

VISIÓN GENERAL DE LA REUMATOLOGÍA EN CHILE

OVERVIEW OF THE RHEUMATOLOGY IN CHILE

DR. LEONARDO GUZMÁN A. (1), DRA. LUISA DONAIRE R. (2)

1. UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. CLÍNICA LAS CONDES.

2. UNIDAD INTERMEDIO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. CLÍNICA LAS CONDES.

Email: lguzman@clc.cl

RESUMEN

El inicio de la Reumatología en nuestro país data del año 1873 con la primera publicación dedicada a la especialidad, pero no es hasta el año 1944 con la creación de la primera clínica en que la Reumatología nace formalmente. El segundo hito es la creación de la Sociedad Chilena de Reumatología en 1950, que desde esa fecha se ha preocupado de mantener actualizada a la comunidad científica y como apoyo constante a los pacientes. Desde el punto de vista de las patologías observadas son diferentes las frecuencias en complejos de atención primaria versus complejos de atención terciaria.

En el año 2007 se incorpora el sistema Auge, que otorga a pacientes con algunas patologías reumatológicas garantías de atención y tratamiento, incluyendo biológicos en algunos casos.

Se intenta en este artículo dar una revisión general a la historia y actualidad reumatológica chilena.

Palabras clave: Historia, reumatología.

SUMMARY

The start of Rheumatology in our country dates back to 1873 with the first publication devoted to the specialty, but not until 1944 with the creation of the first clinic in Rheumatology that the specialty formally born, the 2nd milestone was the creation of the Chilean Society of Rheumatology in 1950 which since then, has been concerned for keeping the

scientific community update and give an ongoing support to patients. From the point of view of the observed diseases there are different frequencies when we compare the primary care vs. tertiary care health systems.

In 2007 the AUGE system starts. This system gives to patients with specific rheumatologic diseases warranty of attention and treatment, including biologics therapies in some cases.

We attempted in this paper give an overview of the history and current Chilean Rheumatology.

Key words: History, rheumatology.

INTRODUCCIÓN

Los primeros reportes documentados que tienen relación con la reumatología en Chile datan del año 1873, año en que el Dr. Ramón Allende Padin publica en la Revista Médica de Chile un trabajo con el título de "Ligeras Observaciones sobre el Sulfato de Quinina en el tratamiento del Reumatismo". En esta publicación se describen 17 casos de lo que entonces se denominaban reumatismo agudo y 3 de crónico, y su respuesta al fármaco. En 1878 el Licenciado en Medicina Aurelio Castillo publica un 2do trabajo relacionado con el área reumatológica titulado "Estudio del Acido Salicílico y sus Compuestos" (1, 2), describiéndose algunos casos de reumatismo poliarticular agudo tratado con este ácido envuelto en miga de pan o en obleas. Cabe destacar en esta época que la mayoría de las descripciones asociadas a patología reumatológica estaban relacionados principalmente con la Enfermedad Reumática, sus secuelas y el reumatismo agudo, con comentarios aislados dedicados

a la artritis gonocócica y gota en sesiones de la Sociedad Médica de Santiago.

En 1917 aparecen las primeras descripciones de Artritis Reumatoide observadas en distintos hospitales de nuestro país, en la tesis del entonces licenciado Enrique Dávila Humeres, denominada "El estado actual del Reumatismo Crónico y su tratamiento". Publicaciones posteriores mantienen el interés dirigido aún hacia la Enfermedad Reumática, patología entonces de alta prevalencia en nuestro país (1, 2).

Es en el año 1944 en que la Reumatología en Chile da el primer paso hacia una especialidad propiamente tal, ya que por iniciativa del Dr. Armas Cruz se funda la primera Clínica de Reumatología en el servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios, aumentando el número de consultas asociadas a reumatismos crónicos de 682 en 1946 a 1193 en 1947. Al poco tiempo se inicia una segunda Clínica de Reumatología en el Servicio de Medicina del Hospital Salvador, impulsada por el Dr. Hernán Alessandri (1, 2).

De esta manera, la Reumatología asume su rol como disciplina científica y como especialidad con futuro, lo que motiva el 13 de julio de 1950, con asistencia de 32 miembros fundadores, la creación de la Sociedad Chilena de Reumatología (SOCHIRE); que es incorporada en octubre del mismo año a la Liga Panamericana contra el Reumatismo (1,2). El año 2000 la SOCHIRE cumple 50 años desde su fundación.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la enfermedad reumatológica en la población general alcanza según diversos estudios entre un 15% a un 40%, siendo estas enfermedades una de las causas más frecuentes de morbilidad, incapacidad y utilización de servicios sanitarios, generando alrededor de un 10-20% de las consultas en centros de atención primaria (3).

El impacto de estas enfermedades es alto. Estudios revelan en el caso de la Artritis Reumatoide (AR) que la mitad de los casos se inician a edad laboral y que de estos pacientes entre el 26%-60% debe retirarse de su trabajo transcurridos los 10 años de enfermedad. Estudios realizados en EE.UU. revelan que el coste económico de un paciente con AR a lo largo de su vida bordea entre los 60.000-12.0000 dólares, similar a pacientes con cardiopatía coronaria o cáncer en ese país. En Europa la situación no es diferente. Trabajos realizados en el Reino Unido estiman que el impacto económico global de la enfermedad es del orden de 1.256 billones de libras esterlinas (4).

En Chile no hay estudios que permitan conocer cifras del punto de vista de costo, pero las enfermedades músculo esqueléticas ocupan el 2^{do} lugar de licencias otorgadas, entre los años 1998- 1999, según datos otorgados por Fonasa. Los diagnósticos más frecuentes son el compromiso de columna y menos frecuente por compromiso de articulaciones periféricas. Similar es la situación cuando se analizan solicitudes de invalidez, siendo las enfermedades de este origen la primera causa de

postulación a este tipo de pensiones, lo que deja ver por lo tanto el enorme impacto económico (3).

En Chile existen escasos estudios epidemiológicos en el campo de la reumatología y de estos, no hay estudios nacionales que permitan analizar la concordancia diagnóstica en el nivel primario vs el terciario.

Estudios realizados en consultorios de atención primaria reportan que el 80% de las consultas es realizado por mujeres y de estas el 46% se agrupa en la edad sobre los 45 años. La primera causal de consulta es el Dolor Axial, que agrupa a la cervicalgia/cervicobralgia y al lumbago/lumbociática con alrededor de un 27% de las consultas. En 2° lugar se sitúa a la artrosis con un 20-25% de las consultas, en 3° lugar reumatismo no articular o de partes blandas con un 24%. Las artritis ocupan el 7° lugar en el número de consultas con un 9% y otros diagnósticos de menor prevalencia como lupus eritematoso o vasculitis ocupan el 3% (5, 6).

Los estudios realizados en centros de atención terciaria difieren en las cifras presentadas previamente. Un primer estudio realizado en el Hospital Salvador en 1990 sitúa a la artritis reumatoide con el 21% de las consultas, seguido de la artrosis con el 11%, lupus eritematoso diseminado 9.6% y luego el lumbago con un 9.2%; un 17.2% era ocupado por otros diagnósticos. Más tarde, el año 2002 un grupo del Hospital de Temuco publica un nuevo trabajo en relación al número de interconsultas recibidas por el equipo de reumatología, situando a las enfermedades del tejido conectivo como la primera causa de derivación con 27.1% de las consultas, enfermedades extraarticulares con un 26.1% y a la artrosis con un 24.1% (7, 8).

Desde el punto de vista de patología específica en Chile, los cálculos están basados en estudios internacionales y la información respecto a la población chilena es escasa. Los principales estudios están relacionados con la artritis reumatoide, estimándose que afecta entre un 0.2% - 0.5% de población latinoamericana. En Chile, el cálculo estimativo es de 0.46%, lo cual según un aproximado de la población del censo 2002 daría un estimado de entre 27.000 a 90.000 pacientes, siendo la relación entre mujeres y hombres de 6-8:1. En relación con artrosis, los datos de autoreporte obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud realizada el año 2003, un 3.8% (alrededor de 500.000 pacientes) de la población presentaría algún tipo de artrosis, siendo más frecuente en mujeres y mayores de 60 años. La osteoporosis corresponde a otra de las enfermedades relacionadas con el área de la reumatología, estudios realizados a partir de densitometría ósea revelan que un 22% de mujeres sobre 50% presentan esta patología y un 46% presenta osteopenia, presentando estas cifras alta relación con fractura de cadera, vertebrales u otros sitios especialmente a partir de los 55 años (7, 8).

Los datos utilizados para otras patologías con menor prevalencia como lupus eritematoso diseminado, pelvispondilartropatías, vasculitis entre otras enfermedades son realizados a partir de cifras obtenidas de estudios extranjeros.

SISTEMA AUGÉ

Por ser considerados problemas de Salud Pública, el año 2007 se promulga la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) que incluyen ->

1) Artrosis

Son dos las garantías que incluye esta enfermedad ->

1) Endoprótesis Total de Cadera en pacientes de 65 años o más, que presenten artrosis con limitación funcional severa (Garantía Número 12), los pacientes deberán ser operados dentro de los 240 días de realizado el diagnóstico.

2) Artrosis de cadera y/o rodilla leve a moderada sobre 55 años (Garantía Número 41).

- Con confirmación diagnóstica de artrosis de rodilla y/o cadera leve o moderada, el paciente tendrá acceso a tratamiento médico.

- Si está en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Tratamiento:

- Inicio dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.

- Atención por especialista: dentro de 120 días desde la derivación según indicación médica.

Incluye:

- Controles por médico: 2 al año
- Controles por enfermería: 2 al año
- Educación
- Kinesioterapia motora y TENS
- Estimular y promover baja de peso

2) Artritis Reumatoide (AR) (Garantía 51)

• Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento, antes de los 30 días.

• En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Tratamiento:

- NO farmacológico:

Kinesioterapia, fisioterapia y ortesis palmar

- Farmacológico con:

Metotrexato, ácido fólico, diclofenaco, ibuprofeno, celecoxib, prednisona, tramadol, paracetamol, leflunomida, hidroxicloroquina, azatioprina, sulfasalazina, calcio y vitamina D. Además de infiltración en caso necesario.

Asegura además control médico con especialista reumatólogo o internista, oftalmólogo, fisiatra, control con enfermera y nutricionista, y seguimiento con radiología y exámenes laboratorio generales.

Siendo este un gran avance, se sabe que alrededor de un 30% de los pacientes que inicia terapia convencional no responde a ella, manteniendo enfermedad activa y deformación progresiva. Es por esto que en el año 2009 se aprueba el Plan Piloto que autoriza uso de Terapias Biológicas en 50 pacientes controlados en la red de Salud Pública portadores de AR que no respondieron al menos a 2 drogas convencionales más frecuentemente usadas -Leflunomida y Metotrexate- administrados en dosis máximas por al menos 6 meses. Actualmente existen alrededor

de 20 pacientes que han accedido al plan piloto utilizando Anti-TNF subcutáneo -Etanercept y Adalimumab-.

3) Artritis Idiopática Juvenil

• Es incluida dentro de las Garantías el año 2010 e incluye

- Evaluación por reumatólogo pediatra o inmunólogo antes de los 30 días de sospecha diagnóstica.

- Exámenes de Imágenes que incluyen ecografía y/o resonancia magnética en caso de requerir.

- Inicio de tratamiento médico convencional -Incluye uso de Metotrexato, Sulfasalazina, antiinflamatorios, corticoides a más tardar 30 días de realizada la confirmación diagnóstica.

- Rehabilitación con fisioterapia, hidroterapia.

- En pacientes que no tengan respuesta clínica posterior a 1 año de uso continuo y en dosis máximas de terapias convencionales, se autoriza el uso de terapias biológicas -> Anti-TNF.

ACTUALIDAD CIENTÍFICA Y REALIDAD NACIONAL

Desde su creación, la SOCHIRE ha sido pionera en mantener a la comunidad reumatológica Chilena actualizada mediante congresos de la misma especialidad o cursos de tópicos específicos con especialidades relacionadas.

Las primeras Jornadas Chilenas de Reumatología se realizan en noviembre de 1952, en Panimávida. Asistiendo alrededor de 50 médicos. Desde entonces se han realizado Congresos de la Especialidad cada dos años. El año 2011 se realizó además el Congreso Panamericano de Reumatología en nuestro país.

Dentro de la misma línea de formación y actualización constante dirigida al especialista y al no especialista, se lanza el año 2002 el libro denominado "Reumatología para médicos de atención primaria"; el año 2004 se publica la Guía de Tratamiento Artritis Reumatoide y más tarde el 2006 las Guía de Práctica Clínica en Osteoartritis (Artrosis) y Guía de Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de Osteoporosis (11).

Del mismo punto la SOCHIRE ha tenido una preocupación directa por los pacientes y es así que movidos por el gran impacto de estas patologías a nivel de salud, sea por discapacidad física y/o sobrecarga económica, el año 1995 se creó la Corporación Pro Ayuda al Enfermo Reumático o Corporación VOLAR, por iniciativa de un grupo de pacientes del hospital San Borja Arriarán, con el apoyo del reumatólogo. Posteriormente, pacientes de otros centros asistenciales también comenzaron a organizarse y con el apoyo de los médicos de la SOCHIRE, múltiples filiales de VOLAR proliferaron por distintos puntos de Santiago y del resto del país, volviéndose más numerosas cada año. Desde 1997 VOLAR posee personalidad jurídica, estatutos y una organización legal, que la constituyen en vocera oficial de los pacientes ante las autoridades de salud y la Sociedad Chilena de Reumatología.

La realidad nacional al igual que otras especialidades de la medicina interna se ve afectada por la centralización, teniendo en Santiago los

grandes grupos de trabajo en reumatología, quedando algunas regiones del país deficitarias en lo que a subespecialistas se refiere.

De la misma manera, no existen actualmente iniciativas ministeriales para la detección temprana de este tipo de enfermedades, siendo el AUGE una herramienta más bien terapéutica que de prevención primaria. Es así como los principales grupos de Reumatología –Universidad Católica, Clínica Alemana, Clínica Las Condes, JJ Aguirre entre otros– tienen cada uno programas propios para el enfrentamiento y manejo de las distintas patologías reumatológicas, que consisten en grupos multidisciplinarios que se reúnen para aunar criterios y tomar las mejores decisiones frente a distintos casos propuestos.

Del punto de vista del armamentario terapéutico, Chile se encuentra a la vanguardia en relación a países del lado pacífico de América del Sur, contando al día de hoy con prácticamente todas las drogas biológicas (se mencionan en esta misma revista luego), permitiendo así el tratamiento óptimo de cada paciente. Es aun el financiamiento el gran

problema que limita su uso en la actualidad, debido a sus altos costos.

FUTURO

A pesar de grandes avances realizados, quedan aún situaciones que deben ser enfrentadas hoy y en el futuro cercano. Estas incluyen una mayor cobertura tanto en el sistema privado como público, que permita acceder a terapias costosas como son las terapias biológicas que en muchos pacientes son la única oportunidad para poder evitar las secuelas de este tipo de enfermedades y poder mantenerse activas.

De la misma manera pendiente queda la inclusión en plan AUGE de patologías que son problemas poblacionales como la osteoporosis y de otras patologías que aunque menos prevalentes como el lupus eritematoso diseminado, las pelviespodiloartropatías, las vasculitis entre otras, su alto costo del punto de vista diagnóstico como tratamiento hacen que en muchos pacientes se vea retrasado el inicio de tratamientos que puede evitar secuelas futuras y/o la muerte en algunos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. France O. Historia de la Reumatología en Chile. Boletín Sociedad Chilena de Reumatología 1976; 2:2-12.
2. Valenzuela F. Prehistoria de la Sociedad Chilena de Reumatología. Reumatología 2000; 16(2):34-38.
3. Pacheco D. Reumatología para médicos de Atención Primaria 2002:13-25.
4. Gómez Rodríguez N. Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 111-113.
5. Roca L. Consultas Reumatológicas en Atención Primaria. Reumatología 1992; 8(4):92-95.
6. Fabiani I. Prevalencia de Patología Músculo-esquelética Reumatoide en el CESFAM "Cristo Vive". Tesis Facultad de Kinesiología Universidad de Chile, Santiago 2004 Chile.
7. Neira O, Cerda C, Alvarado M, et al. Descripción Epidemiológica de las Consultas de un Policlínico de Reumatología. Reumatología 1990; 4:104-108.
8. Werner A, Leal H. Análisis de las interconsultas de pacientes nuevos recibidas en un policlínico de reumatología de un hospital terciario. Rev. Med. Chile 2002; 130(7):753-759.
9. Guías AUGE Artritis Reumatoide. Julio 2007. Disponible en: www.minsal.cl
10. Guías AUGE Artrosis de Cadera severa. Julio 2007, Actualizado 2010. Disponible en: www.minsal.cl

Los autores declaran no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.