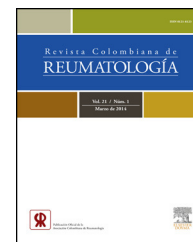




Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Editorial

La epidemiología de la artritis reumatoide

Epidemiology of rheumatoid arthritis



La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, autoinmune, caracterizada por un fuerte impacto en la funcionalidad de las personas, debido a la actividad inflamatoria que genera sobre las articulaciones¹. Su prevalencia varía de acuerdo con la población de estudio pero se encuentra en un rango entre 0,2% y 5% en el mundo²⁻¹⁵.

Entre los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la AR se encuentran elementos comunes en la sociedad colombiana como el tabaquismo, el sexo femenino, la presencia del HLA DRB1 con expresión de epítipo compartido y el nivel educativo, entre otros^{2,3}. Es de resaltar que durante el primer año de enfermedad, los costos atribuibles a la AR por paciente podrían alcanzar los 23.441 dólares, lo que sumado a que después de 10 años el 40% de estos pacientes sufrirá de discapacidad laboral^{16,17}, esto explica por qué debemos ser insistentes en el estudio de su epidemiología.

Los estudios de prevalencia forman una herramienta muy importante a la hora de estudiar una enfermedad, debido a que conforman el primer paso para estimar la carga social y económica de esta y permiten compararla con otras dolencias, encontrando, mediante este método, una guía para la toma de decisiones en salud pública y un mejor direccionamiento de recursos¹⁸.

Si se revisan los datos de algunos de los estudios realizados sobre prevalencia de la AR en el mundo, encontramos que el porcentaje varía poco entre países, aunque existen diferencias que vale la pena resaltar. En Norteamérica, datos de Canadá y Estados Unidos informan prevalencias entre el 0,8 y 1,1%^{2,3,19,20}, aunque con incrementos en poblaciones especiales como nativos americanos, entre los cuales los estudios reportan prevalencias hasta del 5,3%². En Europa, en países como Inglaterra, Holanda, Finlandia, Suecia y Dinamarca se encuentran datos de prevalencia entre el 0,5 y el 1%, un poco más elevados que los países localizados al sur-orienté de este continente y los reportados en Asia y África, en donde la prevalencia se encuentra entre el 0,15 y el 0,35% con excepción de la república del Congo que presenta una prevalencia del 0,9%^{2,5,8,9,13,21}.

En Latinoamérica hay estudios de prevalencia realizados en Argentina y en Brasil donde esta ha sido reportada en el 0,9 y el 0,45%, respectivamente^{14,15}.

En Colombia existe un estudio en el Pacífico colombiano que reporta una prevalencia del 0,01% pero con sesgos de selección importantes a los que puede atribuirse este resultado²².

En esta edición de la REVISTA COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA se presenta un nuevo e interesante estudio sobre prevalencia de la AR en nuestro país, el cual es realizado por el Dr. Machado y el grupo de fármaco-epidemiología de la Universidad Tecnológica y Pedagógica de Pereira. Este es un gran esfuerzo debido a que reúne datos de varias ciudades principales y comprende un número de individuos bastante importante. Sin embargo, es necesario realizar algunas anotaciones sobre el entorno en el que se desarrolla este trabajo, para poner en contexto al lector y facilitar un mejor análisis de los resultados, al resaltar algunos factores de nuestro sistema de salud que deben tenerse en cuenta antes de generar conclusiones.

Posterior al desarrollo e implementación de la Ley 100 en Colombia, para acceder a los servicios de salud existen básicamente 3 opciones. La primera, pagar por cada servicio que sea prestado, de una forma independiente en una cuenta que es cancelada por el usuario sin tener ayuda de ningún agente externo. La segunda, pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual describiremos más adelante, y la tercera, no estar afiliado al SGSSS y no tener dinero para pagar el servicio de forma independiente, en cuyo caso el Estado asume el costo de la atención, solicitando al usuario un porcentaje del total del costo de la atención de acuerdo con su capacidad económica²³.

El SGSSS, al cual se encuentra afiliado el 92,69%²⁴ de la población colombiana, se trata de un sistema diseñado para asegurar a toda la población a través de entidades promotoras de salud, las cuales se encargan de administrar los recursos y brindar a cada uno de sus afiliados una institución prestadora de salud donde puedan ser atendidos según lo requieran. De acuerdo con el tipo de afiliación que se tenga entre la entidad

promotora de salud y el usuario, cada vez que un individuo reciba un servicio de salud deberá o no cancelar un porcentaje del costo del servicio.

Este SGSSS plantea, además de lo anterior, una división de los participantes de este sistema, generando 2 regímenes principales, el régimen subsidiado y el contributivo.

Como afiliados al régimen contributivo se encuentran los individuos que tienen posibilidad de pagar por los servicios de salud de forma mensual y usualmente bajo el ambiente de empleado. Este pago incluirá el costo por su afiliación, más una contribución que debe servir para la financiación de los gastos de salud de los usuarios del régimen subsidiado.

En el régimen subsidiado, de forma contraria, se encuentran afiliadas todas las personas que no tengan posibilidad de pago debido a la falta de empleo formal y, como se explicó antes, el pago de los servicios de salud de esta población se realizará usando la contribución de los afiliados al régimen contributivo y otros fondos del Estado²³.

La impresión entre los usuarios y el grupo de médicos de estos 2 regímenes de atención es que el sistema de salud genera una división entre los 2 grupos descritos y las personas que están afiliadas al régimen contributivo son atendidas en hospitales con mejor infraestructura y tecnología, y tienen mejores programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como una mayor disponibilidad de profesionales, lo que hace que sus exámenes, consultas y tratamientos sean desarrollados de una forma más oportuna y efectiva²⁴.

Por lo contrario, las personas en el régimen subsidiado tienen menor infraestructura en sus hospitales, menor disponibilidad de citas con el especialista y un número elevado de problemas administrativos que terminan disminuyendo, en todos los aspectos, la calidad y acceso en la atención a la salud²⁴.

Teniendo en cuenta lo descrito sobre nuestro sistema de salud, podremos resaltar, entonces, algunos aspectos sobre cómo este afecta la interpretación de los resultados encontrados en el estudio de prevalencia de la AR en Colombia, presentado en esta ocasión.

Este estudio se realizó en la población de afiliados a una entidad promotora de salud, perteneciente al régimen contributivo, encargada de administrar los servicios de salud de 858.045 colombianos que pagan mensualmente por sus servicios. El desarrollo del estudio en este tipo de pacientes podría generar un sesgo de selección importante ya que esta muestra no se puede considerar representativa de la población general del país, debido a que las características de los individuos no estudiados (entre los que se encuentra el 48,5% de los colombianos afiliados al régimen subsidiado) difieren significativamente de las de los que sí se incluyeron.

Las diferencias entre las 2 poblaciones (incluida y no incluida en el estudio) radican, principalmente, en que los pacientes del régimen subsidiado presentan estilos de vida, niveles de educación y oportunidades de atención en salud muy diferentes a las encontradas en el régimen contributivo. Diferencias que se encuentran presentes desde el inicio del sistema, debido a que al usar como criterio de división la capacidad o no de pagar una cuota mensualmente se podría generar que en el grupo que no tiene empleo formal se presente, entre otras cosas, una mayor prevalencia de

enfermedades incapacitantes, menor nivel socioeconómico, menor capacidad de asistir a programas de prevención, menor oportunidad de acceso a los servicios de salud (laboratorios para confirmación diagnóstica, oportunidad de cita por reumatología para confirmación diagnóstica, etc.) y otras condiciones, que potencialmente inciden en los cálculos de carga de la enfermedad basados en un solo régimen de atención.

Por otro lado, se debe mencionar también la forma de registro de los casos de AR, la cual se realiza mediante códigos diagnósticos de la clasificación internacional de enfermedades CIE10 que es diligenciada por reumatólogos en su consulta. Este modelo de registro presenta algunos inconvenientes que pueden generar sesgos de selección y de información, los cuales se mencionarán a continuación.

Para registrar el caso de un paciente con AR se requiere que el paciente busque la atención médica, pero además que el médico general identifique la enfermedad y lo remita al especialista en medicina interna, quien de acuerdo con su criterio lo remitirá a reumatología. Estas situaciones generan un sesgo de selección que terminará en el subdiagnóstico de los casos de AR por los reumatólogos, debido a que los pacientes que sufren de la enfermedad no llegan a su consulta, o porque no deciden consultar a la institución prestadora de salud o porque a pesar de que lo hagan no les es posible acceder a la consulta con el reumatólogo (aun en el mismo régimen contributivo).

El otro factor a tener en cuenta es la forma de registro basada en la clasificación de enfermedades CIE10, la cual no especifica qué criterios fueron usados por los profesionales para realizar el diagnóstico de AR y, además, genera la posibilidad de que en el código artritis no especificada se incluyan casos de pacientes que no sufren la enfermedad.

Las aclaraciones anteriores están direccionadas a resaltar que el estudio puede generar una subestimación de la prevalencia de la enfermedad en nuestro país, lo que se puede apoyar en la importante diferencia encontrada al comparar los resultados de este estudio con los datos en Europa, Norteamérica y Latinoamérica, en donde la prevalencia se encuentra entre 3 a 7 veces más.

Para finalizar, debe resaltarse que, a pesar de los problemas descritos, este estudio brinda una importante aproximación al conocimiento de la AR en un país cuyo sistema de salud dificulta la realización de estudios de prevalencia con una metodología más adecuada. Además, nos describe características importantes de nuestra población con AR utilizando una muestra grande de pacientes. Este estudio abre la invitación a continuar realizando esfuerzos por conocer nuestra población de pacientes con enfermedades autoinmunes, demostrando que aunque no es fácil llevar a cabo una metodología rigurosa, es necesario mejorarla para tratar de disminuir los sesgos de selección y registro que forman el obstáculo más limitante para este tipo de investigación en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Firestein GS, Budd RC, Gabriel S E, McInnes I B, O'Dell R. Kelley's textbook of rheumatology. 9th ed. Philadelphia::Elsevier/saunders;2013.
2. Yannis A, Alexandros AD. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*. 2005;4:130-6.

3. Abriel JT, Pierre Y, Alain S. The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* 2010;9:A288-92.
4. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Bihan EL, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:1427-30.
5. Symmons D, Turner G, Webb R, Astin P, Barrett E, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: New estimates for a new century. *Rheumatology (Oxford).* 2002;41:793-800.
6. Galushko EA, Erdes ShF, Bazorkina DI, Bol'shakova TI, Vinogradova IB, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in Russia (according to epidemiological findings). *Ter Arkh.* 2010;82:9-14.
7. Rossini M, Rossi E, Bernardi D, Viapiana O, Gatti D, Idolazzi L, et al. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in Italy. *Rheumatol Int.* 2014;34:659-64.
8. Neovius M, Simard JF, Askling J. Nationwide prevalence of rheumatoid arthritis and penetration of disease-modifying drugs in Sweden. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:624-9.
9. Carmona L, Viaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Laffon A. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology.* 2002;41:88-95.
10. Zlatković-Švenda MI, Stojanović RM, B Šipetić-Grujičić S, Guillemin F. Prevalence of rheumatoid arthritis in Serbia. *Rheumatol Int.* 2014;34:649-58, <http://dx.doi.org/10.1007/S00296-013-2897-7>.
11. Yamanaka H, Sugiyama N, Inoue E, Taniguchi A, Momohara S. Estimates of the prevalence of and current treatment practices for rheumatoid arthritis in Japan using reimbursement data from health insurance societies and the IORRA cohort. *Mod Rheumatol.* 2014;24:33-40.
12. Li R, Sun J, Ren LM, Wang HY, Liu WH, Zhang XW, et al. Epidemiology of eight common rheumatic diseases in China: A large-scale cross-sectional survey in Beijing. *Rheumatology.* 2012;51:721-9.
13. Malemba J, Mbuyi-Muamba J, Mukaya J, Bossuyt X, Verschueren P, Westhovens R. The epidemiology of rheumatoid arthritis in Kinshasa, Democratic Republic Of Congo—A population-based study. *Rheumatology.* 2012;51:1644-7.
14. Scubliński D, Venarotti H, Citera G, Messina O, Scheines E, Rillo O, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Argentina: A capture-recapture study in a city of Buenos Aires province. *J Clin Rheumatol.* 2010;16:317-21.
15. Senna ER, de Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: A study using the COPCORD approach. *J Rheumatol.* 2004;31:594-7.
16. Ma VY, Chan L, Carruthers KJ. Incidence, prevalence, costs and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: Stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95:986-95e1.
17. Mora C, González A, Díaz J, Quintana G. Financial cost of early rheumatoid arthritis in the first year of medical attention: Three clinical scenarios in a third-tier university hospital in Colombia. *Biomédica.* 2009;29:43-50.
18. Londoño FJ. Metodología de la investigación metodológica. 5.^a ed. Colombia: Manual moderno; 2014.
19. Widdifield J, Paterson J, Bernatsky S, Tu K, Tomlinson G, Kuriya B, et al. The epidemiology of rheumatoid arthritis in Ontario, Canada. *Arthritis Rheumatol.* 2014;66:786-93.
20. Helmick C, Felson DT, Lawrence R, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. *Arthritis Rheum.* 2008;58:15-25.
21. Slimani S, Ladjouze-Rezig A. Prevalence of rheumatoid arthritis in an urban population of Algeria: A prospective study. *Rheumatology (Oxford).* 2014;53:571-3.
22. Anaya JM, Correa PA, Mantilla R, Jiménez F, Kuffner T, McNicholl JM. Rheumatoid arthritis in African Colombians from Quibdó. *Semin Arthritis Rheum.* 2001;31:191-8.
23. Ministerio de Salud y Protección Social [página principal en internet]. c2013 [actualizado 26 Ago 2015; consultado 26 Ago 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.Nuevo/Ley%20100%20de%201993.Pdf>
24. Ministerio de Salud y Protección Social [página principal en internet]. c2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Informe%20al%20Congreso%202012-2013.pdf>

Gerardo Antonio Muñetón^{a,*} y Gerardo Quintana^b

^a Departamento de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia

^b Profesor Titular, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerard56.2@hotmail.com (G.A. Muñetón).
0121-8123/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en
nombre de Asociación Colombiana de Reumatología.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.09.001>