

Asociación Colombiana de Reumatología  
El cuidado médico por especialistas en un servicio  
de salud integrado: El papel del reumatólogo en el  
manejo de la artritis y las enfermedades  
musculoesqueléticas

**Antecedentes**

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 respetado por las enfermedades reumáticas. La artritis reumatoidea 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 reumáticas son las que con mayor frecuencia se evalúan en los centros de cuidado ambulatorios; en USA, se estiman 1.2 millones de visitas por año y es la segunda causa de consulta en medicina familiar y la tercera causa de consulta para médicos de primer nivel de atención.

La presencia de nuevos síntomas musculoesqueléticos en un paciente, es la actividad de consulta que más tiempo consume de los médicos. Juntas, las enfermedades reumáticas son la causa más prevalente de incapacidad física crónica y la principal causa de discapacidad y limitación de la actividad para los trabajadores en USA.

El impacto económico de la artritis, las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas es enorme, siendo aproximadamente el 1% del PIB (USA) cada año. Las personas con artritis, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas requieren más servicios médicos que la población general, no sólo para el manejo de su patología reumática sino para aquellas enfermedades comórbidas que adicionan costos médicos y exacerban la discapacidad física. Con el envejecimiento progresivo de la población, debemos esperar un número mayor de artríticos así como otras enfermedades crónico degenerativas. En nuestro país, las pocas estadísticas oficiales que hay demuestran que las enfermedades musculoesqueléticas también son causa frecuente de incapacidad estando dentro de las primeras cinco causas de morbilidad e incapacidad de los 16 a 44 años tanto en hombres (problemas musculoesqueléticos no especificados) como en mujeres (artritis reumatoide) durante los 5 últimos años.

**Importancia del reumatólogo**

El reumatólogo ve enfermedades frecuentes, muchas veces complejas y de causa desconocida y está capacitado para realizar diagnósticos de bajo costo con un adecuado interrogatorio y examen físico inicial y con pocos o ningún estudio complementario cuando se compara con otros especialistas o el médico general. Los síntomas y signos de las enfermedades reumáticas frecuentemente fluctúan. Los pacientes frecuentemente requieren evaluaciones repetidas y modificaciones en la terapia. La evaluación frecuente con el especialista y su seguimiento está asociada con mejores pronósticos en pacientes con molestias reumáticas. El cuidado regular del paciente reumático por un reumatólogo, cuando se compara con visitas y tratamiento intermitente, está

asociado con mejor movilidad y función en pacientes con artritis reumatoide. La continuidad del cuidado también le da a los pacientes seguridad, teniendo en cuenta la incertidumbre de su futuro. En USA, las organizaciones mantenedoras de la salud (HMO) tienen obligación ética de preservar la relación médico-paciente en las enfermedades crónicas.

El cuidado reumatológico utiliza la experiencia de otras áreas como la ortopedia, enfermería, terapia física y ocupacional, trabajo social y psicología clínica. La prescripción adecuada de programas de ejercicio en el paciente reumático reduce el dolor y mejora la función en pacientes con osteoartritis de rodillas, artritis o espondilitis anquilosante y lupus eritematoso sistémico. Los programas de educación a pacientes y las actividades psicoeducacionales mejoran la función y la calidad de vida en los pacientes con artritis, reducen las visitas al doctor hasta en un 40% y disminuyen los costos de salud. Hay evidencia clara de que estos programas funcionan mejor cuando están coordinados y administrados por una persona entrenada en el área.

## Papel del reumatólogo

A pesar de que hay un sentimiento generalizado en los administradores de salud acerca de lo costoso de la medicina especializada no hay una evidencia concreta de que esto sea así; al menos no en todas las subespecialidades. Hay evidencia de que pacientes de alto riesgo, con pocas visitas a los especialistas como el Medicare de USA, son más costosos que aquellos que no están en esos planes.

Los reumatólogos han aportado a través del tiempo experiencias invaluable a la Medicina como la experiencia en la utilización de esteroides y antiinflamatorios, la profundidad de sus mecanismos de acción, el diagnóstico serológico mediante autoanticuerpos y la descripción de los mecanismos de daño inmunológico. Actualmente, es pionera en la creación de instrumentos de medición objetivos para enfermedades crónicas y avanza con paso seguro hacia el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades reumáticas. La Reumatología, se nutre como ninguna, de la anatomía, fisiología, bioquímica, genética, patología e inmunología y obliga a su estudioso a ejercer los más profundos conceptos del arte del diagnóstico y la correlación básico-clínica.

El mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatogénicos de las enfermedades reumáticas y los recientes descubrimientos a nivel de biología molecular e inmunogenética han llevado al desarrollo de nuevos medicamentos con menos efectos colaterales, mayor potencia y capacidad de control temprano de las diferentes enfermedades reumáticas. Los nuevos tratamientos orientados a controlar la alteración inmunológica presente en los pacientes son costosos y requieren un apropiado conocimiento de todos los aspectos clínico-patogénicos de las enfermedades donde están siendo utilizados. Hay evidencia creciente de que los pacientes están mejor cuando son evaluados y tratados oportunamente por el reumatólogo.

Por otro lado, una gran parte de la consulta corresponde a reumatismos no inflamatorios asociados a estrés, alteraciones posturales o están relacionados con trabajo o actividades físicas donde su reconocimiento temprano es de tipo clínico y el manejo de bajo costo, a través de procedimientos resolutivos de alta efectividad (Vg. infiltraciones, bloqueos periféricos) y bajo costo.

En el cuadro 2.1 podemos revisar los conocimientos que debe tener un reumatólogo de acuerdo a la *Unión Europea de Médicos Especialistas*

## Técnicas que debe conocer un reumatólogo

### *Técnicas fundamentales*

- 1) Artrocentesis.
- 2) Análisis de líquido sinovial, fundamentalmente estudio de cristales mediante microscopio de luz polarizada.
- 3) Inyección de tejidos blandos (infiltración) e intraarticular.

**Cuadro 2.1. Conocimientos que debe tener un reumatólogo**

- 1) Conocimientos básicos de anatomía, bioquímica, fisiología, biomecánica, patofisiología, biología molecular y celular relacionada con las enfermedades reumáticas.
- 2) Conocimientos teóricos completos de cada una de las enfermedades reumáticas.
- 3) Capacidad para elaborar una historia clínica de un paciente con enfermedad musculoesquelética y procesos multisistémicos.
- 4) Selección e interpretación de análisis de laboratorio.
- 5) Indicación e interpretación de técnicas de imagen (Radiografía, TAC, resonancia, ecografía musculoesquelética y densitometría ósea).
- 6) Conocimientos de Neurofisiología.
- 7) Experiencia en urgencias reumatológicas.
- 8) Indicaciones, acción y control de fármacos de uso frecuente en enfermedades reumáticas (Aines, esteroides, analgésicos, inmunosupresores, psicotrópos, gastroprotectores, inmunomoduladores y medicamentos para la osteoporosis).
- 9) Conocimientos de los métodos utilizados por fisioterapeutas y enfermería especializada del aparato locomotor.
- 10) Relación con otras especialidades afines (Ortopedia, rehabilitación, anestesia. Conocimiento de técnicas quirúrgicas y rehabilitadoras del aparato locomotor.
- 11) Conocimiento de los aspectos legales y socioeconómicos de las enfermedades reumáticas.
- 12) Conocimiento de la medicina no convencional en las enfermedades reumáticas.
- 13) Desarrollo de experiencia en la investigación.
- 14) Capacidad para enseñar personal médico y paramédico.
- 15) Conocimiento de las técnicas de gestión de unidad de reumatología.

**Técnicas opcionales**

- 1) Manejo de procedimientos invasivos especializados (Ej.: biopsias de piel, músculo, glándula salival, tejido adiposo subcutáneo, arteria temporal).
- 2) Manejo de la osteoporosis y sus métodos de diagnóstico como los estudios de absorciometría dual de rayos X y métodos periféricos, incluido el ultrasonido cuantitativo.
- 3) Manejo del ultrasonido general en el diagnóstico de los reumatismos de partes blandas.
- 4) Capacidad para realizar artroscopia.
- 5) Sinovectomía no quirúrgica (radiosinovectomía y sinovectomía química).
- 6) Manejo del dolor crónico en pacientes afectados por enfermedades reumáticas crónicas. (infiltraciones y bloqueos en columna, facetaria, bloqueo regional de nervios).
- 7) Técnicas de movilización y manipulación.
- 8) Capilaroscopia.

## Conclusiones

Hay un impacto creciente de las enfermedades del hueso y la articulación en pacientes y sistemas de salud, alrededor del mundo. Los traumas musculoesqueléticos ocasionados a consecuencia de la guerra en población joven; el envejecimiento progresivo de la población; las enfermedades reumáticas como principal causa de la mitad de las enfermedades crónicas en mayores de 65 años; las fracturas ocasionadas por la osteoporosis y, la lumbalgia como causa importante de días laborales perdidos, han hecho reflexionar a la comunidad mundial y con apoyo de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud. Se ha decretado a la década del año 2000 al 2010 como la década del Hueso y la Articulación.

Los objetivos trazados para la década del Hueso y la Articulación buscan:

- 1) Despertar la conciencia pública sobre el costo creciente para la sociedad de las enfermedades músculo esqueléticas.
- 2) Promover la prevención y empoderar a los individuos, fomentando la prevención temprana y el autocuidado por medio de campañas educativas.
- 3) Mejorar la investigación en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades musculoesqueléticas.
- 4) Triplicar los fondos existentes para la investigación durante la presente década.
- 5) Lograr que los programas de medicina incluyan, por lo menos, 6 meses de entrenamiento en enfermedades musculoesqueléticas, teniendo en cuenta el impacto de estas enfermedades.

En Colombia ya se tiene un Grupo de Acción Nacional conformado por las Sociedades Científicas que representan el aparato locomotor y que tiene como misión cumplir los objetivos de la década en nuestro País. Hay un ambiente mundial específico que permite asegurar un futuro claro en mejoras para la población afectada por estas enfermedades y posicionar al reumatólogo como eje central de mejor costo/efectividad en el manejo de enfermedades musculoesqueléticas no quirúrgicas.

**Carlo Vinicio Caballero Uribe**  
Presidente Asociación Colombiana de Reumatología

## Referencias

- 1) Declaración de Arthur Weaver. Presidente ACR. El papel del reumatólogo en un sistema sanitario en evolución. Annual review of Rheumatology 1996; 21-4.
- 2) Caballero-Uribe CV. La práctica de la Reumatología. Posicionando la especialidad en un ambiente cambiante. Revista Colombiana de Reumatología 1997; 4: 148-51.
- 3) Lawrence RC, Helmick, CG, Arnett, FC, Deyo RA, Felson DT, Giannin EH, Heyse SP, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, Liang MH, Pillemer SR, Steen VD, Wolfe F. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthritis Rheum 1998; 41: 778-799.
- 4) Yelin E, Callahan LF. The economic cost and social and psychologic impact of musculoskeletal conditions. Arthritis Rheum 1995; 38: 1351-1362.
- 5) Goldenberg DL, DeHoratius RJ, Kaplan SR, Mason J, Meenan R, Perlman SG, Winfield JB. Rheumatology training at internal medicine and family practice residency programs. Arthritis Rheum 1985; 28: 471-476.
- 6) Goldenberg DL, Meenan RF, Allaire S, Cohen AS. The educational impact of a rheumatology elective. Arthritis Rheum 1983; 26: 658-663.
- 7) Meenan RF, Goldenberg DL, Allaire SH, Anderson JJ. The rheumatology knowledge and skills of trainees in internal medicine and family practice. J Rheumatol 1988; 15: 1693-1700.
- 8) Renner BR, DeVellis BM, Ennett ST, Friedman CP, Hoyle RH, Cromwell WM, Winfield JB. Clinical rheumatology training of primary care physicians: the resident perspective. J Rheumatol 1990; 17: 666-672.
- 9) Stross JK. Relationships between knowledge and experience in the use of disease-modifying antirheumatic agents. A study of primary care practitioners. JAMA 1989; 262: 2721-2723.
- 10) Chan KW, Felson DT, Yood RA, Walker AM. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1994; 37: 814-820.
- 11) Bellamy N, Gilbert JR, Brooks PM, Emmerson BT, Campbell J. A survey of current prescribing practices of antiinflammatory and urate lowering drugs in gouty arthritis in the province of Ontario. J Rheumatol 1988; 15: 1841-1847.
- 12) Dayanikli M, Birnbaum NS. The rheumatologist as a cost-effective primary care provider for patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. 1995 (Abstract).

- 13) Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Lineker SC, Buchbinder R. Management of the early and late presentation of rheumatoid arthritis (RA): A study of Ontario family physicians. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 356. (Abstract).
- 14) Hanly JG, McGregor A, Black C, Bresnihan B. Late referral of patients with rheumatoid arthritis to rheumatologists. *Ir J Med Sci* 1984; 153: 316-318.
- 15) Jackson CG, Williams HJ. How accurate are general internists in diagnosing rheumatologic disease? *Arthritis Rheum* 1993; 36:143. (Abstract).
- 16) Panush RS, Carias K, Kramer N, Rosenstein ED. Acute arthritis in the hospital. Comparison of rheumatologic with non-rheumatologic care. *J Clin Rheumatol* 1995; 1: 74-80.
- 17) Parisek R, Battafarano D, Marple R, Carpenter M, Kroenke K. How well do general internists diagnose common musculoskeletal symptoms: A clinical and cost-effective analysis. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 356. (Abstract).
- 18) Stross JK, Schumacher HR, Weisman, MH, Spalding DM. Continuing medical education. Changing behavior and improving outcomes. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 1163-1169.
- 19) Stross JK, Bole GG. Evaluation of an educational program for primary care practitioners, on the management of osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 108-111.
- 20) Glazier R, Buchbinder, R, Bell M. Critical appraisal of continuing medical education in the rheumatic diseases for primary care physicians. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 533-538.
- 21) Tucker LB, Allaire SH, DeNardo BA, Chernoff MC, Meenan RF, Schaller JG. The role of subspecialty care for children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 419. (Abstract).
- 22) Kerolus G, Clayburne G, Schumacher HR. Is it mandatory to examine synovial fluids promptly after arthrocentesis? *Arthritis Rheum* 1989; 32: 271-278.
- 23) Hasselbacher P. Variation in synovial fluid analysis by hospital laboratories. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 637-642.
- 24) Schumacher HR, Sieck MS, Rothfuss S, Clayburne GM, Baumgarten DF, Mochan BS, Kant JA. Reproducibility of synovial fluid analyses. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 770-774.
- 25) Ward MM, Leigh JP, Fries JF. Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Associations with rheumatology subspecialty care. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2229-2237.
- 26) Esdaile JM, Joseph L, MacKenzie T, Kashgarian M, Hayslett JP. The benefit of early treatment with immunosuppressive agents in lupus nephritis. *J Rheumatol* 1994; 21: 2046-2051.
- 27) Fafalak RG, Peterson MG, Kagen LJ. Strength in polymyositis and dermatomyositis: best outcome in patients treated early. *J Rheumatol* 1994; 21: 643-648.
- 28) Hoffman GS, Kerr GS, Leavitt RY, Hallahan CW, Lebovics RS, Travis WD, Tottem M, Fauci AS. Wegener granulomatosis: an analysis of 158 patients. *Ann Intern Med* 1992; 116: 488-498.
- 29) Newburger JW, Takahashi M, Beiser AS, Burns JC, Bastian J, Chung KJ, Colan SD, Duffy CE, Fulton DR, Glode.
- 30) A single intravenous infusion of gamma globulin as compared with four infusions in the treatment of acute Kawasaki syndrome. *N Engl J Med* 1991; 324: 1633-1639.
- 31) Liang MH, Cullen KE, Larson MG, Thompson MS, Schwartz JA, Fossel AH, Roberts WN, Sledge CB: Cost-effectiveness of total joint arthroplasty in osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 937-943.
- 32) Ahlmen M, Sullivan M, Bjelle A. Team versus non-team outpatient care in rheumatoid arthritis. A comprehensive outcome evaluation including an overall health measure. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 471-479.
- 33) Kraag G, Stokes B, Groh, Helewa A, Goldsmith C. The effects of comprehensive home physiotherapy and supervision on patients with ankylosing spondylitis - a randomized controlled trial. *J Rheumatol* 1990; 17: 228-233.
- 34) Spiegel JS, Spiegel TM, Ward NB, Paulus HE, Leake B, Kane RL. Rehabilitation for rheumatoid arthritis patients. A controlled trial. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 628-637.
- 35) Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, McDaniel LK, Pisko EJ, Semble EL, Morgan TM. Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Treatment outcome and six-month follow-up. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 1105-1114.
- 36) Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1994; 21: 714-720.
- 37) Calfas KJ, Kaplan RM, Ingram RE. One-year evaluation of cognitive-behavioral intervention in osteoarthritis. *Arthritis Care Res* 1992; 5: 202-209.
- 38) DeVellis RF, Blalock SJ. Psychological and educational interventions to reduce arthritis disability. *Baillieres Clin Rheumatol* 1993; 7: 397-416.
- 39) Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 439-446.
- 40) Clement DG, Retchin SM, Brown RS, Stegall MH. Access and outcomes of elderly patients enrolled in managed care. *JAMA* 1994; 271: 1487-1492. (published erratum appears in *JAMA* 1994; 272: 276.)
- 41) Maini RM. The evolution of the Core Curriculum in The European Board of Rheumatology. *Rheumatology in Europe* 1998; 27: 71-5.
- 42) [www.boneandjointdecade.org](http://www.boneandjointdecade.org)
- 43) [www.asoreuma.org](http://www.asoreuma.org)



**La Asociación Colombiana de Reumatología apoya la década del hueso y la articulación**