



Original

Una encuesta sobre la evaluación y el tratamiento actual de la gota en Buenos Aires, Argentina[☆]

Nauan Fara^a, Janitzia Vázquez Mellado^b, Gabriel Sequeira^{a,*} y Eduardo Kerzberg^{a,c}

^a Servicio de Reumatología, Hospital J.M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Servicio de Reumatología, Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad de México, México

^c Centro de Osteoporosis y Enfermedades Osteoarticulares, Centro de Farmacología Clínica e Investigaciones Clínico-Farmacológicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de abril de 2012

Aceptado el 23 de mayo de 2012

On-line el 31 de julio de 2012

Palabras clave:

Encuesta

Gota

Colchicina

Alopurinol

Síndrome metabólico

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la gestión actual de la gota en los médicos generales y especialistas en Buenos Aires.

Material y métodos: Preguntas de selección múltiple, encuesta anónima, realizada a 33 reumatólogos (REU), 52 especialistas en medicina interna (EMI) y 86 médicos generales (Otros).

Resultados: Los REU atienden a pacientes con gota muy frecuentemente o habitualmente en un 51,5% de los casos vs. un 11,5% de EMI y un 8,1% de Otros. Al momento del diagnóstico, los cristales de ácido úrico fueron identificados por un 51,5% de REU vs. un 28,8% de EMI y Otros 26,7%; los tofos fueron identificados por un 60,6% de REU % vs. un 30,8% de EMI y un 30,2% Otros. Los REU y los EMI usan colchicina para la gota aguda en el 75,8 y el 80,8%, respectivamente, frente al 7,7% de Otros. La medida de altura/peso y la circunferencia de la cintura del paciente fue realizada con menos frecuencia por REU que por EMI (el 66,7 vs. el 92,3% y el 45,5 vs. el 75%, respectivamente).

Conclusiones: Los REU suelen examinar a los pacientes con gota, pero en una etapa crónica. La identificación de los cristales en el líquido sinovial es baja. El uso de colchicina sigue siendo alto. Los REU deben mejorar la evaluación del síndrome metabólico.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

A survey on the current evaluation and treatment of gout in Buenos Aires, Argentina

A B S T R A C T

Objective: To evaluate the current management of gout in general practitioners and specialists in Buenos Aires city.

Material and methods: multiple choice, anonymous, survey, performed to 33 rheumatologists (REU), 52 Internal Medicine specialists (EMI) and 86 general practitioners (Otros).

Results: Gout is a very common or usual disease for 51.5% of REU vs 11.5% EMI and 8.1% Otros. At diagnosis, uric acid crystals are identified by 51.5% REU vs 28.8% EMI and 26.7% Otros and tophi observed by 60.6% REU vs 30.8% EMI and 30.2% Otros. REU and EMI should indicate colchicine for acute gout in 75.8% and 80.8% respectively vs 7.7% of Otros. REU measure patient's height/weight and waist circumference less frequently than EMI (66.7% vs 92.3% and 45.5% vs 75% respectively).

Conclusions: REU usually examine patients with gout but in a chronic stage. The identification of crystals in synovial fluid is low. The use of colchicine is still high. REU should improve the evaluation of the metabolic syndrome.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Survey

Gout

Colchicine

Allopurinol

Metabolic syndrome

[☆] Este trabajo fue presentado en forma de póster en el 44.º Congreso Argentino de Reumatología, llevado a cabo del 12 al 15 de octubre del 2011 en la Ciudad de Rosario, Argentina.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabriel.sequeira@live.com.ar (G. Sequeira).

Introducción

Aunque la gota fue descrita en la antigüedad y su tratamiento incluye hasta fármacos de uso milenario¹, sigue siendo una enfermedad subdiagnosticada o diagnosticada en etapas tardías y, aun cuando es correctamente diagnosticada, el tratamiento suele ser subóptimo². A diferencia de la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico, la gota parece ser considerada por los reumatólogos una enfermedad menor y su diagnóstico y manejo suele recaer en médicos generales³.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el manejo actual de la gota por médicos generales y especialistas en la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores.

Material y métodos

Se realizó una encuesta anónima, cerrada, de opción múltiple, a médicos de la ciudad de Buenos Aires y alrededores, entre mayo del 2010 y mayo del 2011.

El desarrollo inicial de la encuesta corrió a cargo de 2 autores (NF y GS) sobre la base de: a) modificaciones realizadas a una encuesta utilizada en un trabajo publicado previamente por otro de los autores⁴ (JVM), y b) otros trabajos publicados^{2,5,6}.

La encuesta fue finalmente modificada y aceptada por consenso entre todos los autores: la encuesta intentaba indagar sobre lo que los profesionales hacen en su práctica diaria. Constaba de 18 preguntas e incluía una primera parte con datos sobre el profesional, frecuencia con que evaluaba pacientes con gota (muy frecuentemente, habitualmente, poco frecuentemente y raramente) y número de pacientes que veía por mes (entre 1 y 5; entre 6 y 10; 11 a 20; más de 20).

En la segunda parte se preguntaba sobre la forma de gota que atendían más comúnmente y sobre cómo llegaban al diagnóstico de gota, con especial énfasis en la búsqueda e identificación de cristales de urato monosódico (CUM) en el líquido sinovial o tofos. La tercera parte evaluaba el tratamiento de la gota aguda y crónica. La cuarta parte evaluaba la indicación de 10 medidas higiénico-dietéticas y modificaciones del estilo de vida y, por último, se preguntaba sobre 5 medidas para la evaluación del síndrome metabólico.

Se encuestaron reumatólogos (REU), especialistas en medicina interna (EMI) y médicos sin especialidad, cursando especialidad u otros que se desempeñaban mayoritariamente en servicios de urgencia (Otros).

Las encuestas fueron completadas personalmente por los profesionales durante diferentes eventos científicos relacionados con la reumatología, llevados a cabo en la Ciudad de Buenos Aires en dicho período. Se visitaron además diferentes salas de emergencias y de clínica médica de la Ciudad de Buenos Aires, donde otros profesionales completaron la encuesta.

Si bien no se llevó un control estricto del porcentaje de profesionales contactados que accedieron a contestar la encuesta, se estima que el porcentaje de participación no sobrepasó del 20% en los profesionales que fueron contactados personalmente. Se enviaron además 75 correos electrónicos, con una copia de la encuesta cerrada a partir de una lista de contactos del Servicio de Reumatología del Hospital J.M. Ramos Mejía, de los cuales contestaron 19 profesionales (6 REU, 6 EMI y 7 Otros).

Para el análisis se utilizaron estadística descriptiva y la prueba de la χ^2 (p significativa $< 0,05$), con un software SPSS para Windows versión 17.0.

Resultados

Ciento setenta y un médicos respondieron el cuestionario: 19,3% REU; 30,4% EMI y 50,3% Otros. El grupo Otros tenía menos años de

experiencia profesional: solo un 18,6% del grupo Otros tenía más de 10 años de recibidos vs. un 36,4% de los REU y un 38,5% de los EMI ($p = 0,021$).

Los pacientes más comúnmente evaluados por los REU y EMI fueron pacientes con hiperuricemia con o sin diagnóstico previo de gota (el 48,5 y el 46,2%, respectivamente), mientras que para el 39,5% de Otros la monoartritis aguda fue la forma más frecuente.

Los REU atienden a pacientes con gota muy frecuentemente o habitualmente en un 51,5% de los casos vs. un 11,5% de EMI y un 8,1% de Otros ($p < 0,001$). El 81,82% de los REU, el 96,15% de los EMI y el 96,51% de Otros examinaban entre 1 a 5 pacientes de gota por mes, mientras que el 18,18% de los REU, el 3,85% de los EMI y el 3,49% de Otros examinaban a más de 5 pacientes con gota por mes ($p = 0,009$).

Se preguntó a los médicos si basaban su diagnóstico de gota en el cuadro clínico, en la hiperuricemia, en la presencia de tofos, en la identificación de CUM o en una combinación de las anteriores.

Para el diagnóstico de gota utilizan el cuadro clínico (solo o combinado con otros criterios) el 93,9% de los REU, el 92,3% de los EMI vs. el 72,1% de Otros ($p < 0,01$). El estudio y la identificación de CUM fueron mencionados para el diagnóstico (solo o combinado) por el 51,5% de los REU vs. el 28,8% de los EMI y el 26,7% de Otros ($p = 0,010$).

La presencia de tofos (solos o combinados) fue señalada por el 60,6% de REU vs. el 30,8% de EMI y el 30,2% de Otros ($p = 0,005$).

La hiperuricemia fue escogida por el 42,4% de los REU, el 44,2% de los EMI y el 43% de Otros ($p = 0,98$, NS).

En un caso ideal de un paciente con monoartritis aguda y antecedentes de gota, el 75,8% de REU realizarían punción articular vs. el 44,2% de los EMI y el 30,2% de Otros ($p < 0,001$).

Más del 80% de los encuestados usarían fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) solos o combinados en la gota aguda.

Los REU y los EMI indicarían más frecuentemente colchicina sola o combinada: el 75,8% y 80,8%, respectivamente, vs. el 47,7% de Otros ($p < 0,001$). El 32,6% de los Otros incluyeron el alopurinol en el tratamiento de la gota aguda vs. el 19,2% de los EMI y el 6,1% de los REU ($p = 0,007$).

Con respecto al uso de alopurinol, se observó que los REU lo indicaban más tardíamente (luego del segundo ataque) en el 60,6% vs. el 15,4% de los EMI y el 14% de Otros ($p < 0,001$). El 84% de los REU reconocieron que indicaba un tratamiento concomitante para la prevención de la gota aguda (con AINE o colchicina) cuando iniciaban el tratamiento con alopurinol vs. el 46,2% de los EMI y el 37,2% de Otros ($p < 0,001$).

En condiciones ideales de suficiencia renal, hepática y de tolerabilidad al producto, usarían dosis mayores de 300 mg de alopurinol/día el 42,4% de REU, 44,2% de EMI y el 44,2% de Otros ($p = 0,98$, NS).

El objetivo de tratamiento con alopurinol es llegar a menos de 6 mg/dl para el 72,7% de REU, el 57,7% de EMI y el 48% de Otros ($p = 0,06$; NS).

Mantendrían el alopurinol por tiempo indefinido, el 90,9% de los REU vs. el 61,5% de los EMI y el 57,0% de los Otros ($p = 0,002$).

Sobre una lista de 10 medidas preventivas, las respuestas de los médicos solo difirieron en (tabla 1):

1. Evitar el uso de diuréticos: el 100% de REU vs. el 82,7% de EMI y el 75,6% Otros ($p = 0,007$).
2. Sugerir el uso de losartán en caso de hipertensión arterial el 84,8% de REU vs. el 65,4% de los EMI y el 54,7% de Otros ($p = 0,009$).
3. Sugerir el uso de fibratos en caso de hipertrigliceridemia: el 90,9% de REU vs. el 75,0% de los EMI y el 62,8% de Otros ($p = 0,008$).

Sobre 5 medidas para la evaluación del síndrome metabólico (tabla 2), los REU miden la presión arterial, solicitan perfil lipídico y glucemia en igual proporción que los EMI, pero miden/pesan

Tabla 1
Frecuencia con que los encuestados indican 10 recomendaciones higiénico dietéticas (%)

	REU (n = 33)	EMI (n = 52)	Otros (n = 86)	p
Actividad física	90,9	88,5	86	0,75
Evitar diuréticos	100	82,7	75,6	0,007
Evitar alcohol y bebidas espirituosas	93,9	98,1	91,9	0,3
Evitar cerveza	97	90,4	83,7	0,1
Evitar bebidas cola	51,5	65,4	65,1	0,3
Dieta basada en verduras y frutas	93,9	92,3	88,4	0,6
Limitar carnes rojas	97	98,1	91,1	0,2
Bajar de peso	100	98,1	93	0,1
Uso de losartán en hipertensión arterial	84,8	65,4	54,7	0,009
Uso de fibratos en hipertrigliceridemia	90,9	75	62,8	0,008

Tabla 2
Frecuencia de evaluación de parámetros del síndrome metabólico por los encuestados (%)

	REU (n = 33)	EMI (n = 52)	Otros (n = 86)	p
Pesa y mide al paciente	66,7	92,3	72,1	0,006
Mide presión arterial	100	98,1	76,7	<0,001
Solicita perfil lipídico	100	96,2	81,4	0,002
Mide circunferencia de la cintura	45,5	75	53,5	0,01
Solicita glucemia	100	90,4	77,9	0,004

al paciente en menos ocasiones: el 66,7% vs. el 92,3% de los EMI ($p = 0,006$). Los REU también miden la circunferencia de la cintura en menos ocasiones que los EMI (el 45,5% vs. el 75%; $p = 0,01$).

Se preguntó a los profesionales EMI y Otros cuándo derivaban al reumatólogo a un paciente con gota y las respuestas fueron: a) nunca: el 3,85 y el 9,30% de EMI y Otros; b) después del primer ataque: el 38,46 y el 40,70% de los EMI y Otros; c) después del segundo ataque: el 15,38 y el 22,09% de los EMI y Otros, y d) ante enfermedad poliarticular, tofos o falta de respuesta al tratamiento: el 42,31 y el 27,91% de los EMI y Otros, respectivamente.

Discusión

A pesar de que existen guías para el diagnóstico y el tratamiento de la gota, hay evidencia de que los pacientes con gota no son tratados correctamente^{7,8}. De nuestros datos se infiere que alrededor del 40% de los EMI y Otros nunca deriva al reumatólogo a un paciente con gota o lo hace solo ante la presencia de un cuadro poliarticular, tofos, complicaciones o falla del tratamiento. Por ello, los reumatólogos ven a los pacientes tardíamente en el curso evolutivo de la enfermedad, dado que se apoyan en la presencia de tofos para el diagnóstico en un 60% de los casos. La búsqueda y la identificación de CUM y la punción articular (indispensable para la confirmación diagnóstica) son significativamente mayores en los REU, probablemente por estar mejor entrenados en la materia.

La colchicina sigue siendo una opción para el tratamiento de la gota aguda para una porción mayoritaria de REU y EMI.

Los REU tienden a mantener el alopurinol durante más tiempo y usan más frecuentemente medicación concomitante al inicio de esta terapia.

Los reumatólogos encuestados tienen el síndrome metabólico en consideración y lo evalúan de una forma similar que los clínicos, aunque deberían pesar y realizar mediciones en los pacientes más frecuentemente.

Diferentes encuestas fueron publicadas en los últimos 10 años acerca del diagnóstico y el tratamiento de la gota^{4,5,9–11}. La participación de los profesionales en estas encuestas, en general, fue baja.

Mientras que en algunas encuestas^{5,9} más del 80% de los reumatólogos reportaron la búsqueda y la identificación de CUM, nuestros resultados fueron similares a los reportados en México en 2003, donde el 51% de los reumatólogos y el 30% de los internistas aseguraron utilizarlo como método diagnóstico⁴.

En esta encuesta, el uso de colchicina por los REU fue mayor que lo reportado en Estados Unidos en 2006⁵.

Es posible que en las encuestas los médicos expresen sus opiniones o su conocimiento académico y no necesariamente lo que verdaderamente realizan en su práctica clínica habitual, lo que queda en evidencia cuando se realizan trabajos de auditoría sobre las historias clínicas¹².

Entre las fortalezas de nuestro trabajo, se destaca que, además de REU, se incluyeron médicos generales (que desempeñaban su trabajo mayoritariamente en servicios de urgencia) y médicos EMI.

La hiperuricemia y la gota se encuentran estrechamente vinculadas al síndrome metabólico^{13,14} o al riesgo cardiovascular¹⁵. Ello obliga a tener una visión más amplia de la gota, donde el compromiso articular es solo una parte del problema. En esta encuesta se incluyó una sección sobre la evaluación y el manejo del síndrome metabólico.

En virtud de las limitaciones que impone una encuesta y de la baja participación, estos datos no son directamente extrapolables a todos los médicos de Buenos Aires.

Sin embargo, los datos no son desalentadores y, en ausencia de otros trabajos similares, constituyen un punto de partida para estimar la adherencia a las guías de tratamiento y la calidad de la atención médica que reciben los pacientes con gota en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Como conclusión, debería derivarse más tempranamente al REU a los pacientes con gota con el objetivo de confirmar el diagnóstico y mejorar su atención.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Smith Jr L. Trastornos del metabolismo de las purinas. En: BeesonPB, Mcdermott W, editores. Cecil-Loeb. Tratado de medicina interna. 14.^a ed. esp México: Editorial Interamericana; 1977. p. 1951–66.
2. Zhang W, Doherty M, Pascual E, Bardin T, Barskova V, Conaghan P, et al., EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I. Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2006;65:1301–11.
3. Pascual E, Sivera F. Why is gout so poorly managed? *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1269–70.
4. Vazquez-Mellado J, Espinoza J, Hernandez- Garduno A, Lino L, Burgos-Vargas R. Diagnosis and treatment of gout in Mexico City. Results from a physician survey (in Spanish). *Rev Invest Clin.* 2003;55:621–8.
5. Schlesinger N, Moore DF, Sun JD, Schumacher Jr HR. A survey of current evaluation and treatment of gout. *J Rheumatol.* 2006;33:2050–2.
6. Zhang W, Doherty M, Bardin T, Pascual E, Barskova V, Conaghan P, et al., EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR Evidence based recommendations for gout. Part II: management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2006;65:1312–24.
7. Singh JA, Hodges JS, Toscano JP, Asch SM. Quality of care for gout in the US needs improvement. *Arthritis Rheum (Arthritis Care & Research).* 2007;57:822–9.
8. Roddy E, Zhang W, Doherty M. Concordance of the management of chronic gout in a UK primary care population with the EULAR gout recommendations. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1311–5.
9. Doherty M, Bardin T, Pascual E. International survey on the diagnosis and management of gout. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1685–6.
10. Reinders MK, Jansen TL. Survey on management of gout among Dutch rheumatologists. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:1049.
11. Fang W, Zeng X, Li M, Chen LX, Schumacher Jr HR, Zhang F. The management of gout at an academic healthcare center in Beijing: a physician survey. *J Rheumatol.* 2006;33:2041–9.
12. Pérez-Ruiz F, Carmona L, Yébenes MJ, Pascual E, de Miguel E, Ureña I, et al., GEMA Study Group, Sociedad Española de Reumatología. An audit of the variability of diagnosis and management of gout in the rheumatology setting: the gout evaluation and management study. *J Clin Rheumatol.* 2011;17:349–55.
13. Choi HK, Ford ES. Prevalence of the metabolic syndrome in individuals with hyperuricemia. *Am J Med.* 2007;120:442–7.
14. Choi HK, Ford ES, Li C, Curhan G. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Rheum (Arthritis Care & Research).* 2007;57:109–15.
15. Fang J, Alderman MH. Serum uric acid and cardiovascular mortality. The NHANES I epidemiologic follow-up study, 1971–1992. *JAMA.* 2000;283:2404–10.