Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide

Gómez Rodríguez N. Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 111-113.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica de etiología desconocida y patogenia autoinmune, caracterizada por sinovitis crónica erosiva poliarticular, cuyo diagnóstico se basa en los criterios clínicos, radiológicos y biológicos (1) que se exponen en la tabla I. En las investigaciones epidemiológicas, la aplicación rigurosa de dichos criterios tiende a subestimar la frecuencia de la enfermedad. La AR predomina en mujeres (2-3:1) y tiene una distribución prácticamente universal, con una prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 1,2% de la población, dependiendo del área geográfica y del método empleado para el estudio. En los adultos de nuestro país se

han encontrado prevalencias entre el 0,3 y el 1,6%, con una media del 0,5% (2,3), lo que supone la existencia actual de unos 200.000 enfermos.

Lejos de lo que se pensó inicialmente, la AR no es un proceso benigno. Su curso, generalmente progresivo, provoca lesiones estructurales en las articulaciones que se asocian a grados variables de incapacidad funcional. Los afectados tienen un índice de mortalidad que duplica el de la población sana (4), lo que supone un acortamiento de la esperanza de vida entre 5 y 10 años. Además, en las formas más activas y agresivas de AR, la mortalidad alcanza valores similares a la de los pacientes con linfoma de Hodgkin en estadio IV o enfermedad coronaria de tres vasos (5). La calidad de vida relacionada con la salud está muy deteriorada en los pacientes con AR, llegando a situarse por debajo de la apreciada por quienes padecen otras enfermedades consideradas graves, como el lupus eritematoso sistémico, el infarto agudo de miocardio o la colitis ulcerosa (6-8). A ello contribuyen el dolor articular, la frustración derivada de la pérdida de habilidades manuales, la incapacidad laboral, las dificultades para el desempeño de las actividades diarias, los problemas de movilidad, la restricción en la esfera de las relaciones sociales y la dependencia de otras personas. La depresión es una de las consecuencias psicológicas más relevantes de esta constelación de circunstancias y requiere frecuentemente el empleo de psicofármacos (9). La pérdida de la capacidad laboral en la AR tiene una especial trascendencia, ya que cerca de la mitad de los casos se inician durante la edad laboral y transcurridos 10 años, entre el 26 y el 60% de los enfermos se ven obligados a abandonar su trabajo (10).

La magnitud de la repercusión socioeconómica de la AR es difícil de valorar y plantea problemas metodológicos importantes. Deben considerarse tres tipos de costes: directos, indirectos e intangibles (9,11-13). Los costes directos se subdividen en dos tipos, los sanitarios, que derivan del consumo de recursos asistenciales (consultas, monitorización de la enfermedad con controles radiológicos y pruebas de laboratorio, gasto farmacéutico, hospitalización, medidas ortésicas y prótesis) y los parasanitarios, como los gastos para realizar adaptaciones en el domicilio, entorno labo-

TABLA I

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (1)

1. Rigidez matutina	Con duración superior a 1 hora
2. Artritis de tres o más articulaciones	Este signo habrá de ser observado por un médico como aumento de las partes blandas o derrame articular en las siguientes localizaciones: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñeca, codo, rodilla, tobillo o metatarsfalángica
3. Artritis de las articulaciones de las manos	Debe afectarse al menos una de las siguientes: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñeca
4. Artritis simétrica	Artritis simultánea de dos articulaciones simétricas, aunque la afección de las interfalángicas proximales, metacarpofalángicas o metatarsfalángicas puede ser bilateral y asimétrica
5. Nódulos reumatoides	Observados por un médico en áreas pararticulares, superficies extensoras o prominencias óseas
6. Factor reumatoide sérico	Debe determinarse por un método cuya tasa de positividad entre los sujetos sanos (controles) sea inferior al 5%
7. Cambios radiográficos	Cambios típicos de la enfermedad en la radiografía posteroanterior de la mano y muñeca, como osteoporosis local y erosiones

ral y medios de transporte. Estos costes no son homogéneos a lo largo de la duración de la AR y tienden a ser especialmente elevados durante los primeros dos años que siguen al diagnóstico. Las AR con mayor actividad y más discapacidad comportan mayor coste directo. Los costes indirectos son aquellos que derivan tanto de la pérdida de la capacidad laboral como de las ayudas domiciliarias. Los costes intangibles son consecuencia del deterioro de la calidad de vida y de su repercusión en el entorno familiar y social. Se designan así por la enorme dificultad que entraña su detección y valoración. Como ejemplo, cabe mencionar el gasto de transporte y las horas de trabajo perdidas por los familiares que acompañan al paciente a las consultas. Adicionalmente, deben considerarse los gastos inducidos por la comorbilidad, como la enfermedad cardiovascular, las infecciones, algunas neoplasias, las complicaciones de la osteoporosis secundaria o los efectos adversos de la medicación (14). Estos últimos suelen englobarse dentro de los costes directos de la AR.

La heterogeneidad de los procedimientos empleados en la estimación de los costes de la AR obliga a ser cautelosos a la hora de efectuar comparaciones entre los trabajos desarrollados en las distintas áreas geográficas. No obstante, todas las investigaciones han demostrado que la enfermedad tiene una gran repercusión económica y provoca un considerable consumo de recursos sanitarios y sociales (9-12,15,16). El coste total acumulado a lo largo de la vida de un paciente con AR en los Estados Unidos se ha estimado entre 61.000 y 122.000 dólares, similar al de los pacientes con cardiopatía isquémica y cáncer, siendo el importe de los costes indirectos prácticamente el doble que el de los directos. Entre 1992 y 1993, en el Reino Unido, el impacto económico global de la AR se valoró en 1.256 billones de libras esterlinas. En la literatura médica nacional existen pocos estudios sobre la repercusión socioeconómica de la AR (9,17-19), pero, dejando aparte las amplias variaciones en el coste de los medicamentos, hospitalización y recursos sociales, los datos obtenidos son paralelos a los de otros países. En un hospital de Madrid, Lajas C y cols. (17) estimaron un gasto medio anual por paciente con AR de 1.200.000 pesetas (7.213 €), mientras que García Vadillo et al obtuvieron un coste anual de 485.336 pesetas (2.917 €) (9). La AR supone cerca del 30% de los gastos hospitalarios ocasionados por todos los procesos médicos del aparato locomotor (20), sin embargo, estos gastos sanitarios, que se integran en los costes directos, son muy inferiores al coste indirecto provocado por la pérdida de la capacidad laboral. En España, la AR causa cerca del 0,7% de las invalideces permanentes totales, alrededor del 1,7% de las incapacidades absolutas para cualquier tipo de trabajo y casi el 5% de las grandes invalideces (21).

Aunque el gasto farmacéutico representa menos del 25% de los costes directos y estos, a su vez, suponen menos de la mitad del coste total de la AR (11,22,23), tiene especial interés a causa de las campañas promovidas desde el Sistema Nacional de Salud para su contención. La medicación prescrita en los pacientes con AR incluye analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), fármacos destinados a evitar efectos adversos gas-

trointestinales o la osteoporosis secundaria y los fármacos para enfermedades concomitantes, entre las que destacan hipertensión arterial, diabetes y EPOC. El uso de estos fármacos no sólo dependerá de la actividad de la AR, de los factores pronósticos presentes en las primeras consultas y de la comorbilidad, sino que está influenciada por los protocolos y tendencias de cada centro asistencial. A este respecto, en España, se han constatado diferencias geográficas significativas en la elección de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y en el tipo de monitorización de los pacientes con AR (10,11,24), lo que explica, en parte, las divergencias a la hora de evaluar los costes asistenciales (9,17-19). Esta situación llevó a la Sociedad Española de Reumatología a publicar en junio de 2001 una guía de práctica clínica que ayudase a los reumatólogos a tomar decisiones en la AR (25). En este momento, existe un consenso general sobre la necesidad de frenar con la mayor premura y con la mayor intensidad posible la actividad de la AR, minimizando así el daño estructural de las articulaciones y preservando la capacidad funcional de los pacientes (26). Con este fin se introducen precozmente los FAME y no se duda en combinarlos cuando concurren factores de mal pronóstico, entre los que cabe mencionar los títulos elevados de factor reumatoide, el aumento persistente de los reactantes de fase, un alto nivel de discapacidad (Health Assessment Questionnaire, HAQ) o la aparición temprana de erosiones radiológicas (27). En los próximos años es previsible un rápido incremento del gasto farmacéutico a causa del empleo de los nuevos FAME como leflunomida, los agentes biológicos anti-TNF α (infliximab, etanercept y adalimumab), o los antagonistas del receptor de la interleucina 1 (anakinra), que hoy se utilizan preferentemente para el control de pacientes refractarios a otros FAME, ya considerados clásicos (sales de oro, metotrexato, antipalúdicos de síntesis o salazopirina) y con los que se había demostrado una aceptable relación coste-eficacia (28,29). El tratamiento sintomático de la AR también se ha beneficiado de la introducción de los nuevos AINE específicos para la ciclooxygenasa 2 (COX-2), que minimizan los efectos adversos gastrointestinales y facilitan la supresión de los medicamentos destinados a su profilaxis, sobre todo los inhibidores de la bomba de protones (30,31).

Como resumen, podemos afirmar que la repercusión socioeconómica de la AR es de gran magnitud, destacando los costes indirectos derivados de la pérdida de capacidad laboral, que prácticamente duplican los costes directos. La información disponible en nuestro país respecto al coste global de la enfermedad es muy limitada, pero podría situarse entre los 3.000 y los 7.000 € anuales por cada paciente. Son imprescindibles nuevas y más amplias investigaciones sobre los costos directos, indirectos e intangibles de la AR, que permitan dimensionar adecuadamente este grave problema sanitario.

N. GÓMEZ RODRÍGUEZ

Servicio de Reumatología. Centro Médico POVISA. Vigo

Bibliografía

- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Coper NS et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-324.
- Carmona L, Villaverde V, Hernández C, Ballina J, Gabriel R, Laffón A, and the EPISER study group. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology* 2002; 41: 88-95.
- Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29: 86-89.
- Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, Fries J F, Bloch DA, Williams CA et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 481-494.
- Pincus T, Callahan LF. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously-predictive markers, socioeconomic status and comorbidity. *J Rheumatol* 1986; 13: 841-845.
- Gilboe IM, Kvien TK, Husby G. Health status in systemic lupus erythematosus compared to rheumatoid arthritis and healthy controls. *J Rheumatol* 1999; 26: 1694-1700.
- Jirout F, Zapico I, Ballina FJ, Hernández R, Rancano I, Álvarez C, Torre JC et al. Estudio transversal de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide mediante el cuestionario PECVEC. *Rev Esp Reumatol* 1999; 26: 189.
- Ballina FJ, Rodríguez A. ¿Qué repercusiones tiene la artritis reumatoide sobre la vida de los pacientes? *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 256-259.
- García-Vadillo J A, Castañeda S, Carrasco AL, Jimeno A. Costes económicos de la artritis reumatoide de corta evolución. *Rev Esp Reumatol* 2001; 28: 4-11.
- Barret E M, Scott D G I, Wiles N J, Symmons D P M. The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early years of disease: a UK community-based study. *Rheumatology* 2000; 39: 1403-1409.
- Van Jaarsveld CHM, Jacobs JWG, Schrijvers AJP, Heurkens AHM, Haanen HCM, Bijlsma JWW. Direct cost of rheumatoid arthritis during the first six years: a cost-of-illness study. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 837-847.
- Magnusson S. Treatment of rheumatoid arthritis. Does it affect society's cost for the disease? *Br J Rheumatol* 1996; 35: 791-795.
- Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology* 2000 (suppl 2): 3-12.
- Mikuls T R, Saag KG. Comorbilidad en la artritis reumatoide. *Rheum Dis Clin North Am* (Ed. Esp.) 2001; 3: 17-39.
- McIntosh E. The cost of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 781-790.
- Guillemin F. Functional disability and quality-of-life assessment in clinical practice. *Rheumatology* 2000; 39 (Supl. 1): 17-23.
- Lajas C, Sánchez C, Bellajdel B, Abasolo L, Fernández-Gutiérrez B, Morado I C et al. Costes anuales de una cohorte de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) en un hospital de Madrid. *Rev Esp Reumatol* 1991; 26: 157.
- Mera A, García J, Blanco J. Aproximación al coste farmacológico del tratamiento en la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29 (abstract): 218.
- Mera Varela A, Blanco Rodríguez J, Caamaño Freire M. Aproximación al coste del tratamiento farmacológico en la artritis reumatoide en España. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 114-121.
- Jonson B, Rehnberg C, Borgquist L, Larsson S E. Locomotion status and cost in destructive rheumatoid arthritis. A comprehensive study of 82 patients from a population of 13.000. *Acta Orthop Scand* 1992; 63: 207-212.
- Tornero J, Fernández JA, Vidal J. Repercusión socioeconómica de la invalidez permanente por enfermedad reumática en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 340-345.
- Yelin E. The costs of rheumatoid arthritis: absolute, incremental, and marginal estimates. *J Rheumatol* 1996; 23: 47-51.
- Singh G, Ramey D, Terry R. Direct costs in medical care in rheumatoid arthritis: patterns and role of rheumatology care. *Arthritis Rheum* 1997; 39 (Suppl 9): 837 A.
- González-Álvaro I, Hernández-García C. Variabilidad en el tratamiento de la artritis reumatoide. Estudio EmAR. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29: 90-93.
- Hernández-García C, Lázaro P. GUIPCAR: una guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29: 94-98.
- Pascual E. Artritis reumatoide: las razones para un cambio. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29: 74-77.
- Sanmartí R. ¿Se puede predecir la evolución de la artritis reumatoide? *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 260-265.
- Landewe R B, Boers M, Verhoeven A C, Westhonas R, Van de Laar M A, Markusse AM et al. COBRA combination therapy in patients with early rheumatoid arthritis: Long-term structural benefits of a brief intervention. *Arthritis Reum* 2002; 46: 347-356.
- Odell J R. Treating rheumatoid arthritis early: a window of opportunity? *Arthritis Rheum* 2002; 46: 347-356.
- MacDonald TM. Epidemiology and pharmacoeconomic implications of non-steroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal toxicity. *Rheumatology* 2000; 39 (Supl. 2): 13-20.
- Pablos JL. ¿Qué papel desempeñan los inhibidores de la COX-2 en el tratamiento de la artritis reumatoide? *Rev Esp Reumatol* 2000; 27: 266-270.