



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Revisión

El factor humano en la gota[☆]

Xavier Tena

Servicio de Reumatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de agosto de 2013

Aceptado el 2 de septiembre de 2013

Palabras clave:

Gota

Cumplimiento del tratamiento

Educación del paciente

R E S U M E N

A pesar de ser una enfermedad muy prevalente y con notables consecuencias clínicas, la gota continúa siendo una enfermedad crónica con un escaso grado de cumplimiento terapéutico. Los estigmas asociados a la enfermedad, la inobservancia del tratamiento por parte del enfermo y otros factores atribuidos al médico y a la práctica clínica contribuyen a estos pobres resultados terapéuticos de que el enfermo sea atendido en el ámbito de atención primaria, un cierto desinterés y una escasa prioridad docente por parte del reumatólogo, además de una práctica clínica dispar en cuanto a las normas establecidas en las guías. Las estrategias de optimización pasan por mejorar la calidad de la prescripción de fármacos específicos, tener en cuenta la forma de percepción de la enfermedad por parte del paciente y ser proactivos frente al incumplimiento del tratamiento y enfocar desde un punto de vista integral. La implicación a fondo de los reumatólogos en el tratamiento de esta enfermedad es indispensable para conseguir los resultados deseados.

© 2013 SER. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The human factor in gout

A B S T R A C T

Although gout is a highly prevalent disease with significant clinical repercussions, it continues to a chronic disease with very low treatment adherence. The stigma associated with the disease, lack of treatment observance and others related to the physician and clinical practice are the most striking, specially the tendency for these patients to be managed in primary care, a certain lack of interest, and the low priority given to teaching among rheumatologists, as well as variation in adherence to recommendations established in clinical practice guidelines. Optimization strategies include improving the quality of prescriptions for specific drugs, being aware of patients' perceptions of the disease, being proactive against lack of treatment adherence, and applying a comprehensive approach to treatment. The strong involvement of rheumatologists in the treatment of this disease is essential to achieve the desired results.

© 2013 SER. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

A pesar de que la gota es una enfermedad muy prevalente, tiene consecuencias clínicas devastadoras, conlleva un notable impacto socioeconómico¹, dispone de fármacos eficaces para su tratamiento y existe una relación estrecha de los ataques con su interrupción, continúa siendo una enfermedad crónica con el peor índice de incumplimiento terapéutico². Los estigmas asociados a la enfermedad, la inobservancia del tratamiento por parte del enfermo y

otros factores atribuidos al médico y a la práctica clínica contribuyen a estos pobres resultados terapéuticos³. El estereotipo más asociado a la enfermedad, aunque no el único, ha sido el alcoholismo; otros son los hábitos alimentarios, el estilo de vida y la pertenencia a clases sociales extremas, a la pobreza y a la riqueza. Ha sido denominada enfermedad de reyes y de papas; en efecto, el emperador Carlos V del Sacro Imperio Romano Germánico (Carlos I de España) fue uno de los enfermos más paradigmáticos; su enfermedad ha sido confirmada hace unos años, después de examinar exhaustivamente la falange terminal del quinto dedo de una mano de su cadáver momificado⁴; en efecto, el examen macroscópico, radiográfico y con el microscopio convencional, el de luz polarizada y el electrónico, asociado a un análisis espectroscópico con energía dispersiva de rayos X, han confirmado la naturaleza microcristalina urática de los extensos depósitos toféaceos que contenía.

[☆] Este artículo está basado en la ponencia ¿Quién es el rebelde en la gota? El factor humano: paciente, médico y educación, del curso Reumatopics auspiciado por la Sociedad Española de Reumatología y el grupo Menarini, impartida por el autor el día 20 de octubre de 2012.

Correo electrónico: xtena.germanstrias@gencat.cat

Factores relacionados con el enfermo

La información deficiente sobre la enfermedad, la interpretación como fracaso de los ataques que ocurren al inicio del tratamiento con hipouricemiantes y la mala observancia del tratamiento prescrito son factores implicados en tan malos resultados. Se ha evaluado el cumplimiento del tratamiento en distintas enfermedades reumáticas de carácter crónico, y la gota no alcanza unos índices de cumplimiento muy satisfactorios (colicicina: 32-65%; hipouricemiantes: 65-84%), inferiores a los de la artritis reumatoide y la polimialgia reumática⁵. En un estudio retrospectivo en base a datos administrativos sobre prescripción de alopurinol a casi 9.500 pacientes, solo el 66% cumplieron la primera prescripción, el 10% no consumieron la segunda caja, el 14% nunca llegaron a tomar alopurinol y solo el 18% cumplieron bien el tratamiento durante el periodo observado⁶. El grado de observancia del tratamiento, basado en un índice de tenencia del fármaco como mínimo del 80%, se ha estimado entre el 18 y el 44% según diferentes estudios, el peor entre un grupo de enfermedades crónicas estudiadas, entre las que se incluyeron la osteoporosis, la dislipidemia, la epilepsia, la diabetes tipo 2, el hipotiroidismo y la hipertensión arterial; dicho en otras palabras, un grado de inobservancia entre el 56 y el 82%⁷. Entre las principales razones aducidas por los enfermos para justificar la interrupción del alopurinol fueron el cese de los ataques en 9 casos, el desinterés en 3, y otras, hasta un total de 21 pacientes⁸. En cuanto a la probabilidad de reanudar el tratamiento interrumpido, se ha estimado que a los 8 meses el 50% de los pacientes vuelve a tomarlo, mientras que alcanza el 75% a los 4 años; los pacientes mayores de 45 años tienen más probabilidad de retomarlo que los más jóvenes⁹.

Factores relacionados con el médico y la práctica clínica

Entre los factores involucrados con el médico se han mencionado los siguientes³: la tradición de que estos enfermos sean atendidos en el ámbito de atención primaria, la falta de interés por parte del médico especialista, la escasa prioridad docente para las enfermedades microcristalinas durante el periodo de formación y la poca consideración como una enfermedad de primer orden. En cuanto a la práctica clínica, no siempre se aplica el método diagnóstico más óptimo al obviar la artrocentesis y la investigación de cristales, se subestiman las complicaciones a largo plazo, se prioriza el tratamiento de la fase aguda, no se advierte suficientemente a los pacientes sobre los escollos que aparecen al iniciar el tratamiento y no existe el suficiente apego a las guías de práctica clínica existentes. Las escasas novedades terapéuticas habidas en las últimas décadas constituyen un factor adicinal. En efecto, la investigación sobre la vía metabólica de las purinas que condujo a la síntesis del alopurinol en la década de los sesenta, amén de otros fármacos como la azatioprina, la 6-mercaptopurina y la tioguanina, entre otros, culminó con el reconocimiento del premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1988 a los fisiólogos Gertrude B. Elion y George H. Hitchings, compartido con el científico británico James W. Black¹⁰. Después de este hito, han transcurrido 4 décadas hasta la síntesis de febuxostat¹¹, una larga travesía del desierto para una enfermedad tan común.

En el congreso europeo de EULAR celebrado en Amsterdam en el año 2006 se repartió entre los asistentes una encuesta con 12 preguntas relativas a la enfermedad y se obtuvieron 741 respuestas, lo que representaba el 6,7% de los congresistas; ante la pregunta sobre cuál debería ser la uricemia ideal a alcanzar con el tratamiento en un paciente con gota sorprendió la disparidad de los resultados obtenidos: aproximadamente solo una cuarta parte de los encuestados respondió que debería ser inferior a 6 mg/dl, mientras que otros tantos respondieron «entre los límites normales»¹².

El estudio GEMA, auspiciado por la Sociedad Española de Reumatología y llevado a cabo con 803 pacientes en 41 hospitales, permitió conocer que solo la mitad de los casos revisados se ajustaba a las normas EULAR de buena práctica clínica en cuanto a la evaluación de la comorbilidad, el 71,4% en cuanto a las recomendaciones sobre el estilo de vida y el 52-94% en cuanto a distintos aspectos del tratamiento.

Estrategias de optimización

La calidad de prescripción de los fármacos hipouricemiantes, especialmente el ajuste de dosis y un escalado progresivo, además de una buena profilaxis en las fases iniciales, son primordiales. En efecto, una dosis inicial de alopurinol equivalente a 1,5 mg por unidad de filtrado glomerular estimado reduce el riesgo de aparición de un síndrome de hipersensibilidad al fármaco¹³. Por otra parte, utilizar dosis más altas que las recomendadas en base a la función renal es seguro y efectivo, incluso en pacientes con insuficiencia renal¹⁴. Conocer el punto de vista de los pacientes sobre la percepción, la vivencia y el enfoque de su enfermedad es otro aspecto a considerar. La forma de percibir una enfermedad crónica determina la conducta de cómo afrontarla y el resultado final. En el caso de la gota, los enfermos la viven como una enfermedad crónica que responde al tratamiento pero no se ve influida en gran manera por actitudes personales, creen que tiene poca repercusión sobre la vida diaria y piensan que está causada más por transgresiones dietéticas que por fármacos o relacionada con una insuficiencia renal¹⁵. La inobservancia del tratamiento por parte del paciente, asociada a la inercia clínica por parte del médico, constituyen un binomio inoperante denominado «miopía clínica»; ambos factores comparten mecanismos mentales que conducen de forma sinérgica a un resultado final deletéreo para la salud¹⁶. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud corrobora la afirmación de que mejorar la observancia del tratamiento en una enfermedad crónica reporta más beneficio que cualquier novedad terapéutica¹⁷. Para ello propone un enfoque en 5 dimensiones para abordar la solución del problema, teniendo en cuenta los siguientes factores relacionados: a) socioeconómicos; b) del sistema de salud y personal sanitario; c) de la propia enfermedad; d) del tratamiento en sí, y e) del propio paciente. Se debe desterrar la falsa concepción de que la mala observancia del tratamiento es un problema derivado exclusivamente del propio paciente. En el caso de la gota se ha propuesto un modelo de actuación integral centrado en el propio paciente y en su entorno familiar focalizado en los siguientes puntos¹⁸: a) uricemia; b) tratamiento hipouricemiante; c) prevención de los ataques al inicio del tratamiento; d) impacto de la enfermedad; e) comorbilidad; f) seguimiento; g) factores dietéticos, y h) tratamiento del ataque agudo. Los objetivos son promover el autocontrol de la enfermedad, favorecer la actitud positiva y la motivación y potenciar la concienciación, todo ello en un entorno cultural apropiado.

Aplicando la estrategia de un control integral se han conseguido buenos resultados. En una serie de 126 enfermos con gota seguidos de forma estricta durante un año se alcanzó el objetivo de llegar a una uricemia inferior a 360 $\mu\text{mol/l}$ en el 40,6% a los 6 meses y en el 72% al cabo de 12 meses; por término medio, los pacientes fueron vistos cada 2 meses y se alcanzó este objetivo al cabo de 2,5 visitas aproximadamente¹⁹. Por otra parte, integrando un equipo de enfermería en el control estricto de estos pacientes se obtuvieron resultados similares: al cabo de un año, el 92% de una serie de 106 pacientes alcanzó el mismo objetivo²⁰.

«¿Por qué la gota se trata tan mal?» era la pregunta que se formulaban los autores de un editorial de la revista *Annals of the Rheumatic Diseases* al analizar el problema²¹. La respuesta quedaba implícita en esta afirmación: ya es hora de que los reumatólogos lideremos el tratamiento de los pacientes con gota. En efecto, solo

cuando nos impliquemos a fondo en su tratamiento conseguiremos los resultados deseados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Brook RA, Forsythe A, Smeeding JE, Lawrence Edwards N. Chronic gout: Epidemiology, disease progression, treatment and disease burden. *Curr Med Res Opin.* 2010;26:813–21. PMID 21050059.
2. Silva L, de Miguel E, Peiteado D, Villalba A, Martín E, Pinto J, et al. Compliance in gout patients. *Acta Reumatol Port.* 2010;35:466–74.
3. Doherty M, Jansen T, Nuki G, Pascual E, Pérez-Ruiz F, Punzi L, et al. Gout: Why is this curable diseases so seldom cured? *Ann Rheum Dis.* 2012;71:765–70.
4. Ordi J, Alonso PL, de Zulueta J, Esteban J, Velasco M, Mas E, et al. The severe gout of Holy Roman Emperor Charles V. *N Engl J Med.* 2006;355:516–20.
5. De Klerk E, van der Heijde D, Landewé R, van der Tempel H, Urquhart J, van der Linden S. Patient compliance in rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatica, and gout. *J Rheumatol.* 2003;30:44–54.
6. Riedel AA, Nelson M, Joseph-Ridge N, Wallace K, MacDonald P, Becker M. Compliance with allopurinol therapy among managed care enrollees with gout: A retrospective analysis of administrative claims. *J Rheumatol.* 2004;31:575–81.
7. Reach G. Treatment adherence in patients with gout. *Joint Bone Spine.* 2011;78:456–9.
8. Roddy E, Zhang W, Doherty M. Concordance of the management of chronic gout in a UK primary-care population with the EULAR gout recommendations. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:311–5.
9. Harrold LR, Andrade SE, Briesacher B, Raebel MA, Fouayzi H, Yood RA, et al. The dynamics of chronic gout treatment: Medication gaps and return to therapy. *Am J Med.* 2012;123:54–9.
10. Elion GB. The purine path to chemotherapy. Nobel Lecture. 8 diciembre 1988 [consultado 29 Ene 2013]. Disponible en: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1988/elion-lecture.pdf
11. Becker MA, Schumacher Jr HR, Wortmann RL, MacDonald PA, Eustace D, Palo WA, et al. Febuxostat compared with allopurinol in patients with hyperuricemia and gout. *N Engl J Med.* 2005;353:2.450–61.
12. Doherty M, Bardin T, Pascual E. International survey on the diagnosis and management of gout. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1.685–6.
13. Stamp LK, Taylor WJ, Jones PB, Dockerty JL, Drake J, Frampton C., et al. Starting dose is a risk factor for allopurinol hypersensitivity syndrome. *Arthr Rheum.* 2012;64:2.529–36.
14. Stamp LK, O'Donnell JL, Zhang M, James J, Frampton Ch, Barclay ML, et al. Using allopurinol above the dose based on creatinine clearance is effective and safe in patients with chronic gout, including those with renal impairment. *Arthr Rheum.* 2011;63:412–21.
15. Dalbeth N, Petrie KJ, House M, Chong J, Leung W, Chegudi R, et al. Illness perceptions in patients with gout and the relationship with progression of musculoskeletal disability. *Arthr Care Res.* 2011;63:1.605–12.
16. Reach G. Patient non-adherence and healthcare-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes Metab.* 2008;34:382–5.
17. Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. [consultado 17 Sep 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
18. Dalbeth N, Lindsay K. The patient's experience of gout: New insights to optimize management. *Curr Rheumatol Rep.* 2012;14:173–8.
19. Lim AYN, Shen L, Tan CH, Lateef A, Lau TC, Teng GG. Achieving treat to target in gout: A clinical practice improvement project. *Scand J Rheumatol.* 2012;41:450–7.
20. Rees F, Jenkins W, Doherty M. Patients with gout adhere to curative treatment if informed appropriately: Proof-of-concept observational study. *Ann Rheum.* 2013;72:826–30.
21. Pascual E, Sivera F. Why is gout so poorly managed? *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1.269–70.