

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo

Carlo Vinicio Caballero Uribe¹

Resumen

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, progresiva, incapacitante y multifactorial, asociada con altos costos directos e indirectos, mala calidad de vida y muerte prematura.

Los objetivos del presente artículo son demostrar que:

1. Las enfermedades músculo-esqueléticas son un problema de salud en Colombia y en el mundo.
2. La artritis reumatoide es una enfermedad compleja que incrementa la mortalidad, morbilidad e incapacidad del paciente, y es altamente costosa para el individuo y la sociedad.
3. El diagnóstico y tratamiento temprano con la implementación de programas especiales (ej.: Clínicas de Artritis Tempranas) pueden disminuir y racionalizar el impacto de la enfermedad en el sistema de salud.

Palabras clave: artritis reumatoide, costos, incapacidad, enfermedad catastrófica, terapia temprana.

Summary

Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic, inflammatory and progressive disease associated with incapacity, high costs, inadequate quality of life and early mortality.

The aim of this article is demonstrate that:

1. Musculoskeletal diseases are a health care problem worldwide and also in Colombia.
2. RA is a complex multifactorial disease associated with an increase in the morbidity and mortality of affected patients. RA is a high cost disease for patients and for society.
3. Early diagnosis and treatment through special programs as Early Arthritis Clinics can improve the consequences of disease.

Key words: rheumatoid arthritis, costs, incapacity, catastrophic disease, early therapy.

El problema

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad común que afecta todas las razas y áreas geográficas, y tiene una frecuencia de presentación importante que varía entre 0,5 y 1% en las poblaciones estudiadas. La AR es una enfermedad inflamatoria crónica, progresiva, incapacitante, asociada con altos costos directos e indirectos, mala calidad de vida y muerte prematura.

¹ MD Internista-Reumatólogo, Especialista en Gerencia en Salud. Unidad de Reumatología. Hospital Universidad del Norte. Profesor de Medicina Interna y Reumatología, Universidades del Norte y Libre de Barranquilla. Ex Presidente Asociación Colombiana de Reumatología.

Recibido para publicación: junio 4/2004.
Aceptado en forma revisada: agosto 27/2004.

Los objetivos del presente artículo son demostrar que:

1. Las enfermedades músculo-esqueléticas son un problema de salud mundial.
2. La artritis reumatoide es una enfermedad compleja, que incrementa la mortalidad, morbilidad e incapacidad del paciente, y es altamente costosa para el individuo y la sociedad.
3. El diagnóstico y tratamiento temprano con la implementación de programas especiales (ej.: Clínicas de Artritis Tempranas) pueden disminuir y racionalizar el impacto de la enfermedad en el sistema de salud.

Las enfermedades reumáticas son un problema de salud pública

Las enfermedades reumáticas comprenden más de 100 diferentes enfermedades, muchas con compromiso multisistémico y una amplia variedad de manifestaciones clínicas y pronósticos. Ningún grupo racial o etario es ajeno a las enfermedades reumáticas. La artritis reumatoide afecta el 1% de la población y es una causa más frecuente de limitación que la enfermedad cardíaca, el cáncer o la diabetes mellitus. Debido a que la mayoría de estas enfermedades se inician en la juventud o en la vida media de la persona ocasionan una gran cantidad de pacientes/año de discapacidad.

Las enfermedades músculo-esqueléticas son causa importante de años de vida con discapacidad en la población adulta de todos los continentes y economías. El 20% de los adultos tienen dolor relacionado con el aparato locomotor y 4-5% tienen discapacidad relacionada con estas enfermedades en estudios realizados en Canadá, Estados Unidos y Europa Occidental. Estas enfermedades son la principal causa de discapacidad en adultos mayores¹⁻².

Aunque en Colombia disponemos de pocas estadísticas confiables al respecto, sabemos que en la actualidad la AR, en conjunto con otras alteraciones músculo-esqueléticas, está dentro de las primeras cinco causas de discapacidad en mujeres de 15 a 44 años, según un estudio que analizó la década de 1985 a 1995 (véase la figura 1). Es tal el impacto actual y futuro de las enfermedades músculo-

esqueléticas, que la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas han declarado la década del año 2000 al 2010 como la Década del Hueso y la Articulación. Colombia es uno de los 43 países firmantes de la *Declaración Global* en la lucha contra las enfermedades músculo-esqueléticas, hecha en reunión llevada a cabo en Río de Janeiro (Brasil) en septiembre del año 2002³⁻⁵. Los objetivos de la Década se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Objetivos DHA.

- Despertar conciencia del costo creciente de las enfermedades músculo-esqueléticas en la sociedad global.
- Empoderar a los pacientes para que participen en las decisiones que atañen con el auto cuidado.
- Promover la prevención y tratamiento costo-efectivo de estas enfermedades.
- Avanzar en su comprensión y mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través de la investigación.

La artritis reumatoide es una enfermedad compleja

El pronóstico de la AR depende de un conjunto de interacciones de factores genéticos, psicosociales, bioquímicos, hormonales y relacionados con el tratamiento. Una serie de publicaciones en los años ochenta iniciaron el cambio del concepto acerca de la AR como una enfermedad benigna, por el de una enfermedad seria, progresiva, incapacitante desde los primeros años de su aparición, asociada con altos costos directos e indirectos, mala calidad de vida y muerte prematura⁶.

La AR produce una disminución importante de la actividad física, un incremento del estrés psicológico, una disminución de la función social, un incremento de la incapacidad laboral y un aumento en la utilización de los servicios de salud. Se ha determinado que la incapacidad laboral entre los primeros 5 y 10 años de la enfermedad, en diferentes países, es del 43 al 50%⁷.

Los enfermos con AR tienen mayor mortalidad que la población sana. La expectativa de vida se

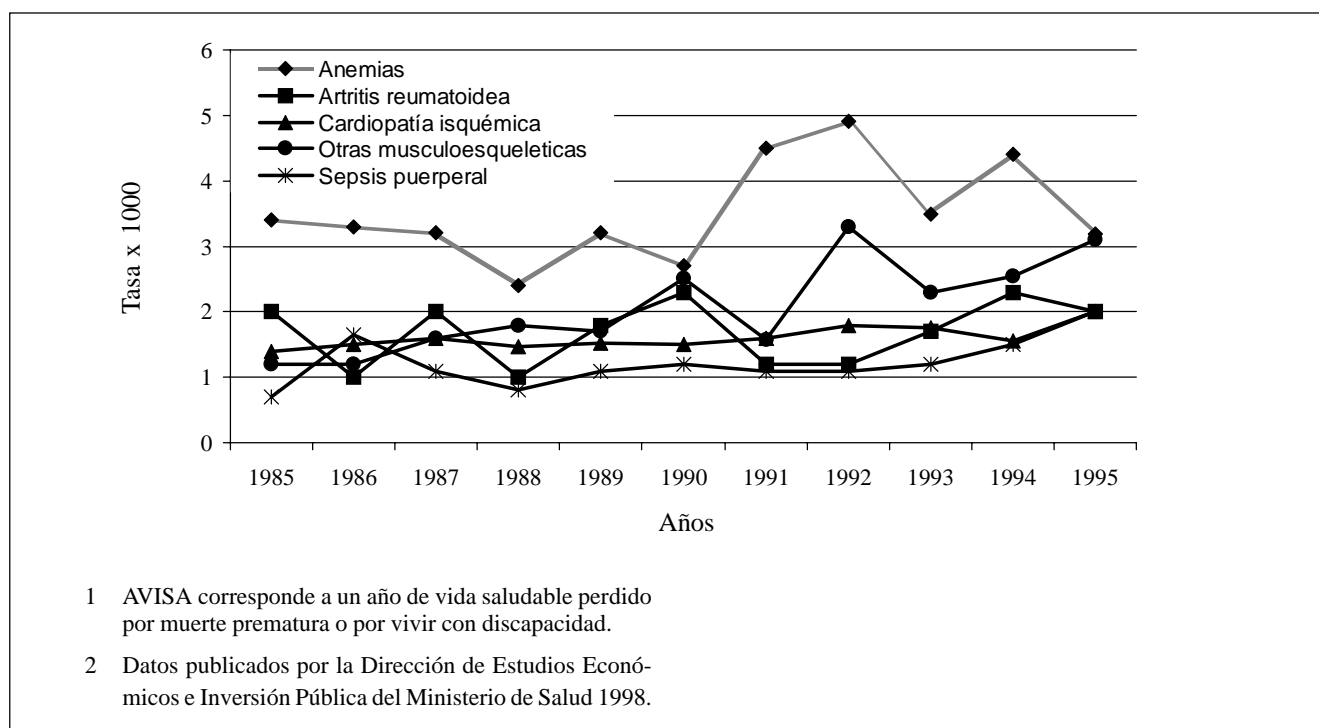


Figura 1. Años de vida saludables (AVISA¹) perdidos por discapacidad en mujeres de 15 a 44 años en Colombia. Años 1985-1995².

encuentra disminuida de 3 a 18 años. La mortalidad en AR es causa específica y conocemos que hay factores definidos de mal pronóstico, aunque no es posible predecir el pronóstico de los pacientes con certeza.

Se han asociado diferentes factores a la mortalidad relacionada con AR, como son: edad avanzada, sexo masculino, factor reumatoide, número de articulaciones comprometidas, discapacidad funcional medida por HAQ, VSG. Las causas más comunes de muerte en AR son por enfermedad cardiovascular (40%), infecciones (2%), enfermedad renal (1,1%), entre otras⁸.

La AR es una enfermedad tan agresiva que si no se actúa a tiempo puede ser de mal pronóstico, por eso la atención primaria es pieza fundamental en el tratamiento integral, ya que su aporte es esencial en cuanto a lo que se refiere al diagnóstico precoz y a la referencia al especialista.

Es esencial conocer a los pacientes con mayor riesgo de una evolución grave de la AR. La evalua-

ción clínica debe estar dirigida para determinar los pacientes con riesgo de enfermedad persistente. Un sistema de evaluación de severidad ha sido propuesto para clasificar a estos pacientes. Es así como la sinovitis por más de seis semanas de las metacarpo-falángicas y el compromiso poliarticular predicen la enfermedad crónica y el daño erosivo. El sexo femenino, el factor reumatoide positivo, los niveles altos de reactantes de fase aguda y el HAQ > 1, se han asociado con un pobre pronóstico. Se ha encontrado que la presencia del alelo HLA-DR4 está asociado a la presencia de enfermedad progresiva, ya que estos pacientes tienen un mayor número de articulaciones inflamadas, HAQ más alto y mayores alteraciones radiológicas⁹⁻¹¹.

El factor pronóstico más consistente en todas las cohortes es el factor reumatoide, el cual es importante para predecir el daño articular y la discapacidad funcional. En Colombia hemos descrito que la presencia de títulos altos de factor reumatoide se asocia a la presencia de mayor incapacidad funcional e historia de mayor utilización de Medicamentos Modifi-

cadore del curso de la Artritis (DMARDs)¹². Debe hacerse un especial énfasis en el diagnóstico temprano y la identificación del paciente de alto riesgo.

Conceptos actuales en el tratamiento de la AR

Los estudios clínicos realizados con los nuevos medicamentos como la leflunomida, los agentes neutralizadores del factor de necrosis tumoral alfa, las combinaciones de medicamentos y las comparaciones con medicamentos tradicionales, como el metotrexate o la sulfasalazina, han demostrado que hasta el 70% de los pacientes presentan erosiones radiográficas en los dos primeros años de la enfermedad y que estas erosiones se asocian con incapacidad a largo plazo.

Por otra parte, la aparición de erosiones inicia temprano y continúa a lo largo de la vida del paciente con AR. Esto establece la presencia de una ventana terapéutica de “oportunidad” en los primeros 3 a 6 meses de la enfermedad, donde un tratamiento apropiado puede evitar la aparición de daño radiológico (figura 2).

Lo anterior ha generado un cambio en el concepto de la AR, la cual se considera una emergencia médica, que requiere tratamiento temprano adecuado y donde las tasas de remisión de la enfermedad se pueden obtener con mayor frecuencia que con el concepto terapéutico tradicional anterior¹³.

En la tabla 2 se resumen las principales lecciones aprendidas de los estudios clínicos durante los últimos 10 años¹³.

Tratamientos disponibles en Colombia y costos de la artritis reumatoide en Colombia

En Colombia se encuentran disponibles la mayoría de los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la artritis reumatoide (tabla 3). Si bien a nivel del Plan Obligatorio de Salud (POS) el único medicamento modificador que aparece específicamente como antirreumático son las sales de oro, se puede disponer del metotrexate, la cloroquina, la sulfasalazina, la ciclosporina y la azatioprina, ade-

Tabla 2. Lecciones aprendidas de los estudios clínicos.

- La utilización temprana de DMARDs es eficaz y bien tolerada.
- Retardar el inicio de DMARDs reduce su impacto.
- La terapia temprana con DMARDs puede retardar la progresión de la enfermedad, a pesar de la presencia de marcadores de mal pronóstico.
- La terapia temprana y agresiva puede reducir la mortalidad.
- La terapia combinada tempranamente puede mejorar el pronóstico a largo plazo.

más de Aines como el diclofenac, naproxén e ibuprofén. No se incluyen en el Plan Obligatorio los medicamentos recientes con mejor evidencia clínica, como la leflunamida y los medicamentos biológicos como el etanercept, infliximab y más

Tabla 3. Tratamientos para la artritis reumatoide (AR) disponibles en Colombia de acuerdo con la medicina basada en la evidencia.

Alivio sintomático

Aines convencionales: diclofenac (1A), ibuprofen (1A) y naproxén (1A).

Aines COX2: meloxicam (1A), celecoxib (1A) y rofecoxib (1A).

Corticosteroides: prednisona (1A), prednisolona (1A) y metilprednisolona (1A).

DMARDs: metotrexate (MXT) (1A), sulfasalazina (SSZ) (1A) e hidroxyclozoquina (HCLq) (1A).
Sales de oro (IIb), D-penicillamina (IIb), ciclosporina (IIb) y azatioprina (IIb)

Nuevos DMARDs: leflunamida (LFN) (1A).

Biológicos: etanercept (1A), infliximab (1A), adalimumab (1A).

Mod. Guías Colombianas de Ar, 2002. Ann Rheum Dis (Abstracts Books, 2003).

Los números son nivel de evidencia de 1 a 4. Las letras son grados de recomendación de la A a la D.

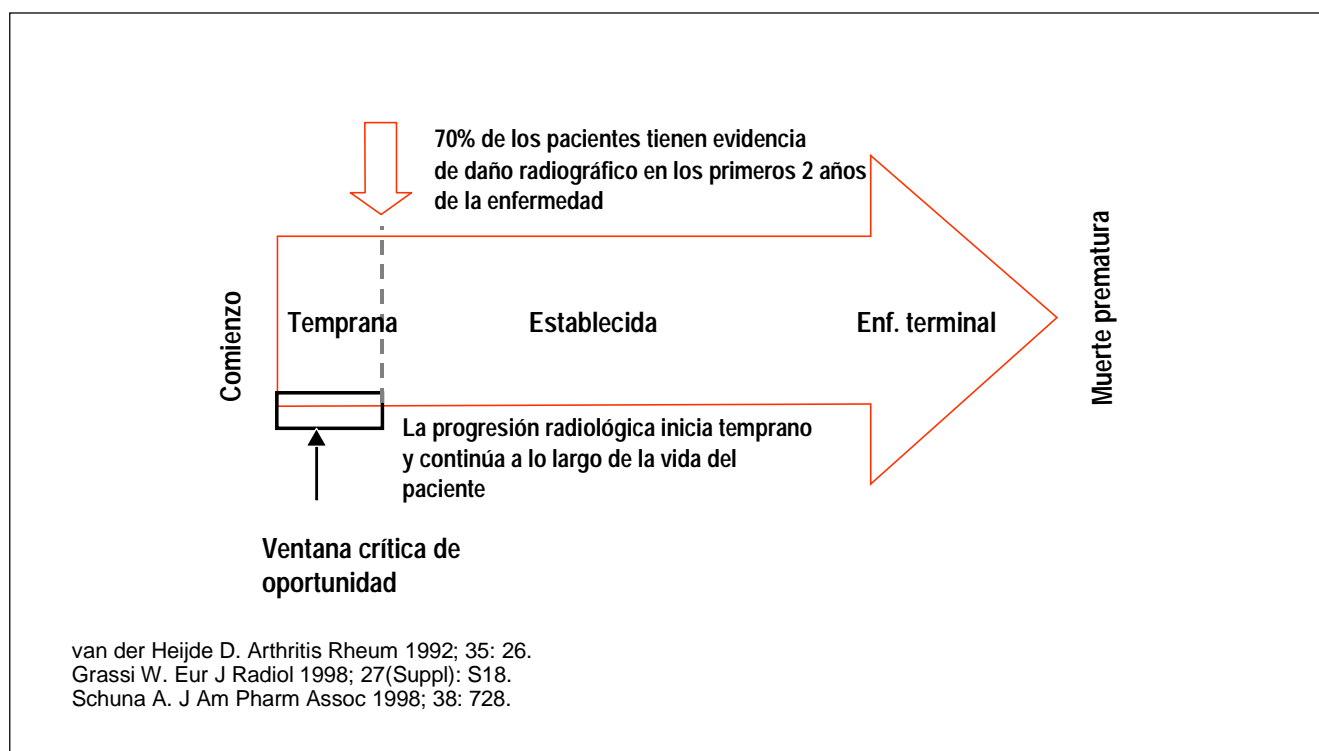


Figura 2. El tratamiento temprano de la AR es crítico.

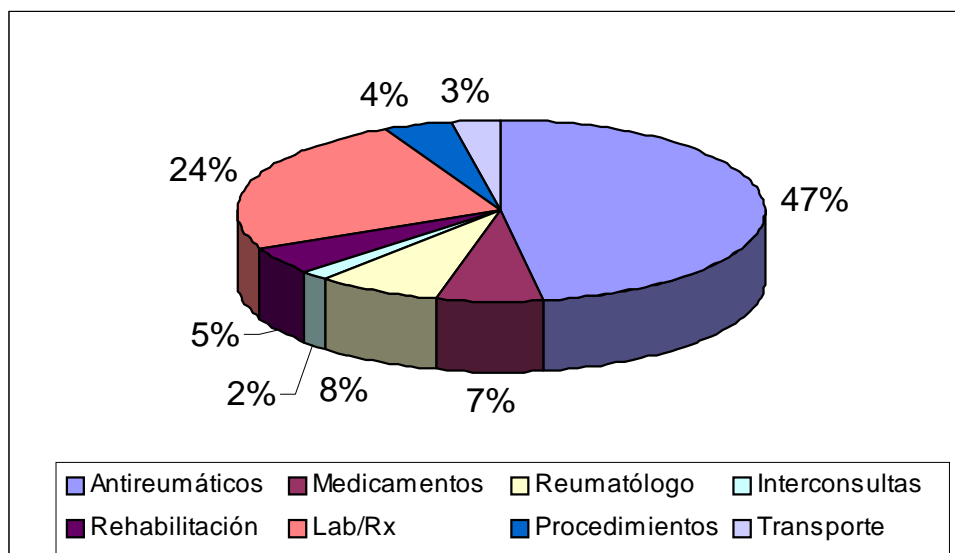
recientemente el adalimumab, todos aprobados por el INVIMA para su utilización en Colombia¹⁴.

Como se describe a nivel universal, el medicamento preferido por los reumatólogos colombianos es el metotrexate. Las combinaciones, especialmente metotrexate y cloroquina, son empleadas con frecuencia, y todos los medicamentos modificadores han experimentado incrementos en la tendencia a utilizarlos cuando se compara con las tendencias del año 1998, con excepción de las sales de oro, cuya utilización ha disminuido por razones relacionadas con la tolerancia al medicamento, las forma de administración (IM) y las posibilidades de combinación. Las tendencias de utilización son similares a lo informado para países europeos en encuestas similares, lo que establece que los conceptos mencionados a lo largo del artículo son aplicables a nuestro medio por la disponibilidad de pacientes y de medicamentos¹⁵.

A pesar de la disponibilidad, una de las principales limitantes para la utilización de los nuevos medi-

camentos son los costos, ya que la terapia biológica puede costar entre 2 y 3 millones de pesos mensuales (alrededor de 1.000 dólares mensuales o 12 mil dólares al año) y la leflunomida alrededor de 300.000 pesos (100 dólares) mensuales, en un país donde el 80% de la población recibe un salario mínimo de alrededor de 120 dólares. La Asociación Colombiana de Reumatología ha publicado sus Guías de Tratamiento basadas en la evidencia clínica, con participación de revisores externos, que han sido publicadas y presentadas en congresos internacionales, así como un Consenso sobre artritis reumatoide temprana, que han ayudado a fijar pautas para la comunidad médica en la utilización de estos medicamentos, muchos de los cuales han llegado a los pacientes a través del mecanismo de tutela que defiende los derechos constitucionales básicos en nuestro país^{14, 16-17}.

Una de las principales diferencias que parece haber en la estructura de costos relacionados con la AR, entre los países industrializados y los países la-



Caballero et al. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2003;10:77.

Figura 3. Distribución de los costos directos en pacientes con artritis reumatoide en Colombia.

tinoamericanos, es que el porcentaje relacionado con el costo de los medicamentos es mayor dos a tres veces en nuestros países, cuando se compara con la estructura de costos en países industrializados. El promedio anual de gastos por la enfermedad en pacientes con AR no complicada (sin incluir hospitalizaciones ni gastos por cirugía) se calculó en 2'243.082 pacientes/año para el año 2002. En la estructura de costos en Colombia hemos encontrado que los pacientes gastan 47% en compra de medicamentos, cuando a nivel internacional lo máximo es 28% (figura 3)¹⁸⁻¹⁹.

A pesar de lo anterior, actualmente hay 815 pacientes que disponen de tratamiento con medicamentos biológicos que bloquean el factor de necrosis tumoral alfa, pero representan sólo una mínima parte de los 350.000 pacientes que aproximadamente hay en Colombia. Los costos de la terapia de estos pacientes representa aproximadamente 20.000 millones de pesos anuales para el estado colombiano a través del sistema de seguridad social. Lo anterior establece a la AR como una enfermedad que si bien tiene costos inferiores a los trasplantes de corazón o médula ósea, es superior a la mayoría de los que generan otras enfermedades consideradas de alto costo, ruinosas o catastróficas, según el gobierno colombiano. Además hay que tener en cuenta que

los reemplazos articulares se consideran de alto costo y representan unos 12.000 millones anuales entre EPS públicas y privadas, calculándose que el 25% son problemas de origen reumático²⁰.

Las clínicas de artritis tempranas (CATs)

A finales de los años ochenta se empezaron a crear en Europa clínicas de artritis tempranas (CATs) que han permitido tener un mejor conocimiento de la AR y han logrado aportar científicamente. Las CATs tienen una doble función de investigación y asistencia, buscando establecer tempranamente el diagnóstico y brindar un tratamiento apropiado de la enfermedad, además de disminuir los tiempos de atención por el especialista y disminuir los costos a mediano y largo plazo de la enfermedad²¹⁻²².

Estas clínicas se estructuran teniendo en cuenta la disponibilidad de una población adecuada de referencia, que permita brindar un número adecuado de pacientes para el seguimiento, y cuya información se tome de una manera estructurada. También se busca que tengan colaboración de varios servicios, y que estén conectadas a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia con el médico de atención primaria.

En Colombia, la Asociación Colombiana de Reumatología está fomentando y apoyando entre sus miembros la creación de clínicas de artritis tempranas (CATs), compuestas por unidades ambulatorias conformadas por un número plural de reumatólogos que llevan un protocolo de atención estructurado acorde con las guías publicadas, y pretenden por medio de este responder las preguntas que presenta una enfermedad tan compleja como la AR en nuestro medio.

Conclusiones

Es claro que existe información creciente sobre las enfermedades reumáticas, la que las establece como un problema presente y futuro para la humanidad, y en especial sobre la AR, donde es imperativo que el médico general conozca las posibilidades de tratamiento de que dispone para estos pacientes, porque detectar y tratar apropiadamente la enfermedad a tiempo incide directamente en el bienestar de los pacientes y en la disminución de costos para la Sociedad.

Actualmente, la AR y otras enfermedades músculo-esqueléticas ocupan uno de los primeros cinco lugares, tanto en mujeres como hombres, con relación a la capacidad de generar discapacidad y ocasionan costos al sistema de salud que son comparativamente mayores a los que se pagan en los países desarrollados.

Es tiempo de que los organismos encargados de la salud en los entes gubernamentales tengan en cuenta el concepto de transición epidemiológica para países como Colombia, que combinan enfermedades del primer y tercer mundo. Se deben desarrollar programas en enfermedades crónicas como la AR que ya tienen un impacto significativo económico y social en el mundo y en nuestro país, y de las cuales se espera un incremento significativo con grandes costos sociales y económicos en los años por venir.

Referencias

1. Declaración de Arthur Weaver. Presidente ACR. El papel del reumatólogo en un sistema sanitario en evolución. *Annual Review of Rheumatology* 1996; 21-24.
2. La práctica de la reumatología. Posicionando la especialidad en un ambiente cambiante. *Rev. col. de Reumatología* 1997; 4: 148-151.
3. The burden of musculoskeletal conditions at start of new millennium. Who. Technical report 2003. Geneve.
4. Dirección de estudios económicos. Ministerio de Salud. Colombia 1998.
5. Caballero-Urbe C. La década del hueso y la articulación. Importancia e impacto de las enfermedades músculo-esqueléticas. *Revista colombiana de Osteología y Metabolismo Mineral*. 2003; 2(2): 14.
6. Scott DL, Coultton BL, Simmons DP, Popert AJ. Long-Term Outcome of Treating Rheumatoid Arthritis: Results After 20 Years. *J. Lancet* 1987; II: 1108-1111.
7. Wolfe F, Zwiilich SH. The Long-Term Outcomes of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 1072-1082.
8. Scott DL. Prognostic factors in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2000; 39 (suppl 1): 24-29.
9. Mutru O, Laakso M, Isomaki H. Ten year mortality and causes of death in rheumatoid arthritis. *Br Med J* 1985; 290: 1797-1799.
10. Mitchell DM, Spitz PW, Young D. Survival, prognosis and causes of death in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 706-714. Pincus T, Callahan LF. Formal education as a marker for increased mortality and morbidity in rheumatoid arthritis. *J Chron Dis* 1985; 38: 973-984.
11. Van Zeben D, Hazes JM, Zwiderman A. Association of HLA_DR4 with a more progressive disease course in patients with rheumatoid arthritis. Result of a follow up study. *Arthritis Rheumatism* 1991; 34: 822-830.
12. Caballero CV, Venegas C, López C, Sánchez G, Urbina G, Zarur MA, Jaller JJ, Peñuela M. Influencia del factor reumatoide (FR) en la severidad asociada a la artritis reumatoide (AR) en población colombiana. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2003; 10: 206-212.
13. Goldbach-Mansky R, Lipsky P. New concepts in the treatment of RA. *Ann Rew Med* 2003; 54: 197-216.
14. Caballero-Urbe CV, Chalem P, Londoño J (ed). Guías para el Tratamiento de la artritis reumatoide en Colombia. Ex libris editores. 2002.
15. Caballero-Urbe CV, Londoño J, Chalem P. Tratamiento de la artritis reumatoide en Colombia. Aplicación práctica de los conceptos teóricos por parte de los reumatólogos colombianos. *Revista Colombiana de Reumatología* 2002; 9(4): 242-250.
16. Primer Consenso Colombiano sobre el Tratamiento de la Artritis Reumatoide Temprana. Comité de expertos Asociación Colombiana de Reumatología. *Revista Colombiana de Reumatología* 2002; 9(4): 323-331.1)
17. Caballero-Urbe C, Londoño J, Chalem P. *Ann Rheum Dis* 2003. Euler Abstracts Book.
18. Caballero CV. Costos en la Artritis reumatoide. En Ramírez, Anaya (Eds). *Artritis reumatoide, segunda edición*. Asociación Colombiana de Reumatología, 2004.
19. Caballero CV, Venegas C. Costos directos de la AR en Colombia *Rev Colomb de Reumatol* 2003; 10: 77.
20. Ministerio de Protección Social. Resolución 5261, 1994.
21. Henk Visser, Saskia LC, Koen Vo. How to diagnose Rheumatoid Arthritis Early. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 357-365.
22. Smolen J, Pincus T (Eds). *Early Arthritis Clinics*. *Clin Exp Rheumatology* 2003 (supplement).