

Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia

Prevalence and characterization of autoimmune diseases in patients older than 13 years in a hospital of Colombia.

Jorge Mario Palmezano-Díaz,¹ Claudia Lucía Figueroa-Pineda,² Reynaldo Mauricio Rodríguez-Amaya,³ Lisette Katherine Plazas-Rey⁴

Resumen

ANTECEDENTES: Las enfermedades autoinmunitarias afectan alrededor de 3 a 5% de los seres humanos, especialmente a las mujeres. Por su poca prevalencia se desconocen los datos clínicos locales del comportamiento de esta enfermedad.

OBJETIVO: Encontrar la prevalencia de las enfermedades autoinmunitarias en el Hospital Universitario de Santander, Santander, Colombia, así como realizar la caracterización clínica y sociodemográfica de las enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo de la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias en el Hospital Universitario de Santander entre 2012 y 2016 en pacientes mayores de 13 años que ingresaron a la institución.

RESULTADOS: Se encontraron 1463 enfermedades autoinmunitarias con prevalencia de 378 casos por cada 100,000 pacientes mayores de 13 años, atendidos en el Hospital Universitario de Santander y la población con enfermedad autoinmunitaria fue de 0.4%. Las enfermedades más prevalentes fueron la artritis reumatoide, psoriasis, enfermedad de Graves, púrpura trombocitopénica inmunitaria y lupus eritematoso sistémico y los órganos más afectados fueron la piel, la glándula tiroides, el sistema hematológico, el páncreas y el sistema nervioso.

CONCLUSIONES: Los datos encontrados sugieren que la prevalencia en nuestro medio es similar a la de otras poblaciones; sin embargo, estas prevalencias son multifactoriales y pueden variar entre las diferentes poblaciones.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades autoinmunitarias; artritis reumatoide; psoriasis; enfermedad de Graves; púrpura trombocitopénica inmunitaria; lupus eritematoso sistémico.

Abstract

BACKGROUND: Autoimmune diseases affect around 3-5% of human beings, especially women. Due to its low prevalence, local clinical data on the behavior of this disease are unknown.

OBJECTIVE: To find the prevalence of autoimmune diseases in the University Hospital of Santander, as well as to carry out the clinical and sociodemographic characterization of the diseases.

MATERIAL AND METHOD: An observational, descriptive and retrospective cross-sectional study on the prevalence of autoimmune diseases was done at the University Hospital of Santander between 2012 and 2016 in patients over 13 years of age who entered to the institution.

RESULTS: A total of 1463 autoimmune diseases were found, with a prevalence of 378 cases per 100,000 patients over 13 years of age treated at the University Hospital of Santander and the population with autoimmune disease was 0.4%. The most prevalent diseases were rheumatoid arthritis, psoriasis, Graves' disease, immune thrombocytopenic purpura and systemic lupus erythematosus and the most affected organs were the skin, thyroid gland, hematology system, pancreas and nervous system.

CONCLUSIONS: The data suggest that the prevalence in our environment is similar to that of studies in other populations; however, these prevalences are multifactorial and may vary among different populations.

KEYWORDS: Autoimmune diseases; Rheumatoid arthritis; Psoriasis; Graves' disease; Immune thrombocytopenic purpura; Systemic lupus erythematosus.

¹ Residente de Medicina Interna.

² Internista. Magister en Epidemiología.

³ Médico general. Magister en Epidemiología.

⁴ Estudiante de Medicina. Universidad de Santander, Santander, Colombia.

Recibido: diciembre 2017

Aceptado: enero 2018

Correspondencia

Jorge Mario Palmezano Díaz
palmezano96@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Palmezano-Díaz JM, Figueroa-Pineda CL, Rodríguez-Amaya RM, Plazas-Rey LK. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. Med Int Méx. 2018 julio-agosto;34(4):522-535. DOI: <https://10.24245/mim.v34i4.1871>

ANTECEDENTES

El sistema inmunitario se encarga de defender al organismo del ataque de agresores externos e internos. Las células que lo integran aprenden, durante su desarrollo y maduración, a reconocer y respetar los antígenos propios y a reconocer y a atacar lo extraño. No obstante, en ocasiones se vuelve contra el propio y al atacarlo genera procesos inflamatorios perjudiciales.¹ Se cree que el ataque a lo propio ocurre por error o por defecto del sistema. Es posible que estas reacciones no se deban a un error, sino a la incapacidad de vencer o eliminar algún patógeno que no se ha logrado identificar; lucha en la que se desarrolla el proceso inflamatorio.²

Desde el punto de vista clínico las enfermedades autoinmunitarias se clasifican en sistémicas, como la artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico, y órgano-específicas, como la diabetes autoinmunitaria, esclerosis múltiple e hipertiroidismo. Debido a la poca población de pacientes con enfermedades autoinmunitarias, existen pocas publicaciones al respecto. Por tanto, en nuestro medio se desconocen los datos clínicos de su prevalencia. La intención es determinar la prevalencia de las enfermedades autoinmunitarias en el Hospital Universitario de Santander, con el fin de hacer una caracterización de los pacientes, métodos diagnósticos, tratamiento y seguimiento. Asimismo, los pacientes también se beneficiarían, al igual que la comunidad médica, porque se generaría información actualizada de su prevalencia en nuestro medio para encontrar alternativas que mantengan la búsqueda activa en el diagnóstico y tratamiento oportunos.^{3,4}

La autoinmunidad es una respuesta inmunitaria dirigida contra un antígeno en el cuerpo del huésped. La definición no distingue si la respuesta es inducida por un antígeno extraño o autóctono. Por lo general, implica la respuesta de células T y las células B. Sólo se requiere que la respuesta inmunitaria adaptativa se dirija a

un autoantígeno. La enfermedad autoinmunitaria es una condición patológica causada por la respuesta autoinmunitaria adaptativa. Sin embargo, estas definiciones pueden ser poco claras porque con frecuencia es difícil asignar causalidad cuando se trata de una enfermedad de seres vivos.^{1,2}

Criterios de enfermedad autoinmunitaria

La demostración de autoanticuerpos es, hasta ahora, el primer paso en el diagnóstico de estas enfermedades, aunque los anticuerpos pueden no ser los patógenos reales del trastorno. Los autoanticuerpos que se producen son comunes en todas las personas inmunológicamente competentes y pueden aumentar de forma no específica durante el curso de la infección, enfermedad o lesión. Por tanto, la mera presencia de autoanticuerpos no establece necesariamente una relación de causa-efecto, porque los autoanticuerpos pueden ser el resultado, no la causa, del proceso de la enfermedad. Sin embargo, la existencia de respuestas de autoanticuerpos tiene gran valor en el diagnóstico y pronóstico de muchas enfermedades humanas. Los autoanticuerpos pueden estar presentes muchos años antes del diagnóstico de enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome antifosfolípido y diabetes mellitus tipo 1. Combinado con la información genética o antecedente familiar, la existencia de autoanticuerpos puede ser altamente predictiva de la aparición posterior de un trastorno autoinmunitario.^{3,4}

Epidemiología

Las enfermedades autoinmunitarias afectan alrededor de 3 a 5% de los seres humanos, especialmente a las mujeres. Tienen incidencia de 90 por cada 100,000 habitantes y prevalencia de 3225 por cada 100,000 habitantes y en 80% de los casos afectan a las mujeres en edad reproductiva. Como son enfermedades crónicas e incurables tiene alto efecto social. Se desconoce

la causa directa de los procesos autoinmunitarios, pero hay claros indicios de la participación de factores genéticos y ambientales que interactúan a lo largo de la vida de un individuo para generar una enfermedad autoinmunitaria.

Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias

Las enfermedades autoinmunitarias se clasifican según la afectación que producen en el organismo dependiendo si produce manifestaciones sistémicas, órgano-específicas o ambas. Las enfermedades autoinmunitarias sistémicas se subclasifican en enfermedades del tejido conectivo y del tejido mixto conectivo, y las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas se subclasifican de acuerdo con el órgano afectado, por ejemplo: tiroides, músculo, corazón, hígado, piel, páncreas, entre otros (**Figura 1**).

Enfermedades autoinmunitarias sistémicas

Este tipo de enfermedades pueden clasificarse en dos grandes grupos considerando el tipo de daño y afectación en enfermedades del tejido conectivo y enfermedades del tejido mixto conectivo (**Figura 2**).

Enfermedad del tejido conectivo: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, esclerosis sistémica, espondilitis anquilosante, artritis reactiva, polimiositis/dermatomiositis, síndrome de Sjögren.

Enfermedad del tejido mixto conectivo: síndrome de Behçet, síndromes vasculíticos, poliarteritis nodosa, arteritis temporal, arteritis de Takayasu, enfermedad de Kawasaki, granulomatosis de Wegener, síndrome de Churg-Strauss, sarcoidosis.

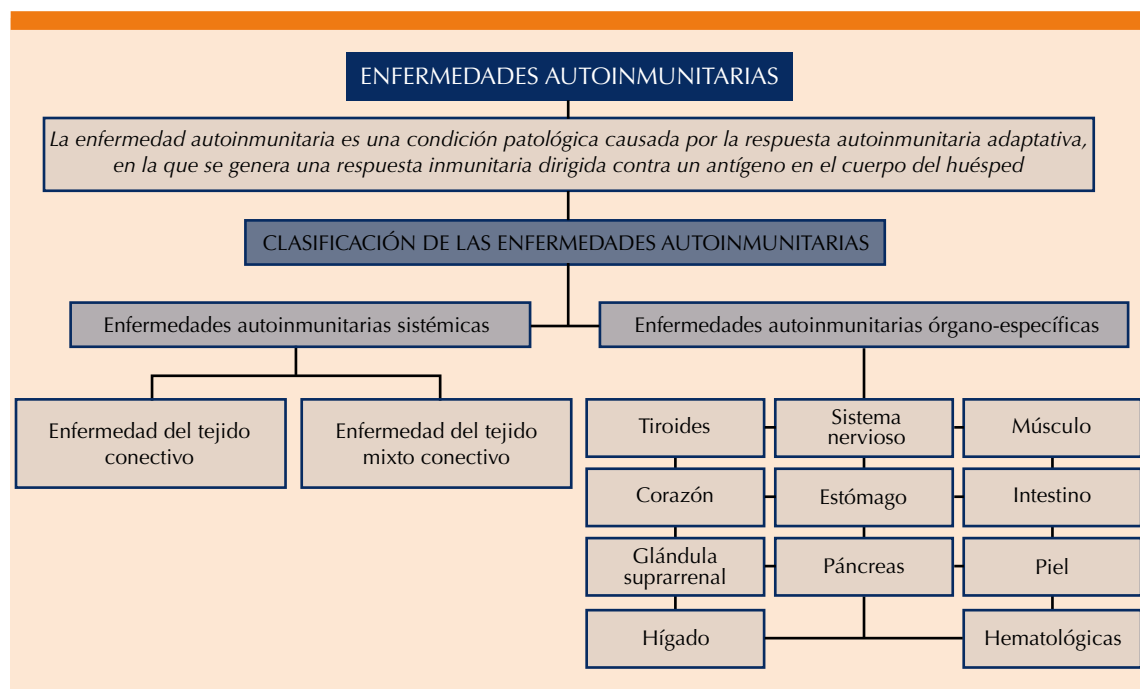
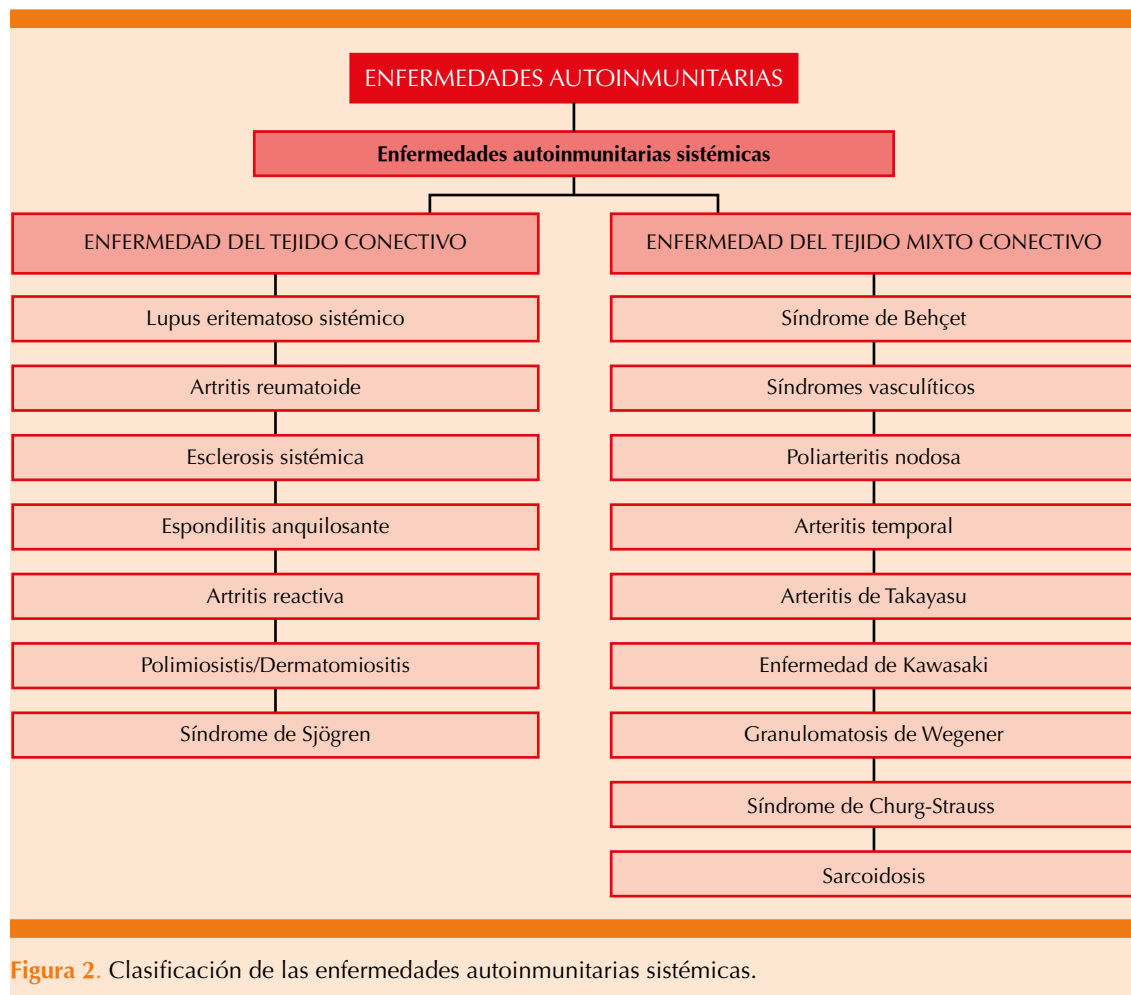


Figura 1. Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias.



Enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas

Se clasifican según el sistema u órgano afectado, estas enfermedades se subclasifican en diferentes grupos (**Figura 3**).

Tiroides: tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Graves.

Sistema nervioso: esclerosis múltiple, síndrome de Guillain-Barré.

Músculo: miastenia gravis.

Corazón: fiebre reumática.

Estómago: anemia perniciosa.

Intestino: enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, enfermedad celiaca.

Glándula suprarrenal: enfermedad de Addison.

Páncreas: diabetes tipo 1 autoinmunitaria.

Piel: pénfigo, psoriasis, vitíligo.

Hígado: hepatitis autoinmunitaria.

Hematológicas: anemias hemolíticas, púrpura trombocitopénica autoinmunitaria.

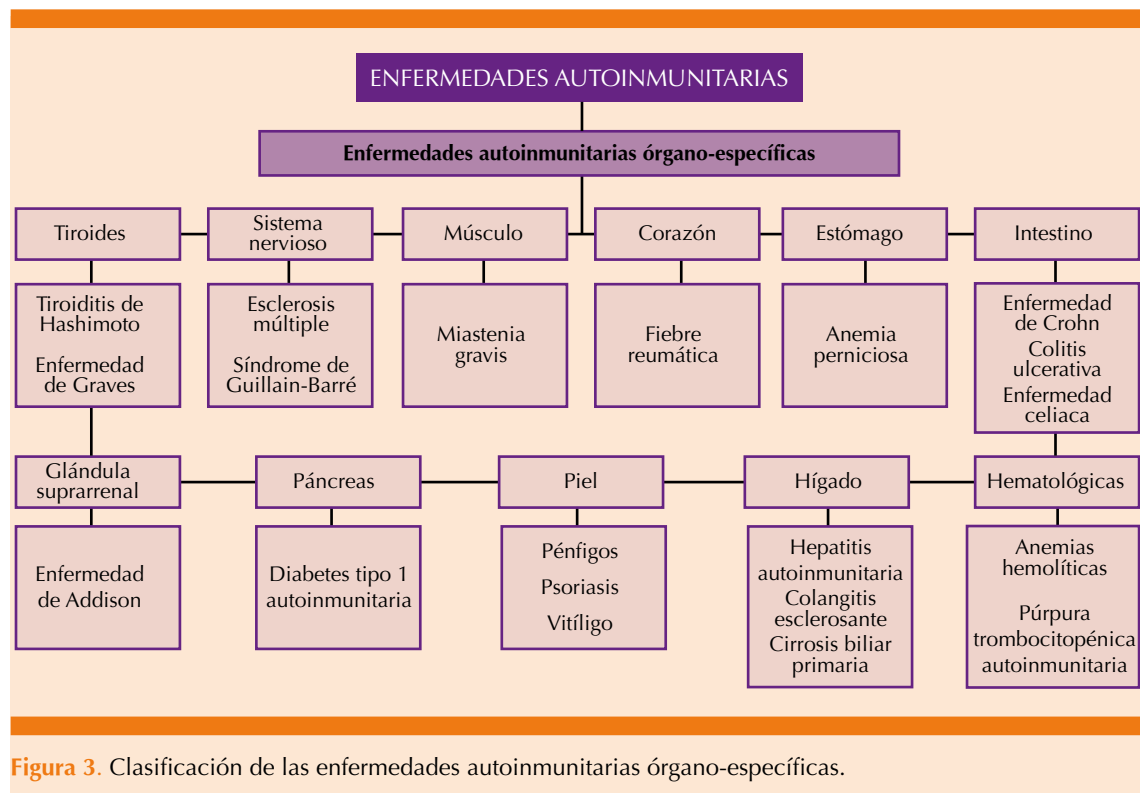


Figura 3. Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo, de la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias efectuado en el Hospital Universitario de Santander. La población objetivo fueron pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga, Santander, Colombia. La población blanco fueron pacientes mayores de 13 años que ingresaron al hospital en un periodo de cuatro años, desde 2012 hasta 2016, que hubieran sido diagnosticados con enfermedades autoinmunitarias según los códigos CIE-10. El tipo de muestreo fue no probabilístico. Se eligieron todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión; teniendo todo el universo (N) de las enfermedades autoinmunitarias del hospital, se buscaron todos los casos de cada enfermedad (n, para cada una), y se excluyeron por déficit de datos o criterios de exclusión. Por tal motivo

el tamaño de muestra dependió de la búsqueda exhaustiva de todos los casos posibles con las enfermedades. No se calculó muestra debido a que se buscó el universo, se obtuvo la prevalencia real reciente de cada tipo de enfermedad. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 13 años, pacientes que ingresaron al Hospital Universitario de Santander, pacientes que cumplieran dos de los siguientes criterios para diagnóstico de enfermedad autoinmunitaria: clínico, inmunológico, histológico y tratamiento por especialista. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de enfermedad autoinmunitaria que tuvieran sólo un criterio diagnóstico de los cuatro. Se solicitó luego del aval del comité de posgrado del Departamento de Medicina Interna, Comité de Ética de la UIS y la Oficina de Investigaciones del Hospital Universitario de Santander (HUS), en nombre propio del autor y dos auxiliares de investigación del proyecto, a la oficina de estadística la selección

de los pacientes, en la base de datos del sistema dinámica gerencial activo en el HUS a partir del 1 de mayo de 2012, por medio de los códigos CIE-10 seleccionados (ingreso, egreso, durante la hospitalización, consulta externa). Se realizó una búsqueda exhaustiva de todos los casos que cumplieran con los criterios de inclusión, se revisó y analizó historia por historia y se seleccionaron los pacientes con diagnóstico por el especialista y que clínicamente cumplieron con al menos dos de los siguientes criterios: clínicos, paraclínicos, histopatológico y terapéutico. Luego de la búsqueda exhaustiva, se extrajeron los datos de las historias, a través de los equipos portátiles del equipo investigador. La fuente de estudio fueron los pacientes que se atienden en algunos de los servicios del Hospital Universitario de Santander (urgencias, consulta externa, hospitalización, quirófanos). La información se manejó en Windows 8, se utilizó como instrumento Microsoft Excel 2010 para la recolección de datos y generación de la base de datos, las variables se analizaron posteriormente en Stata versión 12.0, se analizaron las medidas de frecuencia y dispersión (variables continuas [media] y variables categóricas [porcentajes], rango intercuartílico).

RESULTADOS

Las enfermedades autoinmunitarias en el Hospital Universitario de Santander mantuvieron un comportamiento similar al de la población mundial en general, con baja prevalencia. Se obtuvieron 43,673 registros de códigos CIE-10 de las enfermedades autoinmunitarias seleccionadas, posterior a la agrupación por enfermedades se obtuvieron 6206 pacientes a quienes se les aplicaron criterios de inclusión y exclusión por medio de un formato de recolección de información específico para cada enfermedad con un resultado final de 1463 pacientes con enfermedades autoinmunitarias en el periodo de 2012 a 2016 de un universo de 386,404 pa-

cientes; con prevalencia de 378 casos por cada 100,000 pacientes mayores de 13 años atendidos en el Hospital Universitario de Santander y la población con enfermedad autoinmunitaria fue de 0.4% (**Figura 4**).

La edad promedio de los pacientes atendidos fue de 46.6 años (mínimo: 13 años, máximo: 90 años), con mayor prevalencia en las mujeres 1043 (71%). **Cuadro 1**

Por último, de 37 enfermedades seleccionadas se encontraron 31 enfermedades autoinmunitarias, un número de enfermedades mayor en el mismo estudio en comparación con otros estudios encontrados en las diferentes bases de datos. No se encontraron enfermedades como enfermedad celiaca, síndrome de Behçet, poliarteritis nodosa, arteritis temporal, enfermedad de Kawasaki y síndrome de Churg-Strauss. Las enfermedades autoinmunitarias se clasificaron en enfermedades sistémicas y órgano-específicas, con un total de 637 (43%) y 826 (57%), respectivamente (**Cuadro 2**). Las enfermedades autoinmunitarias sistémicas se subclasificaron en enfermedades del tejido conectivo con una muestra de 616 pacientes (97%) y enfermedades del tejido mixto conectivo con una muestra de 21 pacientes (3%).

Cuadro 3

Las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas se subclasificaron en enfermedades de la piel (n = 247, 30%), glándula tiroides (n = 199, 24%), hematológicas (n = 170, 21%), pancreáticas (n = 75, 9.1%), del sistema nervioso (n = 63, 7.6%), intestinales (n = 31, 3.7%), hepáticas (n = 16, 1.9%), enfermedades musculares (n = 12, 1.5%), gástricas (n = 6, 0.7%), del corazón (n = 4, 0.4%), y de la glándula suprarrenal (n = 3, 0.3%). **Cuadro 4**

No hubo diferencias significativas entre el grupo de enfermedades sistémicas y órgano-específicas; sin embargo, entre las enfermedades sistémicas

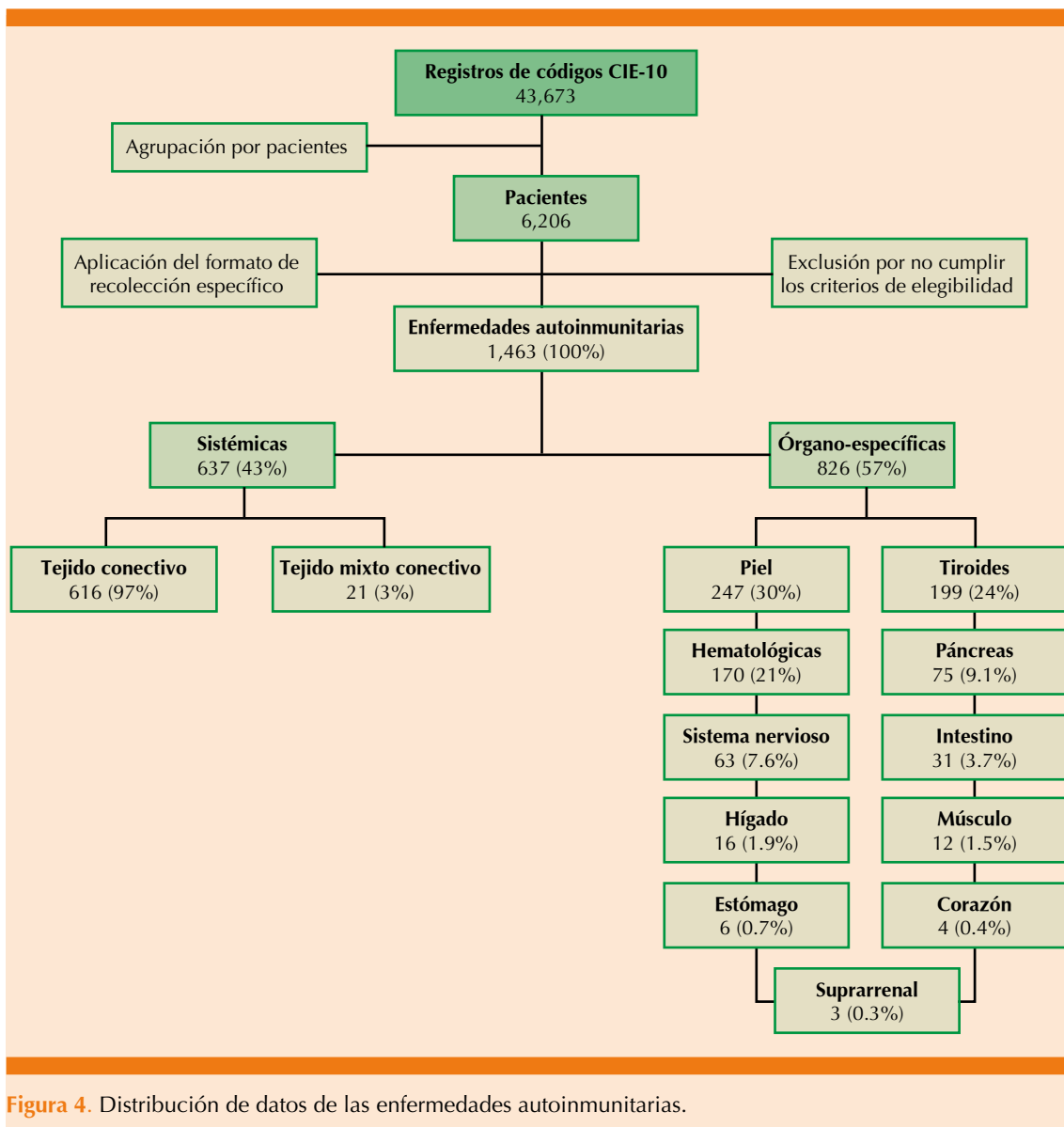


Figura 4. Distribución de datos de las enfermedades autoinmunitarias.

la cantidad de pacientes con enfermedades del tejido conectivo correspondió casi al 100%. Las enfermedades órgano-específicas más frecuentes encontradas fueron las enfermedades de la piel, glándula tiroides, hematológicas, pancreáticas y del sistema nervioso. Entre las enfermedades autoinmunitarias sistémicas, las enfermedades del tejido conectivo se subclasificaron según los diferentes tipos de enfermedades: artritis

reumatoide 404 (66%), lupus eritematoso sistémico 102 (17%), síndrome de Sjögren 45 (7%), esclerosis sistémica 37 (6%), polimiositis 13 (2.1%), dermatomiositis 7 (1.1%), artritis reactiva 7 (1.1%) y espondilitis anquilosante 1 (0.2%).

Cuadro 5

Las enfermedades del tejido mixto conectivo se subclasificaron según los tipos de enfermedades:

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedades autoinmunitarias en el Hospital Universitario de Santander (n = 1463)

Promedio de edad	46.6 años
Edad mínima	13 años
Edad máxima	90 años
Sexo	Femenino 1045 (71%)

Cuadro 2. Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias (n = 1463)

Variable	Núm. (%)
Enfermedades sistémicas	637 (43)
Órgano-específicas	826 (57)

Cuadro 3. Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias sistémicas (n = 637)

Variable	Núm. (%)
Enfermedades del tejido conectivo	616 (97)
Enfermedades del tejido mixto conectivo	21 (3)

Cuadro 4. Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas (n = 826)

Variable	Núm. (%)
Enfermedades de la piel	247 (30)
Enfermedades de la glándula tiroides	199 (24)
Enfermedades hematológicas	170 (21)
Enfermedades pancreáticas	75 (9.1)
Enfermedades del sistema nervioso	63 (7.6)
Enfermedades intestinales	31 (3.7)
Enfermedades hepáticas	16 (1.9)
Enfermedades musculares	12 (1.5)
Enfermedades gástricas	6 (0.7)
Enfermedades del corazón	4 (0.4)
Enfermedades de la glándula suprarrenal	3 (0.3)

síndromes vasculíticos 12 (57%), sarcoidosis 5 (24%), granulomatosis de Wegener 3 (14%), arteritis de Takayasu 1 (5%), de las siguientes enfermedades no se obtuvieron hallazgos en

Cuadro 5. Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias sistémicas del tejido conectivo (n = 616)

Variable	Núm. (%)
Artritis reumatoide	404 (66)
Lupus eritematoso sistémico	102 (17)
Síndrome de Sjögren	45 (7)
Esclerosis sistémica	37 (6)
Polimiositis	13 (2.1)
Dermatomiositis	7 (1.1)
Artritis reactiva	7 (1.1)
Espondilitis anquilosante	1 (0.2)

nuestra población; síndrome de Behçet, poliarteritis nodosa, arteritis temporal, enfermedad de Kawasaki, síndrome de Churg-Strauss con porcentaje de 0% (**Cuadro 6**).

Las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas se subclasificaron según los diferentes tipos de órganos, sistemas o ambos por enfermedades: piel 247 (30%): psoriasis 158 (19.1%), vitiligo 64 (7.8%) y pénfigo 25 (3.0%); glándula tiroides 199 (24%): enfermedad de Graves 149 (18%) y tiroiditis de Hashimoto 50 (6.1%); hematológicas 170 (21%): púrpura trombocitopénica inmunitaria 128 (15.5%) y anemia hemolítica autoinmunitaria 42 (5.1%); pancreáticas 75 (9.1%): diabetes mellitus tipo 1 75 (9.1%); sistema nervioso 63 (7.6%): síndrome de Guillain-Barré 55 (6.7%) y esclerosis múltiple 8 (1.0%); intestinales 31 (3.7%): colitis ulcerativa 30 (3.6%), enfermedad de Crohn 1 (0.1%) y

Cuadro 6. Clasificación de las enfermedades autoinmunitarias sistémicas del tejido mixto conectivo (n = 21)

Variable	Núm. (%)
Síndromes vasculíticos	12 (57)
Sarcoidosis	5 (24)
Granulomatosis de Wegener	3 (14)
Arteritis de Takayasu	1 (5)

enfermedad celiaca 0 (0%); hepáticas 16 (1.9%); cirrosis biliar primaria 10 (1.2%), colangitis esclerosante 3 (0.4%) y hepatitis autoinmunitaria 3 (0.4%); musculares 12 (1.5%): miastenia gravis 12 (1.5%); gástricas 6 (0.7%) que corresponde a anemia perniciosa 6 (0.7%); corazón 4 (0.5%): fiebre reumática 4 (0.5%), y glándula suprarrenal 3 (0.4%): enfermedad de Addison (**Cuadro 7**).

De los 1463 pacientes con enfermedades autoinmunitarias (que corresponden al 100% de los pacientes con enfermedades autoinmunitarias encontradas) se obtuvieron los datos estadísticos de cada enfermedad con la respectiva prevalencia: artritis reumatoide: 27.6%, prevalencia de 105/100,000 pacientes; psoriasis: 10.8%, prevalencia de 41/100,000 pacientes; enfermedad de Graves: 10.2%, prevalencia de 39/100,000 pacientes; púrpura trombocitopénica inmunitaria: 8.8%, preva-

cia de 33/100,000 pacientes; lupus eritematoso sistémico: 7%, prevalencia de 26/100,000 pacientes; diabetes mellitus tipo 1: 5.1%, prevalencia de 19/100,000 pacientes; vitíligo: 4.4%, prevalencia de 17/100,000 pacientes; síndrome de Guillain-Barré: 3.8%, prevalencia de 14/100,000 pacientes; tiroiditis de Hashimoto: 3.4%, prevalencia de 13/100,000 pacientes; síndrome de Sjögren: 3.1%, prevalencia de 12/100,000 pacientes; anemia hemolítica autoinmunitaria: 2.9%, prevalencia de 11/100,000 pacientes; esclerosis sistémica: 2.5%, prevalencia de 10/100,000 pacientes; colitis ulcerativa: 2.1%, prevalencia de 7.8/100,000 pacientes; pénfigo: 1.7%, prevalencia de 6.5/100,000 pacientes; polimiositis: 0.9%, prevalencia de 3.4 casos; miastenia gravis: 0.8%, prevalencia de 3.1/100,000 pacientes; síndromes vasculíticos: 0.8%, prevalencia de 3.1/100,000 pacientes; cirrosis biliar primaria: 0.7%, pre-

Cuadro 7. Subclasificación de las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas (n = 826)

Órgano	Variable	Núm. (%)
Piel	Psoriasis	158 (19.1)
	Vitíligo	64 (7.8)
	Pénfigo	25 (3.0)
Glándula tiroides	Enfermedad de Graves	149 (18.0)
	Tiroiditis de Hashimoto	50 (6.1)
Hematológicas	Púrpura trombocitopénica inmunitaria	128 (15.5)
	Anemia hemolítica inmunitaria	42 (5.1)
Páncreas	Diabetes mellitus tipo 1	75 (9.1)
Sistema nervioso	Síndrome de Guillain-Barré	55 (6.7)
	Esclerosis múltiple	8 (1.0)
Intestino	Colitis ulcerativa	30 (3.6)
	Enfermedad de Crohn	1 (0.1)
Hígado	Cirrosis biliar primaria	10 (1.2)
	Colangitis esclerosante	3 (0.4)
	Hepatitis autoinmunitaria	3 (0.4)
Músculo	Miastenia gravis	12 (1.5)
Estómago	Anemia perniciosa	6 (0.7)
Corazón	Fiebre reumática	4 (0.5)
Glándula suprarrenal	Enfermedad de Addison	3 (0.4)

valencia de 2.6/100,000 pacientes; esclerosis múltiple: 0.6%, prevalencia de 2.1/100,000 pacientes; dermatomiositis: 0.5%, prevalencia de 1.8/100,000; artritis reactiva: 0.5%, prevalencia de 1.8/100,000; anemia perniciosa: 0.4, prevalencia de 1.6/100,000; sarcoidosis: 0.3%, prevalencia de 1.3/100,000 pacientes; fiebre reumática: 0.3%, un caso por cada 100,000 pacientes; colangitis esclerosante: 0.2%, prevalencia de 0.8/100,000 pacientes; granulomatosis de Wegener: 0.2%, prevalencia de 0.8/100,000 pacientes; hepatitis autoinmunitaria: 0.2%, prevalencia de 0.8/100,000 pacientes; enfermedad de Addison: 0.2%, prevalencia de 0.8/100,000 pacientes; enfermedad de Crohn: 0.1%, prevalencia de 0.3/100,000 pacientes; espondilitis anquilosante: 0.1%, prevalencia de 0.3/100,000 pacientes y arteritis de Takayasu: 0.1%, prevalencia de 0.3/100,000 pacientes (**Cuadro 8**).

Las enfermedades más prevalentes fueron la artritis reumatoide, la psoriasis, la enfermedad de Graves, la púrpura trombocitopénica inmunitaria, el lupus eritematoso sistémico, la diabetes mellitus tipo 1, vitíligo y síndrome de Guillain-Barré; los órganos o sistemas afectados con más frecuencia por las enfermedades autoinmunitarias detectadas fueron: piel, glándula tiroides, hematológicas, páncreas y el sistema nervioso. Se realizó la caracterización clínica de los pacientes con enfermedades autoinmunitarias por separado y se obtuvieron los resultados de cada una de ellas. Los datos analizados en este estudio son equiparables a otras poblaciones; sin embargo, existe gran variación de la prevalencia de las diferentes enfermedades autoinmunitarias en todo el mundo, pudiendo tener diferencias tan grandes como no encontrar una enfermedad específica en una población y ser esta misma enfermedad más prevalente en una región con características climáticas, sociodemográficas, económicas y culturales diferentes.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias es menor que la reportada en otros países,⁵ con sólo 1.401 caso por cada 100,000 pacientes; sin embargo, sólo se incluyeron pacientes que asistieron a consulta hospitalaria de un centro de referencia del nororiente colombiano; asimismo, la edad de inclusión fue sólo de pacientes mayores de 13 años. La proporción en el grupo general de pacientes con enfermedades autoinmunitarias se mantiene, con más frecuencia en las mujeres con relación 7:3, con mayor frecuencia de manifestación en la edad adulta joven, lo que coincide con otros estudios poblacionales. Hasta el momento no existen datos generales en Colombia que informen de las características sociodemográficas y clínicas de estos pacientes, no se encuentran muchos estudios nacionales y mundiales, no existe un médico especialista dedicado exclusivamente a estas enfermedades, en algunos casos no son conocidas por el personal médico e incluso se consideran enfermedades huérfanas, lo que dificulta su orientación diagnóstica, manejo y seguimiento; lo que puede generar falla en la atención a los pacientes, por tanto, se crea la necesidad de realizar este estudio para conocer las enfermedades autoinmunitarias presentes en nuestro medio, caracterizarlas y conocer qué dificultades se presentan en su atención, poder generar políticas de atención para los pacientes, capacitaciones y conciencia en la atención de las enfermedades menos conocidas.

Cooper y su grupo concluyen que la incidencia de las enfermedades autoinmunitarias es de 90/100,000 personas, con prevalencia de alrededor de 3%; sin embargo, no incluyeron psoriasis ni síndrome antifosfolípido.⁵ Los datos obtenidos de los estudios más representativos de cada enfermedad autoinmunitaria; por ejemplo, Jacobson, a través de los datos publicados en censos de Estados Unidos, concluye acerca de

Cuadro 8. Distribución de las enfermedades autoinmunitarias y su respectiva prevalencia

Núm. de paciente	Enfermedad autoinmunitaria	Total de pacientes	Porcentaje	Prevalencia 100,000 pacientes
1	Artritis reumatoide	404	27.6	105
2	Psoriasis	158	10.8	41
3	Enfermedad de Graves	149	10.2	39
4	Púrpura trombocitopénica	128	8.8	33
5	Lupus eritematoso sistémico	102	7.0	26
6	Diabetes mellitus tipo 1	75	5.1	19
7	Vitíligo	64	4.4	17
8	Síndrome de Guillain-Barré	55	3.8	14
9	Tiroiditis de Hashimoto	50	3.4	13
10	Síndrome de Sjögren	45	3.1	12
11	Anemia hemolítica autoinmunitaria	42	2.9	11
12	Esclerosis sistémica	37	2.5	10
13	Colitis ulcerativa	30	2.1	7.8
14	Pénfigos	25	1.7	6.5
15	Polimiositis	13	0.9	3.4
16	Miastenia gravis	12	0.8	3.1
17	Síndromes vasculíticos	12	0.8	3.1
18	Cirrosis biliar primaria	10	0.7	2.6
19	Esclerosis múltiple	8	0.6	2.1
20	Dermatomiositis	7	0.5	1.8
21	Artritis reactiva	7	0.5	1.8
22	Anemia perniciosa	6	0.4	1.6
23	Sarcoidosis	5	0.3	1.3
24	Fiebre reumática	4	0.3	1.0
25	Colangitis esclerosante	3	0.2	0.8
26	Granulomatosis de Wegener	3	0.2	0.8
27	Hepatitis autoinmunitaria	3	0.2	0.8
28	Enfermedad de Addison	3	0.2	0.8
29	Enfermedad de Crohn	1	0.1	0.3
30	Espondilitis anquilosante	1	0.1	0.3
31	Arteritis de Takayasu	1	0.1	0.3

la prevalencia e incidencia de 24 enfermedades autoinmunitarias, agrupó las enfermedades con incidencia menor a 5/100,000 personas, en este grupo entró el daño hepático autoinmunitario, uveítis y la granulomatosis de Wegener;⁶ datos

que se relacionan con lo encontrado en nuestro estudio, a pesar de no describir la uveítis. De la misma manera, las enfermedades con prevalencia mayor a 500/100,000 personas incluyen: artritis reumatoide, enfermedad de Graves y

tiroiditis. Aunque la prevalencia de estas últimas tres enfermedades en nuestro estudio no es tan grande, éstas ocupan los primeros puestos en prevalencia.

Las enfermedades se clasificaron de acuerdo con sus características fisiopatológicas y por el daño de acuerdo con los órganos o sistemas más afectados con el fin de evaluar las características clínicas de cada una de ellas y tener una mejor visión para su enfoque. Se encontró cuáles son las más prevalentes por grupos de enfermedades, por órganos y sistemas y las diferentes características clínicas, diagnósticas y terapéuticas que pueden servir de referencia y comparativa con otros estudios.

Al analizar tres de las enfermedades autoinmunitarias más prevalentes y de alto costo en nuestro estudio, encontramos que existen diferencias significativas en cuanto a algunos parámetros epidemiológicos; por ejemplo, la prevalencia de lupus eritematoso sistémico en nuestro estudio fue de 26/100,000 personas, al comparar este dato con una revisión sistemática reciente elaborada por un grupo inglés de la prevalencia e incidencia del lupus eritematoso sistémico en el mundo,⁷ se encuentra que varía según las poblaciones y grupo étnico, Norteamérica aporta la mayor prevalencia (241/100,000 personas), mientras que Ucrania tiene incidencia de 0.3/100,000 personas-año.⁸ Sin embargo, no pueden realizarse conclusiones acerca del lupus en Latinoamérica por ausencia de estudios epidemiológicos.

La artritis reumatoide fue la enfermedad autoinmunitaria más prevalente encontrada en nuestro estudio (105 casos por cada 100,000 habitantes), representando 66% de las enfermedades del tejido conectivo. Al comparar con una revisión sistemática acerca de la incidencia y prevalencia en diferentes países, se observa que nuestra prevalencia llega a duplicar la del

promedio (4.9 por cada 10,000 casos) de los estudios de prevalencia anteriormente mencionados.⁹ Es probable que estos hallazgos se deban a haber incluido solamente los antiguos criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) y que la mayoría de pacientes reclutados eran mayores de 16 años; sin embargo, debe precisarse esta hipótesis comparando con otros estudios de prevalencia en países con características similares a las nuestras.

Entre las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas, la glándula tiroides aporta 26% de los casos, la enfermedad de Graves es la más prevalente seguida por la tiroiditis de Hashimoto; similar a los datos aportados por Abraham-Nordling y su grupo, quienes reportaron una incidencia de enfermedad de Graves de 21/100,000 habitantes, de los 27.6/100,000 habitantes-año con hipertiroidismo.¹⁰ Asimismo, se encontraron similitudes en cuanto a la razón de género y edad promedio de manifestación; pues cerca de 80% de la población con enfermedad de Graves en nuestro estudio eran mujeres, mientras que Diagne tenía una relación mujer-hombre de 7:1. La edad promedio en su estudio fue de 34.6 años,¹¹ en nuestra muestra la mediana fue de 46.6 años. El conocimiento de las enfermedades autoinmunitarias en diferentes poblaciones puede favorecer desde lo social al mejoramiento en la atención de los pacientes con enfermedades autoinmunitarias poco prevalentes, al mismo tiempo, reducir el costo de enfermedades no conocidas disminuyendo el número de estudios innecesarios,¹² la estancia hospitalaria y tratamientos prolongados, así como disminuir los costos en la atención de salud a las diferentes instituciones, pudiendo direccionar mejor a estos pacientes. Este tipo de estudios puede favorecer la creación de una línea de investigación y generación de una base de datos para futuros estudios en la población con enfermedades autoinmunitarias, así como

también la difusión de datos de epidemiología local de estas enfermedades, que pueden compararse con otros centros en cualquier lugar del mundo, que sirvan de base para la generación de políticas públicas y guías de atención.

Reconocemos que por el tipo de diseño del estudio se pueden obtener subregistros de datos; sin embargo, desde el punto de vista metodológico, se buscaron las alternativas para disminuir sesgos de información durante la recolección con formatos específicos de cada enfermedad y con la verificación de los datos consignados en los documentos. Ante la ausencia de pruebas confirmatorias en algunas enfermedades se acepta que la inclusión de pacientes estará dada sólo por lo que el experto en el área conceptúe y que cumplan al menos dos de los criterios establecidos en el estudio. Se requiere la generación de nuevo conocimiento en poblaciones no conocidas para entender mejor las enfermedades y generar políticas que ayuden a la mejoría de su atención.

CONCLUSIONES

La prevalencia de las enfermedades autoinmunitarias en nuestro centro es de 378 casos por cada 100,000 pacientes mayores de 13 años atendidos, la población con enfermedad autoinmunitaria es de 0.4%. La edad promedio de los pacientes es de 46.6 años, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres con relación 7:3. No existen diferencias entre la proporción de enfermedades sistémicas y órgano-específicas; sin embargo, en el grupo de enfermedades sistémicas las enfermedades del tejido conectivo representan la mayoría de los casos, por ejemplo la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren y la esclerosis sistémica, que fueron las enfermedades reumatológicas más frecuentes en este grupo. Respecto a las enfermedades órgano-específicas, no existe una enfermedad que directamente sobrepase dentro del mismo

grupo y, al contrario, mantienen una relación similar de prevalencias entre ellas, a pesar de esto, los órganos más afectados por la enfermedad autoinmunitaria son la piel, la glándula tiroides y el sistema hematológico. Se necesitan más estudios en los que se agrupe mayor cantidad de pacientes para mejorar la muestra y establecer datos mundiales.

Asimismo, no es posible por medio de este estudio, por su diseño metodológico, establecer datos de supervivencia, acceso a tratamiento, tiempo de evolución del diagnóstico, apego farmacológico o discapacidades secundarias a las enfermedades autoinmunitarias más degenerativas, por tanto, estas inquietudes podrían ser motivo de investigación con un diseño metodológico diferente, considerando la implicación que tienen las enfermedades autoinmunitarias incluida la calidad de vida y costos. Por último, la prevalencia de las enfermedades autoinmunitarias es propia de cada región y depende de diferentes factores.

REFERENCIAS

1. Rose NR. Las enfermedades autoinmunes: el rastreo de los hilos compartidos. *Hosp Pract* (1995) 1997;32:147.
2. Davidson AB. Diamond enfermedades autoinmunes. *N Engl J Med* 2001;345:340.
3. Arbuckle MR, McClain MT, Rubertone MV, et al. Desarrollo de autoanticuerpos antes de la aparición clínica de lupus eritematoso sistémico. *N Engl J Med* 2003;349:1526.
4. Rose NR. Los predictores de enfermedad autoinmune: autoanticuerpos y más allá. *Autoinmunidad* 2008;41:419.
5. Cooper GS, Stroehla BC. The epidemiology of autoimmune diseases. *Autoimmun Rev* 2003;2(3):119-25.
6. Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NMH. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. *Clin Immunol Immunopathol* [Internet]. 1997;84(3):223-43. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090122997944123>
7. Rees F, Doherty M, Grainge MJ, Lanyon P, Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology* [Internet]. 2017;1-17. Available from: <http://academic.oup.com/rheumatology/article/>

- doi/10.1093/rheumatology/kex260/4079913/The-world-wide-incidence-and-prevalence-of-systemic.
8. Nasonov E, Soloviev S, Davidson J, Lila A, Ivanova R, Togizbayev G, et al. The prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus (SLE) in selected cities from three Commonwealth of Independent States countries (the Russian Federation, Ukraine and Kazakhstan). *Lupus* [Internet]. 2014;23(2):213-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24255073>.
 9. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2006;36(3):182-8.
 10. Abraham-Nordling M, Byström K, Törring O, Lantz M, Berg G, Calissendorff J, et al. Incidence of hyperthyroidism in Sweden. *Eur J Endocrinol* 2011;165(6):899-905.
 11. Diagne N, Faye A, Ndao AC, Djiba B, Kane BS, Ndongo S, et al. Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en Médecine Interne au CHU Ledantec Dakar (Sénégal). *Pan Afr Med J* [Internet] 2016;25:1-5. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/6/full/>
 12. McKee A, Peyerl F. TSI assay utilization: Impact on costs of Graves' hyperthyroidism diagnosis. *Am J Manag Care* 2012;18(1):1-14.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.