultos estadounidenses. Aunque la enfermedad es algo más frecuente en las mujeres que en los varones se observa en los pacientes de cualquier edad, sexo, raza y etnia. (46)

Esta enfermedad inflamatoria cuya prevalencia media mundial se estima alrededor del 2%, si bien en España, según el estudio Epiderma, es ligeramente inferior (1,4%). (45)

3.11.2 Manifestaciones clínicas

Algunos pacientes presentan placas estables, de crecimiento lento, que permanecen básicamente sin cambios durante periodos prolongados. Las zonas que afecta con más frecuencia son codos, rodillas, pliegue interglúteo, y piel. El cuero cabelludo. El ataque tiende a ser simétrico. La psoriasis en placas por lo común surge poco a poco y sigue una evolución indolente. Pocas veces cede de modo espontaneo, La psoriasis inversa afecta a las regiones intertriginosas como la axila, la ingle, la región sub mamaria y el ombligo, también ataca a veces el cuero cabelludo. Las palmas y las plantas. Las lesiones individuales con placas netamente demacradas, alrededor del 50% presenta afección de las uñas de los dedos, que aparecen con un aspecto puteado, engrosada con hiperqueratosis subungueal (45).

3.11.3 Poliautoinmunidad

No se han encontrados estudios médicos o investigaciones que vinculen psoriasis con otras enfermedades autoinmunes.

3.11.4 Agregación familiar

No se conoce en detalle el origen de la psoriasis, pero advierten actualmente un componente genético en ella. Más de 50 % de quienes la tienen señala un antecedente familiar positivo. (6) Se ha determinado que padres psoriásicos tienen hijos psoriásicos con mayor frecuencia que madres psoriásicas. (47)

3.11.5 Multimorbilidad

Alrededor de un 5 a 10% de los pacientes con psoriasis experimentan molestias articulares asociadas, mucho más frecuentes en los pacientes con afección ungueal. Aunque en algunos casos coincide con la aparición de una artritis reumatoide clásica, muchos presentan artritis psoriásica de unos tres tipos 1] artritis inflamatoria asimétrica que afecta con mayor frecuencia a las articulaciones interfalángicas distales y proximales y con menor frecuencia a las rodillas, las caderas, los tobillos y las muñecas. 2] Enfermedad parecida la artritis reumatoide seronegativa; un porcentaje importante de estos pacientes evolucionan a una grave artritis destructiva. (45) Enfermedad limitada a la columna vertebral (espondilitis psoriásica). La artritis psoriásica por lo general afecta las mismas áreas en ambos lados del cuerpo (rodillas izquierda y derecha, muñecas izquierda y derecha, etc.). Similar a la artritis reumatoidea, es generalmente más leve, aunque esta pueda incapacitar, esta puede afectar cualquier unión, como la rodilla, la cadera, el tobillo. Las articulaciones afectadas pueden estar calientes, sensibles, y rojas, y los dedos "parecidos a una salchicha" esto pueden presentarse sobre las manos y pies.

Los problemas emocionales (ansiedad, depresión) se ven afectados por la severidad de la psoriasis. Se ha demostrado en varios estudios que las situaciones psico-emocionales severas pueden desencadenar o agravar un brote. (32)

Es de suma importancia tratar la multimorbilidad en pacientes con psoriasis ya que en los últimos años se está prestando importancia por la relación de esta con enfermedades concomitantes. Se sabe que las enfermedades prevalentes en la psoriasis están artritis psoriasisica, enfermedad cardiovascular a través del estudio de sus principales factores de riesgo (obesidad, DM II, HTA, dislipidemia y síndrome metabólico) (46)

3.12 Esclerodermia

La esclerodermia es una enfermedad multisistémica caracterizada por cambios inflamatorios, vasculares y escleróticos de la piel y de órganos internos, particularmente pulmón, corazón y tracto gastrointestinal. Se desencadena por un conjunto de factores genéticos, ambientales e infecciosos y se considera una enfermedad tripartita en la que se asocian defectos de autoinmunidad humoral. Estos tres eventos patológicos pueden ocurrir y progresar en forma independiente.

Siendo esta es una enfermedad multisistémica del tejido conectivo, de base autoinmune y etiología desconocida. (32)

Se caracteriza por una afectación vascular generalizada, que produce isquemia y fibrosis secundaria. Se distinguen dos tipos, la forma cutánea limitada y la forma cutánea difusa. Los efectos principales de la esclerodermia son el engrosamiento y el endurecimiento de la piel, así como la inflamación y la cicatrización de muchas partes del cuerpo, lo cual causa problemas en los pulmones, los riñones, el corazón, el sistema intestinal y en otras áreas.(32)

3.12.1 Epidemiología

La esclerosis generalizada es una enfermedad esporádica adquirida con una distribución mundial y que afecta a individuos de todas las razas. En Estados Unidos, la frecuencia es de nueve a 19 casos por millón por año. La única encuesta basada en la comunidad sobre la esclerosis generalizada reveló una prevalencia de 286 casos por millón de población. Se calcula que existen 100 000 casos de esclerosis generalizada en Estados Unidos, si bien esta cifra puede ser un poco más elevada si también se incluyen los pacientes que no cumplen con los criterios de clasificación estrictos. Estudios realizados en Inglaterra, Australia y Japón demostraron tasas de esclerodermia generalizada más bajas que en Estados Unidos. La edad, el sexo y las características étnicas son factores importantes que determinan la susceptibilidad a la enfermedad. Al igual que otras enfermedades del tejido conjuntivo, la esclerodermia generalizada muestra un predominio en mujeres, máximo en la edad reproductiva y que disminuye después de la menopausia. (6)

La esclerodermia es relativamente inusual. Solo entre 75,000 y 100,000 personas en los Estados Unidos sufren de esta enfermedad. Más del 75% de las personas con esclerodermia son mujeres. La enfermedad afecta a adultos y a niños, pero es más común en mujeres de entre 30 y 50 años. Existen distintos tipos de esclerodermia y enfermedades relacionadas. Asimismo, los nombres pueden ser confusos. Los dos tipos principales son la localizada (la cual afecta la piel del rostro, las manos y los pies) y la sistémica (la cual también puede afectar los vasos sanguíneos y los principales órganos internos). (6)

3.12.2 Manifestaciones clínicas

La afectación de las arterias digitales origina el denominado fenómeno de Raynaud, que consiste en ataques episódicos vaso espástico, con palidez seguido de hiperemia por re perfusión. En una secuencia de coloración blanca, amoratada y roja, muy característica. Suele haber afectación bilateral de los dedos de la mano y también del pie. Aparece 100% de las formas de esclerodermia limitada y hasta en el 75% de las formas difusas. Pueden llegar a originar infartos en los pulpejos de los dedos con ulceraciones o gangrena evidente, con riesgo de complicaciones de tipo infeccioso, que pueden incluso afectar el hueso subyacente. (48)

3.12.3 Poliautoinmunidad

No se han encontrado estudios médicos o investigaciones que vinculen esclerodermia con otras enfermedades autoinmunes.

3.12.4 Agregación familiar

Se ha observado un alto grado de agregación familiar a esta enfermedad estimándose que el riesgo relativo de padecer esta enfermedad es 15 veces mayor en hermanos de pacientes y 13 veces mayor en familiares de primer grado. Además la concordancia para la presencia de auto-anticuerpos específicos en gemelos homocigóticos es extremadamente elevada llegando a 90%. Otro dato que resalta la importancia de los factores genéticos de la susceptibilidad a la esclerosis es la diferencia que se observa en la prevalencia de la enfermedad dependiendo del grupo étnico. (49)

3.12.5 Multimorbilidad

La Esclerosis sistémica se engloba en las que se cree que la interacción entre factores ambientales y ciertos factores genéticos del individuo dan lugar al desarrollo de la enfermedad. Se han postulado agentes ambientales como posibles desencadenantes de la SSc, sin embargo ninguno de estos factores ambientales se ha definido de forma contundente

3.13 Diabetes Mellitus Tipo 1

Se denomina diabetes mellitus al grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina. (50)

La diabetes tipo 1, se caracteriza por la destrucción de los islotes pancreáticos de células beta e insulinopenia total; por lo que los individuos presentan la tendencia hacia la cetosis en condiciones basales. (51)

Ocurre más en jóvenes, especial en obesos y en quienes ya se encuentran en una edad avanzada cuando aparece por primera vez la hiperglicemia. Es un trastorno catabólico en el que prácticamente no hay insulina circulante, está elevado el glucagón en plasma y las células B pancreáticas no responden a los estímulos insulinógenos. En consecuencia, se requiere insulina exógena para contrarrestar el estado catabólico, evitar cetosis, reducir la hiperglucagonemia y disminuir los valores elevados de la glucemia. (52)

3.13.1 Epidemiología

Se calcula que el número de adultos que viven con diabetes mellitus se ha elevado hasta los 366 millones, más del 8% de la población adulta del mundo, y se calcula que aumentará hasta los 552 millones de personas para el 2,030, algo menos del 10% del total de adultos. Esto significa que la diabetes mellitus está creciendo al increíble ritmo de aproximadamente tres nuevos casos cada 10 segundos. (53) Los cálculos confirman que la diabetes sigue afectando desproporcionadamente a las personas más desfavorecidas socialmente y sigue aumentando a un ritmo especialmente rápido en los países de ingresos medios y bajos, en donde los sistemas sanitarios ya están mal equipados para proporcionar atención y recursos a las personas con cualquier tipo de diabetes. (53).

La diabetes tipo 1 sigue siendo un problema muy especial con 70.000 jóvenes de nuevo diagnóstico cada año, la prevalencia de diabetes tipo 1 está creciendo en todo el mundo, no sólo en el norte de Europa, la incidencia de diabetes tipo 1 aumenta a un ritmo de un 3% anual y puede aparecer a cualquier edad. (53)

Las causas se desconocen, aunque podría ir vinculado a distintos factores. Los estudios han encontrado que va asociado al aumento de la edad de la madre, a la exposición precoz a ciertos componentes de la dieta (como la leche de vaca) y a la

reducción de la frecuencia de las infecciones durante la infancia. Muchos de estos factores pueden ir vinculados al desarrollo socio-económico y al cambio de entorno. Sin embargo, hay importantes diferencias geográficas en esta tendencia, que podrían ser un reflejo de las diferencias subyacentes de origen étnico, la exposición a los posibles factores de riesgo y la capacidad de los sistemas sanitarios de identificar y registrar a las personas diagnosticadas con diabetes tipo 1. (53)

Según la última edición del Diabetes Atlas, se calcula que unos 490.000 niños de menos de 15 años viven con diabetes tipo 1. Se calcula que otros 77.800 niños menores de 15 años desarrollarán la enfermedad en 2011. Se calcula que el 24% del total de niños con diabetes tipo 1 vive en la región Europea, va seguida por el Sudeste Asiático, donde vive el 23%, y América del Norte y Caribe, con un 19%. (53)

Un estudio de Sudán mostró un índice de mortalidad de 42,6 muertes por cada 100.000 niños con diabetes tipo 1,6 en comparación con las 0,63 muertes por cada 100.000 niños con diabetes tipo 1 de los EEUU. (53)

3.13.2 Manifestaciones clínicas

Existen varios síntomas y signos que se pueden presentar en la DM tipo 1, entre los principales encontramos poliuria, sed, debilidad, fatiga, polifagia con pérdida de peso, visión borrosa recurrente, neuropatía periférica, enuresis nocturna; también podemos encontrar en el análisis de orina una glucosuria, examen cuya sensibilidad es del 0.1% de glucosa en orina, podemos encontrar cetonuria mediante pruebas de nitroprusida. (52)

3.13.3 Poliautoinmunidad

La destrucción autoinmune de las células β tiene múltiples predisposiciones genéticas y también está relacionada con factores ambientales poco definidos. Aunque rara vez los pacientes son obesos, cuando la obesidad está presente no contradice el diagnóstico de diabetes. Estos pacientes también son propensos a otros trastornos autoinmunes, como la enfermedad de Graves, la tiroiditis de

Hashimoto, la enfermedad de Addison, el vitíligo, la enfermedad celiaca, la hepatitis autoinmune, la miastenia grave y la anemia perniciosa.(52)

La diabetes tipo 1 se asocia a varias enfermedades autoinmunes como son la tiroiditis de Hashimoto y enfermedad gástrica autoinmune. La enfermedad celíaca se diagnostica en el 1.5 a 10% de los pacientes con diabetes tipo 1 (niños y adultos), en comparación al 0.5% de la población general. Respecto a la tiroiditis de Hashimoto, su prevalencia en la población diabética es más elevada que en la población general, por lo que se recomienda la determinación anual de los anticuerpos anti-TPO y de los niveles de hormona estimulante (TSH), como test de rutina en los pacientes diabéticos, especialmente en niños mayores de 12 años de edad o con más de 9 años de enfermedad y en aquellos que presentan otra enfermedad autoinmune. (51)

3.13.4 Agregación familiar

No se han encontrado estudios médicos o investigaciones de fuente que indique que varios miembros de la familia puedan padecer diabetes mellitus 1.

3.13.5 Multimorbilidad

Por otro lado, la diabetes tipo 1 puede ser la manifestación inicial de varias poli-endocrinopatías, ya que las otras enfermedades autoinmunes pueden estar en fase latente.

3.14. Vasculitis

Las vasculitis sistémicas se caracterizan por inflamación de los vasos sanguíneos, de cualquier calibre y territorio vascular (arterial y/o venoso) La estenosis, oclusión o ruptura de los vasos sanguíneos inflamados producirán, respectivamente, la hipoperfusión, el infarto o la hemorragia en los territorios afectados, y serán la causa de los sistemas locales de la vasculitis.

Según su etiología, las vasculitis se clasifican en primarias y secundarias. Se consideran vasculitis primarias aquellas en las que no se conocen un desencadenante concreto. Las vasculitis secundarias son las producidas por fármacos o las asociadas a procesos infecciosos, neoplasias o enfermedades autoinmunes, como LES y la AR. (54)

Por lo general, en las vasculitis, los territorios afectados y el calibre de los vasos sanguíneos son variados y a menudo combinados, lo que hace que las manifestaciones clínicas puedan ser locales o extensas, pero también heterogéneas e inespecíficas. Por ello, el proceso diagnóstico acostumbra a ser complejo y suele requerir una combinación de criterios clínicos, analíticos, radiológicos e histológicos. (54)

Las características clínicas y las alteraciones analíticas y/o radiográficas ayudan al diagnóstico de estas entidades y constituyen criterios para su clasificación. Aunque ha habido diversos intentos para clasificar las vasculitis sistémicas, los criterios clasificatorios más utilizados hasta la fecha son los establecidos por el American College of Rheumatology (ACR), publicados en 1990. En la actualidad estos criterios clasificatorios están bajo revisión y se están tratando de validar y establecer criterios diagnósticos para las vasculitis sistémicas. (54)

Las vasculitis sistémicas se clasificaron según el calibre de los vasos afectados:

Ñ Vasos de gran tamaño: se consideran la aorta y las ramas mayores que se dirigen hacia la mayoría de regiones corporales (sobre todo extremidades, cabeza y cuello).

Ñ Vasos de mediano tamaño: las principales arterias viscerales (Por ejemplo: renales, hepáticas, coronarias y mesentéricas).

Ñ Vasos de pequeño tamaño: las arteriolas, capilares y vénulas, además de los trayectos arteriales intraparenquimatosos distales que conectan con las arteriolas. Cabe destacar que las vasculitis de vaso pequeño y grande pueden afectar también arterias de tamaño mediano, pero las vasculitis de vaso grande y mediano, por lo general, no afectan vasos de tamaño pequeño. (54)

3.14.1 Epidemiología

En relación a las vasculitis asociadas a ANCA, se estima una incidencia global de 13.07 casos nuevos por año y millón de habitantes, con una incidencia del 3 casos/ año/ millón de población para la Granulomatosis de Wegener, 1.3 casos/año/millón de población para la Granulomatosis de Churg-Strauss y del 7.9 casos/

año/ millón de población para la Poliangeitis microscópica. La poliarteritis nodosa clásica (PAN) tiene una incidencia de 0.92 casos/año/millón de población. En relación a la Arteritis de células gigantes, su incidencia es de 10.13 casos/año/100.000 habitantes mayores de 50 años, siendo algo mayor su incidencia en mujeres (10.23) que en hombres (9.92). Su incidencia anual es mayor si se considera la población mayor de 70 años, llegando a ser de 23.16 casos/año/100000 habitantes. (55)

3.14.2 Manifestaciones clínicas

Por otra parte la inflamación vascular genera una respuesta inflamatoria generalizada que dará lugar a la sintomatología sistémica y a la elevación de los reactantes de fase aguda. (54). El espectro de manifestaciones clínicas es muy variado y va desde sólo compromiso del estado general, manifestado con baja de peso, anorexia, astenia y fiebre hasta un compromiso de múltiples órganos y sistemas que puede determinar una falla multiorgánica y la muerte del paciente. (56)

Las manifestaciones cutáneas de los distintos tipos de vasculitis comprenden diferentes lesiones elementales, cuya morfología dependerá del calibre del vaso afectado, de la localización anatómica y del estadio evolutivo de las mismas. (57) Las lesiones elementales más frecuentes son las máculas o pápulas purpúricas (púrpura palpable), secundarias a la afectación de vasos dérmicos de pequeño calibre. (57)

Además, pueden existir ampollas de contenido hemorrágico, pústulas, placas de aspecto urticarial o anular o nódulos de profundidad variable que pueden llegar a ulcerarse. Estos nódulos pueden asociarse a livedo reticular, y traducen un daño en los vasos de la dermis profunda e hipodermis. Todas estas manifestaciones son más frecuentes en los miembros inferiores, debido probablemente a causas hemodinámicas. La presencia de lesiones en forma de nódulos, livedo reticular, úlceras o la localización por encima de la raíz de los miembros inferiores debe hacernos sospechar que se trata de una vasculitis con afectación sistémica. Independientemente del proceso subyacente o desencadenante, cualquier cuadro

de vasculitis con afectación cutánea puede acompañarse de fiebre, astenia y/o artromialgias. (57)

En lo muscular existe compromiso inflamatorio de los vasos musculares, lo que determina una miopatía con dolor en masas musculares y déficit de fuerzas. En las articulaciones se observan artralgias, en general de grandes articulaciones y artritis en un 10-20% de los pacientes. (56)

Las manifestaciones pulmonares pueden ser hallazgos radiológicos como formación de nódulos, cavitaciones o infiltrados hasta hemoptisis y hemorragia pulmonar con el subsecuente compromiso ventilatorio del paciente. (56)

3.14.3 Poliautoinmunidad

La vasculitis puede formar parte de otras enfermedades reumáticas, incluyendo principalmente el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide y el síndrome de Sjogren. La mayoría de los pacientes con vasculitis no padecen ninguna enfermedad. (59) La vasculitis cutánea se ha descrito en LES manifestada clínicamente como púrpura palpable, ulceraciones periungueales y digitales, livedo reticulares, lesiones semejantes al eritema multiforme y urticaria entre otras. (60)

3.14.4 Agregación familiar

No se han encontrado estudios médicos o investigaciones de fuente que indique que varios miembros de la familia puedan padecer vasculitis.

3.14.5 Multimorbilidad

El aparato respiratorio puede verse afectado en las vasculitis sistémicas, aunque de manera más frecuente en las vasculitis asociadas a ANCA. (58)

Las vasculitis pueden afectar a los pequeños vasos del pulmón (capilaritis pulmonar) y ocasionar una hemorragia alveolar difusa, enfermedad granulomatosa pulmonar. La enfermedad de Churg-Strauss también conocida como granulomatosis alérgica con angeítis, es un síndrome caracterizado por una inflamación granulomatosa con vasculitis necrosante que afecta a vasos de

pequeño y mediano calibre, fundamentalmente del pulmón, y que se asocia con asma. (58)

En lo neurológico lo más frecuente es la neuropatía periférica, que se puede manifestar como mononeuritis múltiple. El compromiso de los vasos meníngeos es menos frecuente, aunque la cefalea puede ser la manifestación más frecuente e intensa de la arteritis de la Temporal. (56)

En las vasculitis puede haber compromiso de cualquier órgano. Los más frecuentes son el compromiso de vía aérea pulmón y riñón. En la vía aérea el compromiso vascular puede determinar una sinusitis, otitis, mastoiditis, perforación del tabique nasal y alteración de cuerdas vocales. (56)

El compromiso renal puede manifestarse como cualquiera de los síndromes nefrológicos clásicos. También puede manifestarse como HTA de reciente comienzo o difícil manejo. (56)

3.15 Anemia Hemolítica

Las anemias hemolíticas son aquellas que se producen por destrucción excesiva de los hematíes, manifestándose por un acortamiento en la supervivencia de los glóbulos rojos. (61) Pueden ser hereditarias o adquiridas. Desde el punto de vista clínico son agudas o crónicas y varían desde leves hasta muy graves. (6)

El mecanismo de la hemólisis es por tanto extracorpúscular, y las causas de naturaleza muy variada, aunque en la práctica clínica la más frecuente es la aparición de anticuerpos contra antígenos de la membrana eritrocitaria. (62)

Las anemias hemolíticas adquiridas se clasifican en dos grandes grupos de acuerdo con su origen inmune o no inmune. Y a su vez las anemias hemolíticas de origen inmune se pueden subdividir en aloinmunes o autoinmunes dependiendo del origen del antígeno. (62)

3.15.1 Epidemiología

La mayoría de los casos de anemia hemolítica no son específicos a un sexo; sin embargo, en el caso de la anemia hemolítica autoinmune, se ha observado que en población americana hay una mayor incidencia en mujeres. Las edades con más

incidencia son en adultos jóvenes y en ancianos. Se presentan de 1 a 3 casos por 100, 000 cada año. (63)

3.15.2 Manifestaciones clínicas

La sintomatología de un paciente con anemia está sujeta a la importante influencia de si el inicio es brusco o gradual y la anemia hemolítica no es una excepción.

Lo que distingue a la anemia hemolítica es que el paciente tiene signos y síntomas que se originan directamente por la hemólisis. (6)

A nivel clínico, el principal signo es ictericia; además, el paciente puede referir pigmentación de la orina. En muchos casos de anemia hemolítica, el bazo aumenta de tamaño debido a que es el sitio preferencial de la hemólisis; en algunos casos, también hay hepatomegalia. En todas las formas congénitas graves de anemia hemolítica se advierten cambios esqueléticos a consecuencia de la hiperactividad de la médula ósea (6)

3.15.3 Poliautoinmunidad

La anemia hemolítica autoinmune puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico(62), en el cual se presenta aproximadamente en el 9 al 22% de los pacientes, siendo el signo que pone de manifiesto la enfermedad en aproximadamente las 2/3 partes de los mismos(17) representando el signo de alerta del LES, e incluso puede preceder a otros síntomas de la enfermedad.(64) otras enfermedades con las que puede asociarse son artritis reumatoide (AR), esclerodermia panarteritis nodosa, síndrome de Sjögren, miastenia gravis, dermatomiositis, colitis ulcerosa, enfermedad celíaca, tiroiditis de Hashimoto, anemia perniciosa. (62)

3.15.4 Agregación familiar

No se han encontrado estudios médicos o investigaciones de fuente que indique que varios miembros de la familia puedan padecer anemia hemolítica.

3.15.5 Multimorbilidad

La anemia hemolítica autoinmune puede asociarse a otras enfermedades como Síndromes linfoproliferativos, leucemia linfática crónica (LLC), mieloma múltiple, Enfermedad de Hodking, micosis fungoide, Linfoma T. Carcinoma de ovario,

carcinoma de colon, carcinoma gástrico, carcinoma broncopulmonar, quistes de ovario, mioma uterino, síndrome de Guillain-Barré, cirrosis biliar primaria, pacientes politransfundidos, inmunodeficiencias congénitas y sida. (62)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio descriptivo transversal

4.2 Unidad de análisis

Datos epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de enfermedad autoinmune, datos clínicos, terapéuticos y familiares, registrados en “instrumento de evaluación de enfermedades autoinmunes” (cuestionario), diseñado para obtener información, más registros clínicos de pacientes que acuden ha dicho hospital.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población: Pacientes guatemaltecos diagnosticados con alguna enfermedad autoinmune de las especialidades de Endocrinología, Reumatología, Neurología, Dermatología y Hemato-oncología.

4.3.2. Marco muestral: Pacientes mayores a doce años que padecen enfermedades autoinmunes atendidas en las especialidades de Endocrinología, Reumatología, Neurología, Dermatología y Hematooncología de la Consulta externa del Hospital Roosevelt.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

Se seleccionaron los pacientes aleatoriamente 1041 pacientes, de acuerdo a los listados de registros de Sistema de Información Gerencial de salud de los años 2011 al 2014 de cada una de las especialidades incluidas en el estudio.

4.4.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra de la población total se utilizó el programa Epidat 4.0 con un intervalo de confianza y significancia del 5%, con un límite máximo de error muestral en 0.05. La cual se detalla a continuación:

No.	Enfermedad Autoinmune	Población	Muestra
1	Artritis Reumatoide	1065	256
2	Lupus Eritematoso Sistémico	406	154
3	Síndrome de Sjogren	78	53
4	Púrpura Trombocitopénica Idiopática	162	96
5	Anemia Hemolítica	28	28
6	Esclerosis Múltiple	7	7
7	Vasculitis	9	9
8	Diabetes tipo 1	85	75
9	Tiroiditis	1125	260
10	Psoriasis	100	85
11	Esclerodermia	34	18
	Total	3099	1041

4.5 Medición de las variables

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Criterios de clasificación medida
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Razón	Año
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como macho y hembra.	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Nominal	Femenino Masculino
Ocupación	Cualitativa Politómica	Actividad principal remunerativa.	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Nominal	Grupo 1: Profesionales científicos e intelectuales Grupo 2: técnicos y nivel medio Grupo 3: Empleados de oficina Grupo 4: Trabajadores de los servicios Grupo 5: Agricultores Agropecuarios y

					<p>pesqueros</p> <p>Grupo 6: oficiales, artesanos otros oficios</p> <p>Grupo 7: Instalaciones</p> <p>Grupo 8: trabajadores no calificados</p> <p>Grupo 9: Ama de casa</p>
Residencia	Cualitativa Politómica	Se utiliza para nombrar a la Vivienda fija de la persona.	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Nominal	Veintidós Departamentos de Guatemala
Etnia	Cualitativa Politómica	Conjunto humano caracterizado por factores lingüísticos, somáticos y culturales	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ladina 2. Indígena 3. Garífuna 4. Xinca.
Escolaridad	Cualitativa	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten en establecimientos docentes.	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> a) Analfabeta b) Primaria c) Básica d) Diversificada e) Universitaria
Poli-Autoinmunidad	Cualitativa Politómica	Padecimiento de varias enfermedades autoinmunes en un paciente	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Nominal	Otras enfermedades autoinmunes
Grado de consanguinidad	Cualitativa	Parientes consanguíneos, padres, hijos, hermanos.	Dato proporcionado por la paciente según instrumento de recolección de datos.	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> Primer grado Segundo grado
Multimorbilidad	Cualitativa Politómica	Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Dato proporcionado por la paciente según instrumento de recolección de datos.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiovasculares 2. Metabólicas-Endócrinas 3. Pulmonares 4. Gastrointestinales 5. Oculares 6. Neurológicas 7. Óseas 8. Renales 9. Hematológicas 10. Psiquiátricos 11. Cáncer
Edad Inicio de enfermedad primaria	Cuantitativa	Edad en la que se le diagnosticó una enfermedad o trastorno primario.	Dato proporcionado por el paciente según instrumento de recolección de datos.	Razón	Años

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

Se llevó a cabo una revisión sistemática cuyas fuentes fueron de libros, artículos, revistas electrónicas, portales, reconocidos a nivel mundial sobre 5 puntos a tomar en esta investigación que son: definición de la enfermedad, epidemiología, características clínicas, multimorbilidad, agregación familiar y poliautoinmunidad de 11 enfermedades autoinmunes seleccionadas. En el Hospital el procedimiento fue llenar un cuestionario por paciente con preguntas sobre los 5 puntos de la investigación con el objetivo de obtener respuestas directamente del paciente y posteriormente corroborar la información con su expediente clínico respectivamente.

Al obtener la aprobación de autoridades del Hospital Roosevelt se realizó lo siguiente:

1. Se obtuvo la población de 1041 pacientes revisando registros del Sistema de Información Gerencial de salud de los años 2011 al 2014 de cada consulta externa, seleccionando aleatoriamente a los pacientes.
2. Se llevó al departamento de archivo del Hospital Roosevelt una carta de solicitud de expedientes clínicos.
3. Se llegó a las consultas externas de las especialidades de medicina interna ya mencionadas a las 7:00 am.
4. Se explicó a cada paciente sobre la realización del estudio.
5. Cada paciente firmo un consentimiento informado.
6. Se procedió a entrevistar a cada paciente previamente seleccionado con el cuestionario y criterios de exclusión.
7. Se revisaron expedientes del listado de pacientes diagnosticados con enfermedades autoinmunes, entrevistados el día anterior.
8. Se llevó diariamente un listado de registros de los pacientes entrevistados en el día, para así poder revisar sus expedientes clínicos al día siguiente y corroborar la información proporcionada por el entrevistado.
9. Se tabuló toda la información recopilada, la cual se ingresó en una base de datos en Excel 2010.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos que se utilizó es un cuestionario el cual consta de las siguientes secciones (adjunto en anexos):

1. Sección de datos generales
2. Características Socio-demográficas
3. Clasificación por enfermedades según las diferentes especialidades.
 - 3.1 Serie de preguntas basadas en la terapéutica (la cual será de utilidad para confirmar diagnóstico), poliautoinmunidad y agregación familiar.
3. Multimorbilidad por sistemas y enfermedades.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información en el tiempo estipulado se procedió a:

4.7.1 Edición de datos: Revisar los datos que han sido registrados, comprobando su exactitud, su coherencia y en qué medida están completos.

4.7.2 Reducción de datos: Tabular, realizar conteos y transformar los datos a una forma concisa, como tablas, gráficos, medidas de tendencia central y dispersión.

4.7.3 Estimación o análisis propiamente dicho: Una vez editados y reducidos los datos, fueron generadas las medidas epidemiológicas y otras de interés que se detallan en el cuadro de análisis univariado.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis univariado de las variables, utilizando proporción, frecuencia, razón y medidas de tendencia central y dispersión, como a continuación se presenta.

Análisis Univariado

Variables Cualitativas	Estrategia de Medición
Sexo	Porcentaje, Frecuencia, Relación
Residencia	Porcentaje, Frecuencia
Etnia	Porcentaje, Frecuencia
Escolaridad	Porcentaje, Frecuencia
Multimorbilidad	Porcentaje, Frecuencia
Grado de Consanguinidad	Porcentaje, Frecuencia
Agregación Familiar	Porcentaje, Frecuencia

Variable Cuantitativa	Estrategia de Medición
Edad	Medidas de Tendencia Central: Mediana, Moda, Medidas de Dispersión, Distribuciones de Frecuencia (datos agrupados)
Edad de Diagnóstico	Medidas de Tendencia central y de dispersión

4.8 Límites

4.8.1 Obstáculos

A lo largo de la investigación se encontraron obstáculos para la realización del mismo, a continuación enumeramos algunos de estos:

- EL tiempo que se dispuso para recabar la información requerida fue corta en algunos casos ya que algunos de los pacientes que se entrevistaba eran llamados por los especialistas para la consulta respectiva.
- Se encontraron algunos pacientes un poco renuentes a participar esto debido a que ya habían sido atendidos en consulta por lo que se apresuraban a participar o mostraban poco interés.

4.8.2 Alcances de la investigación

Se midieron y recolectaron datos con el objetivo de describir las características epidemiológicas como el sexo, la edad, residencia, etnia, escolaridad, grado de consanguinidad, manifestaciones clínicas, multimorbilidad, autoinmunidad familiar y poliautoinmunidad. Así como características sociales de los pacientes mayores de doce años que presentaron alguna enfermedad autoinmune y/o multimorbilidades, por medio de la recolección de datos proporcionados por un cuestionario, el interés principal fue estudiar todas las características anteriormente mencionadas sobre la enfermedad autoinmune de información sobre el comportamiento de la EAI en nuestro medio y particularmente en el sistema público de salud.

El tiempo en el cual se realizó fue de junio a julio, en pacientes mayores de doce años que acudieron en este periodo a las especialidades de

Endocrinología, Reumatología, Neurología, Dermatología y Hematooncología de la Consulta externa del Hospital Roosevelt.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación tiene como objetivo relacionar las enfermedades autoinmunes con su multimorbilidad sin embargo para tal proceso se tiene claro que los sujetos en estudio fueron respetados, por lo tanto nos basamos en los principios básicos aceptados generalmente en nuestra tradición cultural, tres son particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia, los cuales se llevaron a cabo ya que cada uno de los pacientes fueron respetados como seres autónomos, así como sus opiniones y elecciones. Los pacientes se beneficiaron al comprender que alguien más de su familia podría estar presentando una enfermedad autoinmune y este podría recibir un diagnóstico temprano, e incluso entender la relación de las enfermedades autoinmunes dentro de su familia y la importancia del grado de consanguinidad, y aprender de toda la multimorbilidad que puede estar asociada a su enfermedad.

Además implicó no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procuro su bienestar. En este sentido se formularon dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños reportados.

Por lo anterior esta investigación se clasificó en la categoría 1 ya que no presenta ningún riesgo para los participantes, teniendo en claro que antes de realizar cualquier actividad se dio un extenso plan educacional a los pacientes para la comprensión de lo que se realizó en esta investigación.

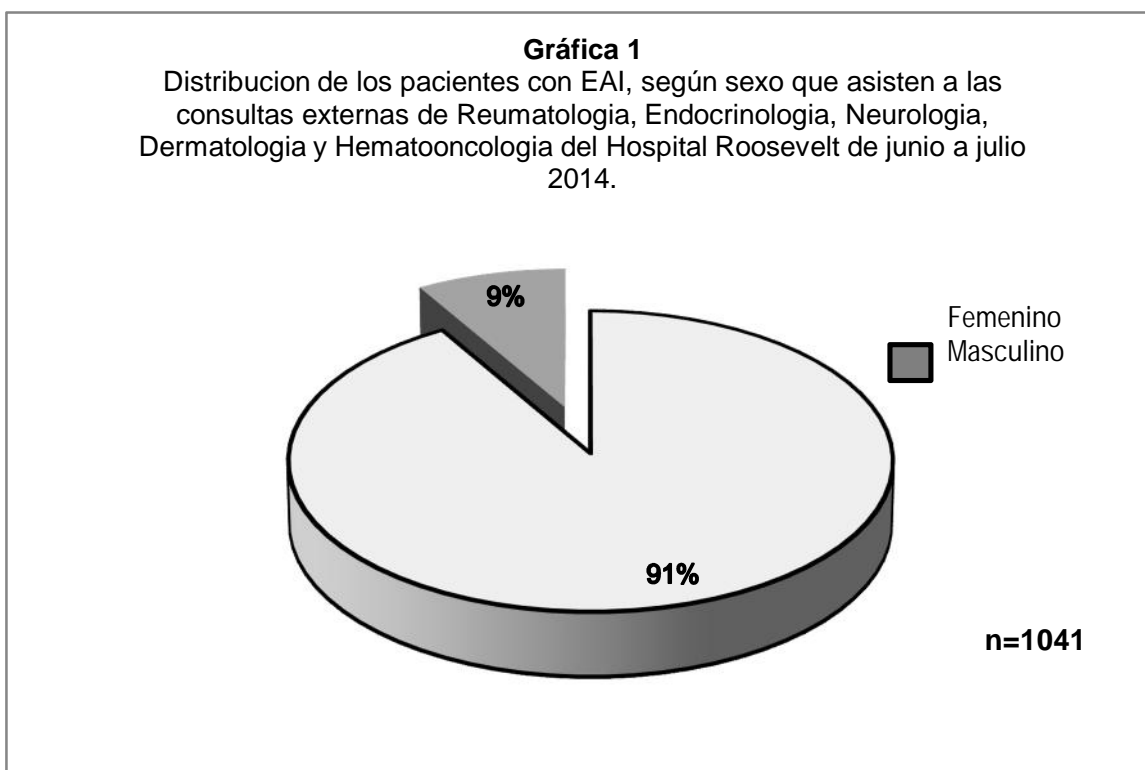
5. RESULTADOS

Se evaluaron un total de 1041 pacientes con diagnóstico de alguna EAI en las cinco consultas externas de especialidades.

Se determinó que de los 1041 pacientes de la muestra incluidos en el estudio, el promedio de edad general fue 43.73 ± 16.66 años, siendo en el sexo femenino la edad promedio de 44.08 ± 16.38 y para el sexo masculino de 40.04 ± 19.18 , con una mediana de 43 y una moda de 50.

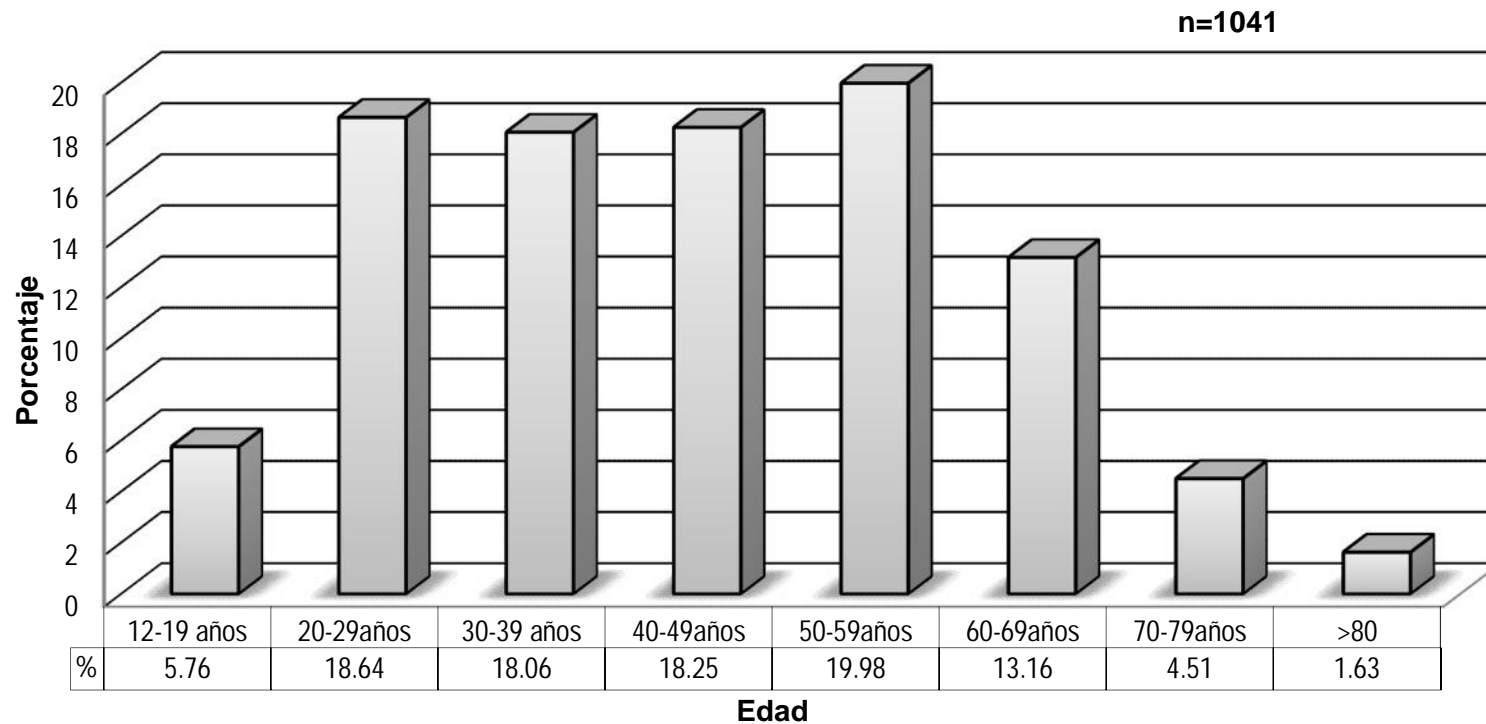
Los resultados de la presente investigación se presentarán de la siguiente manera: 5.1 Características socio-demográficas, 5.2 Poliautoinmunidad, 5.3 Agregación familiar, 5.4 Multimorbilidad.

5.1. Características Socio-demográficas:



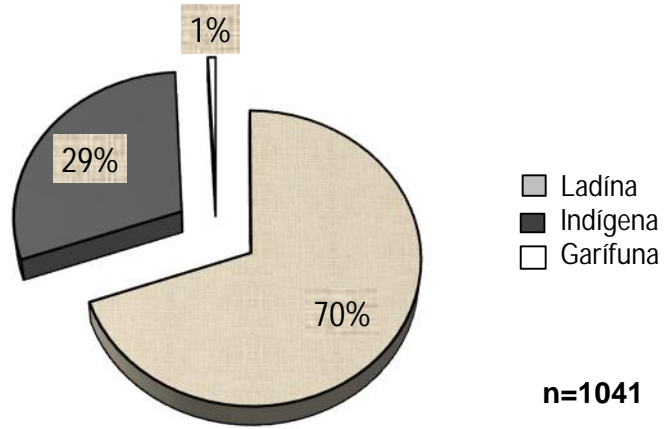
Fuente: Cuadro 1 anexos

Gráfica 2
 Distribución de pacientes con EAI, según rango de edad que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.



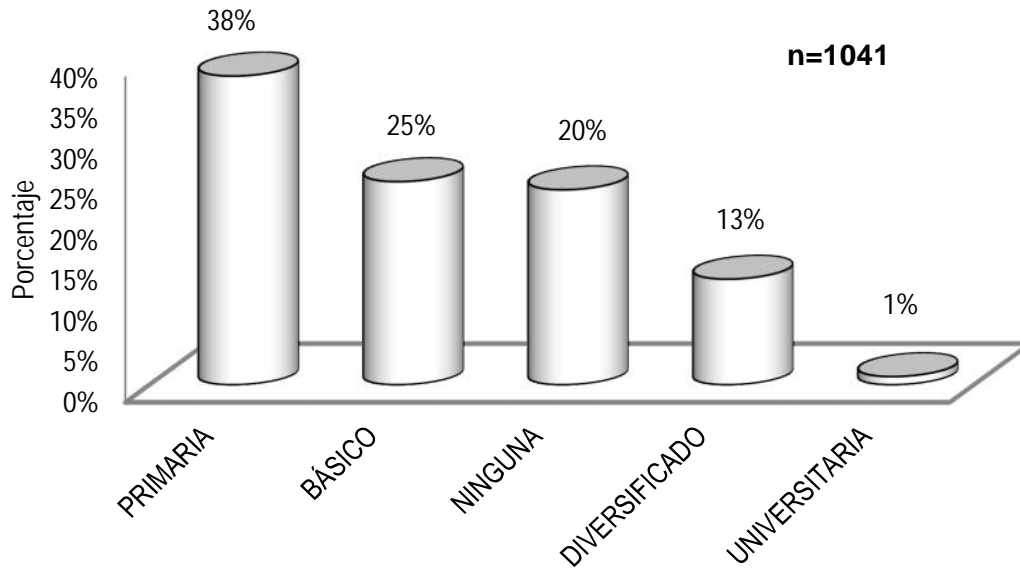
Fuente: Cuadro 2, anexos

Gráfica 3
 Distribucion de los pacientes con EAI, según etnia que asisten a consulta externa de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología, Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.



Fuente: Cuadro 3, anexos

Gráfica 4
 Distribución de pacientes con EAI, según escolaridad que asisten a consulta externa de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.



Fuente: Cuadro 4, anexos

Cuadro 1

Distribución de los pacientes con EAI, según residencia que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Departamentos	Frecuencia	Porcentaje
Guatemala	679	65
Sacatepéquez	67	6
Escuintla	55	5
Chimaltenango	52	5
Jutiapa	29	3
Santa Rosa	25	2
Zacapa	13	1
Jalapa	13	1
Quetzaltenango	12	1
Quiche	12	1
San Marcos	11	1
Petén	10	1
Izabal	8	1
Retalhuleu	8	1
El Progreso	8	1
Alta Verapaz	7	1
Huehuetenango	7	1
Chiquimula	6	1
Sololá	6	0.5
Totonicapán	5	0.5
Baja Verapaz	4	0.5
Suchitepéquez	4	0.5
Total	1041	100.00

Cuadro 2

Distribución de pacientes con EAI, según ocupación que asisten a la consulta externa de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	389	37
No trabaja*	319	31
Oficiales, artesanos u otros oficios	93	9
Agricultores, agropecuarios y pesqueros	64	6
Empleados de oficina	50	5
Trabajadores de los servicios	48	5
Técnicos, nivel medio	42	4
Instalaciones	33	3
Profesionales, Intelectuales, científicos	3	0
Total	1041	100

* *Pacientes estudiantes, jubilados, tercera edad, Discapacidades.*

Cuadro 3

Distribución de pacientes con EAI que asisten a la consulta externa de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Pacientes sin poliautoinmunidad	Frecuencia	Porcentaje
1. Artritis Reumatoide	234	22
2. Lupus Eritematoso Sistémico	130	12
3. Síndrome de Sjogren	33	3
4. Púrpura Trombocitopénica Idiopática	96	9
5. Anemia Hemolítica	27	3
6. Esclerosis Sistémica	7	1
7. Vasculitis	8	1
8. Diabetes Mellitus tipo 1	66	6
9. Enfermedad Tiroidea	235	22
10. Psoriasis	26	3
11. Esclerodermia	4	1
Pacientes con poliautoinmunidad	175	17
Total	1041	100

Se enumeró cada EAI de los pacientes sin poliautoinmunidad haciendo un total de 866 (83.19%) pacientes.

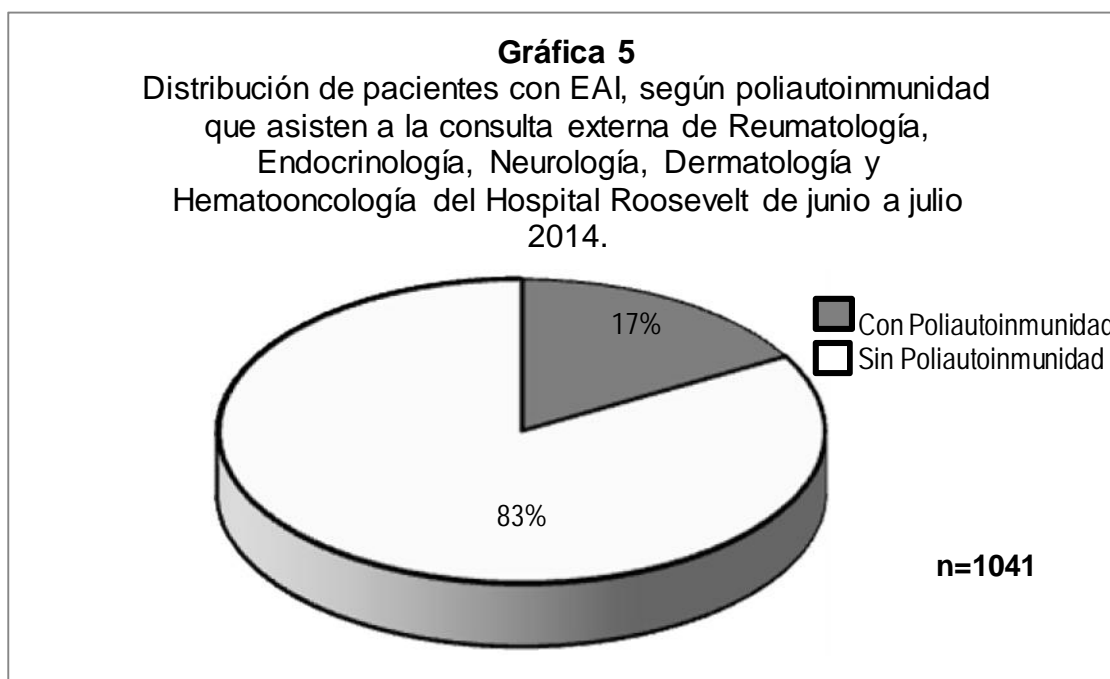
Cuadro 4

Distribución de pacientes con EAI, según edad de inicio (años) que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Enfermedad	Media	DE	Mediana	Moda	Edad/min	Edad/máx.
Lupus eritematoso sistémico	25	6.915	23	20	13	46
Artritis reumatoide	40.81	9.765	40	45	15	59
Síndrome Sjogren	41.06	8.7	41	38	20	59
Esclerodermia	36.44	16.194	35	16	16	65
Enfermedad tiroidea	39.44	12.755	41	32	12	68
Diabetes mellitus tipo 1	20.82	11.882	17	16	6	56
Psoriasis	21.71	8.786	25	20	12	47
Esclerosis múltiple	24	7.528	25	16	16	35
Púrpura trombocitopénica	33.03	16.665	31	15	11	70
Vasculitis	40	12.757	43	50	22	58
Anemia hemolítica	34.93	18.172	30	20	11	85
Otros	37.88	14.057	35	27	16	80

OTROS: Dermatomiositis, Enfermedad celiaca, Espondilitis anquilosante, Pénfigo, Síndrome antifosfolípido, Uveítis, Vitiligo, DE: desviación estándar.

5.2. Poliautoinmunidad:



Fuente: Cuadro 5, anexos

Cuadro 5

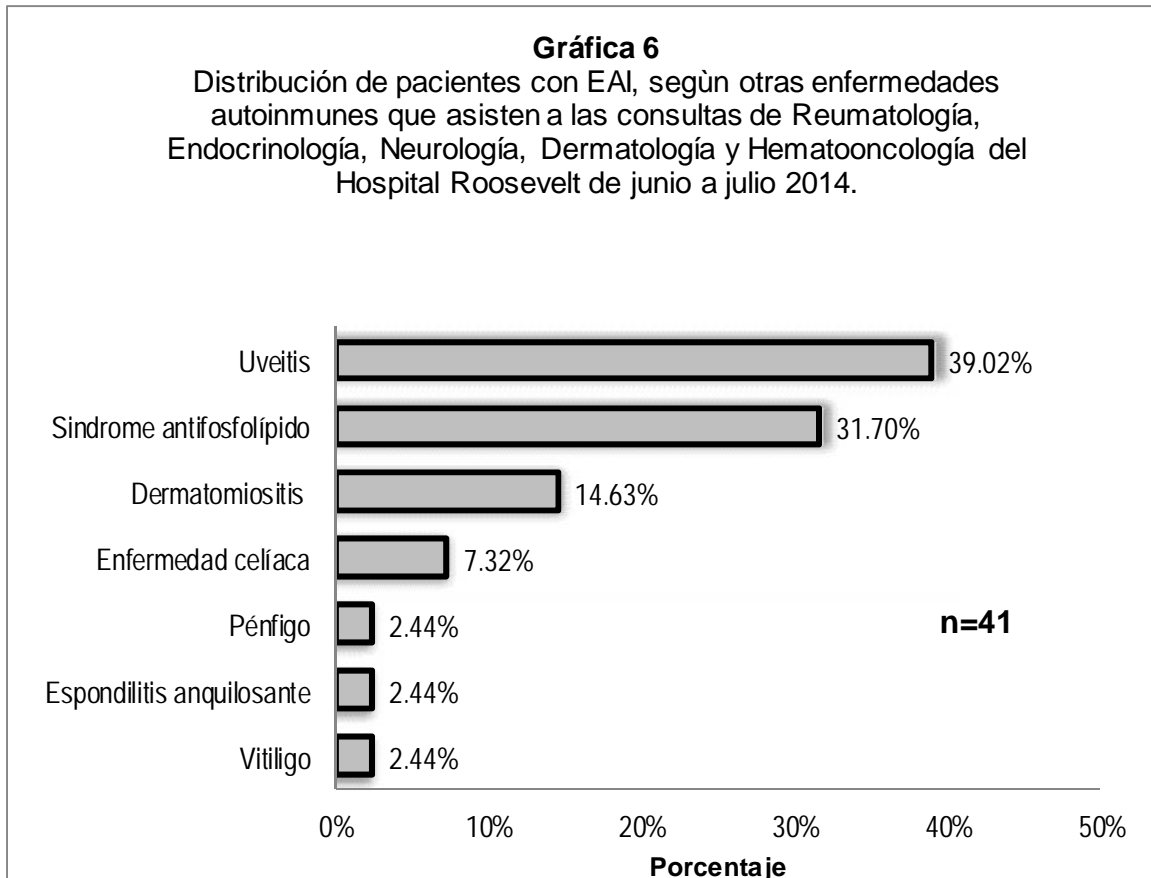
Distribución de pacientes con AEI, según poliautoinmunidad que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio de 2014.

Poliautoinmunidad	Frecuencia	Porcentaje
1 (Monoautoinmunidad)	866	83
2 (Poliautoinmunidad)	143	14
3 (Poliautoinmunidad)	27	3
4 (Poliautoinmunidda)	5	1
Total	1041	100

5.2.1 Otras enfermedades autoinmunes:

Gráfica 6

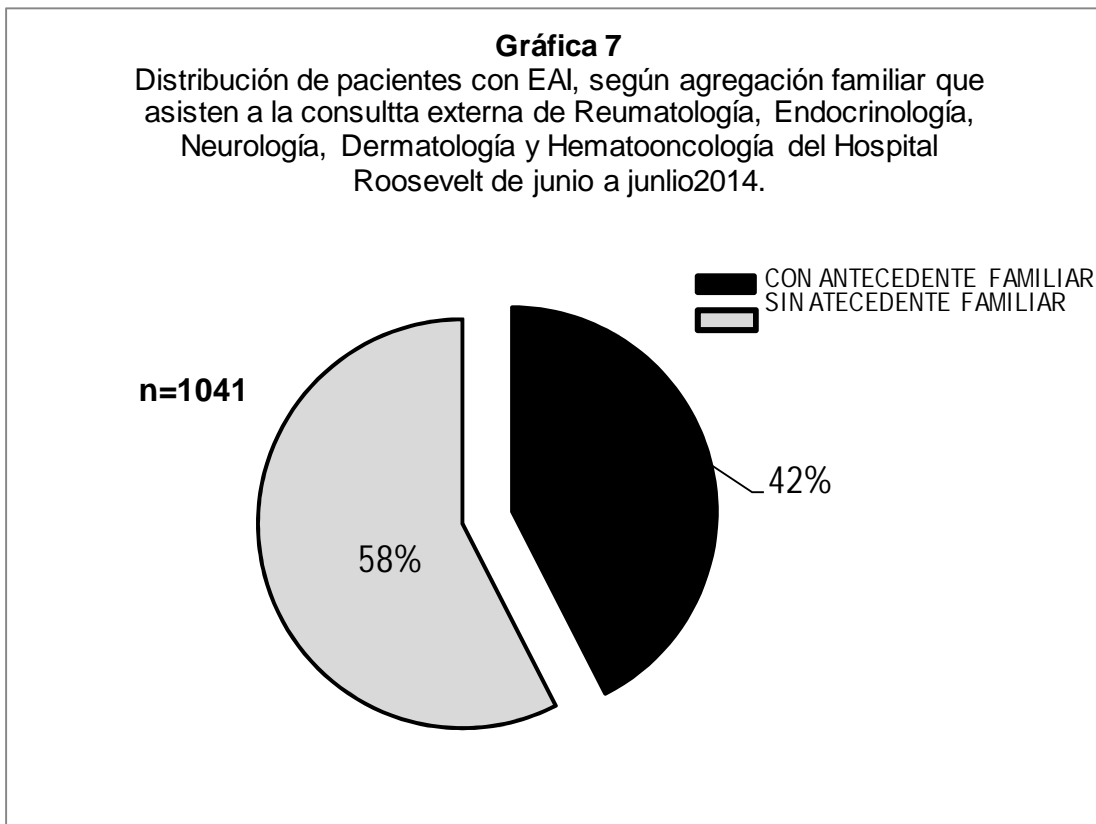
Distribución de pacientes con EAI, según otras enfermedades autoinmunes que asisten a las consultas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.



Fuente: Cuadro 7, anexos.

En esta gráfica se puede observar que algunos pacientes presentaron otros tipos de enfermedades además de las once EAI investigadas, de los cuales todos presentaron poliautoinmunidad.

5.3. Agregación familiar de enfermedades autoinmunes:



Fuente: Cuadro 8. Anexos.

Se tomó un total de 1041 pacientes tanto con solo una EAI como pacientes con poliautoinmunidad, haciendo un total de 442 pacientes que presentan agregación familiar (287 para pacientes con solo una EAI y 155 pacientes con poliautoinmunidad) y 599 pacientes sin agregación (579 para pacientes con una EAI y 20 pacientes con poliautoinmunidad).

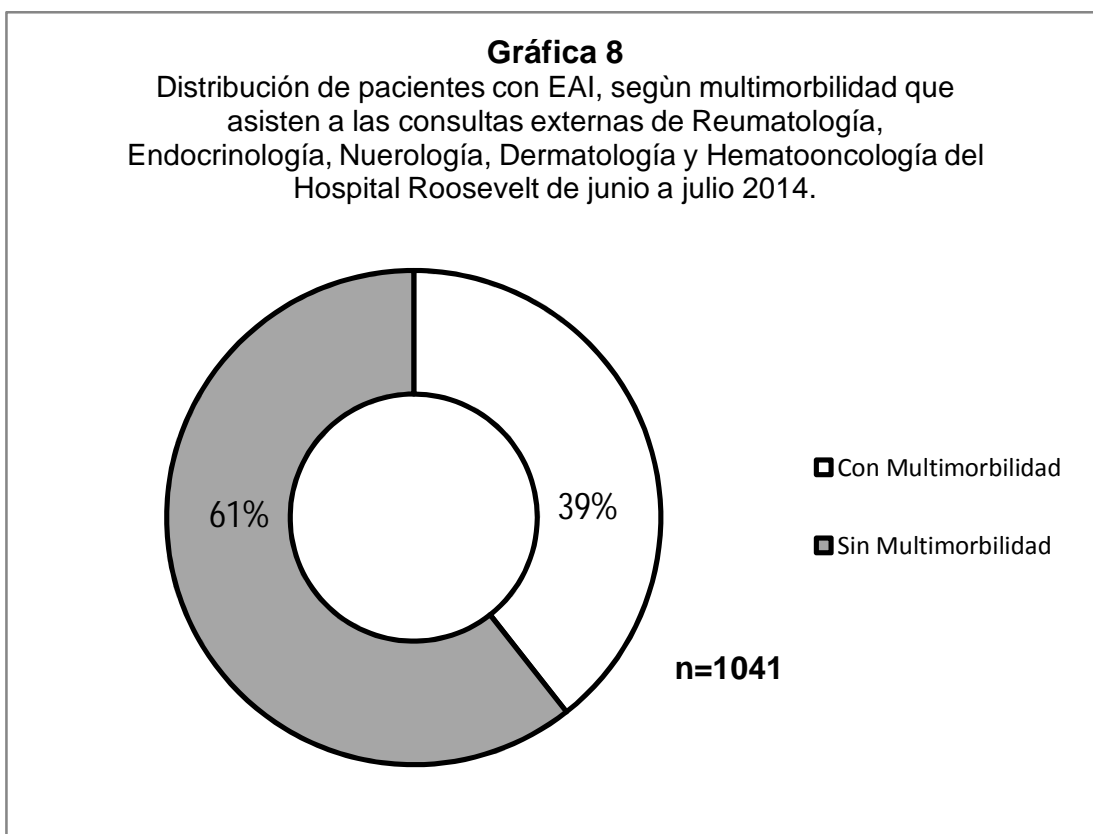
Cuadro 6

Distribución de pacientes con EAI, según agregación familiar sin poliautoinmunidad que asisten a la consulta externa de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Enfermedades Autoinmunes	Pacientes sin poliautoinmunidad (f)	Con antecedente 1er.grado(f)	Con antecedente 2do.grado(f)	Total	%
Artritis Reumatoide	234	40	8	48	29
Lupus Eritematoso Sistémico	130	63	19	82	17
Síndrome de Sjogren	33	8	6	14	5
Purpura Trombocitopénica	96	5	5	10	3
Anemia Hemolítica	27	1	2	3	1
Esclerosis Sistémica	7	0	0	0	0
Vasculitis	8	1	2	3	1
Diabetes Mellitus tipo 1	66	10	13	23	8
Enfermedad Tiroidea	235	51	31	82	29
Psoriasis	26	14	5	19	6
Esclerodermia	4	3	0	3	1
Total	866	196	91	287	100.0

Se tomaron en cuenta solo los pacientes con una EAI, que son 866 (excluyendo a los pacientes con varias enfermedades autoinmunes que en total son 175) de los cuales solo 287(33 %) presentan familiares con antecedente de enfermedad en primer y segundo grado, y 579(67%) no presentaron antecedente familiar.

5.4. Multimorbilidad:

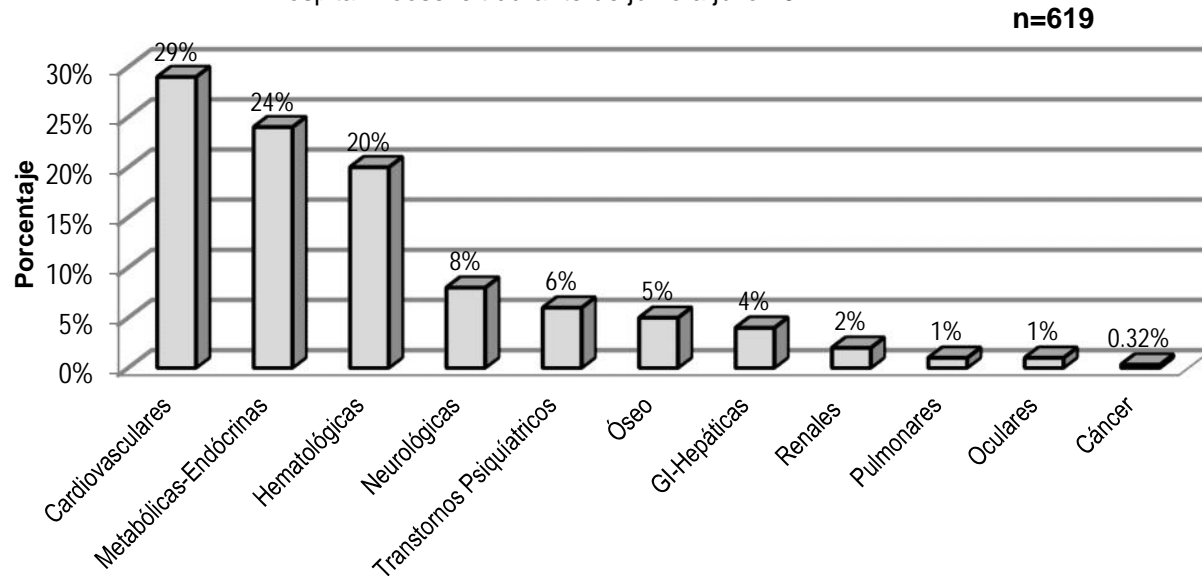


Fuente: Cuadro 10, anexos

Cuadro 7
Distribución de pacientes con EAI, según multimorbilidad que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

No. de Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
1	274	68.83
2	80	19.51
3	31	7.56
4	11	2.68
5	11	2.68
6	1	0.24
7	1	0.24
8	1	0.24
Total	410	100

Gráfica 9
 Distribución de pacientes con EAI, según multimorbilidad por sistema que asisten a las consultas
 externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del
 Hospital Roosevelt durante de junio a julio 2014.



Fuente: Cuadro 11, anexos

De los 1041 pacientes, 410 presentan multimorbilidad, pero hay pacientes que presentan más de un sistema afectado por lo que en total hacen 619, ya que se contaron varias veces al mismo paciente

Cuadro 8

Distribución de pacientes con EAI, según multimorbilidad que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Sistema	Enfermedad	Subtotal	Total	%
Cardiovascular	Hipertensión Arterial	175	178	29
	Cardiopatía Isquémica	3		
Metabólicas Endocrinas	Dislipidemia	32	151	24
	Diabetes Mellitus 2	119		
Óseo	Osteoporosis	30	30	5
Neurológicas	Neuropatía	51	51	8
Trastornos Psiquiátricos	Ansiedad	18	37	6
	Depresión	19		
Renales	Insuficiencia Renal Crónica	10	10	2
GI -Hepáticas	Úlcera	16	26	4
	Dispepsia	10		
	Cirrosis	0		
Hematológicas	Trombocitopenia	94	125	20
	Anemia	31		
Pulmonares	Derrame Pleural	0	4	1
	Embolismo	1		
	Neumonitis	2		
	Fibrosis	1		
Oculares	Ojo Seco	0	5	0.7
	Cataratas	5		
Cáncer	Mama	0	2	0.3
	Pulmonar	0		
	Gástrico	2		
Total			619	100

Cuatrocientos diez pacientes en total presentaban multimorbilidad, pero debido a la presencia de varias enfermedades a la vez de un solo paciente en total se encontró 619 enfermedades.

5.4.1 Otras Multimorbilidades:

Cuadro 9

Distribución de pacientes con EAI, según otras multimorbilidades que asisten a la consulta externa de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Otras Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad Péptica	7	25
Osteoartritis	4	14
Síndrome de intestino Irritable	4	14
Neuritis Óptica	3	11
Nefropatía	2	7
Asma	2	7
Angioedema	1	4
Broncoespasmo	1	4
Esquizofrenia	1	4
Glaucoma	1	4
Miopía	1	3
Otitis Media Aguda	1	3
Total	28	100

Otras enfermedades aparte de las 11 EAI investigadas como multimorbilidad.

6. DISCUSIÓN

Las enfermedades autoinmunes (EAI) comprenden un conjunto de desórdenes crónicos multisistémicos y complejos de etiología desconocida, asociados a factores genéticos, hormonales y ambientales. La presente investigación se basó en el estudio de pacientes con enfermedades autoinmunes desde el punto de vista clínico y familiar, para determinar la presencia de varias enfermedades dentro del primer y segundo grado de consanguinidad, así como la presencia de poliautoinmunidad y multimorbilidad, ya que en Guatemala y en el Hospital Roosevelt no se cuenta con un estudio que relacione las enfermedades autoinmunes y su multimorbilidad ni la agregación familiar.

La incidencia y prevalencia de las enfermedades autoinmunes varían en función del área geográfica y de la etnia analizada. Afectan con más frecuencia y gravedad a ciertas etnias por sobre otras. (10)

6.1 Características Socio-demográficas

Respecto a la distribución por sexo de los pacientes, que asisten a las consultas externas de medicina interna del hospital Roosevelt, se evidenció que 952 (91%) pacientes eran de sexo femenino, con una relación hombre mujer de 1:10 (Gráfica 1), dato que concuerda con los estudios de la Universidad del Rosario, Colombia (CREA) los cuales indican la presencia de una mayor incidencia en personas del sexo femenino teniendo una relación hombre mujer de 1:4 (4), así como según Fred Miller, director del Grupo de Autoinmunidad Ambiental del Instituto Nacional de Ciencias de Salud Ambiental, actualmente reconoce que las enfermedades autoinmunes entre más tarde aparezca la enfermedad mayor será el número de mujeres afectadas en relación con los hombres. (5)

En el presente estudio la edad de los pacientes reportó una media de 43.74 ± 16.66 años, así como 208 (20%) pacientes presentaron una edad comprendida entre el rango de 50 a 59 años de edad seguido por el rango de 20 a 29 años de edad con 194 (19%) pacientes. (Gráfica 2) Datos similares en un estudio realizado en Guatemala, titulado caracterización epidemiológica clínica y terapéutica de pacientes con LES en el año 2011, el cual reveló que el promedio de edad fue de 37.79 ± 15.69 (9). Así como la literatura refiere una edad promedio para pacientes diagnosticados con AR de 40 a 60 años (33, 34), sin embargo otras fuentes refieren que es más común entre los 35 y 50 años de edad. (32) Esto evidencia que la mayoría de las enfermedades autoinmunes se presentan en la edad media de la vida.

La residencia de los pacientes diagnosticados con EAI que predominó fue el departamento de Guatemala con 679 (65%) pacientes, seguido de Sacatepéquez con 67 (6%) pacientes y Escuintla con 55 (5%) pacientes (Cuadro 1), lo cual probablemente sea debido que el Hospital se encuentra en el departamento de Guatemala, sin embargo se encontró datos similares a los reportados en el estudio realizado en Guatemala, titulado caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico año 2011, el cual reveló que 173 (61%) pacientes procedían del departamento de Guatemala, llamando la atención que el segundo lugar en 32 (11%) pacientes, la procedencia fue el departamento de Escuintla (9).

Son principalmente los estudios ocupacionales, en los que las exposiciones pueden determinarse con mayor confiabilidad con base en los registros de los lugares de trabajo, los que vinculan los compuestos industriales y sustancias químicas con las enfermedades autoinmunes. Algunas de las asociaciones que más apoyan dichos estudios, vinculan la exposición ocupacional a la sílice cristalina con enfermedades tales como AR, LES y esclerosis sistémica (5). Los datos encontrados en el presente estudio fue de los 1041 pacientes, 389 (37%) tenían una ocupación como amas de casa y 319 pacientes (31%) no trabajaban (Cuadro 2), sin embargo no se encontró estudios que evidencien que la ocupación de ama de casa sea un factor predisponente de enfermedad autoinmune por lo que no se puede determinar la relación de esta ocupación con enfermedad autoinmune.

De las enfermedades autoinmunes incluidas la edad promedio de inicio de lupus eritematoso sistémico fue de 25 ± 6.91 años, siendo lo más frecuente a los 20 años con una edad mínima de 13 años y máxima de 46 años (Cuadro 4), dato que concuerda con la literatura ya que hay algunos autores que han publicado que las edades más comunes se encuentran entre los 17 a los 24 años.(10) La edad promedio de inicio de artritis reumatoide fue de 40.81 ± 9.76 años, siendo más frecuente a los 45 años con una edad mínima de 15 años y máxima de 59 años (Cuadro 4); dato similar a lo reportado por algunos autores quienes indican que la AR es más común entre los 35 y 50 años de edad.(31) Otras fuentes refieren que inicia entre los 40 y 60 años (33), similar a lo reportado en el estudio realizado en Guatemala en pacientes que consultan en las diferentes consultas externas de los hospitales nacionales, en el cual se entrevistaron 352 pacientes, donde se observó que el grupo etario mayormente afectado fue de 50 a 59 años. (9)

De síndrome de Sjogren la edad promedio de inicio fue de 41.06 ± 8.7 años (Cuadro 4) siendo más frecuente a los 38 años con una edad mínima de 20 años y máxima a los 59 años; similar a como algunos autores sugieren que afecta más a mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida, aunque es posible su comienzo a cualquier edad.(25) La edad promedio de inicio de esclerodermia fue de 36.44 ± 16.19 años, siendo más frecuente a los 16 años con una edad mínima de 16 años y máxima de 65 años (Cuadro 4), dato que concuerda con estudios que indican que la enfermedad afecta a adultos y a niños, pero es más común en mujeres de entre 30 y 50 años.(6) La edad promedio de inicio de la enfermedad tiroidea fue de 39.44 ± 12.75 años siendo más frecuente a los 32 años, con una edad mínima de 12 años y máxima de 68 años (Cuadro 4), sin embargo no se encontraron estudios realizados para poder realizar una comparación y llegar a una conclusión; de la diabetes mellitus Tipo I fue de 20.82 ± 11.88 años, siendo más frecuente a los 16 años con una edad mínima de 6 años y máxima de 56 años (Cuadro 4), datos que concuerdan con la última edición del Diabetes Atlas en el que se calcula que unos 490.000 niños de menos de 15 años viven con diabetes tipo 1. (53) La edad promedio de inicio de psoriasis fue de 21.71 ± 8.78 años, siendo más frecuente a los 20 años con una edad mínima de 12 años y máxima de 47 años (Cuadro 4); sin embargo algunos autores señalan que puede ocurrir a cualquier edad, aunque comúnmente aparece por primera vez entre las edades de 15-25 años.(46) La edad promedio de inicio de esclerosis múltiple fue de 24 ± 7.52 años, siendo más frecuente a los 16 años con una edad mínima de 16 años y máxima de 35 años (Cuadro 4), dato que concuerda con la literatura que indica que esta enfermedad afecta principalmente a pacientes entre los 20 – 50 años de edad, excepcionalmente empieza en la infancia o por encima de los 50 años. (21) La edad promedio de inicio de púrpura trombocitopénica idiopática fue de 33.03 ± 16.66 años, siendo más frecuente a los 15 años con una edad mínima de 11 años y máxima de 70 años (Cuadro 4), dato similar a lo reportado en la literatura que indica que afecta con más frecuencia entre los 20 a 40 años de edad. (40) La edad promedio de inicio de vasculitis fue de 40 ± 12.75 años siendo más frecuente a los 50 años con una edad mínima de 22 años y máxima de 58 años. (Cuadro 4) Sobre la vasculitis puede mencionarse que es un grupo muy heterogéneo de enfermedades, sin embargo no se encontraron estudios que reporten la edad de inicio de la misma por lo que no se pueden comparar los datos. Además habiéndose obtenido los resultados de una muestra pequeña no se logra determinar con exactitud la edad promedio. La edad promedio de inicio de anemia hemolítica fue de 34.93 ± 18.17 años siendo más

frecuente a los 20 años con una edad mínima de 11 años y máxima de 85 años (Cuadro 4) y la literatura reporta que las edades con más incidencia son en adultos jóvenes y en ancianos. (62)

Del total de los pacientes encuestados la etnia con mayor frecuencia fue ladina con 725 (70%), pacientes seguido de la etnia indígena con un 308 (29%) pacientes (Gráfica 3), datos que concuerdan con algunos estudios como el realizado en Guatemala, titulado caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con Lupus Eritematoso sistémico año 2011 que reveló que la etnia más frecuente fue la ladina en 231 (81.91%) pacientes. Así como en un estudio realizado en Guatemala donde se observó predominio de la etnia no indígena con un 92% en pacientes con AR (9), aunque se necesitan más estudios epidemiológicos de estas enfermedades en Guatemala para poder dilucidar a ciencia cierta la presencia de estas dolencias y el grupo étnico.

En el presente estudio se encontró que 393 pacientes (38%) tenían un nivel primario de educación y 260 pacientes (25%) tenían un nivel básico (Gráfica 4), con lo cual se evidencia que el nivel que predominó es el primario seguido del básico, así como en un estudio realizado en Guatemala, titulado caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con Lupus Eritematoso sistémico año 2011, reveló que 189 (67.02%) pacientes presentaron un nivel de escolaridad general que no superó la educación primaria. (8) Sin embargo se necesitan realizar más estudios en otras entidades de salud en Guatemala para poder determinar la relación del nivel de educación con EAI.

6.2 Poliautoinmunidad.

A través de los estudios del CREA se ha demostrado que algunos individuos pueden presentar más de una EAI, evento que científicamente se ha denominado como "poliautoinmunidad". El presente estudio reveló 175 (17%) pacientes con poliautoinmunidad (Gráfica 5), de los cuales 143 (14%) presentaron más de una enfermedad autoinmune (Cuadro 5), dato que concuerda con en el estudio realizado por la asociación guatemalteca de reumatología donde se determinó que 27 pacientes presentaron hipotiroidismo e hipertiroidismo (1.41%) además de presentar LES (9). Algunos estudios han reportado una prevalencia del 1% al 3% en la relación de esclerosis múltiple y síndrome de Sjogren (27), pero más recientemente Seze y

colaboradores mostraron una prevalencia del 16.6% en un grupo de pacientes con esclerosis múltiple proponiendo de esta forma que los pacientes con esclerosis múltiple deberían ser tamizados para síndrome de Sjogren. (27) Datos que concuerdan con el presente estudio

Entre otras enfermedades autoinmunes que presentaron los pacientes incluidos en este estudio, se mostro con mayor frecuencia uveítis con 16 (39%) pacientes, síndrome antifosfolípido con 13 (31%) pacientes y dermatomiositis con 6 (14%) pacientes (Gráfica 6). Datos que concuerdan con lo reportado en un estudio de 304 pacientes con AR en el que 98 (32.3%) presentó poliautoinmidad siendo el síndrome antifosfolipídico, con 8 (2.6%) pacientes, de las EAIS más frecuentes. (35) Así como la literatura reporta que las manifestaciones cutáneas son las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes que presentan LES, encontrándose frecuentemente en el 70 % de los pacientes durante el curso de la enfermedad (15).

6.3 Agregación Familiar

Estudios han demostrado que las EAI tienden a presentarse entre los integrantes de una misma familia, fenómeno conocido como agregación familiar (1), el presente estudio reveló que 442 (42%) pacientes presentaron antecedente familiar de enfermedad autoinmune (Gráfica 7). Las enfermedades autoinmunes en las que se evidenció mayor antecedente familiar fueron lupus eritematoso sistémico y enfermedad tiroidea con 82 (29%) familiares en primer grado y segundo grado (Cuadro 6), dato que concuerda con un estudio donde se observó que 73 familias (24%) tuvieron al menos un familiar en primer grado con EAI. (38) Así como en el estudio realizado en Guatemala en el año 2011 que reveló que en 3.54% de los pacientes se presentó antecedente familiar de primer grado de lupus, similar a lo publicado por Jiménez y colaboradores, en Barcelona, en el 2003, con 5%, lo cual apoya el aspecto genético de la enfermedad. (10) Al igual que la artritis reumatoide que presentó antecedente familiar con 48 (17%) pacientes (Cuadro 6), siendo la tercera enfermedad autoinmune con antecedente familiar más frecuente, dato que varía con un estudio en el que se observó que 24% tuvieron al menos un familiar en primer grado con EAI. (38)

6.4 Multimorbilidad

El concepto de multimorbilidad aún es poco conocido y no está bien integrado en la atención médica y la investigación, sin embargo se define como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo, en este estudio se reveló que 410 (39%) pacientes presentaron multimorbilidad, de los cuales 80 (20%) presentaron 2 enfermedades. (Cuadro 7)

Al estudiar detenidamente cada enfermedad autoinmune se ha evidenciado que pacientes con alguna EAI específica pueden padecer enfermedades cardiovasculares, pulmonares, metabólicas, dislipidemias, entre otras multimorbididades asociadas. En el presente estudio las multimorbididades por sistemas que reportaron mayor frecuencia fueron las cardiovasculares con 178 (29%) (Gráfica 9) pacientes, de las cuales la HTA se presentó en 175 (98%) pacientes (Cuadro 8), datos que concuerdan con diversas revisiones que reportan la afección cardiovascular en un 40% de la población de pacientes con LES, según lo reportado por Duró Pujol, en Barcelona, así como entre las multimorbididades estudiadas en Guatemala, se encuentra la hipertensión arterial 40.2%, dato que concuerda con un estudio publicado por Sierra (España 2005) que reportó una prevalencia de 44.3% (14), sin embargo que contrastan con lo reportado en este estudio. En segundo lugar de multimorbididades se reportan las metabólicas-endócrinas con 151 (24%) pacientes, de las cuales Diabetes Mellitus tipo 2 presentó 119 (79%) pacientes (cuadro 9), en comparación con un estudio realizado por Cortes y colaboradores en el año 2008, en donde se encontraron solamente 9 pacientes (1.9%). En tercer lugar se reportan las enfermedades hematológicas con 125 (20%) pacientes, de las cuales la trombocitopenia presentó 94 (75%) pacientes.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 El perfil del paciente con EAI es sexo femenino, residente en el departamento de Guatemala, de etnia ladina, ama de casa, entre la segunda y quinta década de la vida.
- 7.2 Del total de pacientes (1041) el 17 % presentan poliautoinmunidad. El 14% y 2 % muestran dos y tres enfermedades autoinmunes respectivamente.
- 7.3 Cuatro de cada diez pacientes presenta agregación familiar de enfermedad autoinmune, con predominio en familiares de primer grado de consanguinidad.
- 7.4 La multimorbilidad que se muestra con mayor frecuencia entre los pacientes con enfermedades autoinmunes es la cardiovascular.
- 7.5 Las otras enfermedades autoinmunes que presentaron con mayor frecuencia los pacientes incluidos en este estudio son uveítis con 39% síndrome antifosfolípido con 31% y dermatomiositis con 14%.

8. RECOMENDACIONES

Al Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

- 8.1 Dar a conocer los resultados de este estudio a quienes trabajan con este grupo de pacientes, ya que esto sería de utilidad para mejorar la atención de los mismos.
- 8.2 Brindar consejería respecto al comportamiento personal y familiar que pueden tener este tipo de enfermedades en la población guatemalteca que asiste al sistema público de salud.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.3 Procurar que todas las instituciones del sector salud cuenten con el personal calificado y recursos para una atención temprana y profesional de los pacientes que presentan alguna enfermedad autoinmune, para mejorar el nivel de vida de los mismos.

A Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 8.4 Fortalecer la investigación en el área de la autoinmunidad tanto a nivel de grado como postgrado debido a la prevalencia y carga de la enfermedad que producen este tipo de padecimientos, para el paciente, familiares y sistema sanitario guatemalteco.

9. APORTES

- 9.1 Primera aproximación del comportamiento de las enfermedades autoinmunes en nuestro medio, particularmente en el sistema público de salud.
- 9.2 Artículo científico producto de la presente investigación a ser publicado en la Revista guatemalteca de Reumatología.
- 9.3 Los resultados de la investigación podrán ser utilizados en la docencia de la carrera de medicina y para futuras investigaciones sobre el tema.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kokuina E. De la autoinmunidad a las enfermedades autoinmunes. *Rev Cubana Med [en línea]* 2001 [citado 21 Mar 2014]; 40 (1):36–44.
Disponbleen:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475232001000100006&script=sci_arttext
2. Bouchard M. Inmunopatogenia de las enfermedades autoinmunes. [en línea]. Venezuela: medic.ula.ve; 2012 [citado 21 Mar 2014]
Disponble en: http://www.medic.ula.ve/idic/docs/clases/iahula/curso_2012/tema9.pdf
3. Universidad del Rosario [en línea] Colombia: Centro de Estudio de enfermedades Autoinmune CREA. [actualizado 2014; citado 21 Mar 2014] Origen genético común para enfermedades autoinmunes. [aprox. 3 pant]
Disponble en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/72/725b0a40-320d-480c-bfbfd6750b84b08d.pdf
4. Universidad del Rosario Centro de Estudio de enfermedades Autoinmunes CREA. [en línea] Colombia: Universidad del Rosario; 2014 [actualizado 2014; citado 15 Mar 2014]. Las enfermedades autoinmunes tienen un mismo origen.
Disponbleen:http://www.urosario.edu.co/EMCS/ur/CICS/gruposInvestigacion/Grp_crea/ur/lineas/#.UxTeQuN5Nu4.
5. Schmidt Ch W. Persisten las preguntas. Factores ambientales en las enfermedades autoinmunes. *Salud Pública México*[en línea] 2011 [citado 21 Mar 2014]; 53(4):355–62.
Disponbleen:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Fauci A, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo D. *Harrison principios de medicina interna*. 17^a. ed. México: Interamericana; 2009.
7. Alarcón Segovia D, Alarcón Riquelme M, Cardiel M, Caeiro F, Massardo L, et al. Familiar Aggregation of Systemic Lupus Erythematosus, rheumatoid arthritis, and other autoimmune diseases in 1,177 lupus patients from the GLADEL cohort. *ARTHRITIS & RHEUMATISM* [en línea]. 2005 [citado 25 Jul 2014]; 52(4):1138-1147
Disponble en:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.20999/pdf>
8. Radner H, Yoshida K, Smolen JS, Solomon DH. Multimorbidity and rheumatic conditions-enhancing the concept of comorbidity. *NatRevRheumatol* [en línea]. 2014 [citado 19 Mar 2014]; 10(4): 252–6.
Disponble en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24418765>
9. García García CO, AjiatazBatz N, Chapas González RR, Citalán Sosa JE, Estrada Ramírez CP, Menéndez Morales DR, et al. Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. *RevReumatolAsocGuatemReumatol*. 2011; 1:1–46.
10. Alonso J, Hidalgo Tenorio C, Ruiz Irastorza G, Ramos Casals M. Guías clínicas de Jiménez enfermedades autoinmunes sistémicas: Lupus Eritematoso Sistémico [en

línea]España: SEMI; 2011 [citado 21 Mar 2014]

Disponible en:

http://www.chospab.es/biblioteca/libros/GUIA_LUPUS_ERITOMASO.pdf

11. Jiménez S, Cervera R. Epidemiología de Lupus Eritematoso Sistémico. *ClinRevAllergyInmunol* [en línea]. 2003 [citado 21 Mar 2014]; 25 (1): 3–11.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12794256>
12. McDonagh JE, Isenberg DA. Development of additional autoimmune diseases in a population of patient with systemic lupus eritematosus. *RevRheumDis* [en línea]. 2000 [citado 22 Mar 2014]; 59(3):230–232
Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/59/3/230.full.pdf>
13. Sierra Benito C. Hipertensión arterial en las enfermedades autoinmunes y sistémicas. *Hipertensión y Riesgo Vascular* [en línea]. 2005 [citado 21 Mar 2014]; 22 (1):21–31
Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/hipertension--riesgo-vascular67/hipertension-arterial-las-enfermedades-autoinmunes-sistemicas-13071987-revisiones-2005>
14. García Tello A, Villegas Martínez A, González Fernández AF. Manifestaciones hematológicas en el Lupus Eritematoso Sistémico. *RevMed Interna* [en línea]. 2002 [citado 23 Mar 2014]; 19(10):539–43.
Disponible en: <https://medes.com/publication/6922>
15. Moysakis I, Tektonidou MG, Vasilliou VA, Samarkos M, Votteas MH. Libman -Sacks endocarditis in systemic lupus erythematosus: prevalence, associations and evolution. *Rev Med Interna*. 2010; 120(7):636–42.
16. Goldfarb G. *Lupus Eritematoso Sistemico*. [en línea]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2013. [citado 22 Mar 2014]
Disponible en: <http://www.sap.org.ar/comu-temas-91-lupus.php>
17. Yebra Bango M. El tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico. Utilización de antipalúdicos en enfermedades inflamatorias. *Rev Clínica Española* [en línea]. 2004 [citado 21 Mar 2014]; 204(11):565–6.
Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-clnica-espaola-65/articulo/el-tratamiento-del-lupus-eritematoso-13067365?referer=buscador>
18. Kakati S, Doley B, Pal S DU. Pulmonary manifestacions in systemic Lupus Erithematosus. *Asoc Physicians*. 2007; 55:839–41.
19. Duró Pujol JC. *Reumatología clínica*. Barcelona, España: Elsevier; 2010.
20. Cruz E, Vargas R, Vera L, Estévez E, Villalón G. Neuritis óptica como forma de presentación de la esclerosis múltiple. *CCM*. [en línea] 2012 [citado 21 Mar 2014]; 17 (1): 92-97
Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/viewFile/367/251>

21. Lamers L, Kelchtermans S, Baert I, Feys P. Upper limb assessment in multiple sclerosis: a systematic review of outcome measures and their psychometric properties. *ArchPhysMedRehabil.* [en línea] 2014 Jun [citado 19 Mar 2014];95(6):1184-200. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24631802>

22. Crespo J. Esclerosis múltiple y respiración: disfunción pulmonar, control y tratamiento [Blog en línea]. Bogotá, Colombia: Esclerosis múltiple; 2011 [citado 21 Mar 2014]
Disponible en: <http://www.esclerosismultiplebogotacolombia.blogspot.com>

23. Ramírez VM, Quesada M, Murillo N. Esclerosis múltiple y su eficacia del interferón beta. [en línea]. Costa Rica: CIMED; 2001 [citado 23 Mar 2014]
Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed17.pdf>

24. Angelino G, Frydenlund S, Mison M, Ramírez EJ, Zanome L. Síndrome sjogren. *Rev Posgrado la Sexta Cátedra Med* [en línea] 2003 Ene [citado 31 Mar 2014];(123):18-21. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista123/sjogren.htm>

25. Anaya JM, Shoenfeld Y, Correa P, García M. Autoinmunidad y enfermedad autoinmune [en línea]. Bogotá, Colombia : Corporación para Investigación Biológica; 2005 [citado 28 Mar 2014]
Disponible en:
<http://books.google.com.gt/books?id=EiEEeKKXzCEC&pg=PA256&lpg=PA256&dq=prevalencia+de+la+enfermedad+autoinmune&source=bl&ots=5rL40Ya9h&sig=qKajrrW2M6Hs90D5UCryYuCWEQA&hl=es&sa=X&ei=X5UjU9yZGdGdkQf44Fo&ved=0CFIQ6AEwBw#v=onepage&q=prevalenciadelaenfermedadautoinmune&f=false>

26. Amador Patarollo MJ. Características clínicas y sociodemográficas de pacientes colombianos con síndrome de sjogren solo y asociado a otras enfermedades autoinmunes [en línea] [tesis de Maestría]. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana; 2013
Disponible en:
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4519/10207143352013.pdf;jsessionid=8FECBE3EBE3AC9882BA2C415E349DD8D?sequence=4>

27. Seze J, Devos D, Castelnuovo G, Labaugue P, Dubuc Quoi S, Stocovich T et al. The prevalence of Sjogren Syndrome, patient with primary progressive multiple Sclerosis. *J Am AcadNeurol* [en línea] 2011 [citado 23 Abr 2014]; 57:1359-1363.
Disponible en: <http://www.neurology.org/content/57/8/1359/reply>

28. Turesson C. Malignancy as comorbidity in rheumatic diseases rheumatology. *Rev Rheumatology.* 2013 ;(52):5–14.

29. Méndez Perles C, Sanguesa Gómez C, Fernández Castro M. Manifestaciones neurológicas del síndrome sjogren. *RevFund Española Reumatol* [en línea]. 2013 Sept [citado 31 Mar 2014]; 14(3):80–85.
Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1577356613000353>

30. Pers J, Tobon GJ, Youinou P. Neurological disorders in primary sjogren's syndrome. *Autoimmune Dis* [en línea] 2012 [citado 31 mar 2014]doi:10.1155/2012/645967
31. Goules AV, Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Classification criteria of sjögren's syndrome. *J Autoimmun* [en línea]. 2014 [citado 31 Mar 2014]; 48-49:42–5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24456935>
32. Sánchez Román J.Castillo Palma MJ. Enfermedades autoinmunes sistémicas: Manual de información para pacientes y familiares [en línea]. Sevilla, España: Asociación de Autoinmunes y Lúpicos; 2010[citado 15 Abril 2014].
Disponible en: <http://alusevilla.org/wp-content/uploads/2011/04/Manual.pdf>
33. García García CO, Gómez Moscut SM, Valladares del Cid DW, Morales Quiñonez LF. Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con artritis reumatoide. *Rev ReumatolAsoc Guatemala*. 2012; 2:44–52.
34. See L-C, Kuo C-F, Chou I-J, Chiou M-J, Yu K-H. Sex and age specific incidence of autoimmune rheumatic diseases in the Chinese population: a Taiwan population-based study. *Semin Arthritis Rheum* [en línea] 2013 Dic [citado 31 Abr 2014];43(3):381-6
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23916348>
35. Cifuentes RA, Rojas Viagra A, Botello Corzo D, Iglesias Ganara A, Mantilla RD AJ. Poliautoinmunidad y agregación autoinmune en artritis reumatoide. *IATREIA* [en línea] 2013[citado 19 Mar 2014]; 23 (4-S): [aprox. 3 pant]
Disponible en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/8209>
36. Jastrzbska M, Czok ME, Guzik P. Autoimmune diseases, their pharmacological treatment and the cardiovascular system. *Cardiol J*. [en línea] 2013 [citado 22 Abr 2014]; 20(6):569–76.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24338532>
37. Lorenzo Pílares P, Manrique Arijá S, Ureña I, Jiménez Muñes FG, López la Santa M, Romero Barco CM et al. Comorbilidades basales en artritis reumatoide que van a recibir terapia biológica. *Reumatología clínica* [en línea] 2013 [citado 31 Abr 2014]; 9 (1):18–23.
Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4149188>
38. Kourilovitch M, Galarza-Maldonado C, Ortiz-Prado E. Diagnosis and classification of rheumatoid arthritis. *J Autoimmun* [en línea] 2014 [citado 19 Mar 2014]; 48(2):26–30.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568777>
39. Hernández Galano G, De Castro Arenas R, Hernández Cruz C, Pérez Valiente D, Carnot Uría J, MuñioPerurena J. et al. Resultados terapéuticos en la púrpura trombocitopénica idiopática crónica. *Rev cubana HematolInmunolHemoter* [en línea] 2006 Ago[citado 24 Abr 2014]; 22 (2):1561-2996

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000200004

40. Sequerira Rojas LA. Purpura Trombocitopénica Autoinmune (Caso Clínico y Revisión Bibliográfica). *Rev Medica Costa Rica y Centroamérica* [en línea]. 2008[citado 19 Mar 2014]; 65 (582):9–13.

Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/582/art3.pdf>

41. Galindo Dobón M, Serrano Gállego CA, Estopiñán V, GarcíaAA. Púrpura trombopénica idiopática e hipotiroidismo primario en una paciente de 49 años. *Medifan(Madrid)*[en línea] 2003 Ene[citado 19 Mar 2014]; 13:(1) 61-63

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113157682003000100010&script=sci_arttext

42. Marsiglia I. Enfermedad tiroidea autoinmune: Estudio clínico-epidemiológico. *Gac Méd Caracas*. [en línea] 2008 [citado 21 Mar 2014]; 116 (1):1–14.

Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036747622008000100005&lang=es

43. Kokuina E, Chico A, Estévez M, Arguelles A, Casas N, Pérez D. et al. Anticuerpos diagnósticos en enfermedades autoinmunes sistémicas y específicas de órgano . *Rev Cubana Med* [en línea] 2006 [citado 29 Jul 2014]; 45(2): [aprox. 8 pant]

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol45_2_06/med01206.htm

44. Santos LS, Revuelta AS, Cuadros RP. Tiroiditis de Hashimoto y síndrome de Sjögren: ¿Asociación o síndrome múltiple autoinmune? *Anales de Medicina Interna*. [en línea]. 2014 [citado 21 Mar 2014];18:3–5.

Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992001000200008&script=sci_arttext

45. Cuesta-Montero L, Belinchón I. Connective tissue diseases and psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [en línea]. 2011 Sep [citado 22 Mar 2014]; 102(7):487–97.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536244>

46. Dauden E, Castañeda S, Suarez C, GarciaCampayo J, Blasco A.J, Aguilar M.D. et al. Abordaje Integral de la Comorbilidad del paciente con Psoriasis. *Actas Dermosifiliograficas*[en línea]. 2012 [citado 22 Mar 2014];103:1-64

Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731012700017>

47. Traupe H. The puzzling genetics of psoriasis. *Clin Dermatol* [en línea] 1995 Mar–Abr [citado 20 Mar 2014];13 (2): 99-103

Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7780920

48. Garza-RodriguezV, Villarreal-Alarcon MA, OcampoCandiani J. Etiopatogenia y tratamiento de la esclerodermia. *Conceptos actuales*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. [en línea] 2013 [citado 12 Mar 2014];51(1):50-57.

Disponible en: <http://revistamedica.imss.gob.mx/files/flippingbooks/rm2013-1-flippingbook.pdf>

49. Freire González M. Criterios diagnósticos y de clasificación de las enfermedades reumáticas.[en línea] Madrid: Marqués del Duero; [s.f.] [citado 28 Jul 2014]
Disponible en: http://www.ser.es/practicaClinica/Criterios_Diagnosticos.php

50. Dorado JH. Diabetes mellitus tipo 1. Rev Asoc Boliv Pediatría [en línea] 2008 [citado 21 Mar 2014];47(2):90–6.

Disponible en:http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S102406752008000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

51. Allgrove J. Enfermedades autoinmunes asociadas con la Diabetes Mellitus tiroideopatia y enfermedad celíaca. RevAsocLatinoam Diabetes [en línea] 2008 [citado 21 Mar 2014]; 16: 126–7.
Disponible en:http://revistaalad.com.ar/pdfs/0904_enferm.pdf

52. Lawrence TJ, McPhee SJ, A. Papadakis MA. Diagnostico Clínico y Tratamiento. 32ed. El Manual Moderno: México; 1996

53. Isley W, Molitch ME. Diabetes tipo 1. JCEM[en línea] 2005 Ene [citado Mar 2014]; 90(1):[aprox. 4 pant]doi: <http://dx.doi.org/10.1210/jcem.90.1.9995>

54. Cervera R, Espinosa G, Ramos-Casals M, Hernández-Rodríguez J, Cid C. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades autoinmunes sistémicas. 4ed. España: Caduceo Multimedia S; 2011.

55. Gatica H. Vasculitis necrosantes sistémicas. clasificación y epidemiología.Reumatología [en línea] 2001 [citado 18 Mar 2014]; 17(3):98-101
Disponible en: <http://www.sochire.cl/bases/r-28-1-1343574318.pdf>

56. Cisternas M. Vasculitis [en línea] Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina; 2010 [citado 18 Mar 2014]
Disponible en:<http://escuela.med.puc.cl/publ/apuntesreumatologia/Pdf/Vasculitis.pdf>

57. Pulido-Pérez A, Avilés-Izquierdo JA, Suárez-Fernández R. Vasculitis cutáneas. Actas Dermosifiliogr [en línea] 2012 Abr [citado 20 Mar 2014];103(3):179–91.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21839977>

58. Ríos-blanco JJ, Martín-su N. Afectación pulmonar de las vasculitis.Arch Bronconeumol.[en línea] 2012 [citado 20 Mar 2014];48(11):410–8.
Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90156717&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=6&ty=45&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v48n11a90156717pdf001.pdf

59. Monach P, Ruderman A.Vasculitis [en línea] Atlanta, GA.: ACR; 2013.[citado 19 Mar 2014]
Disponible en:
http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Vasculitis_Espanol/

60. Restrepo JF, Montaña J, Guzmán R, Iglesias A. Vasculitis cutánea en lupus eritematoso sistémico. Estudio prospectivo y controlado para evaluar una prueba diagnóstica de actividad lúpica. Acta Médica Colombiana [en línea] 1993 [citado 19 Mar 2014];18(6):44-54
Disponible en: http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/06-1993-03-Vasculitis_cutanea.pdf
61. Aixalá M, Basack N, Deana A, Depaula S, Donato H, Eandi S et al. Anemias. El resto. Soc Argentina Hematol [en línea] 2012 [citado 19 Mar 2014]: 31-41
Disponible en: http://www.sah.org.ar/docs/1-78-SAH_GUIA2012_Anemia.pdf
62. Álvarez ER, Arias MM, Viejo A. Anemias hemolíticas adquiridas. Medicine [en línea] 2008 [citado 19 Mar 2014];10(20) 1334-43
Disponible en: http://www.mflapaz.com/Residencia/ARTICULOS_PDF/4_anemias_hemoliticas.pdf
63. Garcia Sánchez M. Anemia hemolítica autoinmune. [en línea] Hollywood, CA.: buenastareas.com; 2012 [citado 19 May 2014]
Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Anemia-HemoliticaAutoinmune/5411529.html>
64. Casado Arroyo R, Lado Lado F, Rodríguez I, Rodríguez Lopez I. Anemia hemolítica como forma de presentación de Lupus Eritematoso Sistémico. Anales Med Interna (Madrid) [en línea] 2003 España; [citado 21 Mar 2014];20 (9):499.
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n9/carta8.pdf>



Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
OPCA, UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN

11. ANEXOS

11.1 Características Socio-demográficas

Cuadro 1

Distribución de los pacientes con EAI, según sexo que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	952	91
M	89	9
Total	1041	100

Cuadro 2

Distribución de los pacientes con EAI, según rango de edad que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12-19 años	60	6
20-29 años	194	19
30-39 años	188	18
40-49 años	190	18
50-59 años	208	20
60-69 años	137	13
70-79 años	47	4
>80	17	2
Total	1041	100.00

Cuadro 3

Distribución de los pacientes con EAI, según rango etnia que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Ladino	725	70
Indígena	308	30
Garífuna	8	1
Total	1041	100

Cuadro 4

Distribución de los pacientes con EAI, según escolaridad.
que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología,
Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	393	38
Básico	260	25
Ninguna	247	24
Diversificado	133	13
Universitaria	8	1
Total	1041	100

11.2. Poliautoinmunidad:

Cuadro 5

Distribución de los pacientes con EAI , según Poliautoinmunidad
que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología,
Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Enfermedad Autoinmune	Frecuencia	Porcentaje
Con poliautoinmunidad	175	17
Sin Poliautoinmunidad	866	83
Total	1041	100

Cuadro 6

Distribución de los pacientes con más de una EA, según Poliautoinmunidad que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Enfermedades Autoimmune	Frecuencia	Porcentaje
AR ES PS	2	1.14
AR ET	18	10.23
AR ET DM	1	0.57
AR ET PS	1	0.57
AR PS	13	7.39
AR SS	8	4.55
AR SS ES	1	0.57
AR SS ET PS	1	0.57
ES ET	1	0.57
ES PS	1	0.57
ET DM	7	3.98
ET PS	6	3.41
LES AH	1	0.57
LES AR	46	26.14
LES AR ES	1	0.57
LES AR ET PS	1	0.57
LES AR PS	10	5.68
LES AR SS	6	3.41
LES AR SS ES	3	1.70
LES ES	4	2.27
LES ES PS	2	1.14
LES ET	7	3.98
LES PS	17	9.66
LES SS	2	1.14
LES VS	1	0.57
SS ES	2	1.14
SS ET	7	3.98
SS ET DM	1	0.57
AR SS PS	5	2.84
Total	176	100.00

AR: artritis reumatoide, ES: esclerodermia, PS: psoriasis, ET: enfermedad tiroidea, DM: diabetes mellitus 1, SS: síndrome de Sjogren, LES: lupus eritematoso sistémico, AH: anemia hemolítica.

Cuadro 7

Distribución de los pacientes con EAI, según otras enfermedades que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt durante de junio a julio 2014

Otras Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Uveítis	16	39
Síndrome antifosfolípido	13	33
Dermatomiositis	6	15
Enfermedad celiaca	3	7
Vitiligo	1	2
Espondilitis anquilosante	1	2
Pénfigo	1	2
Total	41	100

11.3. Agregación Familiar:

Cuadro 8

Distribución de los pacientes con EAI, según Agregación familiar que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014

Antecedente Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	442	42
No	599	58
Total	1041	100

Cuadro 9

Distribución de los pacientes con otras EAI, según Agregación familiar que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Antecedente Familiar (otra EAI)	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	20
No	33	80
Total	41	100

11.4. Multimorbilidad:

Cuadro 10

Distribución de los pacientes con EAI, según Multimorbilidad que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014.

Enfermedad Autoinmune	Frecuencia	Porcentaje
Con Multimorbilidad	410	39
Sin Multimorbilidad	631	61
Total	1041	100

Cuadro 11

Distribución de los pacientes con EAI, según Multimorbilidad por Sistemas que asisten a las consultas externas de Reumatología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Hematooncología del Hospital Roosevelt de junio a julio 2014,

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Cardiovascular	178	29
Metabólicas Endocrinas	151	24
Hematológicas	125	20
Neurológicas	51	8
Trastornos Psiquiátricos	37	6
Daño Óseo	30	5
Gi -Hepáticas	26	4
Renales	10	2
Oculares	5	1
Pulmonares	4	1
Cáncer	2	0.32
Total	619	100

11.5 Cuestionario.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y MULTIMORBILIDAD

CÓDIGO

Nombre _____ Carnet: _____

Edad: _____ Residencia: _____ Sexo: M _____ F _____

Etnia: Indígena Escolaridad: Ninguna Ocupación: Grupo 1 Profesionales científicos e intelectuales.

Ladino Primario

Xinca Básico

Garífuna Diversificado

Universitario

Grupo 2: técnicos y nivel medio.

Grupo 3: Empleados de oficina

Grupo 4; Trabajadores de los servicios.

Grupo 5: Agricultores Agropecuarios y pesqueros.

Grupo 6: oficiales, artesanos, otros oficios.

Grupo 7: Instalaciones.

Grupo 8: Ama de Casa

Grupo 9: No trabaja

Su doctor le ha dicho que usted padece de:

1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, usted ha tomado píldoras llamadas PREDNISONA, PLAQUINOL, IMURAN para este problema SI ___ NO ___ NO LO SE ___

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO _____

2. ARTRITIS REUMATOIDE: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, usted ha tomado píldoras llamada Metrotexate SI ___ NO ___ LO SE ___

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO ___

3. SINDROME DE SJOGREN: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, usted requiere de gotas oculares para este problema para este problema SI ___ NO ___ NO LO SE ___

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO _____

4. ESCLERODERMIA: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO _____

5. ENFERMEDAD TIROIDEA: SI ___ NO ___

Si su respuesta es si su diagnóstico es

HIPOTIROIDISMO ___ HIPERTIROIDISMO ___

Si su respuesta es si a que edad _____

Si su respuesta es si usted ha tomado medicamentos para este problema SI ___ NO ___ NO LO SE ___

Si su respuesta es si tiene familiares afectados con este problema SI ___ NO ___ PARENTESCO _____

6. DIABETES MELLITUS TIPO: SI ___ NO ___

Si su respuesta es si a que edad? _____

Si su respuesta es si desde hace cuánto? _____

Si su respuesta es si usted ha tomado medicamentos o inyectado insulina para este problema?

SI ___ NO ___ NO LO SE ___

Si su respuesta es su tiene familiares afectados con este problema SI ___ NO ___ PARENTESCO _____

7. PSORIASIS: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, usted a utilizado algún medicamento para este problema para este problema SI ___

NO ___ NO LO SE ___

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO ___

8. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___

PARENTESCO _____

9. PURPURA TROMBOCITOPENICA: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO ___

10. ANEMIA HEMOLITICA: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO ___

11. VASCULITIS: SI ___ NO ___

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO ___

12. OTROS:

Si su respuesta es sí, a qué edad? _____

Si su respuesta es sí, tiene familiares afectados con este problema? SI ___ NO ___ PARENTESCO ___

2da Parte

PADECE USTED ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:

			SI	NO
1.	CARDIOVASCULAR:	✓ Hipertensión arterial		
		✓ Cardiopatía isquémica(angina, arritmias, IAM, ICC)		
2.	METABÓLICAS-ENDÓCRINAS	✓ Dislipidemia		
		✓ Diabetes Mellitus II		
3.	ÓSEO	✓ Osteoporosis.		
4.	NEUROLÓGICAS	✓ Neuropatía Periférica.		
5.	TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.	✓ Trastorno de Ansiedad.		
		✓ Depresión		
6.	RENALES	✓ IRC		
7	GI -HEPÁTICAS	✓ Úlcera		
		✓ Dispepsia		
		✓ Cirrosis		
8.	HEMATOLÓGICAS	✓ Trombocitopenia.		
		✓ Anemia		
9.	PULMONARES	✓ Derrame Pleural		
		✓ Embolismo Pulmonar		
		✓ Neumonitis		
		✓ Fibrosis		
10	OCULARES	✓ Uveítis		
		✓ Ojo seco		
		✓ Cataratas		
11	CÁNCER	✓ Mama	OTROS:	
		✓ Pulmonar		
12	OTROS			