



Gota: una oportunidad de intervención en salud

FERNANDO PÉREZ RUIZ¹, AGUSTÍN GARCÍA RICO²

¹Profesor Asociado de Medicina. Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco. ²Profesor Titular de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Toledo, Universidad de Castilla La Mancha.

La gota es una de las enfermedades más fácilmente controlables dentro de la patología médica del aparato locomotor, campo de la reumatología. Sin embargo, existe una inercia asistencial y de gestión sanitaria, ya que estas focalizan sus esfuerzos en el control de las manifestaciones agudas y no de su causa, lo que deriva en importantes impactos social, laboral y sanitario y de salud. Es, además, frecuente y su prevalencia aumenta especialmente en edades avanzadas y pacientes complejos, con el consiguiente incremento de costes en todos los niveles. Un abordaje precoz, efectivo y con los medios adecuados redundará en un beneficio global.

KEY WORDS: gota, costes, comorbilidad, impacto sanitario.

INTRODUCCIÓN

La gota es la *arthritis* más frecuente en la población adulta¹, presentándose más frecuentemente en varones de edad media y pudiendo llegar a afectar a más del 5 por ciento de los varones mayores de 70 años. Sus manifestaciones agudas, los llamados “ataques de gota”, son dolorosas tanto para el individuo que las sufre como para los allegados que las comparten, impidiendo la realización de actividades tanto personales como sociales y laborales y asociándose a una pérdida de la percepción de calidad de vida. La gota ha sido incluida entre las enfermedades cuyo impacto a nivel mundial estudia el grupo “*Global Burden of Disease*”².

No obstante, la gota sigue padeciendo el sesgo social y, por que no sanitario, de percibirse como autoinfligida en cuanto asociada a hábitos de vida y dietéticos insalubres si no perniciosos, incurable en cuanto a que no se le suponen opciones terapéuticas que modifiquen la evolución natural, y poco atractiva en cuanto a que los profesionales y las entidades sanitarias, académicas y de promoción de la investigación, la asumen como una entidad de escaso, si alguno, interés público.

Carlos V padeció la enfermedad en tiempos en los que ya Martín Lutero había desarrollado sus tesis sobre la contrición y las indulgencias. A día de hoy, el debate sobre la gota sigue acampando en la esfera de lo moral a pesar de que el desarrollo de los modelos de seguridad social bismarkianos, primero, y del modelo de sistema público de salud asociados a Beveridge y al modelo de Estado de Bienestar, después, debieran haberlo desviado hace mucho tiempo. La discusión sobre el gasto sanitario y

Autor para correspondencia:

Prof. Fernando Pérez Ruiz.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Cruces.
Pza. Cruces, SN
48903 Baracaldo. Vizcaya
Tel 94 600 65 51 - Fax 94 490 59 85
Email: fernando.perezr@ehu.es



su financiación, antes con cargo a cotizaciones sociales y hoy derivada de los ingresos generales del Estado, debieran trasladarlo en parte al ámbito de la economía pública. No está de más recordar que los derechos sociales en modelos de bienestar desarrollados se asocian al concepto de ciudadanía y precisamente por eso son financiados por ingresos generales (impuestos, fundamentalmente) y no por cotizaciones profesionales y claro está que los pacientes de gota no son menos ciudadanos que los demás.

Reforzando lo anterior, la realidad de la gota es bien distinta a la que la tradición oral sustenta, pues no nos encontramos ante una conducta indeseable que deba ser corregida por los gobiernos, sino ante una situación indeseable para el mismo paciente, ya que se ha demostrado fehacientemente que es una enfermedad con clara predisposición genética, sobre la que interactúan y modulan factores externos no siempre asociados a estilos de vida “perniciosos”. Es epidemiológicamente obvio que la gota se asocia cada vez más frecuentemente al envejecimiento de la población y por ello a otras enfermedades, mayoritariamente insuficiencia renal y cardíaca y a medicamentos empleados para su tratamiento, léase diuréticos³. Aunque que se dispone de un arsenal terapéutico aprobado para su prescripción permiten controlar, si no “curar”, los síntomas y evitar la aparición y la progresión de las lesiones irreversibles. Solo queda conseguir que los profesionales sanitarios, las instituciones y la población adopten una actitud abierta, tanto más cuanto la gota es una enfermedad “curable”⁴. Por último, la escasez de evidencia de alta calidad para tomar decisiones puede deberse, si no lo es

de hecho, a un muy escaso apoyo a la investigación en este campo.

Por todo ello, mantener una actitud oscurantista, permisiva y auto-complaciente frente a un problema de salud resoluble que induce impacto personal, pero también sanitario, social y, por todo ello, económico, no parece una política ni social, sanitaria o económicamente recomendable.

COSTE OPORTUNIDAD EN LA GOTA

Aunque la gota se ha asociado en el imaginario popular como asociada a excesos dietéticos en clases sociales favorecidas, el rey Felipe II padeció gota desde joven, pese a su austeridad y frugalidad en la mesa y que no hay retratos que nos lo muestren obeso. Llegó a desarrollar una enfermedad tan grave que llevó a los artesanos a fabricar la primera silla de ruedas conocida en 1595.



Se requieren estudios específicos para estimar el impacto de intervenciones clínicamente probadas sobre los diversos costes

IMPACTO POBLACIONAL

La gota es una enfermedad frecuente. En países desarrollados se estima entre el 1 y el 5 por ciento de la población adulta; en etnias con alta penetrancia genética, como los maorís y los taiwaneses, puede superar el 15 por ciento de la población.

Desconocemos la prevalencia real de la gota en España, hasta que se publiquen datos procedentes del estudio epidemiológico EPISER2016 realizado recientemente por la Sociedad Española de Reumatología⁵. Anecdóticamente, mientras que los países de nuestro entorno como Francia, Italia, Alemania o Reino Unido disponen de datos para estimar la prevalencia de la gota — número de casos en una población determinada— entre el 1 y el 3 por ciento de la población adulta, los únicos datos publicados en España son los procedentes de un estudio de González-Buitrago y colaboradores en 1988 y realizado en población rural salmantina que incluyó nueve poblaciones del entorno de Vitigudiño y cerca de 12.000 individuos solo entre los 40 y los 50 años de edad⁶. Basándonos en un único estudio, y con todas las limitaciones de diseño y sesgo de selección poblacional, debemos asumir que la prevalencia de gota en los varones españoles de mediana edad se estima en el 1,6 por ciento. Proyectando un 1 por ciento de la población adulta, un cuarto de millón de españoles padecerían gota.

Parece claro, por otra parte, un aumento de la prevalencia en las últimas décadas¹, explicado principalmente por un aumento tanto en la longevidad de la población, con una tendencia a la inversión en la pirámide de distribución poblacional, como en la tasa de comorbilida-

des asociadas al envejecimiento, como es la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardíaca.

No sólo la población afecta tiene mayor edad, sino que en los últimos 25 años la población con gota que es referida a un hospital para valoración por un especialista en reumatología presenta un aumento del 40 por ciento de pacientes con gota más grave y que requieren ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias y se han doblado los casos de pacientes con enfermedad renal crónica y con un evento cardiovascular previo⁷.



IMPACTO SOCIOSANITARIO

Del mismo modo que desconocemos la prevalencia de la gota en España, no disponemos de datos para evaluar el impacto socio-sanitario de la misma. El escenario al que nos enfrentamos, como se ha comentado, es el de una enfermedad cada vez más grave en pacientes cada vez más complejos, cuando a su vez estos pacientes son los que consumen más recursos sanitarios⁸.

Paradójicamente, el porcentaje de pacientes que ha recibido tratamiento reglado no se ha modificado en un cuarto de centuria, no alcanzando la mitad de los casos globalmente y solo superándola por escaso margen en los casos graves⁷.

No solo hay que considerar que los pacientes con gota que son referidos para atención especializada han requerido previamente atención sanitaria por padecer síntomas agudos, como promedio, una vez al trimestre. Además tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones renales por el empleo reiterado de antiinflamatorios⁹ y son ingresados más frecuentemente⁷. La tasa de ingresos hospitalarios por gota se ha doblado en las últimas dos décadas en los EEUU de América¹⁰, en relación con un aumento de la frecuentación en los servicios de urgencias y un incremento de coste en la atención en urgencias que casi llega a doblarse en el sexenio analizado, presumiblemente por la asociación a una mayor complejidad por las múltiples comorbilidades presentes¹. Además, cuando estos pacientes ingresan en centros hospitalarios por otro motivo de salud tienen casi 10 veces más probabilidades de sufrir un ataque de gota durante el periodo de hospitalización y, por ende prolongar la estancia y el coste¹².

Una actitud terapéutica pasiva o de “inercia clínica” (tratar los síntomas y



los no mecanismos productores de la enfermedad) conlleva el riesgo de desarrollar gota grave y ésta un riesgo aumentado de muerte prematura, mayoritariamente por eventos cardiovasculares¹³. Al analizar los pacientes más graves, los que requieren ingreso en España, a solo uno de cada dos se le ha prescrito previamente tratamiento para corregir la hiperuricemia; como consuelo, en Suecia, paradigma de logros socio-sanitarios en Europa, la tasa de ingresos hospitalarios también ha aumentado y la

de prescripciones activas de tratamiento corrector de la uricemia es aún más baja: solo está presente en uno de cada cuatro pacientes¹⁴.

Una explicación plausible, además de la mayor complejidad clínica de los pacientes, al aumento de la tasa de ingresos hospitalarios es que el tratamiento reiterado con antiinflamatorios no esteroideos es un factor de riesgo claro en la literatura científica más reciente como desencadenante de episodios de insuficiencia cardíaca^{15,16} o daño renal agudo^{17,18}.

COSTES SANITARIOS DIRECTOS

El coste sanitario estimado en un modelo teórico español se ha cifrado en unos 300 euros por ataque de gota y paciente considerando las visitas a atención primaria, especializada y urgencias, hospitalización y exploraciones complementarias; por ello podemos asumir muy conservadoramente un coste de 450 euros por paciente y año¹⁹ para una frecuencia de 1,5 episodios agudos de gota al año. El coste anual de los

medicamentos se sitúa en un rango entre 12 (para la dosis más baja de alopurinol) y 500 (para febuxostat) euros por año; en el primer año de tratamiento en diana, más de la mitad de los pacientes no han presentado síntomas y menos del 10 por ciento durante el segundo²⁰.



COSTES INDIRECTOS

Al margen de los costes que para el sistema sanitario supone el tratamiento y prevención de la gota, ésta genera otro tipo de costes indirectos, entre ellos los asociados a las pérdidas de productividad laboral, en términos de producción laboral y de tiempo de ocio del paciente y sus cuidadores, sin que hasta la fecha tengamos noticia de que se hayan estimado con detalle en España. Tomando los datos indirectos de incapacidad laboral transitoria²¹, podemos estimar además un coste laboral medio de 1.800 euros por paciente con empleo activo y año.

En todo caso, no disponemos de datos para estimar el coste en pacientes con alta comorbilidad y por ende alto riesgo de desarrollar, como se comentó, complicaciones graves que requieran hospitalización prolongada o una prolongación de un episodio de hospitalización por otros motivos. Así, el riesgo de desarrollar daño renal agudo por antiinflamatorios se duplica en pacientes con enfermedad renal crónica, vuelve a duplicarse si tienen patología cardiovascular asociada y se duplica de nuevo si no han recibido tratamiento reductor de uricemia previamente¹⁸. Tampoco podemos estimar, por no disponer de datos, el coste social, en sus vertientes de incapacidad permanente y dependencia, de pacientes que desarrollan discapacidad por desarrollar gota grave con lesiones articulares establecidas e irreversibles.

En esta y otras patologías, la compartimentación del pago del coste global por proceso limita una aproximación holística al problema: el coste sanitario es asumido por la organización u organizaciones que prestan asistencia, el farmacéutico

generalmente por la comunidad autónoma y el laboral por el INSS y el contratador/empresario. Así un abordaje precoz y efectivo en un sujeto activo laboralmente y sin comorbilidad significativa, el mayor beneficio presumiblemente derive en INSS cuando la inversión la realizaría el sistema sanitario, mientras que en un pensionista con alta tasa de morbilidad el escalón hospitalario sería en más beneficiado de una inversión presumiblemente realizada desde atención primaria.

IMPACTO LABORAL

Nuevamente desconocemos el impacto laboral de la gota en España, contrariamente a lo que ocurre en otros países desarrollados pero conocemos que un 75 por ciento de los casos se presentan en grupos etarios con posibilidad de actividad laboral. Únicamente disponemos de una comunicación sobre el impacto laboral de la gota en cuanto a absentismo, si bien en forma de resumen de comunicación a un congreso regional de Pilar Macarrón y colaboradores en 2004²¹, sobre la base de los resultados de la implementación de un programa de atención especializada con el objetivo de reducir las incapacidades laborales transitorias (ILT)²². En el estudio previamente citado, la gota suponía un 3 por ciento de las ILT de origen no traumático, con una frecuencia de 1,5 ILT por paciente y año y una duración media de la baja de 12 días, cercana a los 14 días por evento que estima, sin realizar correcciones etarias o por puesto laboral, la Secretaría de Estado para la Seguridad Social²³. La implementación del programa de intervención precoz especializada redujo el tiempo de baja y el número de bajas a corto plazo (2 años) cerca de un 30 por ciento con respecto a la asistencia sanitaria estándar, con un aho-

La gota es una enfermedad curable sin secuelas con un abordaje precoz y adecuado

rrro global estimado de 74.000 euros en dos años en los 150 sujetos del grupo en que se realizó la intervención.

Tomando datos de los EEUU de América, en un sistema con menores prestaciones por incapacidad temporal que el nuestro, más del 75 por ciento de los pacientes sin control adecuado de la uricemia tuvieron bajas laborales, más del 50 por ciento fue de al menos una semana al año y más de 25 por ciento fue de al menos un mes de cada año²⁴. La media de bajas fue cercana a 20 cada año, similar a la que podemos estimar sobre los datos del estudio de Macarrón y colaboradores en España. No obstante, debemos considerar que la población USA estaba formada por pacientes más graves que la ES. El impacto no solo en cuanto a absentismo, sino también presentismo, en cuanto a reducción de la actividad productiva, está aún por estudiar en nuestro medio.

ESTUDIOS FARMACOECONÓMICOS

Los estudios farmacoeconómicos evalúan, empleando modelos teóricos, si la inversión para los pagadores de servicios (sistemas sanitarios públicos o privados) en una intervención (medicamentos, por ejemplo) supera un límite establecido como ratio de coste-efectividad por QUALY o "quality adjusted life year"¹⁹. Estos estudios son importantes para discernir si nuevas intervenciones en salud presentan mejores perfiles en cuanto a coste-efectividad que las intervenciones ya disponibles.

No obstante, este tipo de estudios se basan en datos mayoritariamente procedentes de ensayos clínicos controlados, pero cuyo diseño es establecer diferencias o ausencia de las mismas entre medicamentos en



poblaciones comparables y no mostrar cual es la mejor forma de conseguir desenlaces adecuados en la práctica habitual de la prestación de servicios sanitarios. De ahí su primer defecto para la aplicabilidad transversal: comparan intervenciones y no procesos.

Metodológicamente, los estudios farmacoeconómicos asumen una prescripción y unas adherencia y persistencia en el tratamiento adecuadas, cuando fuera de la atención en consultas específicas²⁵ la prescripción y adherencia al tratamiento deja mucho que desear incluso en el ya comentado modelo de asistencia sanitaria sueca²⁶. Limitando por tanto la efectividad en situaciones de práctica sanitaria habitual. Finalmente, no estiman costes indirectos sociales o laborales ni consideran que a la mayoría de los pacientes en situaciones de asistencia reales no se les prescribe tratamiento.

CONSIDERACIONES FINALES

La gota es una enfermedad de presentación más frecuente en varones en edad de realizar actividad laboral y con mayor prevalencia en poblaciones de edad avanzada y, por ello, mayor probabilidad de presentar comorbilidades asociadas.

La mayoría de los pacientes no reciben tratamiento o cuando se prescribe, no se ajusta a estándares necesarios para conseguir la remisión de la enfermedad. Es muy importante resaltar aquí que la gota es una enfermedad curable, en cuanto que un tratamiento adecuado hace desaparecer sus manifestaciones clínicas y evita la aparición de secuelas.

El reparto de costes es desigual, dependiendo de los escenarios de presentación o progresión del proceso. En todo caso, una aproximación en el momento adecuado, con los medios apropiados y con el objetivo de remisión de la enfermedad es asumible por cualquier sistema sanitario desarrollado. La financiación pública del sistema sanitario en los modelos de bienestar exige que la gota sea tratada como una enfermedad curable. Refuerza la idea la generación de externalidades negativas (costes indirectos) en enfermedades renales y cardíacas sobre las que sí existe abundante literatura de referencia, por no hablar en términos de coste de oportunidad que asimismo supone para los enfermos y sus cuidadores. ■

Referencias

1. Kuo CF, Grainge MJ, Zhang W, Doherty M. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors. *Nat Rev Rheumatol* 2015; 11(11):649-662.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859):2095-2128.
3. Richette P, Clerson P, Perissin L, Flipo RM, Bardin T. Revisiting comorbidities in gout: a cluster analysis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74(1):142-147.
4. Doherty M, Jansen TL, Nuki G, Pascual E, Perez-Ruiz F, Punzi L et al. Gout: why is this curable disease so seldom cured? *Ann Rheum Dis* 2012; 71(11):1765-1770.
5. Seoane-Mato D, Sanchez-Piedra C, Silva-Fernandez L, Sivera F, Blanco FJ, Perez RF et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatol Clin* 2017; doi:10.1016/j.reuma.2017.06.009.
6. Gonzalez Buitrago JM, Arroyo A, Vega L, Gracia Fernandez N, De la Rúa A, Navajo JA. Prevalencia de la hiperuricemia y la gota en una muestra de población rural castellana de edad comprendida entre 40 y 50 años. *Rev Clin Esp* 1988; 182:454-458.
7. Chinchilla SP, Urionaguena I, Perez-Ruiz F. Ready or not? Changes in the clinical profile of gout patients over the past 25 years. *Ann Rheum Dis* DOI: 10.1136/annrheumdis-2017-eular.5459. 2017. Ref Type: Abstract
8. El País EdPV. Rafael Bengoa. https://el-pais.com/ccaa/2015/03/31/paisvasco/1427799213_481798.html. 2012. Ref Type: Internet Communication
9. Perez-Ruiz F. Treatment with Allopurinol is Associated with Lower Risk of Acute Kidney Injury in Patients with Gout: A Retrospective Analysis of a Nested Cohort. *Rheumatol Ther* 2017.
10. Lim SY, Lu N, Oza A, Fisher M, Rai SK, Menendez ME et al. Trends in Gout and Rheumatoid Arthritis Hospitalizations in the United States, 1993-2011. *JAMA* 2016; 315(21):2345-2347.
11. Singh JA, Yu S. Time Trends, Predictors, and Outcome of Emergency Department Use for Gout: A Nationwide US Study. *J Rheumatol* 2016; 43(8):1581-1588.
12. Perez-Ruiz F, Chinchilla SP, Urionaguena I. Impact of urate-lowering therapy on the risk of acute inflammation episodes during hospital admissions in patients with gout. *Ann Rheum Dis* 2015; 74((Suppl2)):772. *Ann Rheum Dis* 74[Suppl 2], 772. 2015. Ref Type: Abstract
13. Perez-Ruiz F, Martinez-Indart L, Carmona L, Herrero-Beites AM, Pijoan JI, Krishnan E. Tophaceous gout and high level of hyperuricaemia are both associated with increased risk of mortality in patients with gout. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(1):177-182.
14. Dehlin MI, Sigudardottir V, Privelegka P, Svård A, Jacobson LT. Trends and costs for gout hospitalization in Sweden. *Ann Rheum Dis* DOI: 10.1136/annrheumdis-2017-eular.1825. 2017. Ref Type: Abstract
15. Arfe A, Scotti L, Varas-Lorenzo C, Nicotra F, Zambon A, Kollhorst B et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study. *BMJ* 2016; 354:i4857.
16. Ungprasert P, Srivali N, Kittanamongkolchai W. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure exacerbation: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med* 2015; 26(9):685-690.
17. Lipworth L, Abdel-Kader K, Morse J, Stewart TG, Kabagambe EK, Parr SK et al. High prevalence of non-steroidal anti-inflammatory drug use among acute kidney injury survivors in the southern community cohort study. *BMC Nephrol* 2016; 17(1):189.
18. Perez-Ruiz F. Treatment with Allopurinol is Associated with Lower Risk of Acute Kidney Injury in Patients with Gout: A Retrospective Analysis of a Nested Cohort. *Rheumatol Ther* 2017; 4:419-425.
19. Perez-Ruiz F, Diaz-Torne C, Carcedo D. Cost-effectiveness analysis of febuxostat in patients with gout in Spain. *J Med Econ* 2016; 19(6):604-610.
20. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Fernandez-Lopez MJ, Herrero-Beites AM, Ruiz-Lucea E, Garcia-Erauskin G et al. Treatment of chronic gout in patients with renal function impairment. An open, randomized, actively controlled. *J Clin Rheumatol* 1999; 5(2):49-55.
21. Macarrón P, Blanco M, Abásolo L, Lajas C, Carmona L, Jover JA. Incapacidad laboral producida por gota: descripción y resultados de un programa de intervención específico. *Rev Esp Reumatol* 31[2], 109. 2004. Ref Type: Abstract
22. Abasolo L, Carmona L, Hernandez-Garcia C, Lajas C, Loza E, Blanco M et al. Musculoskeletal work disability for clinicians: time course and effectiveness of a specialized intervention program by diagnosis. *Arthritis Rheum* 2007; 57(2):335-342.
23. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Manual de tiempos óptimos de incapacidad laboral. Tercera Edición. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf> [2013
24. Edwards LN, Sundry JS, Forsythe A, Blume S, Pan F, Becker MA. Work productivity loss due to flares in patient with chronic gout refractory to conventional therapy. *J Med Econ* 2011; 14(1):10-15.
25. Abhishek A, Jenkins W, La-Crette J, Fernandes G, Doherty M. Long-term persistence and adherence on urate-lowering treatment can be maintained in primary care-5-year follow-up of a proof-of-concept study. *Rheumatology (Oxford)* 2017; 10.1093/rheumatology/kew395 [doi].
26. Dehlin MI, Ekström EH, Petzold M, Strömberg U, Telg G, Jacobsson LTH. Factors associated with initiation and persistence of urate-lowering therapy. *Arthritis Research & Therapy* 2017; 19(6):DOI 10.1186/s13075-016-1211-y.