

Artritis Reumatoide en Contingencias Comunes

Autor: Agustín Martínez Alhambra
Médico de Contingencias Comunes
ASEPEYO CA de Murcia

Correspondencia:
Agustín Martínez Alhambra
Av. Juan de Borbón 16
30008 Murcia
Tel. 968271516

Resumen

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica autoinmune frecuente con frecuencia muy invalidante y con enorme coste social

El objetivo de este trabajo es hacer un estudio de la enfermedad y su situación actual, con énfasis en sus aspectos laborales, económicos y sociales. Para ello se realiza una introducción de la patología, una breve revisión bibliográfica que pone de manifiesto la escasez de trabajos que traten esta enfermedad desde los puntos de vista citados y por último se estudia la distribución en la población de trabajadores afiliados en la Mutua ASEPEYO que causaron IT durante los años 2006-2007. Se realiza un estudio estadístico de los 88 casos obtenidos para conocer la distribución geográfica, sexo, edad, puesto de trabajo, afectación más frecuente y repercusión laboral. Como conclusiones destacan que la provincia con mayor incidencia es Madrid, sexo femenino, edad de 50 a 60 años, la distribución por profesiones es bastante uniforme, la articulación más afectada fue la mano y al final del estudio a un 15% se les había reconocido una incapacidad permanente.

Índice

| | |
|---|---------|
| Artritis Reumatoide. La enfermedad..... | Pag. 3 |
| La incapacidad en Artritis Reumatoide..... | Pag. 15 |
| Estudios sobre efectos económicos de la AR en países de nuestro entorno..... | Pag. 17 |
| Estudio estadístico de los casos de IT informados como Artritis Reumatoide en ASEPEYO..... | Pag. 19 |
| Bibliografía..... | Pag. 22 |

ARTRITIS REUMATOIDE. LA ENFERMEDAD

Concepto. La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, predominantemente articular, que afecta sobre todo las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies, de forma simétrica. El curso es variable.

Frecuencia. La artritis reumatoide afecta alrededor del 1% de la población. Puede presentarse a cualquier edad, aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años. Predomina en la mujer en una proporción de 3:1 en relación con el varón.

Etiopatogenia. Se considera que la enfermedad reumatoide es el resultado de la acción de un antígeno en un individuo que tiene una base genética adecuada. La naturaleza del factor desencadenante es desconocida; podría tratarse de un antígeno exógeno o de un autoantígeno.

Período de comienzo. En la forma de comienzo más frecuente, ya desde las primeras semanas, la artritis afecta varias articulaciones de manera simultánea o aditiva, preferentemente las de las muñecas, las manos, los pies y las rodillas, con tendencia a la simetría y evolución lentamente progresiva. En otros casos la enfermedad empieza siendo biarticular y simétrica o monoarticular, de forma que la artritis permanece aislada en una sola articulación (rodilla, muñeca, hombro) durante semanas, meses o más de un año antes de que se generalice. Otras posibles formas de comienzo son la tendosinovitis, en especial de los flexores de los dedos – que puede causar un síndrome del túnel carpiano– la localización en articulaciones de una sola extremidad o en las grandes articulaciones proximales, el reumatismo palindrómico, las poliartralgias sin hinchazón articular evidente, las manifestaciones viscerales como pleuritis o pericarditis y los nódulos subcutáneos.

Período de estado. El período de estado se caracteriza por la plena afirmación de todos los caracteres clínicos y radiológicos típicos de la

enfermedad. Clínicamente, la sinovitis se manifiesta por dolor, tumefacción y disminución de la movilidad articular. El dolor varía desde una pequeña molestia hasta un dolor intenso y persistente. Se exacerba con la presión y la movilización. La tumefacción articular se desarrolla a expensas de la inflamación de las partes blandas y por la presencia de líquido intraarticular. Hay aumento de calor local pero no enrojecimiento. La movilidad articular está disminuida, en parte por el dolor y en parte por la tensión intraarticular. La rigidez articular después de la inactividad es otro síntoma muy frecuente. Es característica la rigidez matutina, sensación de entumecimiento de las manos que se nota al despertarse por la mañana y que puede durar más de una hora. Al cabo de algunos meses de evolución se aprecia atrofia en los músculos próximos a las articulaciones afectas, como los interóseos en la artritis de la mano y muñecas o el cuádriceps en la artritis de rodilla o cadera. Las muñecas se afectan en casi todos los casos; también es casi constante la afección de las articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales de las manos, metatarsofalángicas y rodillas; siguen por su frecuencia los tobillos, los hombros, los codos, las caderas, las temporomandibulares, las esternoclaviculares y las acromioclaviculares. Hay que destacar la escasa frecuencia de la afectación de las interfalángicas distales de las manos y de las interfalángicas de los dedos de los pies, excepto la del primer dedo. Otra característica fundamental es la simetría casi constante en las muñecas y las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies, aunque se afecten dedos o articulaciones en diferente situación. No es raro que en las caderas y rodillas la artritis sea unilateral.

Período de secuelas. Las deformaciones articulares son consecuencia de la destrucción del cartílago y del hueso, de la hiperlaxitud o de la retracción de las formaciones capsuloligamentarias, de alteraciones tendinosas y de contractura o atrofia muscular. Las deformaciones más características en la mano son:

- a) desviación cubital de los dedos, a menudo con subluxación palmar de las falanges proximales;
- b) hiperextensión de las interfalángicas proximales, con flexión compensadora de las interfalángicas distales (deformación en cuello de cisne);

c) flexión de la interfalángica proximal y extensión de la distal (deformidad en *boutonnière* o en ojal),

d) en el primer dedo, hiperextensión de la interfalángica y flexión de la metacarpofalángica. Las muñecas tienden a colocarse en flexión, con lo cual disminuye la capacidad de prensión, los codos en semiflexión y los hombros en aducción. En el pie la deformación más característica consiste en el hundimiento del antepié, ensanchamiento del metatarso, *hallux valgus*, subluxación plantar de la cabeza de los metatarsianos, dedos en martillo y con desviación lateral, de manera que a veces el primero se sitúa por encima o por debajo del segundo. En la rodilla, la deformación más frecuente es la actitud en flexión. En las grandes destrucciones puede haber actitud en varo o en valgo e inestabilidad lateral. En la cadera puede haber una actitud fija en flexión y rotación externa que es muy invalidante. La afectación de las articulaciones temporomandibulares puede limitar la abertura de la boca. La columna cervical es el único segmento vertebral que se afecta en la artritis reumatoide. La sinovitis y la espondilitis son las alteraciones básicas que producen destrucciones en las articulaciones, en los huesos y en los ligamentos, a cualquier nivel. La evidencia radiográfica de subluxación atlantoaxoidea anterior, provocada por la rotura o laxitud del ligamento transversal del atlas, debida a la inflamación reumatoide de la bolsa serosa situada entre el ligamento y la apófisis odontoides, es frecuente en casos de larga duración y enfermedad periférica grave; también pueden producirse subluxaciones en los planos vertical, lateral y rotacional, que son debidas a la destrucción de las articulaciones atlantoaxoideas y occipitoatloideas. También son frecuentes las subluxaciones a otros niveles, la artritis interapofisaria y la espondilitis. Todas estas alteraciones pueden ser asintomáticas, pero es frecuente que se manifiesten por dolor cervical y limitación de la movilidad. Las manifestaciones neurológicas son poco frecuentes, aunque en algún caso son graves, sobre todo la mielopatía, y pueden ser causa de muerte. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son de gran ayuda para determinar con precisión la alteración anatómica.

Manifestaciones extrarticulares. La astenia y la anorexia son frecuentes. Se comprueba fiebre en casos de comienzo agudo y cuando existen

manifestaciones extrarticulares, como vasculitis necrosante o serositis. Si hay fiebre y no se dan estas circunstancias, hay que pensar en la supresión brusca de glucocorticoides o en una complicación infecciosa. La artritis reumatoide es una enfermedad predominantemente articular, pero en cualquier momento de su evolución pueden aparecer manifestaciones extrarticulares.

Nódulos reumatoides. Se hallan en alrededor del 20% de los enfermos, casi exclusivamente en los seropositivos. Se localizan en el tejido subcutáneo, el olécranon, la superficie dorsal de los dedos, la rodilla, la cara anterior de la tibia, las zonas de roce del tobillo y del dorso del pie y los tendones y sus vainas. En los enfermos encamados pueden aparecer en las prominencias de la espalda, del occipucio, del sacro y de las nalgas. Surgen de forma insidiosa y alcanzan un tamaño variable; los más voluminosos pueden tener varios centímetros de diámetro. El tamaño puede variar en el curso de la enfermedad. Los nódulos pueden desaparecer espontáneamente o con el tratamiento. Su consistencia es firme; pueden ser móviles sobre planos profundos o estar adheridos al periostio o a los tendones. Son indoloros, pero cuando están en una zona sometida a presión o traumatismo continuado, como en la planta de los pies, pueden ser dolorosos y es necesario escindirlos.

Vasculitis. En la artritis reumatoide pueden aparecer diversos tipos de vasculitis. La variedad de mayor trascendencia es la *vasculitis necrosante*.

Manifestaciones pleuropulmonares. Son raras y se observan sobre todo en los varones. Incluyen pleuritis, fibrosis intersticial, bronquiolitis obliterante, nódulos pleuropulmonares e hipertensión pulmonar.

Alteraciones cardíacas. En las autopsias las alteraciones cardíacas (serositis, nódulos, vasculitis, depósito de amiloide, aterosclerosis) son frecuentes, pero sólo una pequeña proporción causa manifestaciones clínicas. nódulo auriculoventricular o al fascículo de His.

Manifestaciones neurológicas. Pueden tener tres orígenes:

- a) polineuropatía o mononeuritis múltiple relacionada con la vasculitis;
- b) compresión de nervios periféricos que están situados cerca de una sinovial engrosada,
- c) manifestaciones derivadas de las alteraciones cervicales.

Bursitis. La bursitis reumatoide más frecuente es la retroolecraneana, a veces con nódulos reumatoides en su interior. Un caso particular lo constituye el denominado *quiste de Baker*.

Tendosinovitis. Acompaña a menudo a la artritis, es muy frecuente en la mano y muñeca, y provoca dolor, tumefacción y alteración funcional. En la artritis reumatoide existe *osteoporosis generalizada*, quizá favorecida por la escasa actividad física.

Nefropatía. La afectación renal en el curso de la artritis reumatoide es frecuente. Por lo común se relaciona con amiloidosis, glomerulonefritis membranosa asociada a *d*-penicilamina y sales de oro, intoxicación por fenacetina y otros analgésicos, acción de los antiinflamatorios no esteroides (AINE) o disfunción tubular propia del síndrome de Sjögren

Pruebas de laboratorio. La mayoría de los sueros de enfermos con artritis reumatoide contienen anticuerpos dirigidos contra determinantes antigénicos Fc de las moléculas de IgG; son los denominados *factores reumatoides*. Hay factores reumatoides entre la IgM, la IgG y la IgA. El factor reumatoide IgM se ha medido tradicionalmente por las pruebas clásicas de Waaler-Rose y del látex, pero en la actualidad se va imponiendo la técnica de la nefelometría automatizada. En la población sana el factor reumatoide es positivo en el 5% de los individuos, y por encima de los 65 años en alrededor del 20%. En la artritis reumatoide es positivo entre el 60 y 70% de los enfermos. Existen casos falsamente seronegativos, dado que estas pruebas no detectan los factores reumatoides IgG e IgA. El factor reumatoide no es específico de la artritis reumatoide; se halla también en las enfermedades sistémicas o del colágeno y en el síndrome de Sjögren y, con menos frecuencia, en las hepatopatías crónicas, en la endocarditis bacteriana subaguda, en familiares de enfermos con artritis reumatoide, en la fibrosis intersticial pulmonar y, más raras veces, en la sarcoidosis, infecciones bacterianas crónicas y parasitarias, enfermedad de Waldenström, mieloma, leucemias, crioglobulinemia mixta, púrpura hipergammaglobulinémica y tumores malignos. En clínica la presencia o la ausencia del factor reumatoide permite dividir la artritis reumatoide en dos grupos, las seropositivas y las seronegativas. Globalmente, las seronegativas tienen mejor pronóstico. Los casos con nódulos, vasculitis,

síndrome de Felty y otras manifestaciones extrarticulares son casi siempre seropositivos.

En el 15-40% de los casos se hallan anticuerpos antinucleares, generalmente a títulos bajos, con patrón homogéneo. No se hallan anticuerpos anti-DNA. La tasa de complemento sérico total suele ser normal; sólo en casos graves, seropositivos, con serositis o vasculitis, puede estar disminuida. La VSG está acelerada y la proteína C reactiva es positiva en casi todos los enfermos. Es habitual hallar anemia normocítica y normocrómica que guarda relación con el grado de actividad. En general la tasa de hemoglobina no es inferior a 90 g/L. Se trata de una anemia por enfermedad crónica, refractaria al tratamiento con hierro. Ante anemias más intensas hay que descartar hemorragias digestivas, generalmente yatrógenas, las cuales sí responden al tratamiento con hierro. En una tercera parte de los enfermos con artritis reumatoide la cantidad de plaquetas es superior a las cifras consideradas normales. En fases de agudización puede haber leucocitosis y en casos de complicaciones viscerales la leucopenia puede estar relacionada. El líquido sinovial es de tipo inflamatorio: opaco, poco viscoso, con un número total de células superior a 3109/L y un porcentaje de polimorfonucleares superior a 50.

Radiología. Durante largo tiempo, la imagen radiológica de la articulación puede ser normal. Se ha afirmado que en la mayoría de los casos hay alteraciones radiológicas entre los primeros 3 y 6 meses, pero los signos inequívocos aparecen por lo común más tarde. La hipertrofia de la sinovial, el edema periarticular y la distensión de la cápsula determinan un aumento de la densidad y tamaño de los tejidos blandos periarticulares. La desmineralización epifisaria, cuando alcanza cierto grado de intensidad, se manifiesta por hipertransparencia de los extremos óseos. La destrucción del cartílago hialino reduce la amplitud de la interlínea articular. La penetración del *pannus* inflamatorio en el borde de la superficie articular del hueso se traduce radiológicamente por la desaparición de la línea de la cortical y después por una muesca o erosión marginal. Si el cartílago articular se destruye, pueden desarrollarse erosiones por compresión en la superficie articular como consecuencia de la acción de la fuerza muscular sobre el hueso desmineralizado. Por su situación, una erosión puede manifestarse

como una imagen quística, es decir, como una pérdida de sustancia esponjosa, de bordes bien delimitados, con integridad de la línea de la cortical. La evolución de las lesiones destruye progresivamente las epífisis, dando imágenes radiológicas osteolíticas de forma y tamaño muy variables. La destrucción de los extremos óseos y la insuficiencia del soporte capsuloligamentario ocasiona deformidades, actitudes viciosas, luxaciones y subluxaciones, muy visibles en las radiografías; en fases avanzadas se puede añadir ligera esclerosis subcondral y osteofitosis en las articulaciones que soportan peso o bien anquilosis ósea. Los lugares de elección de las alteraciones radiológicas en la artritis reumatoide son las muñecas, las articulaciones metacarpofalángicas, metacarpofalángicas, las interfalángicas proximales de las manos y las metatarsfalángicas. Por consiguiente, cuando se sospecha esta enfermedad es obligado practicar, como mínimo, una radiografía de manos en proyección palmaplaca y una radiografía de pies en proyección plantaplaca.

Evolución y pronóstico. La actividad inflamatoria de la artritis reumatoide puede evolucionar con exacerbaciones y remisiones, generalmente parciales. Con el paso de los años tiende a estabilizarse. En un enfermo concreto no es posible hacer un pronóstico, pero la artritis reumatoide, en general, es más grave cuando hay manifestaciones extrarticulares, factor reumatoide positivo y erosiones articulares tempranas. El comienzo agudo con fiebre y las remisiones periódicas implican un mejor pronóstico. En algunos enfermos la artritis reumatoide remite; ello suele suceder en el curso del primer año. Durante el embarazo se observa una remisión, a veces total, de la actividad. La mejoría se inicia ya en el primer trimestre, pero el efecto es más evidente en el tercero. Después del parto se produce una recaída, a veces brusca, variando el plazo desde algunos días hasta varios meses. Es frecuente, por otra parte, que la enfermedad se inicie poco tiempo después de un parto. Se ha reconocido un subgrupo de pacientes entre los que la enfermedad se inicia después de los 60 años, que se caracterizan por cifras muy altas de VSG, por un comienzo similar al de la polimialgia reumática, con buena evolución y respuesta espectacular a los glucocorticoides; el factor reumatoide suele ser negativo pero se asocia fuertemente al HLADR4. Aunque los enfermos con artritis reumatoide

pueden llegar a una edad avanzada, en conjunto la esperanza de vida se acorta en comparación con la población.

Diagnóstico. Con la finalidad de dar uniformidad a los estudios que se realizan en esta enfermedad, se han establecido criterios de diagnóstico, siendo los más aceptados los del *American College of Rheumatology*, revisados en 1988, que son los siguientes:

- a) rigidez matutina articular de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima;
- b) artritis de tres o más áreas articulares; al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (no sólo crecimiento óseo) observados por un médico; las 14 posibles áreas articulares son las interfalángicas proximales, las metacarpofalángicas, las muñecas, los codos, las rodillas, los tobillos y las metatarsofalángicas;
- c) artritis de las articulaciones de las manos, manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñeca, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales;
- d) artritis simétrica, con afectación simultánea de las mismas áreas articulares (como se exige en *b*) en ambos lados del cuerpo (se acepta la afectación bilateral de interfalángicas proximales, metacarpofalángicas o metatarsofalángicas aunque la simetría no sea absoluta);
- e) nódulos reumatoides, subcutáneos, sobre prominencias óseas o en superficies extensoras o en regiones yuxtarticulares, observados por un médico;
- f) demostración de cantidades anormales de "factor reumatoide" sérico por cualquier método, que sea positivo en menos del 5% de los controles normales,
- g) alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías posteroanteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a las articulaciones afectas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio).

Se afirma que un enfermo tiene una artritis reumatoide si satisface al menos cuatro de los siete criterios. Los criterios *a* a *d* deben estar presentes

al menos durante 6 semanas. No se excluyen los enfermos con dos diagnósticos clínicos.

Tratamiento

Se le debe informar que el pronóstico no es necesariamente malo, pero tampoco se le debe ocultar la posibilidad de secuelas invalidantes, que en algunos casos pueden ser muy importantes. Debe quedar bien patente que el objetivo no es la curación de la enfermedad, sino la disminución del dolor, la mejoría de la función y la prevención de secuelas. Es conveniente que el enfermo aumente su tiempo de descanso. El reposo articular disminuye la intensidad de la artritis. Por otra parte, el reposo prolongado puede facilitar la rigidez. Lo ideal es alternar reposo y ejercicio. El reposo absoluto en cama, que no debe ser prolongado, sólo está indicado en las fases agudas de la enfermedad, y cuando hay una gran alteración del estado general.

Antiinflamatorios no esteroideos. Los AINE ejercen parte de su acción antiinflamatoria inhibiendo la ciclooxigenasa y, con ello, la síntesis de prostaglandinas. El efecto antiinflamatorio es rápido y puede apreciarse ya en el primer día, pero alcanza su máximo en el curso de los 7-14 días que siguen al inicio de su administración y desaparece rápidamente al suspender el tratamiento. Los AINE no interfieren en la evolución de la enfermedad a largo plazo. En la artritis reumatoide activa la administración de un AINE es una medida necesaria en casi todos los casos para conseguir un alivio rápido del dolor, disminuir la inflamación y mejorar la calidad de vida. La doctrina clásica según la cual el ácido acetilsalicílico es el AINE de preferencia debe revisarse. La dosis necesaria para que el ácido acetilsalicílico actúe como antiinflamatorio es de 4-5 g/día, con lo cual las acciones secundarias son frecuentes y pueden ser graves.

En la actualidad, la indometacina se considera uno de los AINE de preferencia en la artritis reumatoide. Las acciones adversas no son superiores a las de los salicilatos y su eficacia está bien demostrada. Una pauta que es útil en la mayoría de los casos es la administración de un supositorio de 100 o 50 mg cada noche, con lo cual disminuye la rigidez

matutina, pudiendo añadirse una o dos cápsulas de 25 mg durante el día, según las necesidades del enfermo. En caso de ineficacia o intolerancia a la indometacina, puede utilizarse cualquiera de los demás AINE.

La inhibición de la síntesis de las prostaglandinas puede anular el efecto citoprotector de éstas sobre la mucosa gástrica. Las lesiones gástricas detectadas por gastroscopia pueden ser de distinta intensidad, desde el eritema simple de la mucosa, pasando por erosiones superficiales difusas, con microhemorragia o sin ella, hasta verdaderas úlceras. La gastropatía por AINE se manifiesta clínicamente por dispepsia, dolor o quemazón epigástricos, náuseas y vómitos. Menos frecuentes son la hemorragia masiva y la perforación. No hay correlación entre la intolerancia subjetiva y los signos endoscópicos. Los AINE pueden provocar insuficiencia renal en casos de insuficiencia cardíaca o hepática con ascitis, en el síndrome nefrótico y en enfermos que reciben triamtireno. Se han descrito alteraciones cutáneas, reacciones de hipersensibilidad y complicaciones hemáticas, entre otras. La inhibición de la ciclooxigenasa plaquetaria disminuye la agregación plaquetaria.

Fármacos de segunda línea. Con estos fármacos, denominados también antirreumáticos de acción lenta o fármacos que inducen remisión, se pretende frenar la progresión de la enfermedad. En España se dispone de las sales de oro, la d-penicilamina, la cloroquina, la sulfasalazina y el metotrexato. Sus efectos beneficiosos no suelen apreciarse hasta pasados, por lo menos, unos 3 meses, excepto con el metotrexato, que tiene una acción más rápida. A corto plazo todos ellos pueden provocar una remisión, generalmente parcial, de la enfermedad en alrededor del 60% de los casos, pero es dudoso que a largo plazo influyan sobre la evolución de la enfermedad. El riesgo de acciones tóxicas, potencialmente graves, exige un control riguroso.

El *auriotalato sódico* es una sal de oro que se administra por vía parenteral.

El *metotrexato*, en dosis pequeñas, se ha impuesto como fármaco de segunda línea. Se administra en una dosis semanal de 7,5-15 mg (cada comprimido contiene 2,5 mg). A diferencia de los otros fármacos, la respuesta se aprecia habitualmente en el curso del primero o segundo mes

de tratamiento. Se observa mejoría con gran frecuencia, pero la remisión total es excepcional. Con la dosis recomendada, las acciones adversas inmediatas son raras y poco importantes, aunque se recomienda efectuar controles mensuales del hemograma y de las pruebas de función hepática. Existe el temor de que provoque una hepatopatía crónica a largo plazo, pero, hasta ahora, en los controles biópsicos se ha hallado fibrosis hepática valorable sólo en una pequeña proporción de los casos. Si se tiene en cuenta que también es frecuente la fibrosis hepática en la artritis reumatoide no tratada con metotrexato, la responsabilidad de este último es dudosa. Se ha comprobado que los suplementos de ácido fólico disminuyen la toxicidad sin afectar su eficacia. La elevación de las transaminasas y de la fosfatasa alcalina sérica es frecuente, pero a menudo transitoria, y no es un buen indicador de la existencia de fibrosis. La neumonitis aguda por hipersensibilidad es una complicación rara pero grave; en algunos casos ha sido mortal a pesar del tratamiento con glucocorticoides; los síntomas iniciales, como tos, disnea o fiebre, parecen triviales y no alertan al médico ni al paciente.

Clasificación de la artritis crónica juvenil según el *American College of Rheumatology*

Comienzo sistémico

Comienzo poliarticular

Factor reumatoide IgM positivo

Factor reumatoide IgM negativo

Comienzo oligoarticular

Asociado a uveítis crónica, con anticuerpos antinucleares positivos

Asociado a HLA-B27. Factor reumatoide IgM positivo

INCAPACIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE

Concepto de incapacidad: *“la imposibilidad para realizar una actividad o tarea determinada, como consecuencia de un menoscabo”*.

Enfermedad en sentido amplio es cualquier proceso patológico que disminuya la salud de una persona, ya sea de manera temporal definitiva o progresiva.

Menoscabo es una desviación de la normalidad en una parte del cuerpo, órgano, sistema o en su funcionamiento. La enfermedad o lesión provoca alteración, disminución o pérdida de una función o estructura anatómica.

Dichas incapacidades pueden ser:

Incapacidad transitoria

Es aquella situación en la que un trabajador, por enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para su trabajo y además recibe asistencia sanitaria del Sistema Público de Salud. Incapacitan temporalmente para el trabajo habitual pero permiten la reincorporación del paciente al mejorar los síntomas o curar el proceso.

Incapacidad permanente

Enfermedades que por su intensidad, gravedad o porque específicamente contraindican una determinada actividad laboral, causan una alteración definitiva que conlleva la imposibilidad del trabajador de ejercer funciones bien de su puesto de trabajo habitual o incluso de cualquier otra actividad laboral.

La legislación actual (LGSS 1/94) contempla 4 grados fundamentales de invalidez

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: el paciente presenta un menoscabo mayor al 33% de las funciones a realizar en su puesto de trabajo, sin limitación de las tareas básicas. En la Artritis reumatoide es determinada en buena medida por el grado de la afectación de manos y muñecas, por ejemplo en administrativas y otras personas que manejan teclados. Sin embargo, la patología que nos ocupa es siempre derivada de contingencia común y es muy poco frecuente que se conceda una IPP en estos casos

Incapacidad permanente total para la profesión habitual: Enfermo que está inhabilitado para las tareas fundamentales de su profesión habitual pero puede seguir trabajando en otras ocupaciones distintas. Podría ser el caso de una afectación de rodillas que impidiera la bipedestación pero permitiera trabajar sentado en otras ocupaciones.

Incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo: Patología que ocasiona imposibilidad para trabajar en cualquier actividad laboral. Por ejemplo, los casos más avanzados de deformidad en manos y muñecas, articulaciones básicas para realizar casi cualquier actividad laboral con la eficacia debida.

Gran invalidez: precisa asistencia de una tercera persona en las actividades básicas de la vida cotidiana, lo que incluye incapacidad para toda actividad laboral

Lesiones permanentes no invalidantes: Sólo aplicables para las contingencias profesionales. Pueden reconocerse secuelas definitivas que permiten realizar las tareas fundamentales de la profesión, no produciendo una limitación mayor del 33%. Se indemnizan mediante una cantidad económica según baremo. Al ser exclusivas de la contingencia profesional no son de aplicación en la AR

ESTUDIOS SOBRE EFECTOS ECONÓMICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO.

Es sorprendente la escasa profundidad con la que se han estudiado los efectos económicos de la Artritis Reumatoide, especialmente en la Unión Europea.

Citaremos sólo los estudios más relevantes al respecto, obtenidos mediante búsqueda automatizada en www.pubmed.gov

En Kansas, USA. Wolfe et al. estudiaron las pérdidas de ingresos de 6.649 pacientes con AR y encontraron que el 27'9 % de los pacientes de 65 años o menos se consideraban a sí mismos discapacitados después de 14'6 años de padecer la enfermedad de los cuales un 8'8 % recibían subsidios por este motivo. Las pérdidas anuales de ingresos se situaron entre 2.319 y 3.407 \$. Añadiendo los gastos por pérdidas de productividad, el impacto total de la AR se calcula en 6.287 \$, un 11'8%.

En Hannover, Alemania, Ruof et al. estudiaron los costes directos de 338 pacientes con AR durante 1 año que sumaron 3.815 €. Además, 98 pacientes se retiraron anticipadamente de su trabajo lo que supuso un coste de 8358 € por paciente año. Otros 96 precisaron incapacidad temporal con un coste de 2.835 €

En Berlín, Alemania, Westhoff et al. se limitaron a estudiar el coste directo de la AR soportado por el paciente. En un grupo de 869 enfermos de AR, encontraron un gasto total por paciente de 628 € lo que supone un 2% de los gastos médicos anuales en Alemania

En Jalisco, México, Alvarez Nemegyei et al estudiaron la prevalencia y el impacto funcional de las enfermedades musculoesqueléticas, de un grupo de 761 pacientes con dolor, de los cuales 156 tenían una enfermedad reumatológica diagnosticada, el 4'7 % con AR. Del total de pacientes con

dolor el 18'9 % se consideraban a sí mismos con incapacidad laboral, total en un 8'5 % y parcial en un 10'4 %

Domínguez, A realiza una revisión de la bibliografía y un estudio clínico con 150 pacientes en Galicia, básicamente dirigido a valorar el posible ahorro económico mediante el tratamiento con nuevos fármacos de tipo anti TNF (factor de necrosis tumoral) alfa y FARAL (fármacos de acción lenta) como el metotrexate. Afirma que el coste global de la AR está entre 3000 y 7000 € por paciente, si bien según un trabajo del hospital Clínico de Madrid que él mismo cita podría alcanzar los 10700 € por paciente. En toda España supondrían 2.250 millones €.

Navarro Sarabia y su equipo realizan un estudio multicéntrico más exhaustivo, especificando que el 25% de los pacientes tienen un coste superior a los 7200 € anuales y extrapolando el dato a la población española estiman 200.000 pacientes de AR con un coste anual de 1120 millones €. Concluyen que el gasto más importante es el derivado de la invalidez

ESTUDIO ESTADÍSTICO DE LOS CASOS DE IT INFORMADOS COMO ARTRITIS REUMATOIDE EN ASEPEYO

Objetivo:

Recopilación y estudio comparativo de la distribución, incidencia e impacto económico de la Artritis Reumatoide (AR) en una población de trabajadores afiliados a la Mutua ASEPEYO y que causaron IT por ese motivo o similar en el periodo 1 de Enero de 2006 a 1 de Abril de 2007

Material y método:

Se obtuvo un listado con el programa Qinfo de todos los casos que habían causado IT en cuyo diagnóstico se incluía la cadena "reuma" En este listado figuraban 220 casos que se investigaron de modo personalizado mediante el programa informático "Chamán" base de datos médicos disponible en la Intranet de ASEPEYO. Se depuraron los diagnósticos y se consideró confirmado el diagnóstico de AR en 88 pacientes. En ellos se han considerado variables como la provincia de residencia, la edad, sexo, puesto de trabajo, los días de IT, la realización o no de propuestas de alta o invalidez, las articulaciones afectadas mencionadas en 1º y 2º lugar y la situación del paciente a 1 de Julio de 2007.

Procedimiento:

Se crea un libro de Excel con los datos recogidos y se crean varias hojas de cálculo para ordenar los datos en función del parámetro escogido. Se obtienen gráficos a partir de dichos datos. Se expresan en una presentación de Powerpoint

Resultados:

Podemos observar una distribución territorial bastante dispersa teniendo en cuenta el número de trabajadores en cada provincia. Destacan Madrid con 20 casos y Barcelona con 10. No hay casos historiadados en Zamora, Lugo, Soria, Burgos, Guipúzcoa, Teruel, Cáceres, Ávila, Cuenca, Sevilla y Jaén.

En cuanto a la edad, llama la atención la concentración de casos en la década de los 50 años con 33 pacientes. En cambio entre 20 y 30 años sólo vemos 3 casos. Hay que tener en cuenta que son muy pocos los trabajadores en activo a partir de los 65 años, por lo que esta serie sólo incluye casos hasta los 66 años

El sexo es mayoritariamente femenino, con 58 mujeres y 31 hombres, diferencia aún mayor si consideramos que en la población trabajadora hay un predominio de los hombres. Este dato es coincidente con todos los estudios publicados

Están representados casi todos los tipos de trabajo, tanto de esfuerzo como sedentarios, pero es patente la alta incidencia de las limpiadoras y de dependientes, ambos con 13 casos. Aquí puede haber un sesgo por el alto número de trabajadores de El Corte Inglés, que constituyen una población por sí mismos.

En cuanto a los días de IT el dato es matemático y concluyente, sólo 18 pacientes han estado menos de 100 días en baja, el resto los superan, siendo 33 los que están o han sumado más de 1 año de IT. Cabe señalar que en un alto porcentaje de estos pacientes se ha comprobado una IT anterior, en 2003, 2004 o 2005, a menudo de más de 300 días. En varios pacientes se han acumulado los períodos de IT con episodios anteriores por no haber transcurrido más de 180 días entre ellos, de ahí los casos de más de 500 días

El diagnóstico naturalmente es de AR si bien de ellos hay 2 que son Enfermedad de Still y alguna artritis no filiada pero sugestiva de AR. Se

especifican las serologías cuando así constan en Chamán y diagnósticos asociados o secundarios, sobre todo cuando pueden influir en la IT.

En cuanto a las propuestas creo que destaca la elevada presentación de PIP con 30 casos, probablemente debido a que estamos ante un contexto de enfermedad crónica evolucionada que es realmente invalidante, en particular por la afectación de las manos. Prueba de ello es que 10 de ellas se habían resuelto ya como IP. En cambio las propuestas de alta son sólo 21, si bien tuvieron éxito en 16 casos

En 50 casos la articulación citada en primer lugar como patológica es mano-muñeca, aunque cabe señalar que se citó antes o después en casi todos los casos. Rodilla, cuello, tobillos y pies son citados en 5 casos cada uno, aunque la rodilla fue la articulación más citada en 2º lugar

En cuanto a la situación final a 1 de Julio de 2007, 35 pacientes todavía continuaban en IT, en 12 casos se resolvió una IP y 39 casos se encontraban en alta laboral

Conclusiones:

Los resultados obtenidos corroboran los datos previos de prevalencia, distribución por edades, sexo e incapacidad laboral, si cabe con mayor énfasis.

La primera conclusión es que se trata de una enfermedad real, no difícil de diagnosticar y que causa un enorme impacto económico tanto por los costes directos ya que precisan control sanitario y medicación de por vida, como por el absentismo e incapacidades causadas, llegando en algunos casos al drama personal de personas jóvenes con una limitación grave no ya para su trabajo sino para su propia vida privada.

Los 88 casos estudiados suman un total de 25821 días de IT que multiplicados por 33 € habitual de base reguladora diaria suponen 852093 € de coste sólo por IT en los 18 meses que abarca el estudio

En cuanto a medidas prácticas cabe recomendar que se estudien estos casos precozmente mediante un análisis con serología reumática y alguna

RX simple a fin de delimitar las auténticas AR, aunque en la mayor parte de los casos ya están diagnosticados por el SPS y en control por reumatólogo en un alto porcentaje de ellos. A continuación cabe esperar algunas semanas por si se trata de un brote leve o responde bien al tratamiento y puede ser alta. De lo contrario, habrá que valorar muy seriamente la presentación de una propuesta de Incapacidad, opción válida para estos enfermos, que además están soportando un elevado gasto farmacéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Farreras, Rozman. Medicina Interna. 13ª ed. En CD-Rom Barcelona Ed. Doyma 1996

Curso de Iniciación en Artritis Reumatoide en Atención Primaria CD Rom. Schering Plough

Manual Merck de Medicina 10ª ed. 1999. Ed. Harcourt

Carmona L. et al. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1040-1045

Alvarez Nemegeyi, J. et al. Rheumatic diseases and labor disability in adult rural population. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005 Jul-Aug; 43(4):287-92

Wolfe, F. et al. Household income and earnings losses among 6396 persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2005, Oct;32(10):1975-83

Ruof J. et al. Cost of rheumatoid arthritis in Germany: a micro-costing approach based on healthcare payer's data sources. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:544-550

Westhoff, G et al. Out-of-pocket medical spending for care in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol.* 2004 Oct;63(5):414-24

Domínguez, A. Costes asociados a la artritis reumatoide. *Economía de la Salud.* 2005. Sep-Oct, 212-217

Navarro Sarabia F et al. Costes calidad de vida-artritis reumatoide. Estudio económico y de la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en España. Resultados preliminares. *Rev. Esp Reumatol* 2004; 31(4):184-9

Colección de imágenes <http://www.reumatologiahvh.org/nueva/galeria>

TABLA CASOS INFORMADOS COMO AR EN ASEPEYO EN 2006 Y ENERO-MAYO 2007

| Provincia | Edad | Sexo | Trabajo | Días | | Propuestas | Articulación | Resultado |
|------------|------|------|----------------|------|-------------------|------------|----------------|-----------|
| | | | | IT | Diagnóstico | | | |
| Albacete | 39 | F | Limpiadora | 310 | AR sero - | PIP | Cuello | IP |
| Alicante | 51 | F | Dependiente | 252 | AR, psoriasis | PIP | Múltiple | IT |
| Alicante | 52 | M | Mecanico | 443 | Artritis gotosa | | Mano y pie | IT |
| Almería | 25 | M | Dependiente | 328 | Still | | Tobillo | A |
| Almería | 45 | M | Gerente | 292 | Artritis | | Cuello | A |
| Almería | 58 | M | Albañil | 20 | Poliartritis | PA | Mano | A |
| Asturias | 50 | M | Albañil | 513 | AR | PIP | Mano Rodilla | IT |
| Badajoz | 29 | F | Dependiente | 313 | AR | | Mano Pie | IT |
| Baleares | 32 | F | Lingüista | 45 | Still | | Mano cadera | A |
| Baleares | 59 | M | Repartidor | 53 | AR | PA | Pie rodilla | A |
| Barcelona | 22 | F | Frutera | 702 | AR | PIP | Rodillas | IT |
| Barcelona | 36 | F | Dependiente | 190 | AR | | Manos | A |
| Barcelona | 37 | F | Operario | 344 | AR | PA | Manos | A |
| Barcelona | 40 | F | Dependiente | 333 | AR | PIP | Tobillo Pie | IP |
| Barcelona | 48 | F | Operario | 420 | AR | | Pie | IT |
| Barcelona | 49 | F | Administrativa | 82 | AR | | Mano | A |
| Barcelona | 54 | F | Dependiente | 549 | AR sero + | PIP | Manos | IT |
| Barcelona | 59 | F | Cocinera | 275 | AR osteopor | PIP | Cuello | IT |
| Barcelona | 59 | M | Mecanico | 481 | AR | PIP | Pie | IPT |
| Barcelona | 61 | F | Administrativa | 47 | AR | | Manos | A |
| Bilbao | 55 | F | Administrativa | 258 | AR sero + | PIP | Manos pies | IT |
| Cádiz | 44 | M | Camarero | 112 | AR | PA | Tobillo | IT |
| Cádiz | 53 | F | Limpiadora | 94 | AR | | Pie | A |
| Castellón | 42 | F | Cocinera | 50 | AR | PA | Múltiple | IT |
| Ciudad Re | 61 | F | Agrícola | 693 | Artrosis Artritis | PIP | Cuello | IT |
| Córdoba | 33 | F | Administrativa | 365 | AR, anemia | PIP | Muñecas | IPA |
| Coruña | 47 | F | Administrativa | 203 | AR + IAM | PIP | Mano Codo | IP |
| Coruña | 52 | F | Limpiadora | 113 | AR | PA | Rodilla | IT |
| Gerona | 47 | M | Operario | 466 | Artritis sero + | PA | | A |
| Gerona | 49 | M | Conductor | 40 | AR | | Mano | A |
| Gerona | 53 | F | Pescadera | 36 | AR | PA | Manos | A |
| Granada | 39 | F | Administrativa | 142 | AR sero + | | Muñecas | A |
| Huelva | 56 | M | Encargado | 580 | AR | | Muñecas | IT |
| Huesca | 46 | F | Cuidador | 321 | AR | | Muñecas Pies | A |
| Las Palmas | 42 | M | Albañil | 675 | AR | PIP | Rodillas | IP |
| Las Palmas | 51 | F | Cocinera | 201 | AR sero + | | Manos,rodillas | IP |
| Las Palmas | 62 | F | Administrativa | 244 | AR | PIP | Manos pies | IT |
| Leon | 36 | F | Dependiente | 22 | AR | | Muñecas | A |
| León | 62 | F | Agrícola | 194 | AR | PIP | Manos pies | A |
| Lérida | 64 | M | Mozo Almacen | 175 | AR | PIP | Muca, hombros | IT |
| Madrid | 34 | F | Limpiadora | 80 | AR | | | A |
| Madrid | 36 | F | Teleoperadora | 92 | AR | PA | Manos Cuello | A |
| Madrid | 40 | M | Albañil | 51 | AR | PA | Cadera | A |
| Madrid | 40 | M | Operario | 90 | AR | | Pie | IT |
| Madrid | 41 | F | Dependiente | 230 | AR | | Mano Rodilla | IT |

| | | | | | | | | |
|------------|----|---|----------------|-----|------------------|-----|------------------|-----|
| Madrid | 42 | F | Dependiente | 158 | AR | PA | Mano Rodilla | A |
| Madrid | 43 | F | Cocinera | 29 | AR | | Mano Pie | A |
| Madrid | 44 | F | Pastelera | 253 | AR sero - | | Mano Rodilla | IT |
| Madrid | 48 | F | Administrativa | 583 | AR | PIP | Manos hombros | A |
| Madrid | 50 | F | Dependiente | 100 | AR sero - | PA | Mano rodilla | A |
| Madrid | 52 | M | Conductor | 296 | AR sero + | | Mano Codo | IP |
| Madrid | 54 | F | Administrativa | 552 | AR sero - | PIP | Mano rodilla | IPT |
| Madrid | 54 | F | Dependiente | 231 | AR sero - | | Muñeca,rodilla | IT |
| Madrid | 54 | F | Limpiadora | 295 | AR | | Mano | IT |
| Madrid | 54 | M | Empleado banco | 93 | AR | | Mano rodilla | A |
| Madrid | 55 | M | Albañil | 518 | AR, endocarditis | PIP | Rodilla | IT |
| Madrid | 58 | F | Cuidador | 368 | AR | PIP | Manos | A |
| Madrid | 58 | M | Empleado banco | 442 | AR + neumonia | | Tobillo rodillas | A |
| Madrid | 64 | F | Administrativa | 220 | AR sero - | PIP | Manos | IP |
| Madrid | 64 | M | Contable | 400 | AR sero + | PIP | Mano Rodilla | IT |
| Málaga | 63 | F | Limpiadora | 378 | AR + osteopor | PIP | Mano | A |
| Malaga | 38 | M | Albañil | 120 | AR | PA | Mano | A |
| Murcia | 48 | F | Administrativa | 377 | AR tendino | | Mano | IT |
| Murcia | 55 | M | Albañil | 344 | AR, Dupuytren | | Mano y pie | IT |
| Navarra | 49 | F | Operario | 476 | AR sero - | PIP | Muñecas hombro | IT |
| Navarra | 52 | F | Operario | 282 | AR + FM | | Mano | IT |
| Oviedo | 63 | M | Cuidador | 79 | Artritis séptica | | | A |
| Pontevedra | 41 | F | Limpiadora | 281 | AR | | Mano | IT |
| Pontevedra | 41 | F | Limpiadora | 340 | AR + FM | | Manos Rodillas | A |
| Pontevedra | 58 | M | Albañil | 548 | AR + artrosis | PA | Cuello | A |
| Rioja | 48 | M | Operario | 192 | AR | PA | Mano cuello | IT |
| Salamanca | 59 | F | Limpiadora | 15 | Artritis | | Tobillo rodillas | A |
| Santander | 36 | F | Dependiente | 309 | AR | PA | Muñecas | A |
| Segovia | 56 | F | Limpiadora | 367 | AR | | Mano,pie | A |
| Segovia | 64 | F | Animadora | 68 | AR depre | PA | Hombro manos | A |
| Tenerife | 33 | F | Comercial | 250 | AR | | Manos | IT |
| Tenerife | 66 | F | Limpiadora | 473 | AR | | Muñecas | IP |
| Toledo | 57 | F | Limpiadora | 493 | AR + juanetes | PIP | Pie | IT |
| Valencia | 39 | F | Limpiadora | 514 | AR | PIP | Muñeca rodillas | IT |
| Valencia | 49 | F | Dependiente | 290 | AR + FM | PA | Hombros rodilla | A |
| Valencia | 57 | F | Tornero | 498 | AR sero + | PIP | Manos | IT |
| Valencia | 58 | F | Cocinera | 394 | AR, STC | PA | Manos Rodillas | A |
| Valencia | 59 | M | Mecánico | 423 | AR + Anemia | PIP | Mano | IT |
| Valladolid | 45 | M | Fontanero | 547 | AR | PIP | Muñecas rodilla | IPT |
| Valladolid | 57 | M | Operario | 176 | AR | | Mano | A |
| Vitoria | 59 | M | Operario | 592 | AR | PIP | Manos Rodillas | IPT |
| Zaragoza | 33 | F | Teleoperadora | 451 | AR, prótesis | | Rodilla | IT |
| Zaragoza | 35 | M | Mozo Almacen | 487 | AR + fractura | PA | Mano | A |