

Voces de médicos y pacientes

Realidad social y médica de las enfermedades reumáticas***La visión de un médico en formación**

Jessica Suárez Garza**

Las enfermedades reumáticas (musculoesqueléticas o del aparato locomotor) se conocen desde el origen de la especie humana, aunque los hallazgos paleontológicos revelan cambios osteoartrotríticos en esqueletos de especies que precedieron al hombre en millones de años.¹ Estas enfermedades tienen gran efecto en el individuo que las padece y en la sociedad. Las frases usadas con mayor frecuencia son: “es que hay mucho reuma”, “el reuma no tiene cura”, “el reuma no me deja vivir” o “el reuma me dio por lo que llevo trabajando.” Lo anterior refleja la opinión del paciente en relación con los procesos reumáticos. Su percepción negativa, con frecuencia asumida por los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, generan barreras individuales y colectivas para el enfoque correcto y solución de distintas enfermedades.

Dichas frases se vinculan con las características de los procesos reumáticos, como: elevada incidencia, tendencia a la cronicidad, efecto negativo en la calidad de vida y problemas laborales.

Se estima que 30% de la población adulta tiene problemas de artrosis y 20% manifiesta lumbalgia. La prevalencia de artritis reumatoide o espondiloartropatías seronegativas afectan a 1 y 0.3% de la población, respectivamente.² Además, una cuarta parte de la población adulta sufre problemas en las articulaciones, el cuello o la espalda. La prevalencia de síntomas se incrementa marcadamente con la edad. En Canadá se encontró que 16% de la población total y 21% de los adultos padecían problemas de salud, secundarios a

trastornos musculoesqueléticos (espalda, piernas o articulaciones).³

La invalidez ocasionada por estas enfermedades repercute de manera importante en la calidad de vida del paciente, pues disminuye su capacidad funcional y habilidad para realizar funciones sociales y de bienestar. En México es similar el efecto socioeconómico de las enfermedades musculoesqueléticas. De acuerdo con las cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social, las dorsopatías y artrosis son las principales causas de consulta externa en las unidades médicas de primer nivel; representan en forma consistente las dos primeras causas de pensión por invalidez.⁴

UTILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

De acuerdo con su morbilidad, las enfermedades reumáticas generan gran demanda de los servicios de salud, principalmente en consulta externa y en menor proporción en internamientos hospitalarios. En Estados Unidos se estimaron, durante un año, 41.8 millones de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas; requirieron 315 millones de visitas médicas, independientemente de la causa. De estas visitas, 91 millones (2.2 visitas por persona) fueron por causas musculoesqueléticas.⁵

Desde el punto de vista quirúrgico, en 1989 las enfermedades reumáticas registraron 10% de todas las operaciones realizadas en Estados Unidos. El costo total de estas intervenciones, incluidos los gastos de hospitalización y atención médica, fue de 4,000 millones de dólares.⁶ La elevada incidencia, prevalencia y poder incapacitante de las enfermedades musculoesqueléticas resultan en complicaciones para proporcionar atención adecuada a los pacientes, ya que no sólo requieren prestaciones sanitarias, sino intervenciones implicadas en el ámbito de los cuidados sociosanitarios y sociolaborales para mejorar la calidad de vida y reintegración al ámbito social.

* Este ensayo está basado en el presentado a la convocatoria Expansión-Wyeth y que valió a la autora ser nombrada universitaria del año 2006 en la categoría de Medicina.

** Estudiante del sexto año de la carrera Médico Cirujano y Partero, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

COSTOS DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

El elevado uso de prestaciones sanitarias y no sanitarias, generado por las enfermedades musculoesqueléticas, tiene efecto importante en la economía y la sociedad. Los costos pueden ser directos (generados por la enfermedad por sí misma) o indirectos (derivados de la pérdida de productividad).

Costos directos

Los costos directos se relacionan con el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. Pueden ser específicos de la enfermedad (resultado directo del padecimiento) o vinculados con ésta, es decir, consecuencia de la enfermedad primaria o su tratamiento. Los costos directos incluyen pagos de las visitas médicas, exámenes diagnósticos, prescripción de medicamentos, estancia hospitalaria y procedimientos requeridos. Estos gastos pueden costearse únicamente por el paciente o en combinación con su aseguradora, empleadores y agencias gubernamentales locales o nacionales. Los costos directos también implican otros gastos pagados por el paciente, como: transportación, dietas especiales o arreglos del medio ambiente para realizar actividades sencillas de la vida diaria.

En 1991, en Estado Unidos, se realizó un estudio con base en el efecto global de las enfermedades reumáticas. En todos los grupos de edad se reportó un costo total de 149,000 millones de dólares, equivalentes a 2.5% del producto interno bruto de dicho país; casi la mitad de éstos fueron directos. De los costos restantes, 77,000 millones correspondieron a costos indirectos por la pérdida de salarios.⁷

Además del efecto global, las enfermedades reumáticas suponen el menoscabo de los ingresos económicos de cada paciente. Una investigación realizada en enfermos con artritis reumatoide demostró menos del 50% de ingresos económicos durante nueve años. Las mujeres con artritis tuvieron sólo una cuarta parte de los ingresos económicos que las mujeres sin artritis.⁸

Costos indirectos

Resultan de las consecuencias de la enfermedad, como la limitación de las actividades habituales.

Éstos incluyen pérdida del trabajo por ausencia, tratamiento médico, productividad reducida, jubilación prematura y muerte. Todo lo anterior, sin contar las pérdidas producidas por los factores que dificultan a la persona obtener un empleo mejor pagado. Los costos adicionales se relacionan con cuidados personales, mantenimiento del hogar y deficiencias en el cuidado de los hijos. Algunas veces los pacientes requieren cierto tipo de adaptación en sus hogares (grifos, abre latas, duchas, muebles, etc.).

Costos intangibles

Son los costos relacionados con la pérdida de la funcionalidad, aumento del dolor y reducción en la calidad de vida de pacientes y familiares. Éstos implican costos asociados a la pérdida de oportunidades. Los costos intangibles son importantes en las enfermedades musculoesqueléticas; las discapacidades son consecuencia significativa. La trascendencia de estos padecimientos no sólo afecta el factor sociolaboral, sino también las actividades de la vida cotidiana y el estado de los pacientes. Por ejemplo, los pacientes con artritis reumatoide salen menos a comprar, tienen mayor dificultad para entrar o salir del auto u otro medio de transporte, para realizar tareas domésticas, etc. Es larga la lista que puede detallar los impedimentos que se manifiestan en estas enfermedades.

Todos los tipos de artritis, principalmente la artritis reumatoide, se relacionan con alteraciones psicológicas, como la depresión. Éstas repercuten de forma notoria en las actividades de la vida diaria, sobre todo en las de índole social. La tensión psicológica se produce por la impotencia de reconocer que necesita ayuda de terceras personas.

Los costos directos, indirectos o intangibles no sólo afectan económicamente al paciente y sus familiares, pues también existen graves estragos morales y psicológicos al sentirse dependientes y poco capaces: en el consultorio, los pacientes suelen mencionar con enorme tristeza y desesperación que son una "carga" para sus familiares. La magnitud de los costos varían con la edad. En las personas laboralmente activas, los costos indirectos son superiores a los costos directos; en las personas mayores de 65 años de edad, los costos directos son superiores a los indirectos.

FACTORES PSICOSOCIALES

Existen factores psicosociales que influyen en la salud y comportamiento de las personas con enfermedades musculoesqueléticas. El estrés y la depresión son factores importantes que se vinculan con los síntomas y habilidades de los pacientes para contender con su afección.

Estrés

El estrés es cualquier evento que un individuo percibe como amenaza para su bienestar.⁹ Las enfermedades reumáticas, en todas sus variedades, son estresantes porque afectan el bienestar físico y mental de quienes las padecen.

Algunas enfermedades son más graves que otras. La artritis reumatoide implica discapacidad, desfiguración y dolor. En general, existen muchas dificultades para adaptarse a las enfermedades que afectan la imagen corporal y autoimagen de las personas. El diagnóstico de enfermedad crónica afecta a los pacientes, ya que desde ese momento todo será distinto. Su proyecto de vida debe revisarse y a menudo no saben cuál será su curso.

Las enfermedades musculoesqueléticas inducen en el paciente varios procesos interactuantes. Por un lado la inflamación, dolor, pérdida de movimiento articular y deformidad. Éstas producen discapacidad y pérdida de las funciones de la vida diaria; afectan en mayor o menor grado el desplazamiento, cuidado personal, trabajo y otras actividades básicas. A su vez, afectan la independencia económica y las funciones sociales. Por otro lado, cuando aparecen los primeros síntomas, la persona inicia con el proceso de asimilación psicológica de la pérdida de salud y un proceso de duelo anticipado por la amenaza de pérdidas futuras. Estos procesos conllevan a un esfuerzo cognitivo y emocional crónico que resultan en mayor vulnerabilidad psicológica. Desde el punto de vista anímico, en las enfermedades reumáticas ocurren procesos continuos de estrés, adaptación y superación. Estas afecciones, debido a su naturaleza misteriosa e impredecible, generan sentimientos de inseguridad hacia el futuro. El paciente, al no ver mejoría en su enfermedad y en algunos casos tener que soportar retrocesos, pierde el control y piensa que nada ni na-

die será capaz de cambiar su situación, aunque tenga alternativas viables, como nuevos medicamentos. Lo anterior lleva al paciente a perder la confianza en sí mismo, debilitamiento progresivo de auto percepción y bajos niveles de autoestima. En las enfermedades musculoesqueléticas, la depresión influye en la relación entre dolor y deterioro de la función cognitiva. El tratamiento adecuado de la depresión, con fármacos y psicoterapia, tiene efectos positivos porque mejora los síntomas y calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas.

PROPUESTAS

La reumatología es una especialidad relativamente nueva en México; por lo tanto, en la mayor parte de las Facultades de Medicina se imparte a un reducido número de personas. La mayoría de los médicos generales desconocen los más de 200 padecimientos que producen manifestaciones reumáticas, según la clasificación de la *American Association* (actual *American Collage of Rheumatology*) de 1993.

La mayor parte de los padecimientos musculoesqueléticos se diagnostican erróneamente y se tratan en forma *genérica* sólo con antiinflamatorios, independientemente del diagnóstico. Esto ocasiona gran pérdida económica en el país por tratamientos inadecuados, incapacidades, pérdida de días laborales, etc. En la República Mexicana hay alrededor de 475 reumatólogos certificados que resultan insuficientes para satisfacer la demanda educativa, asistencia clínica e investigación, pues se requieren 1 a 3.5 reumatólogos por cada 100,000 habitantes adultos.¹⁰ Si se estima la población adulta de México en 45 millones de habitantes (aproximadamente la mitad de la población total), se requieren cerca de 900 reumatólogos para cubrir esta necesidad. Urgen apoyos adecuados para ofrecer un programa de excelencia y atractivos incentivos para que los nuevos médicos opten por esta especialidad.¹⁰

Los padecimientos de origen reumático tienen una pesada carga económica y moral, no solamente para el paciente y su familia, sino también para la sociedad. La creación de clínicas para la atención temprana de enfermedades reumáticas, en los hospitales públicos de primer y segundo nivel, tendrá buen efecto socioeconómico para este tipo de afecciones. Las ac-

ciones que se proponen para un manejo integral de las enfermedades reumáticas son las siguientes:

1. Desarrollar un programa con diagnóstico temprano de enfermedades reumáticas. Deberán realizarse pláticas que adviertan los síntomas de las enfermedades musculoesqueléticas, posibilidades y ventajas de su identificación.

2. Capacitación especializada del personal de salud (médicos y enfermeras) para proporcionar atención oportuna y retrasar el progreso de la enfermedad.

3. Crear un programa para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas, en el cual se realicen sesiones semanales donde asistan pacientes y familiares. El contenido de dichas pláticas deberá incluir consejos para mejorar la calidad de vida, desde el punto de vista físico y psicológico.

4. Disminuir el costo de las enfermedades reumáticas mediante la correcta inversión de los fondos monetarios (instituciones gubernamentales de salud) destinados a la adquisición de medicamentos específicos para el tratamiento. De esta forma se evitará la prescripción de medicamentos que no causarán mejoría en el paciente y tendrán merma económica social.

Las lesiones de este tipo de enfermedades son extensas, pero las soluciones tempranas son numerosas. Al realizar estas acciones preventivas, los costos

morales, psicológicos, físicos y socioeconómicos generados por las enfermedades reumáticas disminuirán significativamente.

REFERENCIAS

1. Reyes-Gil, Guibert-Todano M, Hernández A. Actualización del impacto de las enfermedades reumáticas sobre la calidad de vida en Cuba (Parte III). *Rev Cub Reumatol* 2000;2:12-13.
2. Wood PHN, Badley EM. Rheumatic disorders. In: Miller DL, Farmer RDT, editors. *Epidemiology of diseases*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1982;pp:333-46.
3. Lee P, Helewa A, Smythe HA, Bombardier C, Goldsmith Ch. Epidemiology of musculoskeletal disorders (complaints) and related disability in Canada. *J Rheumatol* 1985;12:1169-73.
4. Garfias Rojas O, Bohórquez López A, Godínez Rocha A. Perfil epidemiológico de la invalidez. *Rev Med IMSS* 2000;38:101-11.
5. Yelin E, Callahan LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. *National Arthritis Data Work Groups. Arthritis Rheum* 1995;38:351-62.
6. Felts W, Yelin E. The economic impact of the rheumatic diseases in the United States. *J Rheumatol* 1989;16:867-84.
7. Yelin E, Callahan LF. The transition to managed care: implications for the rheumatology community. *Arthritis Care Res* 1995;8(3):129-31.
8. Meenan RF, Yelin EH, Nevitt M, Epstein WV. The impact of chronic disease: a sociomedical profile of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1981;24:544-9.
9. Lazarus RL, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing, 1998.
10. Mintz G. Importancia social y económica de las enfermedades reumáticas. *Reumatología IMSS* 1975;7:9-11.