



PROYECTO EMAR II

Variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España



INFORME DE RESULTADOS

Contenido

I.	ESTUDIO EMAR: INTRODUCCIÓN	7
1.	Introducción	7
2.	Objetivos	7
	<i>A. Variabilidad en el manejo de la AR</i>	7
	<i>B. Variabilidad en el manejo de la Spa</i>	8
3.	Diseño y selección de pacientes.....	8
4.	Mediciones y variables	9
5.	Análisis estadístico	10
II.	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO	11
1.	Características de los centros participantes.....	11
2.	Características sociodemográficas de los pacientes	15
3.	Características de los médicos responsables	15
III.	DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	18
1.	Características clínicas.....	18
	<i>A. Artritis Reumatoide</i>	18
	<i>B. Espondiloartritis</i>	18
2.	Actividad de la enfermedad	21
	<i>A. Parámetros comunes</i>	21
	<i>B. Parámetros específicos de AR</i>	22
	<i>C. Parámetros específicos de SPA</i>	22
3.	Incapacidad laboral	26
4.	Comorbilidad	27
IV.	CONSUMO DE RECURSOS ASISTENCIALES	28
1.	Valores globales	28
2.	Ingresos hospitalarios	29
3.	Cirugía ortopédica	32
4.	Visitas a otros especialistas	33
5.	Pruebas complementarias.....	35
6.	Variabilidad en el uso de recursos en función de la CCAA.....	37
V.	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO.....	43
1.	Anti-inflamatorios no esteroideos	43
2.	Esteroides	45

3.	Analgésicos simples.....	48
4.	Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME).....	49
5.	Fármacos biológicos.....	54
6.	Profilaxis gástrica.....	59
7.	Fármacos anti-osteoporosis.....	61
VI.	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO.....	63
1.	Procedimientos de seguimiento utilizados en AR.....	63
2.	Procedimientos de seguimiento utilizados en SPA.....	63
VII.	VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE LA AR.....	66
1.	COMPARACIÓN EMAR I – EMAR II.....	66
A.	<i>Uso de recursos asistenciales.....</i>	67
B.	<i>Tratamientos.....</i>	67
2.	USO DE BIOLÓGICOS.....	71
A.	<i>Descripción de la variabilidad.....</i>	71
B.	<i>Determinantes relacionados con factores sociodemográficos.....</i>	71
C.	<i>Determinantes relacionados con la enfermedad.....</i>	72
D.	<i>Determinantes relacionados con el tratamiento.....</i>	73
E.	<i>Determinantes relacionados con el médico responsable.....</i>	74
F.	<i>Determinantes relacionados con el centro asistencial.....</i>	74
G.	<i>Predictores del tratamiento biológico: Análisis multivariante.....</i>	75
VIII.	SEGUIMIENTO RECOMENDACIONES.....	76
1.	RECOMENDACIONES GUIPCAR 2007.....	76
IX.	CONCLUSIONES.....	85
X.	LIMITACIONES.....	86

Índice de tablas

Tabla 1. Características de los centros participantes.....	12
Tabla 2. Características del Servicio de Reumatología de los centros participantes.....	13
Tabla 3. Comparación entre centros participantes y no participantes.....	14
Tabla 4. Características sociodemográficas de los pacientes.....	16
Tabla 5. Características de los médicos responsables.....	17
Tabla 6. Características clínicas de la Artritis Reumatoide.....	19
Tabla 7. Características clínicas de las espondiloartritis.....	20
Tabla 8. Actividad de la enfermedad (I): características comunes a AR y SPA.....	23
Tabla 9. Actividad de la enfermedad (II): Características específicas de la AR.....	24
Tabla 10. Actividad de la enfermedad (III): Características específicas de las SPA.....	25
Tabla 11. Incapacidad laboral.....	26
Tabla 12. Comorbilidad.....	27
Tabla 13. Valor global, tasa y promedio de diferentes recursos asistenciales.....	28
Tabla 14. Ingresos hospitalarios: proporción, causas y servicios.....	30
Tabla 15. Ingresos producidos por la patología reumática.....	31
Tabla 16. Cirugía ortopédica: tipo y morbi-mortalidad quirúrgica.....	32
Tabla 17. Visitas a otros especialistas.....	34
Tabla 18. Consultas no médicas.....	35
Tabla 19. Pruebas de laboratorio. Pruebas de imagen. Otras pruebas.....	36
Tabla 20. Variabilidad en el uso de servicios por CCAA: AR.....	37
Tabla 21. Variabilidad en el uso de servicios por CCAA: SPA.....	40
Tabla 22. Tratamiento: anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs).....	44
Tabla 23. Tratamiento: esteroides.....	46
Tabla 24. Tratamiento: analgésicos simples.....	48
Tabla 25. Tratamiento: modificadores de la enfermedad (FAME) durante la evolución.....	49
Tabla 26. Tratamiento: modificadores de la enfermedad en los dos últimos años.....	51
Tabla 27. FAME: dosis máxima y mínima en los dos últimos años.....	52

Tabla 28. Tratamiento: fármacos biológicos (I).....	55
Tabla 29. Tratamiento: fármacos biológicos (II).....	56
Tabla 30. Tratamiento: fármacos biológicos (III).....	57
Tabla 31. Tratamiento: protectores gástricos.....	59
Tabla 32. Tratamiento: fármacos anti-osteoporosis.....	61
Tabla 33. Procedimientos de seguimiento clínico: Artritis Reumatoide.....	64
Tabla 34. Procedimientos de seguimiento clínico: espondiloartritis.....	65
Tabla 35. Comparación EMAR I-EMAR II: características de las muestras estudiadas	66
Tabla 36. Comparación EMAR I-EMAR II: Uso de recursos	68
Tabla 37. Comparación EMAR I-EMAR II: Otros recursos asistenciales	69
Tabla 38. Comparación EMAR I – EMAR II: Tratamientos.....	70
Tabla 39. Variabilidad en el uso de tratamiento biológico según CCAA	71
Tabla 40. Uso de biológicos: Determinantes relacionados con factores sociodemográficos.....	72
Tabla 41. Uso de biológicos: determinantes relacionados con la enfermedad.....	73
Tabla 42. Uso de biológicos: determinantes relacionados con el tratamiento	73
Tabla 43. Uso de biológicos: determinantes relacionados con el médico responsable	74
Tabla 44. Uso de biológicos: determinantes relacionados con el centro asistencial.....	75
Tabla 45. Predictores de tratamiento biológico: análisis multivariante	76
Tabla 46. Grado de cumplimentación de las recomendaciones de la GUIPCAR.....	84

Índice de gráficos

Gráfico 1. Nº de consultas médicas a Reumatología por CCAA: AR.....	38
Gráfico 2. Nº de visitas a otros especialistas por CCAA: AR.....	38
Gráfico 3. Proporción de pacientes con algún ingreso según CCAA: AR.....	39
Gráfico 4. Proporción de pacientes con cirugía ortopédica según CCAA: AR.....	39
Gráfico 5. Nº de consultas médicas a Reumatología por CCAA: SPA.....	41
Gráfico 6. Nº de visitas a otros especialistas por CCAA: SPA.....	41
Gráfico 7. Proporción de pacientes con algún ingreso según CCAA: SPA.....	42
Gráfico 8. Proporción de pacientes con cirugía ortopédica según CCAA: AR.....	42
Gráfico 9. Esteroides durante el periodo de estudio: variabilidad por CCAA (AR).....	47
Gráfico 10. Esteroides durante el periodo de estudio: variabilidad por CCAA (AR).....	47
Gráfico 11. FAME periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA.....	53
Gráfico 12. FAME periodo de estudio SPA: Variabilidad por CCAA.....	53
Gráfico 13. Biológicos periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA.....	58
Gráfico 14. Biológicos periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA.....	58
Gráfico 15. Gastroprotectores periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA.....	60
Gráfico 16. Gastroprotectores periodo de estudio SPA: Variabilidad por CCAA.....	60
Gráfico 17. Antiosteoporóticos periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA.....	62
Gráfico 18. Antiosteoporóticos periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA.....	62

I. ESTUDIO EMAR: INTRODUCCIÓN

1. Introducción

El emAR II es un estudio de variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (Spa) en España. La variabilidad de la práctica clínica es un fenómeno muy frecuente en medicina, y es responsable de una utilización incorrecta de diferentes procedimientos, con el subsiguiente consumo innecesario de recursos y los posibles daños colaterales para el paciente. Estas razones justifican la necesidad de conocer la variabilidad existente, sus determinantes y sus efectos, con el fin de poder diseñar estrategias realistas que contribuyan a mejorar la calidad de la práctica clínica.

En este sentido, los resultados del primer estudio sobre variabilidad en el manejo de la AR en España (emAR I) realizado hace 10 años, mostraron una amplia variabilidad en el uso de diferentes recursos sanitarios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y formas de seguimiento de los pacientes con AR que, en muchos casos, era independiente de las características del paciente o de la gravedad de la enfermedad.

En los 10 años transcurridos desde el emAR I la atención a la AR y a otras enfermedades articulares de tipo inflamatorio ha experimentado una auténtica revolución debido a diversos factores como la disponibilidad de nuevos tratamientos, el mayor conocimiento de estos procesos, el crecimiento de la atención reumatológica en nuestro país y el desarrollo de otros importantes trabajos de investigación. El emAR II permite evaluar la posible repercusión de estos hechos en las prácticas de manejo de la AR y la Spa.

2. Objetivos

El objetivo general es describir la variabilidad en el manejo de la AR y las espondiloartritis en España en términos de consumo de recursos sanitarios y utilización de técnicas y tratamientos, así como identificar los factores que explican la variabilidad observada en relación con: a) características sociodemográficas del propio paciente; b) datos dependientes de la enfermedad; y c) variables dependientes de la organización asistencial.

En cuanto a los objetivos específicos se presentan independientemente para cada grupo.

A. Variabilidad en el manejo de la AR

- a) Comparar la frecuencia y tendencia temporal observada con respecto a emAR I en cuanto a las siguientes variables relacionadas con el manejo de la AR:
 - ✓ Eventos anuales referidos a: visitas al reumatólogo u otros especialistas, ingresos hospitalarios, cirugía ortopédica y uso de otros recursos sanitarios.

- ✓ Uso de fármacos: modificadores de la enfermedad (FAME) y tiempo hasta el inicio del primer FAME; AINEs; corticoides; infiltraciones; protectores gástricos; tratamiento y profilaxis de la osteoporosis.
- a) Describir la variabilidad en el uso de biológicos en el tratamiento de la AR (no estudiado en emAR I). Se analizará fundamentalmente el uso de biológicos en monoterapia o tratamiento combinado y el tiempo hasta el inicio del primer biológico.
- b) Describir la adecuación de la práctica clínica observada a los estándares recomendados por GUIPCAR en términos de porcentajes de pacientes en los que se ha cumplido una determinada recomendación.
- c) Determinar los factores que expliquen la variabilidad observada en los objetivos a), b) y c) relacionados con los datos sociodemográficos de los pacientes, las características de la enfermedad y las variables de la organización asistencial en la que reciben atención.

B. Variabilidad en el manejo de la Spa

- a) Describir la variabilidad en el manejo de las espondiloartritis en cuanto a:
 - ✓ Eventos anuales referidos a: visitas al reumatólogo u otros especialistas, ingresos hospitalarios, cirugía ortopédica y uso de otros recursos sanitarios.
 - ✓ Uso de fármacos: modificadores de la enfermedad (FAME) y tiempo hasta el inicio del primer FAME; biológicos en monoterapia o tratamiento combinado y tiempo hasta el primer biológico; AINEs; corticoides; infiltraciones; protectores gástricos; tratamiento y profilaxis de la osteoporosis.
- b) Determinar los factores que expliquen la variabilidad observada en el objetivo operativo anterior relacionados con las características sociodemográficas de los pacientes, las características de la enfermedad y las de la organización asistencial en la que reciben atención estos pacientes.

3. Diseño y selección de pacientes

Estudio transversal de asociación cruzada entre la variabilidad en el manejo de la AR y las Spa, medida según distintos indicadores, y diversos factores dependientes del individuo, de la enfermedad y del sistema sanitario.

La muestra está formada por historias clínicas de pacientes con AR o Spa atendidos en servicios de Reumatología de hospitales españoles que tengan al menos una visita al reumatólogo en los dos años anteriores a la fecha de inicio del estudio. Se realizó un muestreo estratificado por Comunidades Autónomas (CCAA) y bietápico por centro hospitalario (unidades de primera etapa o UPE) y paciente (unidades de segunda etapa o USE). Para evitar la falta de representatividad asociada a la homogeneidad de UPE de muy diverso tamaño, en la primera etapa se efectuó un muestreo con probabilidad proporcional a su tamaño y en la segunda se llevó a cabo una selección aleatoria, equiprobabilística, de los pacientes de cada

centro. Las CCAA más pequeñas se agruparon con otras de mayor tamaño para conseguir que todas ellas estuviesen representadas.

Una vez realizado el muestreo de centros se contactó con ellos solicitándoles un listado de todos los pacientes diagnosticados de AR o de Spa que hubieran sido atendidos en el centro durante los años anteriores al inicio del estudio al menos en una ocasión. Una vez recibidos estos listados, se realizó un muestreo aleatorio simple de los pacientes de cada centro para ser incluidos en el estudio.

El tamaño muestral se calculó según la hipótesis de que la proporción de pacientes que han necesitado cirugía ha pasado del 26% en el emAR I al 18% en el emAR II. Bajo esta premisa y asumiendo un error alfa de 5%, una potencia del 80%, un 15% de historias no localizadas o incompletas con un efecto de diseño de 2,5, se obtuvo un tamaño muestral de 1.410 pacientes para cada uno de los brazos del estudio.

Los datos referidos a los dos últimos años se extrajeron de la historia clínica del paciente y se recogieron en cuadernos de recogida de datos estandarizados e iguales para todos los casos, redactándose un Manual de Instrucciones para su cumplimentación.

4. Mediciones y variables

1. Variable principal

Todas las relacionadas con el consumo de recursos sanitarios, tratamientos y la forma de seguimiento clínico en ambos grupos de estudio durante los dos últimos años.

- a) Consumo de recursos: nº de visitas médicas y de enfermería al servicio de Reumatología; nº de ingresos hospitalarios, servicio en el que ingresa y causa; nº de cirugías ortopédicas y tipo; nº de visitas a otros profesionales y tipo; rehabilitación; nº de pruebas diagnósticas
- b) Tratamientos: Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticoides, fármacos modificadores de la enfermedad, biológicos, protectores gástricos, antiosteopóicos.
- c) Seguimiento clínico: rigidez matutina, evaluación articular, evaluación del dolor, actividad de la enfermedad, capacidad funcional y calidad de vida.

2. Variables secundarias

Relacionadas con las características sociodemográficas de los pacientes, las características de la enfermedad y su gravedad y las características de los servicios en los que son atendidos.

- a) Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral y residencia.
- b) Características de la enfermedad: comunes a AR y a Spa (fecha de inicio, de primera visita y de diagnóstico; baja laboral, VSG, PCR, gravedad) o específicas de grupo
- c) Comorbilidad

- d) Características del médico responsable (el que firma más del 50% de los evolutivos del paciente)
- e) Características generales del centro: CCAA; nivel del centro, tamaño
- f) Características generales del servicio: estructura organizativa, actividad asistencial, nº de médicos de plantilla y de residentes, nº de camas para hospitalización, sistema de monitorización de fármacos, consultas de enfermería, específicas, unidades de artritis o espondilitis precoz, participación en proyectos de investigación.

5. Análisis estadístico

Se realizará en primer lugar un análisis descriptivo de las variables dependientes e independientes mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar y cuartil 25 y 75) para las variables continuas, según se ajusten o no a una distribución normal, y porcentajes para las variables cualitativas.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de asociación entre las variables dependientes e independientes. Para ello se utilizarán pruebas de Chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney para el análisis de subgrupos definidos por variables categóricas y coeficientes de correlación de Pearson o Spearman para las variables continuas.

Finalmente se diseñarán modelos multivariantes de regresión múltiple o logística en función de que la variable dependiente fuera continua o categórica. Los resultados de la regresión múltiple se expresarán como coeficientes de regresión estimados, junto con su error estándar, que representa la desviación respecto a la media global de las variables cualitativas y la magnitud de cambio respecto a la media global por unidad en las variables cuantitativas. Los resultados de la regresión logística se formularán como Odds Ratio con su intervalo de confianza al 95%. En los modelos multivariantes se introducirán aquellas variables independientes que sean significativas en el estudio de asociación bivalente o que puedan estar relacionadas con la variable dependiente, aun cuando no hayan alcanzado la significación estadística en dicho análisis.

Los modelos de regresión múltiple o logística se construyeron con la introducción jerárquica de las variables independientes en bloques clínicamente significativos. Por ejemplo, en el primer bloque se introdujeron todas aquellas variables dependientes del paciente o de la enfermedad que puedan explicar biológicamente la variabilidad del modelo, y en bloques posteriores las variables con una influencia no biológica. En estos modelos, la atención estadística se centra, en cada bloque de análisis, en los cambios en los coeficientes de regresión con la introducción de los bloques subsiguientes y el incremento en la R^2 del modelo, que representa el porcentaje de la varianza explicado con las variables introducidas en cada bloque.

Los intervalos de confianza de las estimaciones se ajustarán al diseño de muestreo mediante los comandos svy de Stata 9.0 (StataCorp, Collage Station, Tx).

II. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

1. Características de los centros participantes

Se contactó con 100 hospitales de los que 47 aceptaron la participación (47%) y 53 la rechazaron. Se pidió a todos los centros (participantes y no participantes) que cumplimentaran el CRD sobre características administrativas. Al final del periodo de recogida de datos de 6 meses uno de los centros participantes no había enviado ningún CRD de pacientes por lo que la muestra final de hospitales es de 46. Por otra parte, el CRD de centros sólo fue cumplimentado y enviado por 7 de los 53 centros no participantes (13%).

Es importante señalar que la obtención de las listas de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (diagnóstico de AR o Spa y al menos 1 consulta en los 2 últimos años) fue especialmente laboriosa y desigual entre los centros. Se observó una gran variabilidad en cuanto a la forma de obtener estas listas y sus periodos temporales respectivos. Estos datos confirman que los sistemas administrativos siguen careciendo de información fiable y accesible, una observación ya constatada en el emAR I.

En el estudio participaron hospitales de todas las CCAA, siendo los más frecuentes los de Madrid (19,6%). El 50% de los centros eran de alta tecnología con disponibilidad de todos los servicios y en casi todos ellos estaban informatizados los procedimientos de citaciones (100%), ingresos (97,8%) y pruebas diagnósticas (91,3%), mientras que la historia clínica sólo estaba informatizada en el 41,3%. Las principales variables cuantitativas mostraron los siguientes valores mediana y cuartiles 25-75: población atendida 331.541 habitantes (200.000-449.883); número de camas 703 (457-1.071); número de primeras visitas anuales 139.130 (91.180-201.819); número de visitas sucesivas/año 303.646 (211.968-406.430); y número de cirugías por año 18.061 (12.436-29.222) (tabla 1).

En cuanto a los servicios de Reumatología de los centros participantes, la estructura más frecuente fue la de sección (39,1%); la proporción de pacientes con AR y Spa atendidos sólo en el hospital o en el hospital y ambulatorio era muy similar. Únicamente 22 hospitales (47,8%) tenían programa de formación de residentes, con un número promedio de 1,3 residentes por año. El sistema de monitorización de fármacos más frecuente fue el ejercido por los propios médicos del servicio (28; 84,8%). Con respecto al tipo de consultas disponibles en el servicio, el 34,8% tenían consulta monográfica de AR, el 30,4% de Spa, el 41,3% de enfermería, el 47,8% de artritis precoz, y el 30,4% de espondilitis precoz. Los valores mediana y diferencia intercuartílica del resto de variables estudiadas fueron los siguientes: número de médicos de plantilla 5 (3-9); número de camas de hospitalización 4 (1-6); número de ingresos anuales 80 (20-152); número de consultas semanales 20,5 (12-30) (definidas como la suma del número de despachos funcionantes a la semana en el servicio, teniendo en cuenta el hospital y ambulatorio); tiempo de demora media para la primera visita 1 mes (1-2), número de primeras visitas anuales en hospital y ambulatorio 2.578 (1.381-4.550) y número de visitas sucesivas por año en hospital y ambulatorio 6.690 (4.471-10.640) (tabla 2).

En la tabla 3 se presenta una comparación de las principales variables cuantitativas, tanto del centro como del servicio de Reumatología, entre centros participantes y no participantes. No se observaron diferencias en ninguna de las variables estudiadas; no obstante, el pequeño tamaño del grupo de no participantes hace que estos resultados deban interpretarse con cautela.

Tabla 1. Características de los centros participantes

Variables categóricas	Frecuencia (%)	
Comunidad autónoma (n = 46)		
• Andalucía, Ceuta y Melilla	7	(15,2)
• Asturias, Cantabria y País Vasco	3	(6,5)
• Baleares y Valencia	4	(8,7)
• Canarias	3	(6,5)
• Castilla León y Extremadura	7	(15,2)
• Castilla la Mancha y Murcia	3	(6,5)
• Cataluña	5	(10,9)
• Galicia	2	(4,3)
• Madrid	9	(19,6)
• Navarra, Rioja y Aragón	3	(6,5)
Nivel del centro (n=46)		
• Comarcal de menos de 200 camas	3	(6,5)
• General de área	9	(19,6)
• Mayor volumen con algunos servicios de referencia	11	(23,9)
• Alta tecnología con todos los servicios	23	(50%)
• Monográficos	-	-
Informatización del proceso de citas (n=46)	46	(100)
Acceso a la información sobre citas necesaria para el estudio		
• Directo o informatizado (n=46)	30	(65,2)
• Listado al servicio de informática (n=46)	4	(8,7)
• Historia clínica en papel (n=46)	24	(52,2)
Informatización del proceso de ingresos (n=46)	45	(97,8)
Acceso a la información sobre citas necesaria para el estudio		
• Directo o informatizado (n=46)	30	(65,2)
• Listado al servicio de informática (n=46)	3	(6,5)
• Historia clínica en papel (n=46)	26	(56,5)
Informatización del proceso de pruebas diagnósticas (n=46)	42	(91,3)
Acceso a la información sobre citas necesaria para el estudio		
• Directo o informatizado (n=46)	37	(80,4)
• Listado al servicio de informática (n=46)	0	(0)
• Historia clínica en papel (n=46)	27	(58,7)
Historia clínica informatizada (n=46)	19	(41,3)
Variables continuas		
Variable (n)	Mediana	P25-P75
Población atendida (n=46)	331.541	200.000-449.883
Número de camas (n=46)	703	457-1.071
Número primeras visitas/año (n=45)	139.130	91.180-201.819
Número visitas sucesivas/año (n=45)	303.646	211.968-406.130
Nº de intervenciones quirúrgicas/año (n=43)	18.061	12.436-29.222

DIC: diferencia intercuartílica

Tabla 2. Características del Servicio de Reumatología de los centros participantes

Variables categóricas	Frecuencia (%)	
Estructura organizativa (n=46)		
• Unidad	13	(28,3)
• Sección	18	(39,1)
• Servicio	15	(32,6)
Asistencia a los pacientes con AR (n=46)		
• Sólo en el hospital	22	(47,8)
• Sólo en el ambulatorio	-	
• En el hospital y en el ambulatorio	24	(52,2)
Asistencia a los pacientes con SPA (n=46)		
• Sólo en el hospital	21	(46,7)
• Sólo en el ambulatorio	-	
• En el hospital y en el ambulatorio	24	(53,3)
Formación de residentes (n=46)	22	(47,8)
Monitorización de fármacos: médicos del servicio (n=33)	28	(84,8)
Monitorización de fármacos: enfermería del servicio (n=26)	7	(26,9)
Monitorización de fármacos mixta: médicos y enfermería (n=30)	13	(43,3)
Monitorización de fármacos: MAP (n=24)	6	(25)
Monitorización de fármacos compartida: Servicio y AP (n=30)	14	(46,7)
Otro sistema de monitorización de fármacos (n=25)	4	(16)
Consulta monográfica de AR (n=46)	16	(34,8)
Consulta monográfica de Spa (n=46)	14	(30,4)
Consulta de enfermería (n=46)	19	(41,3)
Consulta telefónica (n=46)	18	(39,1)
Consulta multidisciplinar (n=46)	14	(30,4)
Unidad de artritis precoz (n=46)	22	(47,8)
Unidad de espondilitis precoz (n=46)	14	(30,4)
Participación en el proyecto SERAP (n=46)	17	(37,0)
Participación en el proyecto ESPERANZA (n=46)	18	(39,1)
Participación en ensayos clínicos en AR (n=46)	40	(87,0)
Participación en ensayos clínicos en Spa (n=46)	24	(52,2)
Participación en ensayos clínicos en otras patologías (n=46)	30	(65,2)
Participación en proyectos de investigación en AR no ECA (n=46)	32	(69,6)
Participación en proyectos de investigación en Spa no ECA (n=46)	28	(60,9)
Participación en proyectos de investigación en otras patologías (n=46)	28	(68,9)
Realización de ecografías musculoesqueléticas en el servicio (n=32)	32	(69,6)
Variables continuas		
Variable (n)	Mediana	P25-P75
Nº de residentes/año (n=21)	1	1-1
Nº médicos de plantilla (n=46)	5	3-9
Nº camas hospitalización (n=41)	4	1-6
Nº de ingresos anuales (n=43)	80	20-152
Nº consultas/sem (Htal y ambulatorio) (n=37)	20,5	12-30
Demora media 1ª visita (meses) (n=45)	1	1-2
Nº 1ª visitas/año (Htal y ambulatorio) (n=45)	2.578	1.381-4.550
Nº visitas sucesivas/año (Htal y amb) (n=45)	6.690	4.471-10.640

DIC: diferencia intercuartílica

Tabla 3. Comparación entre centros participantes y no participantes

Variable (n)	Media (DE)	Mediana	P25	P75	Wilcoxon
CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO					
Población atendida					
• No participa (7)	408.095 (126.498)	375.318	300.000	504.000	0,299
• Participa (46)	347.196 (195.049)	331.541	200.000	449.883	
Nº de camas					
• No participa (6)	811,5 (192,6)	809,5	777	873	0,557
• Participa (46)	747,8 (388,2)	703,0	457	1.071	
Nº primeras visitas/año					
• No participa (6)	129.472 (41.218)	139.130	104.091	137.642	0,661
• Participa (45)	152.182 (90.405)	136.526	91.180	201.819	
Nº visitas sucesivas/año					
• No participa (6)	312.501 (75.501)	307.537	290.269	341.731	0,977
• Participa (45)	328.433 (195.550)	303.646	211.968	406.130	
Nº cirugías/año					
• No participa (6)	24.854 (7.390)	24.678	19.223	30.501	0,190
• Participa (43)	20.522 (12134)	18.061	12.436	29.222	
CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO					
Nº residentes/año					
• No participa (5)	1,2 (0,4)	1	1	1	0,825
• Participa (21)	1,3 (0,6)	1	1	1	
Nº médicos plantilla					
• No participa (7)	6,3 (2,4)	7	3	8	0,741
• Participa (46)	6,1 (3,5)	5	3	9	
Nº camas hospitalización					
• No participa (7)	3,8 (2,6)	4	2	6	0,941
• Participa (41)	3,9 (3,1)	4	1	6	
Nº ingresos anuales					
• No participa (7)	145,7 (118,9)	135	15	170	0,394
• Participa (43)	103,7 (99,5)	80	20	152	
Nº consultas semanales					
• No participa (1)	15 (-)	15	15	15	0,648
• Participa (37)	23,5 (15,2)	20	12	30	
Demora media 1ª visita					
• No participa (6)	1,5 (0,5)	1,5	1	2	0,376
• Participa (45)	1,4 (1,1)	1	1	2	
Nº 1ª visitas/año *					
• No participa (6)	3.545 (1.902)	2.711	2.309	4.043	0,483
• Participa (45)	3.265 (2.725)	2.578	1.381	4.550	
Nº visitas sucesivas/año *					
• No participa (6)	7.813 (5.038)	7.507	4.046	11.367	0,907
• Participa (45)	8.473 (6.032)	6.690	4.471	10.640	

*Hospital y ambulatorio

2. Características sociodemográficas de los pacientes

De la muestra teórica a extraer (N=1.410), se obtuvo información válida de 1.272 pacientes con AR y de 1.168 de Spa, lo que supone un 90,2% y 82,8% de la muestra teórica, respectivamente.

En la tabla 4 se presentan las características sociodemográficas de los pacientes. La mediana de edad (P25-P75) en la fecha de revisión de la HC fue de 63,3 (51,6-73,3) y 30,4 años (23,2-39,8) para los pacientes con AR y Spa. Los valores mediana respectivos de la edad al inicio de la enfermedad fueron de 49,8 (23,2-39,8) y 30,4 (23,2-39,8) años y del tiempo de evolución de 94,8 (46,2-167,9) y 105,1 (48,4-192,5) meses. La distribución por sexo mostró un patrón muy diferente entre ambos grupos de estudio siendo predominantes las mujeres en el caso de las AR (73,2%) y los hombres en las Spa (68%). En relación con otras características sociodemográficas, se observó una ausencia bastante frecuente de este tipo de información en la HC. Los porcentajes de falta de datos para AR y Spa, respectivamente fueron los siguientes: 58,0% y 64,2% para el estado civil; 71,8% y 72,5% para el nivel de estudios; 52,5% y 52,0% para la profesión. Por el contrario, el lugar de residencia sólo faltaba en el 4,4% y 5,5% de los pacientes. Alrededor de la mitad de los casos vivían en la misma localidad en la que se situaba el hospital al que acudían (52,6% y 52,1%) y entre los que residían en distinta localidad la distancia más frecuente al hospital era de entre 20 y 50 km (37,6% y 41,7%).

3. Características de los médicos responsables

Se consideró que existía un médico responsable del paciente cuando en la historia clínica (HC) sólo había escrito una única persona o cuando correspondían a un mismo médico el 50% de los evolutivos. Según esta definición, el 95% de los pacientes con AR y el 94% de los de Spa tuvieron un médico responsable a lo largo de su seguimiento. La mediana del número de médicos que habían participado en la evolución fue de 1 (1-2), tanto para los pacientes de AR como de Spa; no obstante, este número fue superior o igual a 3 en el 17% y 13% de los casos de AR y Spa, respectivamente (tabla 5).

La mayoría de los médicos responsables eran mujeres con una edad mediana de 48,5 (41-53) años en los casos de AR y de 47,9 (42-53) para los de Spa, siendo mayores de 41 años más del 75% en ambos grupos de estudio. La especialidad había sido obtenida vía MIR por el 71,5% de los médicos responsables de AR y el 93% de los de Spa, siendo el cargo asistencial más frecuente el de facultativo especialista de área (FEA) en ambos grupos (79,6% y 74,7%), seguido del de jefe de sección (16,4% y 22,8%), con una representación muy inferior de los jefes de servicio (3,1% y 2,2%) y especialmente de los residentes (0,9% y 0,3%). Finalmente, la mayoría de los médicos responsables trabajaban en la sanidad pública exclusivamente (62,0% y 64,9%), con una mediana de años de ejercicio muy similar para ambos brazos del estudio (21 [11-25] y 22 [1-25]) (tabla 5).

Tabla 4. Características sociodemográficas de los pacientes

Característica	Artritis Reumatoide	Espondiloartritis
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)
Edad actual	63,3 (51,6-73,3)	49,2 (39,7-60,5)
Edad al inicio de la enfermedad	49,8 (23,2-39,8)	30,4 (23,2-39,8)
Tiempo evolución (meses)	94,8 (46,2-167,9)	105,1 (48,4-192,5)
Característica	N (%)	N (%)
Sexo	Total = 1.267	Total = 1.160
• Hombre	339 (26,8)	789 (68,0)
• Mujer	928 (73,2)	371 (32,0)
Estado civil	Total = 1.263	Total = 1.155
• Soltero	49 (3,9)	71 (6,1)
• Casado	397 (31,4)	329 (28,5)
• Viudo	67 (5,3)	4 (0,3)
• Separado	17 (1,3)	9 (0,8)
• No consta	733 (58,0)	742 (64,2)
Nivel de estudios	Total = 1.257	Total = 1.149
• Ninguno	30 (2,4)	15 (1,3)
• Primarios	217 (17,3)	127 (11,0)
• Secundarios	58 (4,6)	89 (7,7)
• Superiores	49 (3,9)	85 (7,4)
• No consta	903 (71,8)	833 (72,5)
Profesión	Total = 1.251	Total = 1.146
• Dirección empresas y administración	5 (0,4)	16 (1,4)
• Técnicos, profesionales, intelectuales	24 (1,9)	53 (4,6)
• Técnicos y profesionales de apoyo	22 (1,7)	35 (3,0)
• Trabajadores de servicios	44 (3,5)	66 (5,8)
• Trabajadores agricultura y pesca	41 (3,3)	65 (5,7)
• Trabajadores de industrias	13 (1,0)	19 (1,6)
• Operadores y montadores	42 (3,3)	50 (4,4)
• Trabajadores no cualificados	20 (1,6)	30 (2,6)
• Fuerzas Armadas	101 (8,1)	134 (11,7)
• Ama de casa	14 (1,1)	6 (0,5)
• Estudiante	262 (20,9)	63 (5,5)
• No consta	6 (4,8)	13 (1,1)
	657 (52,5)	596 (52,0)
Residencia	Total = 1.266	Total = 1.155
• Misma localidad	666 (52,6)	602 (52,1)
• Distinta localidad	544 (43,0)	489 (42,3)
• No consta	56 (4,4)	64 (5,5)
Distancia al hospital	Total = 542	Total = 489
• Menor de 20 km	188 (34,7)	171 (35,0)
• Entre 20-50 km	204 (37,6)	204 (41,7)
• Mayor de 50 km	130 (24,0)	102 (20,8)
• No sabe	20 (3,7)	12 (2,4)

Tabla 5. Características de los médicos responsables

Característica	Artritis Reumatoide N(%)	Espondiloartritis N(%)
Médico responsable	Total = 1.272	Total = 1.168
• No	57 (4,5)	69 (5,9)
• Sí	1.215 (95,5)	1.099 (94,1)
Edad (años)	Total = 1.166	Total = 1.066
• <30	21 (1,8)	19 (1,8)
• 31-40	267 (22,9)	233 (21,8)
• 41-50	446 (38,2)	381 (35,7)
• >50	432 (37,0)	433 (40,6)
Sexo	Total = 1.203	Total = 1.088
• Mujer	735 (61,1)	697 (64,1)
• Varón	468 (38,9)	391 (35,9)
Especialidad MIR	Total = 1.209	Total = 1.091
• No	72 (5,9)	78 (7,1)
• Sí	1.137 (71,5)	1.013 (92,8)
Cargo	Total = 1.202	Total = 1.095
• Residente	11 (0,9)	3 (0,3)
• Adjunto/FEA	957 (79,6)	818 (74,7)
• Jefe de Sección	197 (16,4)	250 (22,8)
• Jefe de Servicio	37 (3,1)	24 (2,2)
Actividad	Total = 1.207	Total = 1.094
• Sólo pública	749 (62,0)	710 (64,9)
• Pública y privada	427 (35,4)	361 (33,0)
• No sabe	31 (2,5)	23 (2,1)
	Mediana (DIC)	Mediana (DIC)
Nº médicos escriben HC	1 (1-2)	1 (1-2)
Edad	48,5 (41-53)	47,9 (42-53)
Años de ejercicio	21 (11-25)	22 (11-25)

III. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

1. Características clínicas

A. Artritis Reumatoide

El 93,4% de los pacientes de AR habían cumplido suficientes criterios ACR de 1987 para su clasificación. La mayoría de los pacientes se encontraban en una clase funcional I (36%), mientras que unas proporciones sensiblemente menores se situaban en las clases funcionales II (16,3%) y III (11,3%). La limitación para cualquier tipo de actividad sólo ocurría en el 6,4% de los pacientes y no constaban datos referidos a la clase funcional en el 29,9% de las historias revisadas. El 73,9% de los casos presentó al menos una determinación positiva del factor reumatoide, mientras que sólo el 41,3% habían tenido anticuerpos anti-ccp positivos a lo largo del seguimiento. Estas diferencias se mantuvieron en la falta de constancia de estos datos en la HC (1,3% en el caso del factor reumatoide frente al 40,6% para los anti-ccp). Una proporción muy importante de casos presentaba enfermedad erosiva (58,7%), no habiéndose realizado estudio radiológico en el 4,8%. El 31,3% presentaba alguna manifestación extrarticular de la AR, siendo las más frecuentes los nódulos reumatoides (81,9%) y el síndrome de Sjögren (10,3%) (tabla 6).

B. Espondiloartritis

El diagnóstico de espondiloartritis más frecuente fue la espondilitis anquilosante (55,2%) seguido por las formas asociadas a psoriasis (22,2%) y las indiferenciadas (16,1%); el 4,4% estaban relacionadas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y sólo el 1,4% eran artritis reactivas. En relación con los criterios de clasificación, más de la mitad de los pacientes cumplían criterios ESSG y Amor de espondiloartritis (61,3% y 55,0%, respectivamente), el 51,2% podía clasificarse como espondilitis anquilosante según criterios de Nueva York y el 32,1% y 31,7% como lumbalgia inflamatoria de Rudwaleit o espondilitis axial por criterios de Berlín. El 8,6% de los casos no cumplía ningún criterio de clasificación mientras que el 18,2% los cumplía todos. El antígeno HLA-B27 era positivo en el 58,8%, no constando este dato en el 19,2% de las HC revisadas. El 15,3% de los pacientes tenían antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías: Spa, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis (oligo o poliartritis), HLA-B27 o uveítis anterior, no constando información sobre este tipo de antecedentes en el 48,5% de los casos. La forma de afectación clínica más frecuente fue la mixta (43,0%), seguida por la axial (40,1%), sólo existían un 11,8% de afectación periférica y menos del 1% de entesítica, no disponiendo de información sobre este dato en el 4,2% de los casos. La psoriasis fue la manifestación extrarticular más común (20,8%), seguida de la uveítis (19,4%) y de la entesitis (16,9%); por el contrario, las menos habituales fueron la enfermedad renal (2,1%) o neurológica (1,3%) y la amiloidosis (0,1%), mientras que el 41,5% de los casos revisados no mostraba ninguna de estas manifestaciones y entre los que sí las presentaba el número habitual era una (34,9%) ó dos (16,3%) (tabla 7).

Tabla 6. Características clínicas de la Artritis Reumatoide

Característica	N (%)
Cumplimiento criterios ACR 1987 (N = 1.272)	
• No	84 (6,6%)
• Sí	1.188 (93,4%)
Clase funcional ACR (N = 1.243)	
• Capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria	448 (36,0%)
• Capaz para cuidado personal y activ vocacionales pero no para las no vocacionales	203 (16,3%)
• Capaz para cuidado personal pero limitado en act vocacionales y no vocacionales	140 (11,3%)
• Limitado para todo tipo de actividades	80 (6,4%)
• No consta	372 (29,9%)
Factor reumatoide (N = 1.258)	
• Negativo	312 (24,8%)
• Positivo	930 (73,9%)
• No consta	16 (1,3%)
Anticuerpos anti-ccp (N = 1.236)	
• Negativo	223 (18,0%)
• Positivo	511 (41,3%)
• No consta	502 (40,6%)
Enfermedad erosiva (N = 1.229)	
• No	448 (36,4%)
• Sí	722 (58,7%)
• No se ha realizado estudio radiológico	59 (4,8%)
Complicaciones/manifestaciones de la AR	
• Pleuritis (N = 1.272)	20 (1,6%)
• Fibrosis pulmonar (N = 1.272)	30 (2,3%)
• Vasculitis reumatoide (N = 1.272)	12 (0,9%)
• Fenómeno de Raynaud (N = 1.272)	33 (2,6%)
• Subluxación C1-C2 (N = 1.272)	33 (2,6%)
• Nódulos reumatoides (N = 1.272)	152 (11,9%)
• Síndrome del túnel carpiano (N = 1.272)	83 (6,5%)
• Síndrome de Sjögren (N = 1.272)	131 (10,3%)
• Escleritis (N = 1.272)	11 (0,9%)
• Síndrome de Felty (N = 1.272)	5 (0,4%)
• Amiloidosis (N = 1.272)	2 (0,1%)
• No consta ninguna de éstas complicaciones (N = 1.272)	875 (68,8%)
Número de complicaciones o manifestaciones de la AR (N = 1.272)	
• 0	875 (68,8%)
• 1	306 (24,1%)
• 2	71 (5,6%)
• 3	16 (1,3%)
• 4	4 (0,3%)

Tabla 7. Características clínicas de las espondiloartritis

Característica	N (%)
Diagnóstico (N = 1.140) <ul style="list-style-type: none"> • Espondilitis Anquilosante • Espondiloartritis asociada a psoriasis • Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal • Artritis reactiva • Espondiloartritis indiferenciada • No consta 	629 (55,2%) 253 (22,2%) 50 (4,4%) 16 (1,4%) 184 (16,1%) 8 (0,7%)
Cumplimiento de criterios de espondiloartritis <ul style="list-style-type: none"> • Rudwaleit (lumbalgia inflamatoria) • ESSG (espondiloartritis) • Amor (espondiloartritis) • Berlín (espondilitis axial) • Nueva York (espondilitis anquilosante) • No cumple ninguno 	375 (32,1%) 716 (61,3%) 643 (55,0%) 370 (31,7%) 598 (51,2%) 101 (8,6%)
Número de criterios de SPA que cumple el paciente (N = 1.168) <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 	101 (8,6%) 458 (39,2%) 134 (11,5%) 137 (11,7%) 125 (10,7%) 213 (18,2%)
HLA-B27 positivo (N = 1.147) <ul style="list-style-type: none"> • No • Sí • No consta 	252 (22,0%) 675 (58,8%) 220 (19,2%)
Antecedentes familiares de Spa (N = 1.128) <ul style="list-style-type: none"> • No • Sí • No consta 	408 (36,2%) 173 (15,3%) 547 (48,5%)
Forma de afectación clínica (1.159) <ul style="list-style-type: none"> • Entesítica • Axial • Periférica • Mixta • No consta 	9 (0,8%) 465 (40,1%) 137 (11,8%) 499 (43,0%) 49 (4,2%)

Manifestaciones extrarticulares <ul style="list-style-type: none"> • Uveitis (N = 1.168) • Enfermedad pulmonar (N = 1.168) • Manifestaciones cardiovasculares (N = 1.168) • Enfermedad neurológica (N = 1.168) • Enfermedad inflamatoria intestinal (N = 1.168) • Enfermedad renal (N = 1.168) • Osteoporosis (N = 1.168) • Amiloidosis (N = 1.168) • Psoriasis (N = 1.168) • Afectación ungueal (N = 1.168) • Entesitis (N = 1.168) • Dactilitis (N = 1.168) • No consta ninguna de éstas manifestaciones (N = 1.168) 	227 (19,4%) 31 (2,6%) 45 (3,8%) 15 (1,3%) 70 (6,0%) 25 (2,1%) 58 (5,0%) 1 (0,1%) 243 (20,8%) 50 (4,3%) 197 (16,9%) 109 (9,3%) 485 (41,5)
Número manifestaciones extrarticulares (N = 1.168) <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 	485 (41,5%) 408 (34,9) 190 (16,3%) 66 (5,6%) 15 (1,3%) 2 (0,2%) - 1 (0,1%) 1 (0,1%)

2. Actividad de la enfermedad

A. Parámetros comunes

La evaluación de la actividad de la enfermedad se llevó a cabo mediante diversos parámetros comunes a ambos brazos del estudio, como reactantes de fase aguda (VSG y PPC), escalas visuales analógicas (EVA) de dolor y actividad, rigidez matutina y valoración subjetiva (tabla 8). Además, se analizaron medidas específicas para la AR (recuentos articulares, DAS-28 y HAQ), y para las Spa (recuentos articulares y de entesis, BASDAI y BASFI).

En cuanto a los reactantes de fase aguda, la VSG osciló entre unos valores mediana mínimo y máximo de 11 y 33 para la AR y de 7 y 18 para las Spa, mientras que la PCR mostró una variabilidad similar en ambas patologías, con mínimos de 0,3 y máximos de 1,5 (AR) y 1,1 (Spa). La valoración, mediante EVA, del dolor y la actividad por parte del paciente mostró los mismos (mínimo de 20 y máximo de 50) o similares valores (mínimo de 17 ó 20 y máximo de 50) para ambos grupos. Por el contrario, la actividad fue ligeramente superior en las AR que en las Spa (40 vs 30) cuando la evaluación era realizada por un médico. Lo contrario se observó en el caso de la rigidez matutina, con valores máximos levemente superiores en el caso de las Spa que en las AR (30 vs 20 minutos).

Es importante resaltar que en un número considerable de las HC revisadas no constaba información sobre estos parámetros. Los porcentajes de HC con ausencia de estos datos fueron los siguientes para AR y SPA, respectivamente: VSG 3,2% y 8,0%; VCR: 6,6% y 9,4%; EVA dolor (paciente): 53,6% y 71,5%; EVA actividad (paciente): 59,1% y 78,1%; EVA actividad (médico): 72% y 88%; Rigidez matutina: 50,5% y 54,2%.

La mejor evaluación subjetiva de la actividad de la enfermedad por parte del médico clasificó a la mayoría de los pacientes en las categorías leve (33% y 32,6%) o ninguna (27,9% y 23,7%), aunque no existía este tipo de información en el 29,4% de las HC de AR y en el 35% de las de Spa. En la peor evaluación subjetiva las formas más frecuentes fueron las moderadas y leves en el caso de la AR (27,1% y 10,9%) y a la inversa en las Spa (23,9% formas leves y 21,6% moderadas), con ausencia de esta información en el 29,4% y 35% de las HC de ambos grupos. Las mejores y peores evaluaciones de la actividad por parte del paciente mostraron unos patrones de distribución coincidentes con las efectuadas por sus respectivos médicos (tabla 8).

B. Parámetros específicos de AR

La mayoría de los pacientes de AR presentaron un recuento mínimo de articulaciones dolorosas de 0 (51,3%) ó entre 1 y 5 (34,2%) y un número máximo de 1-5 (45,7%) ó entre 6 y 10 (15,9%). No constaban datos sobre este tipo de recuentos en el 8,2% y 9,6%, respectivamente. La distribución del recuento mínimo de articulaciones tumefactas era similar al de dolorosas, presentando la mayoría de los pacientes ninguna (59,7%) o entre 1-5 (28,0%) articulaciones afectadas. Por último, el número máximo de tumefactas fue más comúnmente de 1-5 (46,8%) o ninguna (21,4%). Alrededor del 8% de las HC no contenían información sobre recuentos de articulaciones tumefactas.

Los valores mínimo y máximo del DAS-28 demostraron una actividad baja [mediana 2,5 (1,9-3,5)] y moderada [2,5 y 4,1 (3,0-5,2)]; la distribución por categorías confirmó estos resultados. De forma paralela, la capacidad funcional estaba bastante conservada, con medianas mínima y máxima de HAQ de 0,4 (0-1,0) y 1,0 (0,4-1,6), respectivamente. Es importante señalar que no existían datos de DAS o HAQ en el 54,9% y 86,6% de las HC revisadas (tabla 9).

C. Parámetros específicos de SPA

La mayor parte de los pacientes con formas de Spa no axiales puras mostraron un número mínimo de articulaciones afectadas de 0 (60,9%) ó entre 1 y 5 (26,0%). En el número máximo se observó un patrón invertido, siendo más frecuente la afectación de entre 1 y 5 articulaciones (44,8%) seguida por la no afectación de ninguna (32,4%). Este tipo de recuentos no aparecía en alrededor del 11% de las HC revisadas. En cuanto a la afectación entesítica, la situación más común era la no afectación de ninguna entesis en la evaluación del número mínimo (58,6%) y ninguna (44,8%) o entre 1-4 (21,4%) en los recuentos mínimo y máximo, respectivamente, careciendo de este tipo de información entre el 27,5% (recuento mínimo) y el 32,1% (recuento máximo) de los casos.

Al igual que en las AR, la actividad y capacidad funcional de las Spa se mostró en límites bajos, con valores mediana mínimo y máximo de 2,9 (1,4-4,8) y 4,5 (2,7-6,5) para el BASDAI y de 0,4 (0-1,0) y 1,0 (0,4-1,6) para el BASFI (tabla 10).

Tabla 8. Actividad de la enfermedad (I): características comunes a AR y SPA

Característica	Artritis Reumatoide	Espondiloartritis
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)
VSG		
• Máximo	33 (18-51)	18,5 (9-36)
• Mínimo	11 (5-20)	7 (3-14)
PCR		
• Máximo	1,5 (0,4-4,0)	1,1 (0,4-3,2)
• Mínimo	0,3 (0,2-0,9)	0,3 (0,1-1,0)
EVA dolor (paciente)		
• Máximo	50 (25-70)	50 (20-70)
• Mínimo	20 (6-30)	20 (4-42)
EVA actividad (paciente)		
• Máximo	50 (27-70)	50 (22-70)
• Mínimo	17 (5-30)	20 (10-40)
EVA actividad (médico)		
• Máximo	40 (14-60)	30 (10-60)
• Mínimo	10 (5-20)	10 (8-30)
Rigidez matutina		
• Máximo	20 (0-60)	30 (3-60)
• Mínimo	0 (0-10)	0 (0-25)
	N (%)	N (%)
Actividad: mejor valoración subjetiva (médico)	N = 1.253	N = 1.155
• Ninguna	350 (27,9%)	274 (23,7%)
• Leve	413 (33,0%)	377 (32,6%)
• Moderada	121 (9,6%)	82 (7,1%)
• Grave	14 (1,1%)	21 (1,8%)
• No consta	355 (28,3%)	401 (34,7%)
Actividad: peor valoración subjetiva (médico)	N = 1.260	N = 1.157
• Ninguna	75 (5,9%)	78 (6,7%)
• Leve	251 (19,9%)	277 (23,9%)
• Moderada	341 (27,1%)	250 (21,6%)
• Grave	222 (17,6%)	147 (12,7%)
• No consta	371 (29,4%)	405 (35,0%)
Actividad: mejor valoración subjetiva (paciente)	N = 1.261	N = 1.161
• Ninguna	328 (26,0%)	287 (24,7%)
• Leve	421 (33,3%)	383 (33,0%)
• Moderada	164 (13,0%)	113 (9,7%)
• Grave	27 (2,1%)	37 (3,2%)
• No consta	321 (25,4%)	341 (29,4%)
Actividad: peor valoración subjetiva (paciente)	N = 1.260	N = 1.159
• Ninguna	65 (5,1%)	71 (6,1%)
• Leve	238 (18,9%)	274 (23,6%)
• Moderada	335 (26,6%)	264 (22,8%)
• Grave	289 (22,9%)	197 (17,0%)
• No consta	333 (26,4%)	353 (30,4%)

Tabla 9. Actividad de la enfermedad (II): Características específicas de la AR

Característica	N (%)
Articulaciones dolorosas: número mínimo <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 5 • Entre 6 y 10 • Entre 11 y 15 • 16 o más • No consta 	N = 1.263 649 (51,3%) 433 (34,2%) 46 (3,6%) 16 (1,3%) 11 (0,9%) 108 (8,5%)
Articulaciones tumefactas: número mínimo <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 5 • Entre 6 y 10 • Entre 11 y 15 • 16 o más • No consta 	N = 1.262 753 (59,7%) 354 (28,0%) 32 (2,5%) 13 (1,0%) 6 (0,5%) 104 (8,2%)
Articulaciones dolorosas: número máximo <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 5 • Entre 6 y 10 • Entre 11 y 15 • 16 o más • No consta 	N = 1.263 186 (14,7%) 577 (45,7%) 201 (15,9%) 84 (6,6%) 94 (7,4%) 121 (9,6%)
Articulaciones tumefactas: número máximo <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 5 • Entre 6 y 10 • Entre 11 y 15 • 16 o más • No consta 	N = 1.264 271 (21,4%) 591 (46,8%) 179 (14,2%) 64 (5,1%) 47 (3,7%) 112 (8,9%)
Actividad mínima (clasificación según DAS-28) <ul style="list-style-type: none"> • Baja actividad (DAS-28 \leq 3,2) • Actividad moderada (DAS-28 $>$ 3,2 y \leq 5,1) • Alta actividad (DAS $>$5,1) 	N = 571 396 (69,3%) 141 (24,7%) 34 (5,9%)
Actividad máxima (clasificación según DAS-28) <ul style="list-style-type: none"> • Baja actividad (DAS-28 \leq 3,2) • Actividad moderada (DAS-28 $>$ 3,2 y \leq 5,1) • Alta actividad (DAS $>$5,1) 	N = 571 160 (28,0%) 258 (45,2%) 153 (26,8%)
	Mediana (P25-P75)
DAS-28 <ul style="list-style-type: none"> • Máximo • Mínimo 	4,1 (3,0-5,2) 2,5 (1,9-3,5)
HAQ <ul style="list-style-type: none"> • Máximo • Mínimo 	1,0 (0,4-1,6) 0,4 (0-1,0)

Tabla 10. Actividad de la enfermedad (III): Características específicas de las SPA

Característica	N (%)
Articulaciones afectadas: número mínimo (N = 1.163) <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 5 • Entre 6 y 10 • Entre 11 y 15 • 16 o más • No consta 	508 (60,9%) 217 (26,0%) 6 (0,7%) 6 (0,7%) 2 (0,2%) 95 (11,4%) N = 834
• No aplica (Forma axial pura)	329 (28,3%)
Articulaciones afectadas: número máximo (N = 1.165) <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 5 • Entre 6 y 10 • Entre 11 y 15 • 16 o más • No consta 	270 (32,4%) 373 (44,8%) 47 (5,6%) 26 (3,1%) 15 (1,8%) 101 (12,1%) N = 832
• No aplica (Forma axial pura)	333 (28,6%)
Entesis dolorosas: número mínimo (N = 1.151) <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 4 • Entre 5 y 8 • Entre 9 ó más • No consta 	489 (58,6%) 77 (9,2%) 1 (0,1%) - 267 (32,0%) N = 834
• No aplica (Forma axial pura)	317 (27,5%)
Entesis dolorosas: número máximo (N = 1.158) <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Entre 1 y 4 • Entre 5 y 8 • Entre 9 ó más • No consta 	379 (44,8%) 181 (21,4%) 8 (0,9%) 6 (0,7%) 271 (32,1%) N = 845
• No aplica (Forma axial pura)	313 (27,0%)
Mediana (P25-P75)	
BASDAI <ul style="list-style-type: none"> • Máximo • Mínimo 	4,5 (2,7-6,5) 2,9 (1,4-4,8)
BASFI <ul style="list-style-type: none"> • Máximo • Mínimo 	4,6 (2,1-7,0) 3,0 (0,9-5,2)

3. Incapacidad laboral

El 34% de los pacientes con AR y el 52,8% de los de Spa tuvieron una vida laboral activa durante más del 50% del periodo de estudio de los dos años anteriores, existiendo únicamente periodos de incapacidad laboral transitoria en el 11% y 8,3%, con valores mediana del número de episodios de ILT de 2 y 1, respectivamente (tabla 11)

Estos resultados deben interpretarse con cierta cautela ya que la eficiencia en la recogida de los datos no ha sido del todo correcta. En primer lugar, es bastante frecuente que las HC no recojan este tipo de información, pero además, la incapacidad laboral recogida no se ha limitado, exclusivamente, a la derivada de la patología en estudio, sino que se han incluido otros procesos más o menos incapacitantes.

Tabla 11. Incapacidad laboral

Característica	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Vida laboral activa >50% dos últimos años	Total = 1.161	Total = 1.140
<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No consta 	401 (34,5) 128 (11,0) 632 (54,4)	602 (52,8) 95 (8,3) 443 (38,8)
Periodos de ILT*	Total = 460	Total = 73
<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No consta 	33 (7,2) 34 (7,3) 393 (85,4)	31 (42,5) 12 (16,4) 30 (41,1)
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)
Número de episodios de ILT*	2 (1-2)	1 (1-2)

*ILT = Incapacidad laboral transitoria

4. Comorbilidad

Se recogió información sobre la constancia en la HC de distintas enfermedades crónicas (tabla 12). Las comorbilidades más frecuentes en la AR fueron la HTA (28,2%), la diabetes (10,2%), y las infecciones (8,8%). Las patologías crónicas más habituales en el grupo de Spa fueron la HTA (17,4%), la enfermedad péptica (6,8%) y la diabetes (6,1%). Sin embargo, no existía constancia en la HC de estas comorbilidades en el 41% de los enfermos de AR y en el 51,1% de los de Spa, lo que no significa que ambos grupos pudieran presentar otras situaciones mórbidas no contempladas (tabla 12).

Tabla 12. Comorbilidad

Característica	Artritis Reumatoide (N = 1.272)	Espondiloartritis (N = 1.168)
HTA	359 (28,2%)	203 (17,4%)
Diabetes mellitus	130 (10,2%)	71 (6,1%)
Cardiopatía isquémica	75 (5,9%)	41 (3,5%)
Accidente cerebrovascular	48 (3,8%)	13 (1,1%)
Enfermedad péptica	74 (5,8%)	79 (6,8%)
Tumor maligno	84 (6,6%)	39 (3,3%)
Insuficiencia renal crónica	41 (3,2%)	24 (2,1%)
Hepatopatía	52 (4,1%)	52 (4,4%)
Infecciones	112 (8,8%)	55 (4,7%)
Anticoagulación oral	63 (4,9%)	24 (2,1%)
Insuficiencia cardíaca	41 (3,2%)	17 (1,5%)
No existe constancia de comorbilidad en la HC	521 (41,0%)	597 (51,1%)

IV. CONSUMO DE RECURSOS ASISTENCIALES

1. Valores globales

Se calculó el número total, el valor promedio, expresado como mediana (p25-p75), y la tasa de diferentes recursos asistenciales. Para el cálculo de tasas se utilizó como numerador el total de cada recurso y como denominador el número de pacientes con información en dicho recurso multiplicado por los 2 años de exposición.

Durante los 2 años del estudio los pacientes de AR realizaron un total de 7.749 consultas médicas al servicio de Reumatología (N = 1.268), con una mediana de 5 (rango intercuartílico entre 4 y 8), y una tasa de 306 consultas por cada 100 pacientes-año. Además, se efectuaron un total de 1.133 visitas de enfermería (N = 1.080), con una tasa de 52 visitas por 100 pacientes-año y 736 ingresos (N = 1.148) con una tasa de 32 ingresos por cada 100 pacientes-año. El total de ingresos debidos a la AR durante los 2 años de estudio fue de 205, lo que representa una tasa de 18 ingresos por cada 100 pacientes-año. Más de la mitad de los enfermos no realizaron visitas de enfermería ni ingresos, por lo que el valor mediana de ambas distribuciones fue igual a 0. Finalmente, se produjeron un total de 5.981 visitas a otros especialistas (N = 1.183), con una mediana de 2 y una tasa de 253 por 100 pacientes-año (tabla 12). En el caso de las Spa, el número total de visitas médicas a Reumatología fue de 5.908 (N = 1.163), con una mediana de 4 (rango intercuartílico entre 3 y 6), y una tasa de 254 consultas por cada 100 pacientes-año. El número total de visitas de enfermería reumatológica fue de 775 (N = 990), con una tasa de 39 visitas por 100 pacientes-año, y se produjeron 446 ingresos (N = 1.020), lo que representa una tasa de 22 por 100 pacientes-año. El número de ingresos debidos a la Spa fue de 89, con una tasa de 18 ingresos por cada 100 pacientes-año. El total de visitas a otros especialistas fue de 4.307 (N = 1.078), con una mediana de 2 y una tasa de 200 por cada 100 pacientes-año. Al igual que en el caso de la AR, más de la mitad de estos pacientes no realizaron visitas de enfermería ni ingresos hospitalarios (tabla 13).

Tabla 13. Valor global, tasa y promedio de diferentes recursos asistenciales

Tipo de recurso	Artritis Reumatoide		Espondiloartritis	
	Global	Tasa*	Global	Tasa*
Nº total visitas médicas Reumatología	7.749	306	5.908	254
Nº total visitas enfermería Reumatología	1.133	52	775	39
Nº total de ingresos hospitalarios	736	32	446	22
Nº ingresos debidos a la patología	205	18	89	18
Nº total visitas a otros especialistas	5.981	253	4.307	200
	Mediana (P25-P75)		Mediana (P25-P75)	
Nº visitas médicas Reumatología	5,0 (4,0-8,0)		4,0 (3,0-6,0)	
Nº visitas enfermería Reumatología	0 (0-0)		0 (0-0)	
Nº ingresos hospitalarios	0 (0-0)		0 (0-0)	
Nº visitas a otros especialistas	2 (1-6)		2 (0-5)	

*Expresada por 100 pacientes-año

2. Ingresos hospitalarios

El 33% de los pacientes de AR y el 19% de los de Spa sufrieron algún ingreso hospitalario durante los dos años del estudio.

Además de recoger específicamente el número de ingresos de cada paciente, en el CRD se obtuvo la siguiente información de hasta 5 ingresos: causa, debido a la patología en estudio, y servicio en el que se produce el ingreso. Estas preguntas específicas fueron contestadas por 575 pacientes de AR y 248 de Spa que podían presentar varios ingresos diferentes.

Las causas de ingreso más comunes fueron la realización de cirugía (33,6% en la AR 32,7% en Spa), la presencia de comorbilidad (18,3% y 15,3%), la actividad de la enfermedad (7,8% y 12,1%), la administración de tratamiento intravenoso (7,1% y 11,7%), las complicaciones del tratamiento (3,0% y 1,6%), y la realización de técnicas diagnósticas (2,1% y 1,6%). Otras causas distintas a las anteriores fueron las responsables del 24% de los ingresos en ambos grupos de estudio mientras que no constaba la causa exacta en el 4,5% de las AR y en el 1,2% de las Spa hospitalizadas (tabla 14).

Los servicios hospitalarios con mayor porcentaje de ingresos en los pacientes con AR y Spa fueron traumatología (20,7% y 16,7%), reumatología (18,4% y 23,9%), medicina interna (11,9% y 8,1%) y cirugía general y digestiva (8,4% y 8,9%). El resto de los servicios tuvieron un porcentaje de ingresos generalmente inferior al 7% (tabla 14).

De los 575 pacientes de AR que respondieron a las preguntas específicas, 205 (35,6%) presentaron ingresos debidos a la patología reumática. En el caso de las Spa, este porcentaje fue del 36,3%, lo que corresponde a 89 de los 245 pacientes de los que se obtuvo este tipo de información (tabla 14).

Las causas más frecuentes de ingresos debidos a la propia patología reumática fueron similares a las de los ingresos generales: cirugía (35,6% y 32,6%), actividad de la enfermedad (20,5% y 31,5%), administración de tratamiento IV (19,5 y 32,6%), comorbilidad (14,8% y 4,5%) y complicaciones del tratamiento (6,8% y 3,4%) (tabla 15).

Tabla 14. Ingresos hospitalarios: proporción, causas y servicios

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Ingresos en los dos últimos años	N = 1.148	N = 1.020
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	768 (66,9%) 380 (33,1%)	824 (80,8%) 196 (19,2%)
Causas de ingreso	N = 575	N = 248
<ul style="list-style-type: none"> • No consta • Actividad de la enfermedad • Administración tto I.V. • Cirugía • Comorbilidad • Complicaciones tratamiento • Otras • Técnicas diagnósticas 	26 (4,5%) 45 (7,8%) 41 (7,1%) 193 (33,6%) 105 (18,3%) 17 (3,0%) 136 (23,6%) 12 (2,1%)	3 (1,2%) 30 (12,1%) 29 (11,7%) 81 (32,7%) 38 (15,3%) 4 (1,6%) 59 (23,7%) 4 (1,6%)
Servicios en los que ingresan	N = 571	N = 247
<ul style="list-style-type: none"> • No consta • Alergia • Cirugía vascular • Digestivo • Cardiología • Cirugía cardíaca • Cirugía general y digestiva • Maxilofacial • Cirugía plástica • Cirugía torácica • UCI/coronaria • Dermatología • Geriatria • Ginecología • Hematología • Medicina interna • Nefrología • Neumología • Neurocirugía • Neurología • Oncología • Oftalmología • Otorrinolaringología • Psiquiatría • Rehabilitación • Reumatología • Traumatología • Urología • Urgencias 	12 (2,1%) 1 (0,2%) 12 (2,1%) 12 (2,1%) 22 (3,8%) 7 (1,2%) 48 (8,4%) 3 (0,5%) 6 (1,0%) 3 (0,5%) 3 (0,5%) 3 (0,5%) 4 (0,7%) 22 (3,8%) 3 (0,5%) 68 (11,9%) 2 (0,3%) 27 (4,7%) 10 (1,7%) 8 (1,4%) 10 (1,7%) 19 (3,3%) 8 (1,4%) 1 (0,2%) 3 (0,5%) 105 (18,4%) 118 (20,7%) 12 (2,1%) 19 (3,3%)	1 (0,4%) 1 (0,4%) 2 (0,8%) 11 (4,4%) 17 (6,9%) 1 (0,4%) 22 (8,9%) - 2 (0,8%) 1 (0,4%) - 1 (0,4%) - 15 (6,1%) 3 (1,2%) 20 (8,1%) 1 (0,4%) 9 (3,6%) - 6 (2,4%) 2 (0,8%) 7 (2,8%) 6 (2,4%) - - 59 (23,9%) 41 (16,6%) 17 (6,9%) 3 (1,2%)
Causados por la patología reumática	N = 575	N = 245
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	370 (64,3%) 205 (35,6%)	156 (63,7%) 89 (36,3%)

Tabla 15. Ingresos producidos por la patología reumática

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Causados por la patología reumática	N = 575	N = 245
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	370 (64,3%) 205 (35,6%)	156 (63,7%) 89 (36,3%)
Causas de ingreso	N = 205	N = 89
<ul style="list-style-type: none"> • No consta • Actividad de la enfermedad • Administración tto I.V. • Cirugía • Comorbilidad • Complicaciones tratamiento • Otras • Técnicas diagnósticas 	1 (0,5%) 42 (20,5%) 40 (19,5%) 73 (35,6%) 29 (14,1%) 14 (6,8%) 6 (2,9%) -	1 (1,1%) 28 (31,5%) 29 (32,6%) 21 (32,6%) 4 (4,5%) 3 (3,4%) 3 (3,4%) -

3. Cirugía ortopédica

Un total de 94 pacientes de AR y 38 de Spa habían sufrido al menos una cirugía ortopédica, lo que representa el 7,4% y el 3,3% durante un tiempo de evolución de 7,9 y 8,8 años, respectivamente. No obstante, y dado que un mismo paciente puede haber sufrido varias cirugías, el número total de éstas fue de 114 para la AR y de 41 para las Spa, lo que da lugar a una tasa de 4,5 cirugías por cada 100 pacientes-año de AR y 1,8 cirugías por cada 100 pacientes-año de Spa (tabla 16).

Los tipos de cirugía más habituales en ambos grupos de estudio fueron la prótesis articular (41,2% y 14,6%), las cirugías sin prótesis (33,3 y 29,3%) y las intervenciones sobre partes blandas (13,2% y 21,9%). En los enfermos de AR sólo se realizaron 8 cirugías de columna (7,0%) y 4 artroscopias (3,5%), mientras que en los de Spa no se llevó a cabo ninguna intervención de columna y únicamente se efectuaron 2 artroscopias (4,9%). La causa más común de morbilidad quirúrgica fueron las infecciones (9,6% de las intervenciones en AR y 4,9% en las de Spa), siendo lo más frecuente la ausencia de complicaciones quirúrgicas (66,7% y 73,2% de las cirugías de AR y Spa, respectivamente) (tabla 16).

Tabla 16. Cirugía ortopédica: tipo y morbi-mortalidad quirúrgica

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Al menos una cirugía ortopédica	N = 1.272	N = 1.168
• No	1.172 (92,6%)	1.130 (96,7%)
• Sí	94 (7,4%)	38 (3,3%)
Número total de cirugías	114	41
Tipo de cirugía	N = 114	N = 41
• No consta	2 (1,7%)	2 (4,9%)
• Artroscopia	4 (3,5%)	6 (14,6%)
• Prótesis articular	47 (41,2%)	12 (29,3%)
• Otra cirugía sin prótesis	38 (33,3%)	12 (29,3%)
• Cirugía de partes blandas	15 (13,2%)	9 (21,9%)
• Cirugía de columna	8 (7,0%)	-
Infecciones	N = 114	N = 41
• No	103 (90,3%)	39 (95,1%)
• Sí	11 (9,6%)	2 (4,9%)
Complicaciones de la técnica	N = 114	N = 41
• No	111 (97,4%)	39 (95,1%)
• Sí	3 (2,6%)	2 (4,9%)
Comorbilidad	N = 114	N = 41
• No	111 (97,4%)	41 (100%)
• Sí	3 (2,6%)	-
Defunción	N = 114	N = 41
• No	114 (100%)	41 (100%)
• Sí	-	-
No constan complicaciones de la técnica	76 (66,7%)	30 (73,2%)

4. Visitas a otros especialistas

El valor mediana del número de visitas a otros especialistas fue de 2 para ambos grupos de estudio, con un rango intercuartílico (P25-P75) de entre 1-6 para los pacientes de AR y de entre 0-5 para los de Spa. Si la variable cuantitativa se transforma en una variable de dos categorías, según que se haya utilizado o no este tipo de recurso, se obtiene que el 75,7% de los pacientes de AR y el 68,7% de los de Spa habían realizado al menos una visita a otros especialistas (tabla 17).

Además de recoger específicamente el número de visitas realizado por cada paciente a otros especialistas, también se obtuvo información sobre el tipo de dichos profesionales (servicios) y sobre si la consulta había sido solicitada por reumatología en hasta 10 visitas. Puesto que cada paciente podía haber realizado más de una de estas visitas, el número total de consultas a otros especialistas fue de 5.981 en el grupo de AR (N = 1.183) y 4.307 (N = 1.078) en el de Spa, lo que representa unas tasas de 252,8 y 199,8 visitas a otros especialistas por cada 100 pacientes-año de AR y Spa, respectivamente, tal como se comentó en el apartado de valores globales de consumo de recursos (tabla 13).

Los servicios consultados con mayor frecuencia entre los pacientes de AR fueron oftalmología (14,4%), traumatología (11,4%), cardiología (6,6%), rehabilitación (6,0%), ORL (5,4%), neumología (5,3%), digestivo y cardiología (5,2%) y ginecología (5,1%); el porcentaje de visitas realizadas al resto de los servicios fue inferior al 5%. En el grupo de Spa la distribución de servicios consultados fue similar: oftalmología (13,2%), traumatología (9,4%), digestivo (9,3%), dermatología (8,4%), rehabilitación (7,7%), ORL (6,1%) y urología (5,9%). La consulta con otros servicios fue solicitada por reumatología sólo en el 25,4% de los casos de AR y en el 19,6% de los de Spa (tabla 17).

Además de las consultas con otros especialistas médicos también se recogió información sobre consultas no médicas. Entre éstas se consideró: asistencia por fisioterapeutas, apoyo psicológico (entendido como la posibilidad de ser atendido de forma habitual en el propio hospital por psicólogos), asistencia social y educación formal por la AR (implementación de programas educativos que contemplen el control de los efectos adversos de los FAME y de los biológicos, el ejercicio, el dolor y la protección articular). Como puede observarse en la tabla 18, la proporción de pacientes que realizó alguna de estas consultas no médicas fue inferior al 8% en ambos grupos de pacientes, siendo la más común la asistencia por fisioterapeutas.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el 9,4% de los pacientes de AR y el 12,3% de los de Spa habían realizado sesiones de rehabilitación debido a la enfermedad reumática durante el periodo de estudio (tabla 18).

Por último, más de la mitad de los pacientes de ambos grupos de estudio no realizaron ninguna visita a otros profesionales no médicos, lo que produce valores mediana de 0 (tabla 18).

Tabla 17. Visitas a otros especialistas

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Visitas a otros especialistas	N = 1.183	N = 1.078
• No	287 (24,3%)	337 (31,3%)
• Sí	896 (75,7%)	741 (68,7%)
Tipo de especialista (servicio)	N = 2.421	N = 1.851
• No consta	68 (2,8%)	44 (2,4%)
• Alergia	25 (1,0%)	16 (0,9%)
• Cirugía vascular	35 (1,4%)	29 (1,6%)
• Digestivo	125 (5,2%)	172 (9,3%)
• Cardiología	160 (6,6%)	85 (4,6%)
• Cirugía cardíaca	6 (0,3%)	2 (0,1%)
• Cirugía general y digestiva	94 (3,9%)	75 (4,1%)
• Maxilofacial	17 (0,7%)	13 (0,7%)
• Cirugía plástica	14 (0,6%)	10 (0,5%)
• Cirugía torácica	8 (0,3%)	5 (0,3%)
• UCI/coronaria	2 (0,1%)	-
• Dermatología	125 (5,2%)	155 (8,4%)
• Endocrino	90 (3,7%)	49 (2,6%)
• Geriátrica	7 (0,3%)	2 (0,1%)
• Hematología	60 (2,5%)	41 (2,2%)
• Medicina Interna	62 (2,6%)	44 (2,4%)
• Nefrología	40 (1,7%)	34 (1,8%)
• Neumología	129 (5,3%)	51 (2,8%)
• Neurocirugía	33 (1,4%)	17 (0,9%)
• Neurología	76 (3,1%)	50 (2,7%)
• Oncología	29 (1,2%)	11 (0,6%)
• Radioterapia	11 (0,4%)	4 (0,2%)
• Ginecología	124 (5,1%)	75 (4,1%)
• Oftalmología	348 (14,4%)	244 (13,2%)
• Otorrino	130 (5,4%)	112 (6,1%)
• Psiquiatría	28 (1,2%)	39 (2,1%)
• Rehabilitación	144 (6,0%)	142 (7,7%)
• Reumatología	6 (0,3%)	-
• Traumatología	275 (11,4%)	175 (9,4%)
• Urología	91 (3,8%)	109 (5,9%)
• Urgencias	59 (2,4%)	46 (2,5%)
Solicitado por Reumatología	N = 2.310	N = 1.821
• Sí	586 (25,4%)	356 (19,6%)
• No	1.459 (63,2%)	1.232 (67,7%)
• No sabe	265 (11,5%)	233 (12,8%)

Tabla 18. Consultas no médicas

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Atención por fisioterapeutas	N = 1.272	N = 1.168
• Sí	93 (7,3%)	87 (7,4%)
• No	1.179 (92,7%)	1.081 (92,5%)
Apoyo psicológico	N = 1.272	N = 1.168
• Sí	31 (2,4%)	11 (0,9%)
• No	1.241 (97,6%)	1.157 (99,1%)
Asistencia social	N = 1.272	N = 1.168
• Sí	38 (2,4%)	6 (0,9%)
• No	1.234 (97,6%)	1.162 (99,1%)
Educación formal por la AR	N = 1.272	N = 1.168
• Sí	77 (6,1%)	43 (3,7%)
• No	1.195 (93,9%)	1.125 (96,3%)
Sesiones de rehabilitación	N = 1.272	N = 1.168
• Sí	120 (9,4%)	144 (12,3%)
• No	1.152 (90,6%)	1.024 (87,7%)
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)
Nº visitas otros especialistas no médicos	0 (0-1)	0 (0-1)

5. Pruebas complementarias

Se definieron como pruebas de laboratorio todas las realizadas por la patología en estudio durante los dos últimos años, independientemente del servicio que las solicitara, en el centro de seguimiento habitual del paciente. Las pruebas efectuadas con más frecuencia en AR y SPA fueron: hemograma, bioquímica y VSG (las tres con valores mediana de 6 y 4, respectivamente), PCR (medianas 5 y 4), sedimento de orina (medianas 3 y 2) y factor reumatoide en el grupo AR (mediana 3). Más de la mitad de los pacientes de Spa no tenían determinación de HLA-B27, lo que produce una mediana de 0 (tabla 18).

En las pruebas de imagen se solicitó el número total de proyecciones realizadas. Como proyecciones axiales se consideraron las realizadas en columna cervical, dorsal o lumbar, sacroiliacas y pelvis; como periféricas las de hombros, codos, carpo, manos, caderas (excepto pelvis), rodillas, tobillos y pies (incluyendo huesos largos de ambas extremidades). Por último en el apartado de "otras proyecciones" se incluyeron las de cráneo (también temporomandibular), costillas, esternón y clavícula. Las pruebas más habituales fueron las de tórax y las periféricas en AR y las axiales en Spa (todas ellas con mediana de 1). El resto de las pruebas presentaron valores mediana de 0 debido a que no se realizaron en la mayoría de los pacientes. Estos mismos resultados se observaron para otras pruebas como ECG, EMG, mantoux, pruebas de función respiratoria y artrocentesis (tabla 19).

Tabla 19. Pruebas de laboratorio. Pruebas de imagen. Otras pruebas

	Artritis Reumatoide Mediana (P25-P75)	Espondiloartritis Mediana (P25-P75)
Hemograma	6 (4-9)	4 (2-7)
Bioquímica simple	6 (4-8)	4 (2-7)
Sedimento de orina	3 (1-6)	2 (0-5)
Proteinograma	0 (0-1)	0 (0-1)
Serología bacteriana o viral	0 (0-0)	0 (0-0)
Cultivo líquido sinovial	0 (0-0)	0 (0-0)
Factor reumatoide	3 (1-5)	0 (0-2)
VSG	6 (4-8)	4 (2-6)
PCR	5 (3-7)	4 (2-6)
Anti-CCP	0 (0-1)	0 (0-0)
Otros autoanticuerpos	0 (0-1)	0 (0-0)
HLA-B27	0 (0-0)	0 (0-0)
Tórax	1 (0-2)	0 (0-1)
Abdomen	0 (0-0)	0 (0-0)
Huesos (axial)	0 (0-0)	1 (0-2)
Huesos (periférica)	1 (0-3)	0 (0-1)
Huesos (otros)	0 (0-0)	0 (0-0)
Densitometría ósea	0 (0-0)	0 (0-0)
ECO abdominal	0 (0-0)	0 (0-0)
ECO cardiaco	0 (0-0)	0 (0-0)
TAC	0 (0-0)	0 (0-0)
Resonancia magnética	0 (0-0)	0 (0-0)
Gammagrafía ósea	0 (0-0)	0 (0-0)
ECO musculoesquelética	0 (0-0)	0 (0-0)
ECG	0 (0-0)	0 (0-0)
EMG	0 (0-0)	0 (0-0)
Mantoux	0 (0-0)	0 (0-0)
Pruebas función respiratoria	0 (0-0)	0 (0-0)
Artrocentesis	0 (0-0)	0 (0-0)

6. Variabilidad en el uso de recursos en función de la CCAA

Dentro del estudio descriptivo se analizó la variabilidad en el manejo de AR y Spa, en cuanto a la utilización de diversos recursos sanitarios en función de la comunidad autónoma (CCAA) en la que es atendido el paciente, mediante medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (percentiles 25 y 75) así como distribución de porcentajes. El análisis de las posibles diferencias se llevó a cabo con test de Kruskal Wallis para las variables continuas y chi cuadrado para las categóricas.

En el caso de la AR, el número de visitas al reumatólogo osciló desde un valor mediana de 4 (CCAA 10 y 11) a 7 (CCAA 13). Las visitas a otros especialistas también mostraron una variación desde una mediana de 1 a 6,5. Asimismo, el porcentaje de ingresos fluctuó desde un valor mínimo del 22,2% (CCAA 10) a un máximo de 53,6% en la CCAA 53,6%. Por último, la variación en el porcentaje de pacientes con cirugía ortopédica se movió entre un mínimo de 2,3% a un máximo de 23,3%. Las diferencias por CCAA fueron estadísticamente significativas para todos los recursos estudiados, excepto la cirugía ortopédica (tabla 20) (gráficos 1-4).

En los pacientes de Spa, el número de visitas al reumatólogo osciló desde un valor mediana de 3 (CCAA 3) a 11 (CCAA 14). Las visitas a otros especialistas también variaron desde una mediana de 1 a 7,5. El porcentaje de ingresos fluctuó desde un mínimo del 6,4% en la CCAA 5 a un máximo de 34,8% en la 11. Por último, el porcentaje de pacientes con cirugía ortopédica se movió entre un mínimo de 0 y un máximo de 8%. Las diferencias por CCAA alcanzaron valores de significación estadística en todos los recursos, excepto la cirugía ortopédica (tabla 21) (gráficos 5-9).

Tabla 20. Variabilidad en el uso de servicios por CCAA: AR

CCAA	Visitas reumatólogo Mediana (P25- P75)	Visitas otros especialistas Mediana (P25-P75)	Ingresos (%)	Cirugía ortopédica (%)
CCAA 1	5 (4-7)	1 (0-4)	31,8	5,6
CCAA 2	5 (3-9)	4 (1-10)	40,6	7,8
CCAA 3	4,5 (2-6)	1 (0-3)	30,2	10,0
CCAA 4	6,5 (5-7)	3,5 (2-13)	53,6	23,3
CCAA 5	5 (4-8)	3 (1-7)	32,6	7,8
CCAA 6	5 (4-7)	6,5 (2-15,5)	27,4	10,5
CCAA 7	5 (4-7)	2,5 (1-7)	32,0	5,6
CCAA 8	6 (4-7)	2 (1-7)	41,1	8,0
CCAA 9	6 (5-8,5)	3 (0-6)	33,3	7,8
CCAA 10	4 (4-6)	2 (1-6)	22,2	5,1
CCAA 11	4 (2,5-7)	6 (1-10)	47,7	2,3
CCAA 12	6 (4-8)	2 (1-5)	25,1	7,9
CCAA 13	7 (6-8)	1 (0,5-3,5)	34,8	6,7
CCAA 14	6 (4-8)	1 (0-3)	42,9	3,5
CCAA 15	6 (5-8)	3 (0-10)	44,4	3,3
Valor p	0.0001	0.0001	0,021	0,222

Gráfico 1. Nº de consultas médicas a Reumatología por CCAA: AR

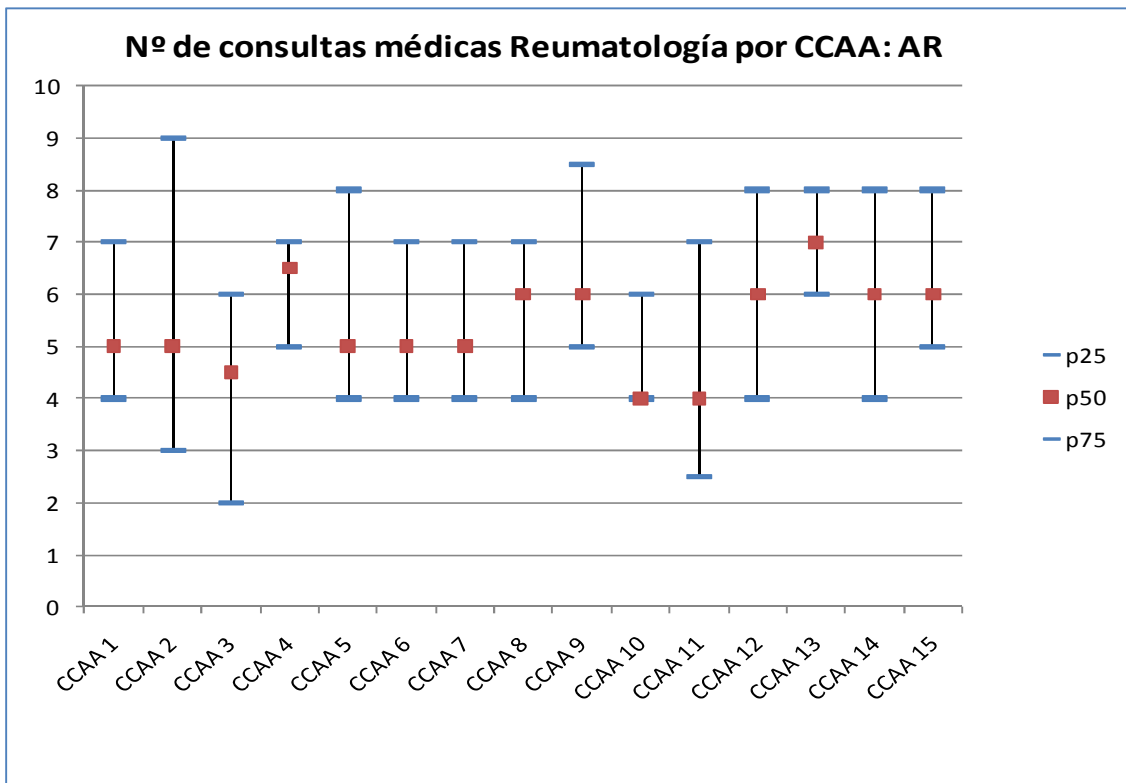


Gráfico 2. Nº de visitas a otros especialistas por CCAA: AR

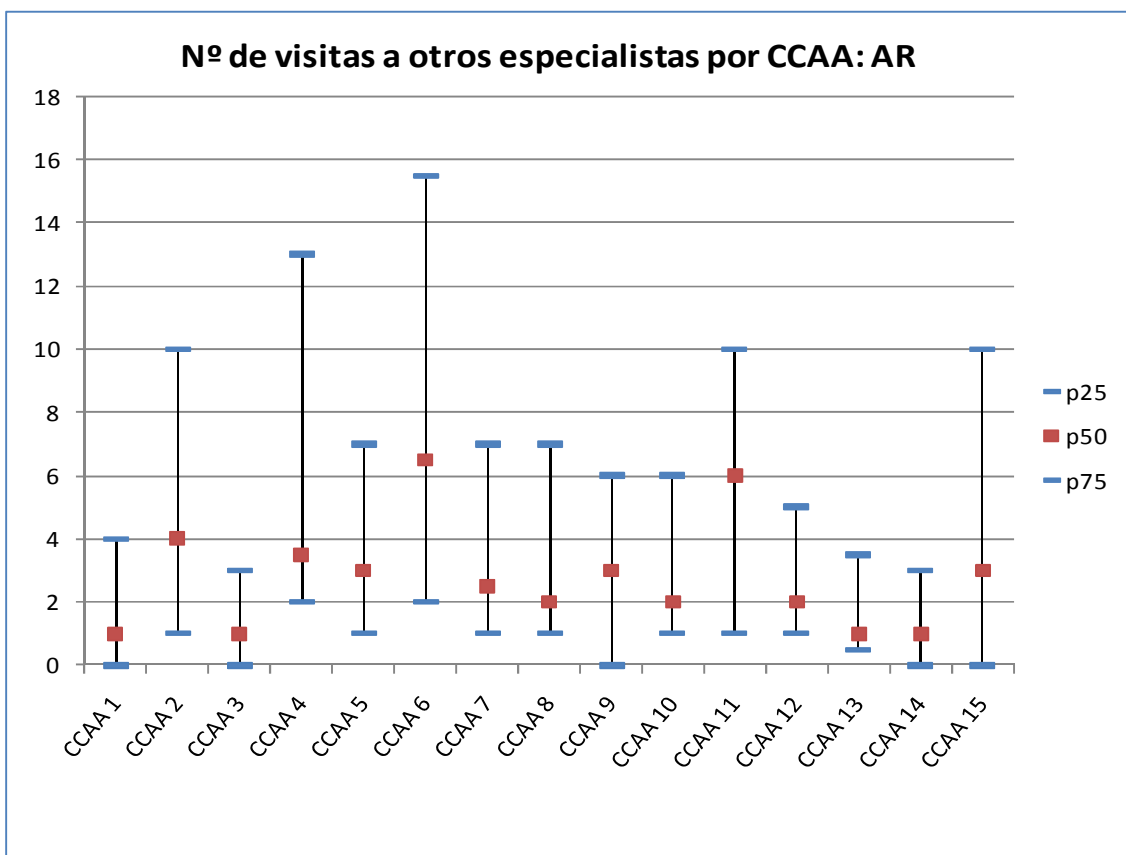


Gráfico 3. Proporción de pacientes con algún ingreso según CCAA: AR

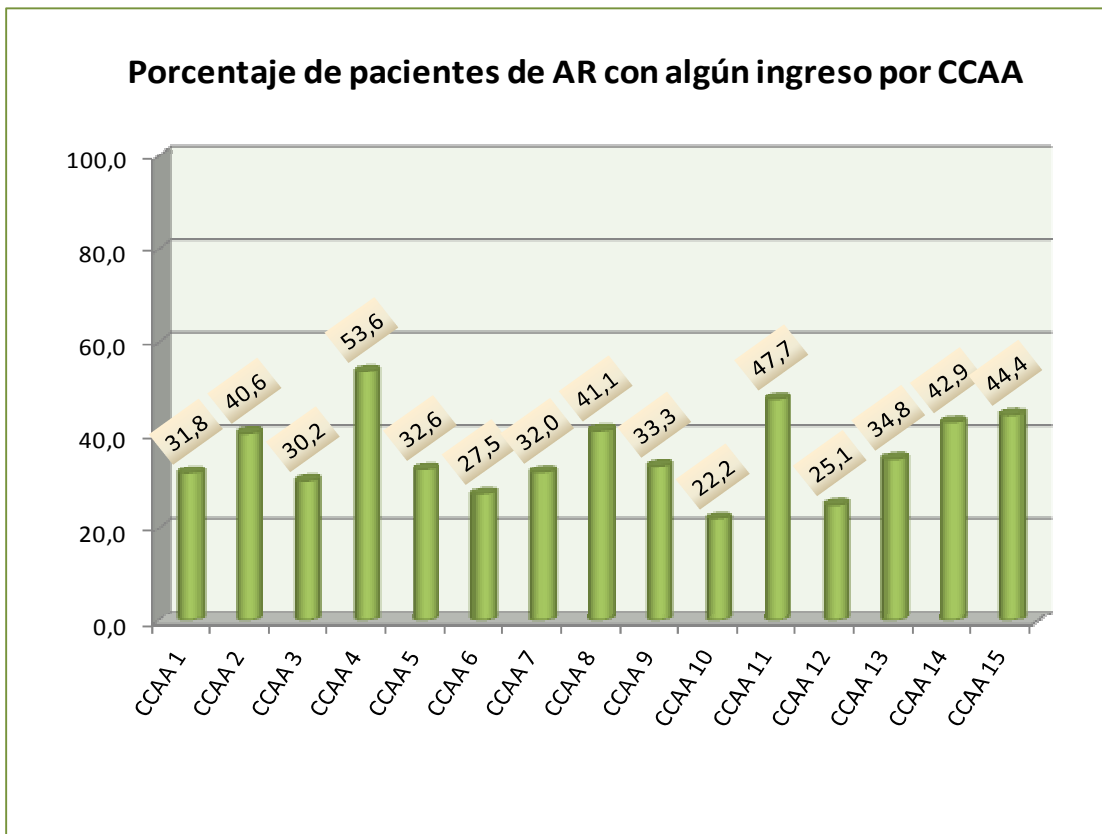


Gráfico 4. Proporción de pacientes con cirugía ortopédica según CCAA: AR

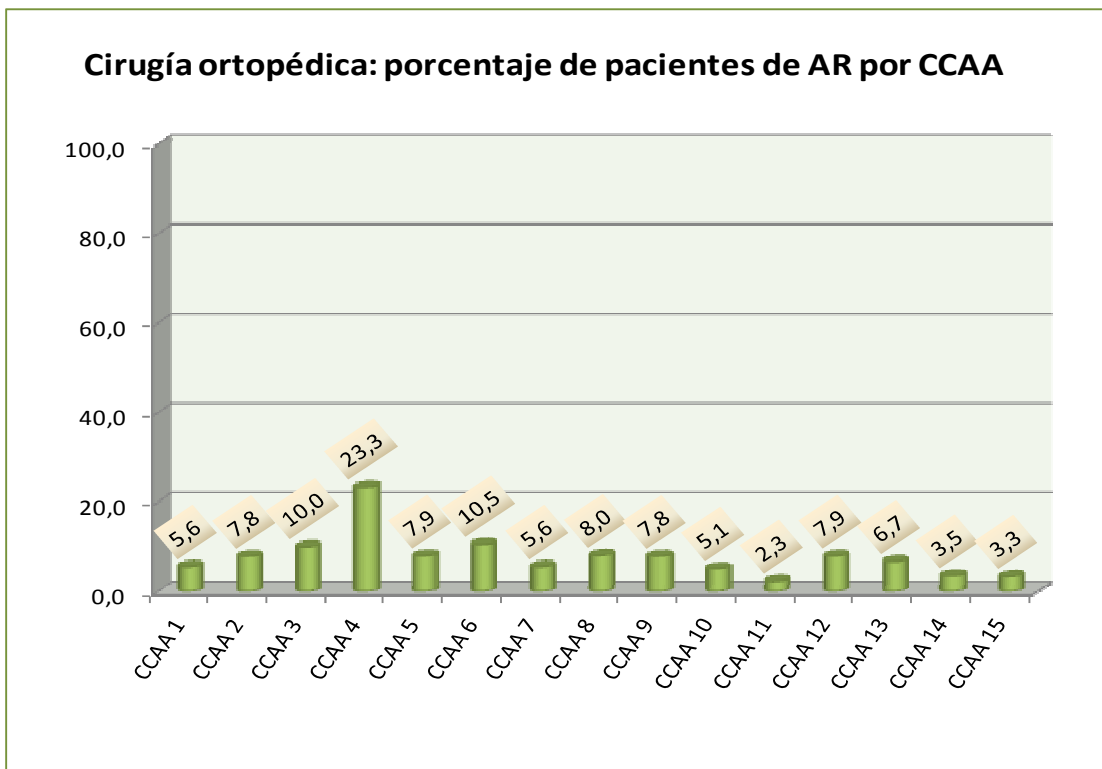


Tabla 21. Variabilidad en el uso de servicios por CCAA: SPA

CCAA	Visitas reumatólogo Mediana (P25-P75)	Visitas otros especialistas Mediana (P25-P75)	Ingresos (%)	Cirugía ortopédica (%)
CCAA 1	4 (3-5)	1 (0-2)	28,5	4,6
CCAA 2	4 (3-6)	3 (1-7)	27,8	3,3
CCAA 3	4 (3-5)	1 (0-3)	22,2	5,0
CCAA 4	3 (4-4)	2 (0-7)	24,0	3,3
CCAA 5	4 (3-5)	1 (0-3.5)	6,4	1,3
CCAA 6	4 (3-7)	3 (1-8)	10,3	1,7
CCAA 7	4 (3-6)	1 (0-4)	10,6	2,6
CCAA 8	5 (3-7)	2 (0-5)	24,8	2,6
CCAA 9	4 (2-6)	2,5 (0-8)	10,0	0,0
CCAA 10	4 (3-4)	1 (1-3)	17,9	0,0
CCAA 11	3 (2-5)	4 (2-10)	34,8	4,4
CCAA 12	5 (3-8)	2 (0-6)	18,4	2,7
CCAA 13	6 (4-7)	1 (0-2)	29,6	8,0
CCAA 14	11 (3,5-12)	1 (0-2)	1333,3	0
CCAA 15	6 (5-7)	7,5 (3-11)	12,0	0
<i>Valor p</i>	<i>0,0001</i>	<i>0.0001</i>	<i><0,0001</i>	<i>0,472</i>

Gráfico 5. Nº de consultas médicas a Reumatología por CCAA: SPA

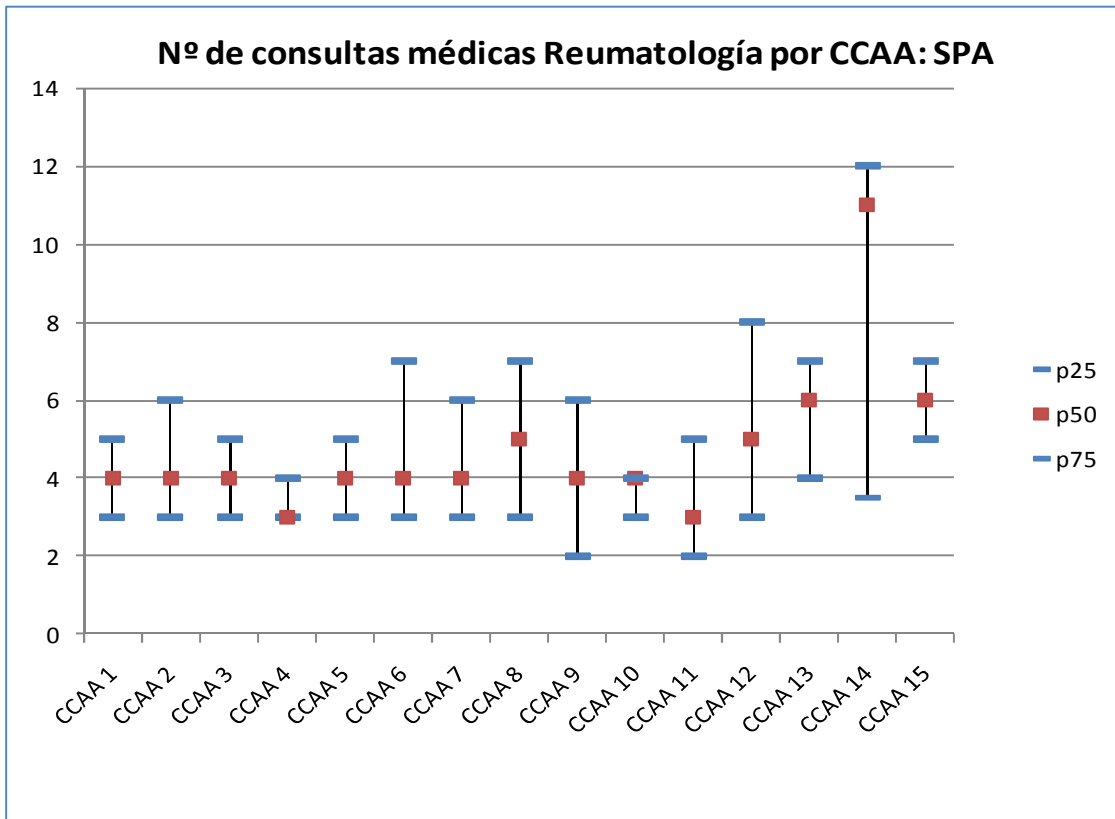


Gráfico 6. Nº de visitas a otros especialistas por CCAA: SPA

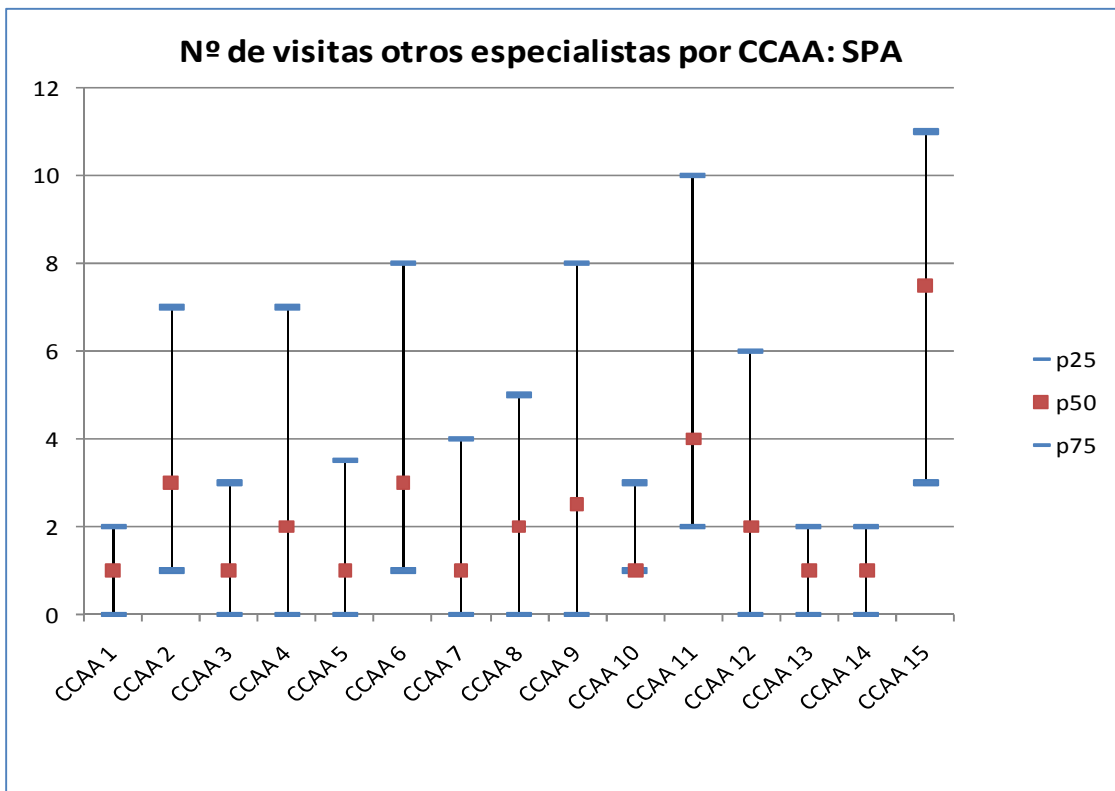


Gráfico 7. Proporción de pacientes con algún ingreso según CCAA: SPA

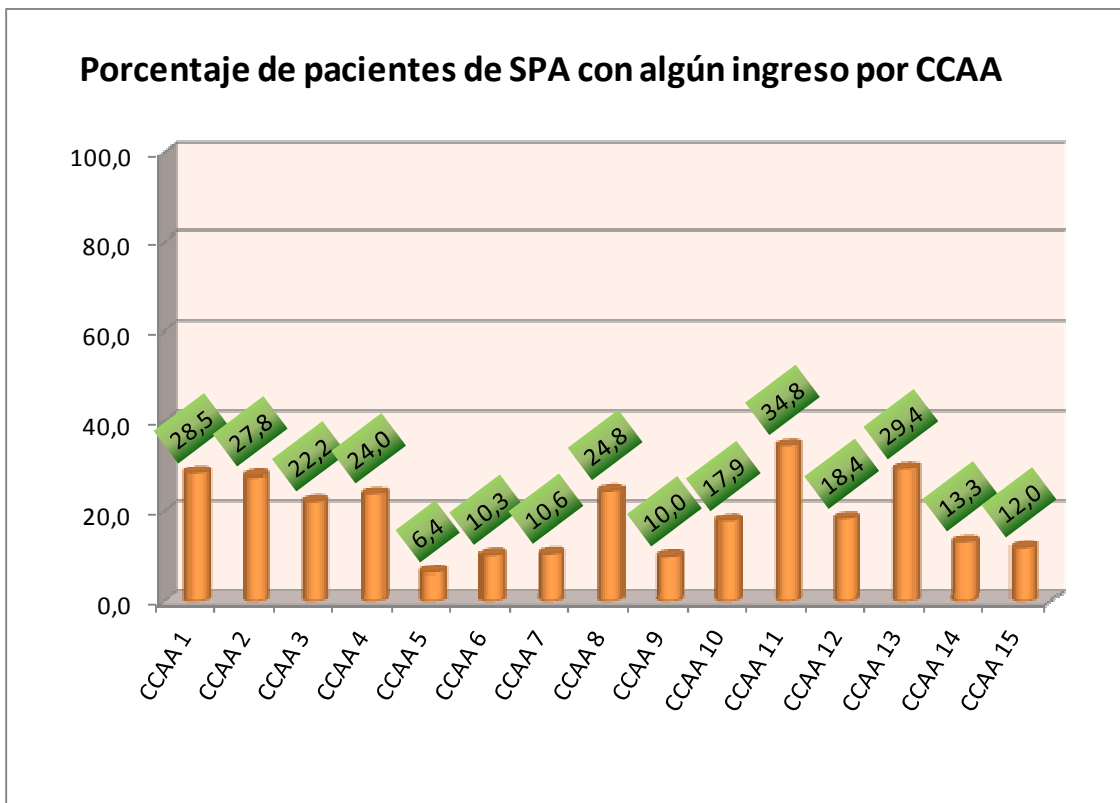
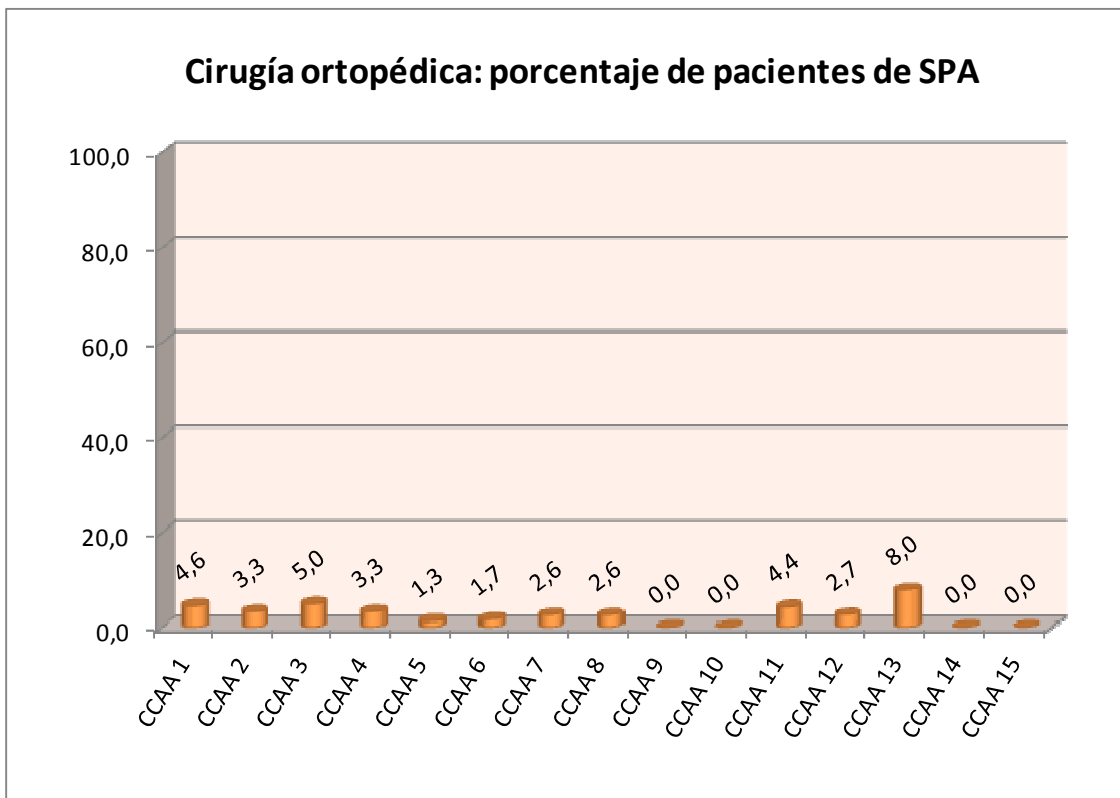


Gráfico 8. Proporción de pacientes con cirugía ortopédica según CCAA: AR



V. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. Anti-inflamatorios no esteroideos

Un total de 856 pacientes de AR y 949 de Spa habían recibido algún AINE en los dos últimos años, lo que representa un porcentaje de 67,3% y 81,2%, respectivamente. En el grupo de AR los AINEs más utilizados fueron ibuprofeno (16,5%), naproxeno (14,5%), cox-2 (14,4%), diclofenaco (13,6%) y aceclofenaco (10,2%). En el caso de las Spa, los fármacos más habituales fueron: cox-2 (18,9%), naproxeno (15%), diclofenaco (11,1%), ibuprofeno (10,6%) y aceclofenaco (5,3%). La mayoría de los pacientes de ambos grupos utilizaron los AINEs durante más del 50% del periodo de estudio, con porcentajes respectivos para AR y Spa de 60,5% y 52,0%. En cuanto a los motivos de suspensión, las causas más frecuentes para ambos grupos fueron las siguientes: ineficacia (21,6% vs 30,4%), desconocidas (17,5% vs 16,1%), decisión del médico (16,4% vs 14,7%), remisión (16,0% vs 10,7%), decisión del paciente (12,3% vs 10,3%) y efecto adverso (10,0% vs 12,0%) (tabla 22).

El tipo de utilización de AINEs más común fue el pautado (59,9% y 56,3%), seguido por el de a demanda (32,4% y 33,1%). El 53% de los pacientes de AR y el 65,4% de los de Spa tenían prescritos AINEs en el momento de realización del estudio y de ellos, el 88,4% de los de AR y el 85,6% de los de Spa mostraban una duración del tratamiento actual con estos fármacos superior a 6 meses. Por último, únicamente el 3,6% de los pacientes de AR y el 1,6% de los de Spa habían recibido tratamiento simultáneo con dos o más AINEs durante los dos años de duración del estudio (tabla 22).

Tabla 22. Tratamiento: anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs)

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
AINEs en los dos últimos años	N = 1.272	N = 1.168
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	416 (32,7%) 856 (67,3%)	219 (18,7%) 949 (81,2%)
Tipo de AINE	N = 983	N = 1.220
<ul style="list-style-type: none"> • No consta • Desibuprofeno • Dexametopropeno • Flurbiprofeno • Ibuprofeno • Ketoprofeno • Naproxeno • Aceclofenaco • Diclofenaco • Lornoxicam • Meloxicam • Piroxicam • Tenoxicam • Ácido mefenámico • Clonixinato de lisina • Isonixino • Sulindaco • Fenilbutazona • Nabumetona • Cox-2 	5 (0,5%) 2 (0,2%) 19 (1,9%) 3 (0,3%) 162 (16,5%) 3 (0,3%) 143 (14,5%) 100 (10,2%) 134 (13,6%) 20 (2,0%) 53 (5,4%) 6 (0,6%) 4 (0,4%) 1 (0,1%) 1 (0,1%) - 2 (0,2%) - 2 (0,2%) - 15 (1,5%) 142 (14,4%)	9 (0,7%) 4 (0,3%) 27 (2,2%) 23 (1,9%) 129 (10,6%) 1 (0,1%) 183 (15,0%) 65 (5,3%) 135 (11,1%) 15 (1,2%) 42 (3,4%) 9 (0,7%) 7 (0,6%) - 2 (0,2%) 1 (0,1%) 4 (0,3%) 15 (1,2%) 13 (1,1%) 231 (18,9%)
% de uso aproximado de AINEs	N = 974	N = 1.029
<ul style="list-style-type: none"> • <50% del periodo de estudio • >50% del periodo de estudio • No sabe 	349 (35,8%) 589 (60,5%) 36 (3,7%)	523 (43,3%) 629 (52,0%) 57 (4,7%)
Motivo de suspensión	N = 269	N = 428
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocido • Efecto adverso • Ineficacia • Efecto adverso e ineficacia • Decisión del médico • Decisión de otro médico • Decisión del paciente • Remisión 	47 (17,5%) 27 (10,0%) 58 (21,6%) 3 (1,1%) 44 (16,4%) 14 (5,2%) 33 (12,3%) 43 (16%)	69 (16,1%) 53 (12,4%) 130 (30,4%) 4 (0,9%) 63 (14,7%) 19 (4,4%) 44 (10,3%) 46 (10,7%)
Tipo de utilización	N = 910	N = 1.148
<ul style="list-style-type: none"> • Pautado • A demanda • Ambos • No sabe 	545 (59,9%) 295 (32,4%) 58 (6,4%) 12 (1,3%)	646 (56,3%) 380 (33,1%) 89 (7,7%) 33 (2,9%)
Prescripción actual de AINEs	N = 1.272	N = 1.168
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	598 (47,0%) 674 (53,0%)	404 (34,6%) 764 (65,4%)
Tto actual con AINEs >6 meses	N = 674	N = 764
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	78 (11,6%) 596 (88,4%)	110 (14,4%) 654 (85,6%)
Tto simultáneo con 2 o más AINEs	N = 1.272	N = 1.168
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	1.226 (96,4%) 46 (3,6%)	1.149 (98,4%) 19 (1,6%)

2. Esteroides

El empleo de esteroides fue muy desigual entre ambos grupos de estudio ya que el 67,6% de los pacientes de AR habían recibido alguno de estos compuestos en los 2 años previos frente a sólo el 20,5% de los de Spa. Sin embargo, la distribución de los compuestos más utilizados fue muy similar en ambas patologías con los siguientes porcentajes respectivos: prednisona (50,9% vs 51,4%), deflazacort (35,2% vs 32,5%), y metilprednisolona (12% vs 8,4%). La mayoría de los pacientes habían utilizado este tipo de fármacos durante más del 50% del periodo de estudio (76,3% vs 52,6%). Los motivos de suspensión también se distribuyeron de forma similar en ambos grupos: remisión (36,2% vs 33,3%), decisión del médico (31,7% vs 31,6%), e ineficacia (11,3% vs 10,5%), aunque los efectos adversos fueron más frecuentes en la AR (5,9% vs 0,9%) y la decisión de otro médico en las Spa (3,2% vs 9,6%). Los bolos de metilprednisolona y las inyecciones intramusculares (IM) de esteroides fueron utilizadas en menos del 5% de los casos, mientras que las infiltraciones intra o periarticulares se realizaron el 16,3% de las AR y en el 11% de las Spa, con valor mediana de 1 en ambos grupos. Por último, la mediana de la dosis máxima de esteroides fue ligeramente superior en las Spa que en la AR (7,5 vs 6 mg/día), mientras que sucedió lo contrario con la dosis mínima (5 en AR vs 3,8 en Spa) (tabla 23).

El análisis del porcentaje de pacientes que recibieron esteroides durante los dos años del periodo de estudio en función de las CCAA demostró una importante variabilidad en los dos grupos de estudio y especialmente referida a metilprednisolona, deflazacort, y prednisona. En el caso de la AR, los porcentajes máximos y mínimos de pacientes tratados con estos compuestos fueron: 0-38,6%; 6,7%-56,4% y 15,8%-50%, respectivamente (gráficos 9 y 10).

Tabla 23. Tratamiento: esteroides

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Esteroides en los dos últimos años	N = 1.272	N = 1.168
• No	412 (32,4%)	929 (79,5%)
• Sí	860 (67,6%)	239 (20,5%)
Tipo de esteroide	N = 907	N = 249
• No consta	2 (0,2%)	-
• Metilprednisolona	109 (12,0%)	21 (8,4%)
• Parametasona	-	2 (0,8%)
• Hidrocortisona	1 (0,1%)	-
• Triamcinolona	4 (0,4%)	1 (0,4%)
• Deflazacort	319 (35,2%)	81 (32,5%)
• Betametasona	3 (0,3%)	11 (4,4%)
• Prednisolona	5 (0,5%)	1 (0,4%)
• Prednisona	462 (50,9%)	128 (51,4%)
• Dexametasona	2 (0,2%)	4 (1,6%)
% de uso aproximado de AINEs	N = 892	N = 247
• <50% del periodo de estudio	205 (23,0%)	112 (45,3%)
• >50% del periodo de estudio	681 (76,3%)	130 (52,6%)
• No sabe	6 (0,7%)	5 (2,0%)
Motivo de suspensión	N = 221	N = 114
• Desconocido	12 (5,4%)	13 (11,4%)
• Efecto adverso	13 (5,9%)	1 (0,9%)
• Ineficacia	25 (11,3%)	12 (10,5%)
• Efecto adverso e ineficacia	2 (0,9%)	-
• Decisión del médico	70 (31,7%)	36 (31,6%)
• Decisión de otro médico	7 (3,2%)	11 (9,6%)
• Decisión del paciente	12 (5,4%)	3 (2,6%)
• Remisión	80 (36,2%)	38 (33,3%)
Bolos de metilprednisolona	N = 1.272	N = 1.168
• No	1.233 (96,9%)	1.165 (99,7%)
• Sí	99 (3,1%)	3 (0,3%)
Inyecciones IM de esteroides	N = 1.272	N = 1.168
• No	1.218 (95,7%)	1.144 (97,9%)
• Sí	54 (4,3%)	24 (2,1%)
Infiltraciones articulares (intra o peri)	N = 1.272	N = 1.168
• No	1.065 (83,7%)	1.039 (89,0%)
• Sí	207 (16,3%)	129 (11,0%)
Dosis máxima (mg/día). Mediana (P25-P75)	6 (5-10)	7,5 (5-15)
Dosis mínima (mg/día). Mediana (P25-P75)	5 (2,5-6)	3,8 (0-6)
Nº infiltraciones. Mediana (P25-P75)	1 (1-2)	1 (1-2)

Gráfico 9. Esteroides durante el periodo de estudio: variabilidad por CCAA (AR)

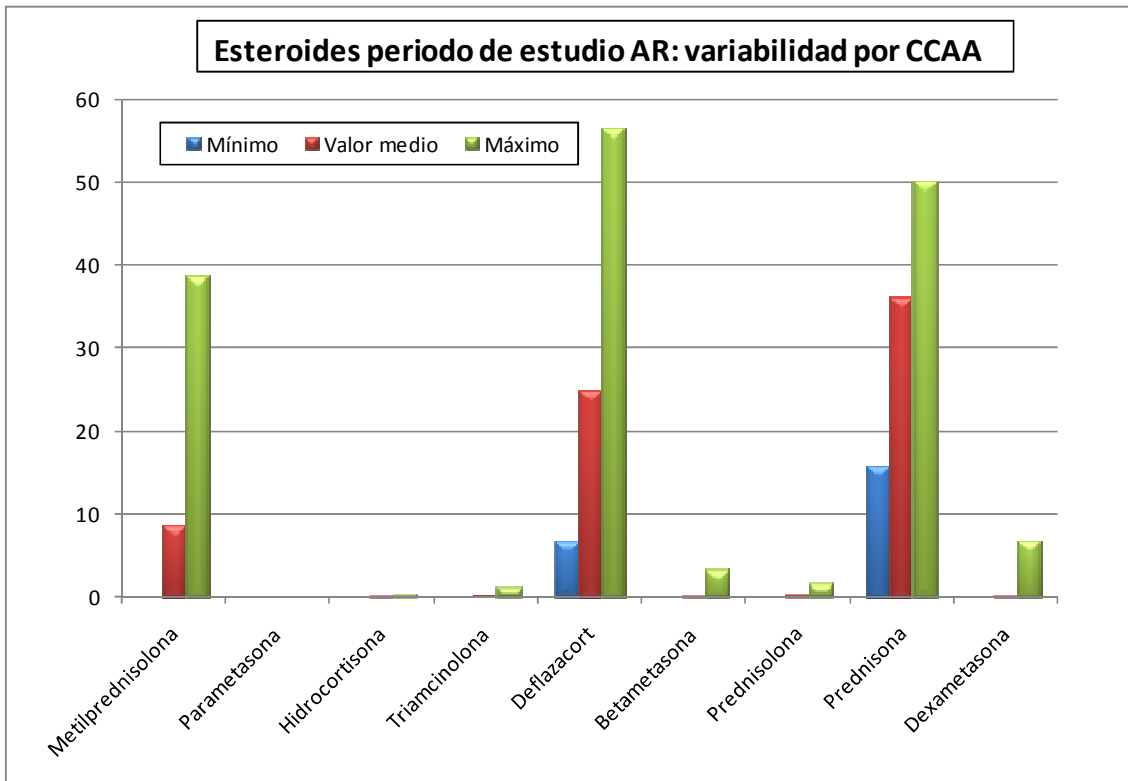
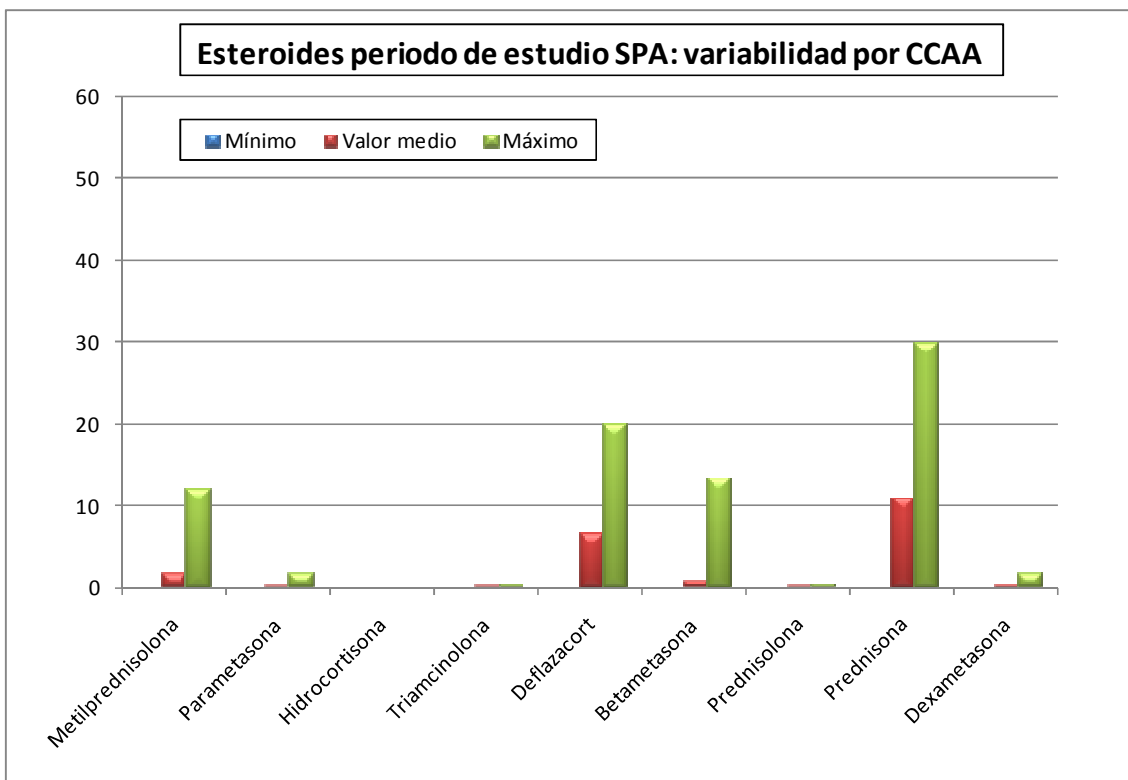


Gráfico 10. Esteroides durante el periodo de estudio: variabilidad por CCAA (AR)



3. Analgésicos simples

El 36,8% de los pacientes de AR y el 31,7% de los de Spa habían recibido algún analgésico simple durante los 2 años de estudio. Los compuestos más utilizados, tanto en AR como en Spa, fueron paracetamol (48,9% vs 45,7%), la combinación de paracetamol y tramadol (17,1% vs 15,7%), tramadol (15,6% y 16,1%) y metamizol (8,2% vs 9,8%). Prácticamente la mitad de los pacientes de ambos grupos utilizaron estos compuestos durante más del 50% del periodo de estudio (48,7% vs 45,6%). En la AR los motivos de suspensión más habituales fueron: ineficacia (22,8%), decisión del paciente (22,8%), remisión (16,2%), desconocido (14,0%), y efectos adversos (7,3%); en el caso de las Spa los más frecuentes fueron: ineficacia (25%), desconocido (24,2%), decisión del paciente (16,1%), efectos adversos (12,1%) y remisión (11,3%). Por último, la mayoría de los pacientes tomaban estos fármacos a demanda (52,6% vs 53,6%) (tabla 24).

Tabla 24. Tratamiento: analgésicos simples

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Analgesicos simples	N = 1.272	N = 1.168
• No	804 (63,2%)	798 (68,3%)
• Sí	468 (36,8%)	370 (31,7%)
Tipo de analgésico	N = 572	N = 459
• No consta	9 (1,6%)	13 (2,8%)
• Codeína/dihidrocodeína	1 (0,2%)	1 (0,2%)
• Dextropropoxifeno	-	3 (0,6%)
• Fentanilo	16 (2,8%)	20 (4,4%)
• Morfina	3 (0,5%)	2 (0,4%)
• Oxidona	6 (1,1%)	6 (1,3%)
• Tramadol	89 (15,6%)	74 (16,1%)
• Buprenorfina	10 (1,7%)	7 (1,5%)
• Salicilico dihidrogeno	1 (0,2%)	-
• Paracetamol	280 (48,9%)	210 (45,7%)
• Metamizol	47 (8,2%)	45 (9,8%)
• Codeína + analgésico	12 (2,1%)	6 (1,3%)
• Paracetamol + tramadol	98 (17,1%)	72 (15,7%)
% de uso aproximado	N = 571	N = 458
• <50% del periodo de estudio	264 (46,2%)	221 (48,2%)
• >50% del periodo de estudio	278 (48,7%)	209 (45,6%)
• No sabe	29 (5,1%)	28 (6,1%)
Motivo de suspensión	N = 136	N = 124
• Desconocido	19 (14,0%)	30 (24,2%)
• Efecto adverso	10 (7,3%)	15 (12,1%)
• Ineficacia	31 (22,8%)	31 (25,0%)
• Efecto adverso e ineficacia	1 (0,7%)	1 (0,8%)
• Decisión del médico	17 (12,5%)	7 (5,6%)
• Decisión de otro médico	5 (3,7%)	6 (4,8%)
• Decisión del paciente	31 (22,8%)	20 (16,1%)
• Remisión	22 (16,2%)	14 (11,3%)
Tipo de utilización	N = 546	N = 438
• Pautado	225 (41,2%)	164 (37,4%)
• A demanda	287 (52,6%)	235 (53,6%)
• Ambos	20 (3,7%)	24 (5,5%)
• No sabe	14 (2,6%)	15 (3,4%)

4. Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)

Un total de 1.236 pacientes de AR y 731 de Spa recibieron algún FAME a lo largo de la evolución de la enfermedad, lo que representa el 97,2% y 62,6%, respectivamente. En el caso de la AR, el primer compuesto utilizado con mayor frecuencia fue el metotrexato (55,0%), seguido por las sales de oro (17,9%), los antipalúdicos (17,4%) y la leflunomida (5,2%), representando cada uno de los restantes compuestos menos del 5% de la distribución. En el caso de las Spa los más habituales fueron la sulfasalazina (49,6%) y el metotrexato (41,0%) seguidos a distancia por el resto de los compuestos (tabla 25).

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la administración del primer compuesto FAME, presentó mínimos y máximos de -170,6 y -128,2 meses y de 555,5 y 642,9 meses para AR y SPA, respectivamente. Estos valores podrían obedecer a diferentes tipos de reumatismos no AR o no SPA antes del diagnóstico definitivo, o a artritis crónicas juveniles tratadas con AINEs. La mediana del tiempo transcurrido hasta la prescripción del primer FAME fue de 0 con un rango intercuartílico entre 0 y 2,9 meses en el caso de la AR y de 2,1 con un rango de 0-49,3 meses en las Spa (tabla 25).

Tabla 25. Tratamiento: modificadores de la enfermedad (FAME) durante la evolución

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
FAME a lo largo de la evolución	N = 1.272	N = 1.168
• No	36 (2,8%)	437 (37,4%)
• Sí	1.236 (97,2%)	731 (62,6%)
Primer FAME utilizado en la evolución	N = 1.193	N = 698
• No consta	5 (0,4%)	1 (0,1%)
• Azatioprina	2 (0,2%)	13 (1,9%)
• Ciclofosfamida/Ciclosporina	4 (0,3%)	6 (0,9%)
• Clorambucilo	-	1 (0,1%)
• Antipalúdicos	208 (17,4%)	7 (1,0%)
• Penicilamina	6 (0,5%)	1 (0,1%)
• Leflunomida	62 (5,2%)	12 (1,7%)
• Metotrexato	656 (55,0%)	286 (41,0%)
• Sales de oro	214 (17,9%)	25 (3,6%)
• Sulfasalazina	36 (3,0%)	346 (49,6%)
Tiempo diagnóstico - FAME (meses)	N = 1.030	N = 602
• < 0 (anterior al diagnóstico)	155 (15,0%)	81 (13,4%)
• 0 (en el diagnóstico)	456 (44,3%)	180 (29,9%)
• >0 (después del diagnóstico)	419 (40,7%)	341 (56,6%)
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)
Tiempo diagnóstico – FAME (meses)	0 (0-2,9)	2,1 (0-49,3)

Los FAMEs administrados con más frecuencia durante el periodo de estudio fueron ligeramente diferentes en ambos grupos de estudio. En las AR el más usado fue el metotrexato (59,6%), seguido por la leflunomida (22,1%), los antipalúdicos (12,2%), y la sulfasalazina (3,1%). Sin embargo, aunque en el grupo de Spa el más común también fue el metotrexato (50,4%), el segundo FAME en frecuencia fue la sulfasalazina (33,8%), seguido por la leflunomida (10,8%) y los antipalúdicos (2,1%) (tabla 26).

La mayoría de los pacientes de ambos grupos utilizaron los FAMEs durante más del 50% del periodo de estudio (75,3% vs 69,3%), con una suspensión del compuesto del 43,2% en el caso de las AR y del 47,8% en el grupo de Spa. Entre los que sí suspendieron, los efectos adversos y la ineficacia fueron las causas más frecuentes en ambos grupos (33,6% vs 29,6% y 21,0% vs 21,2%, respectivamente). Sin embargo, la decisión del médico fue más común en las AR (20,5% vs 9,8%), y la decisión del paciente y la remisión fueron más habituales en las Spa (16,3% vs 9,5% y 9,8% vs 5,6%, correspondientemente) (tabla 26).

El 20,7% de los pacientes de AR recibieron 2 ó más FAMEs de forma simultánea durante los 2 últimos años, situación que fue mucho menos frecuente entre los pacientes de Spa (5,6%) El valor mediana en ambos grupos fue de 2. De forma paralela, la administración de ácido fólico fue más común en el grupo de AR (53,9%) que en el de Spa (20,7%), con una dosis mediana de 5 mg/semana en ambos grupos. Finalmente, el 15,4% de los casos de AR recibió ácido fólico frente al 4,2% de los de Spa, con una dosis mediana de 15 mg/semana (tabla 26).

En la tabla 27 se presentan los valores mediana, junto con los percentiles 25 y 75, de las dosis máxima y mínima de los FAME utilizados durante los 2 últimos años. Todas ellas se expresan en mg/día excepto el metotrexato y las sales de oro que lo hacen en mg/semana.

El tratamiento con FAME también mostró una importante variabilidad por comunidades autónomas, especialmente en metotrexato, leflunomida y antipalúdicos en la AR con oscilaciones de 42%-76%; 17%-48% y 6%-40%, respectivamente. La variabilidad por CCAA también se observó en los pacientes de SPA, especialmente en lo referente a sulfasalazina (5%-62%); metotrexato (3%-44%) y leflunomida (0-27%) (gráficos 11 y 12).

Tabla 26. Tratamiento: modificadores de la enfermedad en los dos últimos años

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Tipo de FAME en los dos últimos años	N = 1.560	N = 647
• No consta	6 (0,4%)	1 (0,2%)
• Azatioprina	7 (0,5%)	12 (1,8%)
• Ciclofosfamida/Ciclosporina	7 (0,5%)	5 (0,8%)
• Clorambucilo	1 (0,1%)	-
• Antipalúdicos	190 (12,2%)	13 (2,1%)
• Penicilamina	-	1 (0,2%)
• Leflunomida	345 (22,1%)	70 (10,8%)
• Metotrexato	930 (59,6%)	326 (50,4%)
• Sales de oro	26 (1,7%)	-
• Sulfasalazina	48 (3,1%)	219 (33,8%)
% de uso aproximado	N = 1.524	N = 629
• <50% del periodo de estudio	370 (24,3%)	185 (29,4%)
• >50% del periodo de estudio	1.147 (75,3%)	436 (69,3%)
• No sabe	7 (0,5%)	8 (1,3%)
Suspensión	N = 932	N = 425
• Sí	403 (43,2%)	203 (47,8%)
• No	511 (54,8%)	214 (50,3%)
• No sabe	18 (1,9%)	8 (1,9%)
Motivo de suspensión	N = 390	N = 203
• Desconocido	10 (2,6%)	11 (5,4%)
• Efecto adverso	131 (33,6%)	60 (29,6%)
• Ineficacia	82 (21,0%)	43 (21,2%)
• Efecto adverso e ineficacia	20 (5,1%)	11 (5,4%)
• Decisión del médico	80 (20,5%)	20 (9,8%)
• Decisión de otro médico	8 (2,1%)	5 (2,5%)
• Decisión del paciente	37 (9,5%)	33 (16,3%)
• Remisión	22 (5,6%)	20 (9,8%)
Administración de 2 ó más FAME	N = 1.272	N = 1.168
• No	1.008 (79,2%)	1.102 (94,4%)
• Sí	264 (20,7%)	66 (5,6%)
Administración de ácido fólico	N = 1.272	N = 1.168
• No	586 (46,1%)	926 (79,3%)
• Sí	686 (53,9%)	242 (20,7%)
Administración de ácido folínico	N = 1.271	N = 1.168
• No	1.075 (84,6%)	1.119 (95,8%)
• Sí	196 (15,4%)	49 (4,2%)
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)
Nº máximo de fames utilizados	2 (2-2)	2 (2-2)
Dosis máxima de ácido fólico (mg/sem)	5 (5-10)	5 (5-8)
Dosis máxima de ácido folínico (mg/sem)	15 (8-15)	15 (8-15)

Tabla 27. FAME: dosis máxima y mínima en los dos últimos años

	Artritis Reumatoide Mediana (P25-P75)	Espondiloartritis Mediana (P25-P75)
Azatioprina: dosis máxima (mg/día)	100 (50-100)	125 (87,5-175)
Azatioprina: dosis mínima (mg/día)	62,5 (50-100)	100 (50-150)
Ciclosporina/ciclofosfamida: dosis máxima (mg/día)	200 (100-275)	250 (100-400)
Ciclosporina/ciclofosfamida: dosis mínima (mg/día)	150 (50-225)	100 (50-250)
Clorambucilo: dosis máxima (mg/día)	5 (5-5)	5 (5-5)
Clorambucilo: dosis mínima (mg/día)	2,5 (2,5-2,5)	2,5 (2,5-2,5)
Antipalúdicos: dosis máxima (mg/día)	200 (200-300)	200 (200-250)
Antipalúdicos: dosis mínima (mg/día)	200 (200-250)	200 (200-250)
Penicilamina: dosis máxima (mg/día)	15 (15-15)	15 (15-15)
Penicilamina: dosis mínima (mg/día)	7,5 (7,5-7,5)	7,5 (7,5-7,5)
Leflunomida: dosis máxima (mg/día)	20 (20-20)	20 (20-20)
Leflunomida: dosis mínima (mg/día)	20 (10-20)	20 (10-20)
Metotrexato: dosis máxima (mg/sem)	15 (10-20)	12,5 (10-15)
Metotrexato: dosis mínima (mg/sem)	10 (7,5-15)	10 (7,5-15)
Sales de oro: dosis máxima (mg/sem)	11,3 (6,1-33,3)	11,3 (6,1-33,3)
Sales de oro: dosis mínima (mg/sem)	6,9 (6,2-12,5)	6,9 (6,2-12,5)
Sulfasalazina: dosis máxima (mg/día)	2.000 (1.000-2.000)	2.000 (1.000-2.000)
Sulfasalazina: dosis mínima (mg/día)	1.000 (1.000-1.500)	1.000 (1.000-1.500)

Gráfico 11. FAME periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA

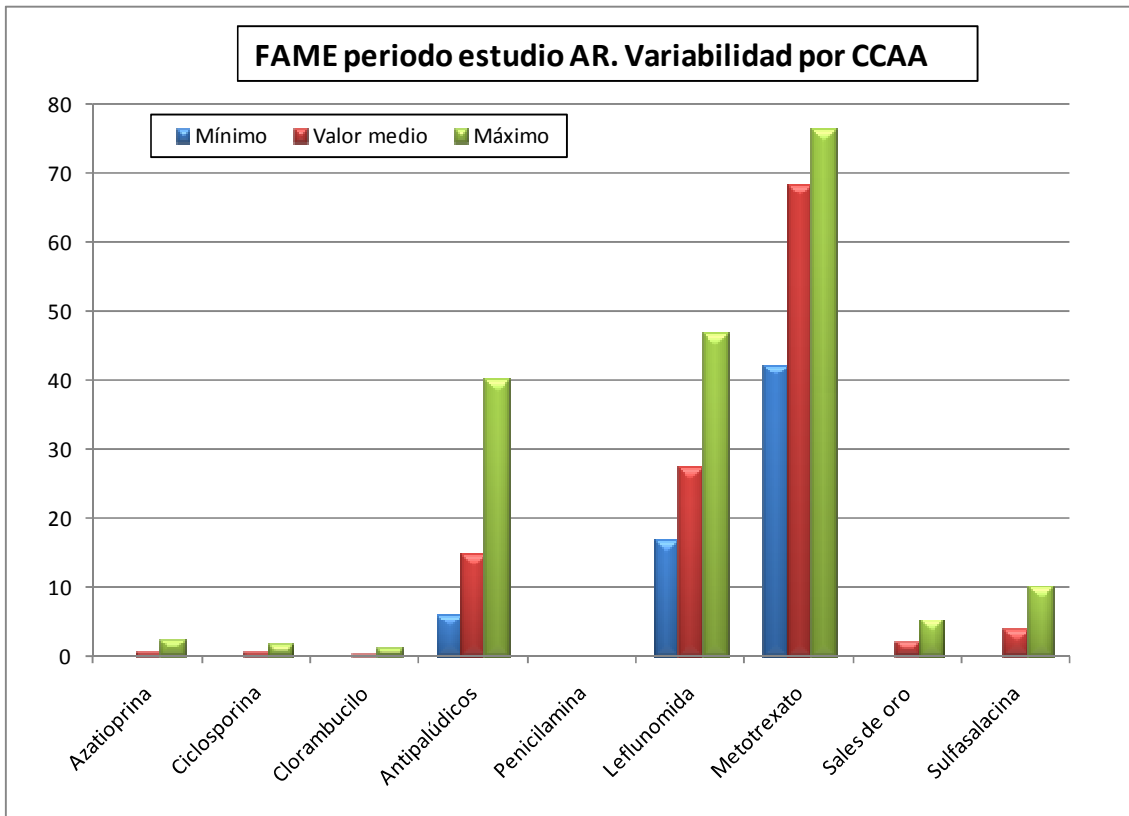
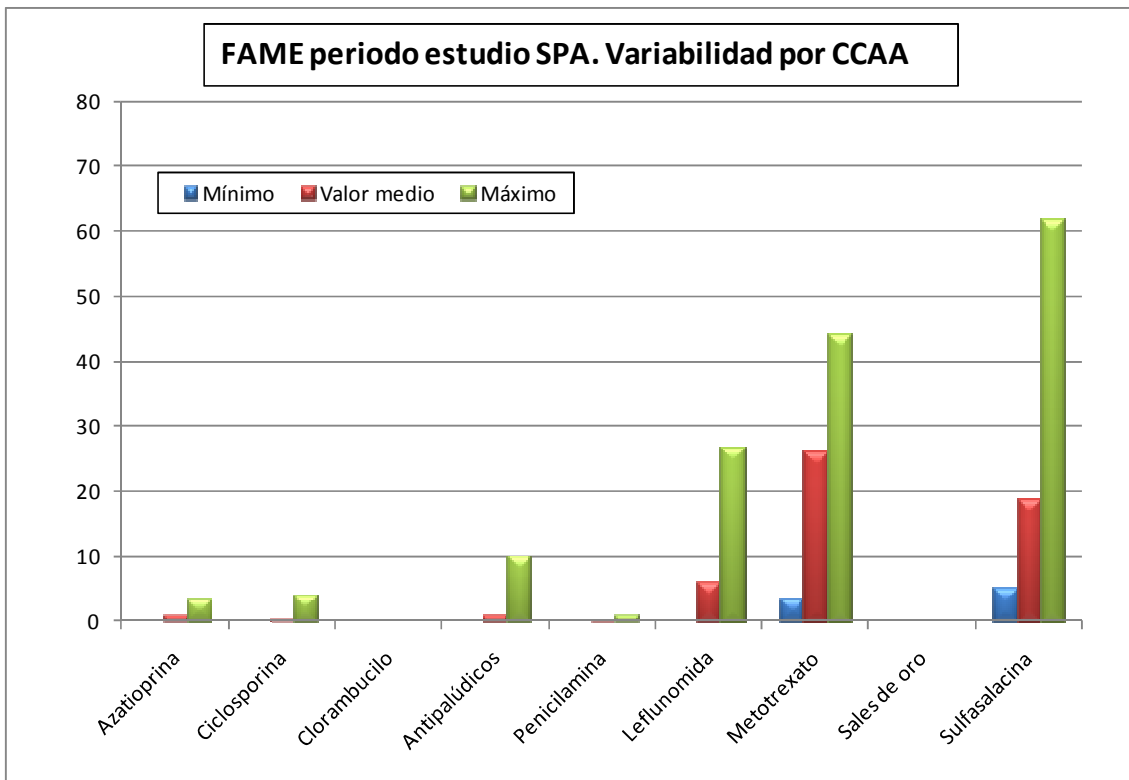


Gráfico 12. FAME periodo de estudio SPA: Variabilidad por CCAA



5. Fármacos biológicos

El 36,9% de los pacientes de AR y el 40,8% de los de Spa habían recibido algún fármaco biológico a lo largo de la evolución de la enfermedad. La mediana del tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento biológico fue de 59,8 meses, con percentiles 25 y 75 de 23,9 y 125,7 meses en el caso de la AR y 59,5 con un rango de entre 13,2 y 131,9 meses en la Spa. El número de FAMEs recibidos antes del primer biológico presentó un valor mediana (P25-P75) de 2 (2-3) en la AR y de 1 (1-2) en la Spa (tabla 28).

Se realizó Mantoux antes del primer biológico al 92,3% y 94,3% de los pacientes de AR y Spa que recibieron este tipo de fármacos. En el caso del Booster estos porcentajes fueron del 73,1% y 72,1%, respectivamente. Finalmente se efectuó radiografía de tórax antes del primer biológico al 91,3% de los pacientes de AR y al 93,7% de los de Spa (tabla 28).

La situación clínica al inicio del tratamiento biológico se valoró mediante el HAQ y el DAS-28 en el caso de la AR y por el BASDAI y BASFI en las Spa. Únicamente 145 pacientes de AR tenían determinación de HAQ, con un valor mediana de 1,5 (0,9-2,0) y 247 mostraban valores de DAS-28, con una mediana de 5,4 (4,4-6,5). A pesar del elevado número de valores faltantes o perdidos en las determinaciones de HAQ y DAS-28, sólo se registró en el CRD la ausencia simultánea de ambos datos en la historia clínica en 207 casos, lo que representa el 44,1% de los pacientes que recibieron biológicos. En el caso de las Spa se obtuvieron valores del BASDAI en 145 pacientes, con una mediana de 6 (4,5-7,1), y del BASFI en 115, con una mediana de 5,7 (3,9-7,3). Se registró la ausencia de ambos datos en 326 de los 477 pacientes de Spa tratados con biológicos, lo que representa el 68,8% (tabla 28).

Además de los datos anteriores, también se recogió la siguiente información de hasta 5 biológicos utilizados durante la evolución: tipo y dosis inicial, presentación, frecuencia, aumento y disminución de dosis, acortamiento y alargamiento de la posología, fecha de inicio y de fin de tratamiento, motivos de suspensión y utilización simultánea con FAMEs. El análisis de estos datos demuestra que los compuestos y dosis más utilizados en la AR fueron adalimumab 40 mg (27,3%); infliximab 3 mg/kg (20,5%); etanercept 50 mg (19,9%); etanercept 25 mg (12,2%); y rituximab 1000 mg x 2 infusiones (7,6%). En el caso de las Spa, los más habituales fueron infliximab 5 mg/kg (27,0%); adalimumab 40 mg (26,2%); etanercept 50 mg (21,7%); etanercept 25 mg (12,5%); e infliximab 3 mg/kg (6,8%) (tabla 29).

En cuanto a la presentación, la más común en AR y Spa fue la infusión IV (37,8% vs 36,8%), seguida por la inyección precargada (37,2% vs 36,7%), el autoinyector (14,3% vs 14,5%) y la inyección liofilizada (5,8% vs 4,3%). La ausencia de este dato fue más común en las historias clínicas de Spa (7,6%) que en las de AR (4,9%) (tabla 29).

Entre los pacientes que recibieron biológicos sólo el 11,1% de las AR y el 4,2% de las Spa experimentaron un aumento de dosis, mientras que la disminución de ésta se llevó a cabo en el 4,0% de ambos grupos. Por otra parte, se produjo un acortamiento de la posología en el 6% de los casos de AR y en el 7,1% de los de Spa, mientras que el alargamiento de la misma se observó en el 7,1% y 10,7%, respectivamente (tabla 29).

Los motivos de suspensión observados con más frecuencia en AR y Spa fueron: ineficacia (47,1% vs 39,8%); efecto adverso (30,1% vs 23,4%); decisión del médico (8,5% vs 11,9%); y efecto adverso e ineficacia (5,6% vs 8%). La remisión de la enfermedad como motivo de suspensión sólo se registró en el 2,6% de las AR y en el 4,4% de las Spa (tabla 27).

Los biológicos se utilizaron conjuntamente con FAMEs en el 80,3% de los pacientes de AR y en el 43,5% de los de Spa que recibieron este tipo de compuestos (tabla 29).

Las fechas de inicio y fin de tratamiento permitieron calcular la duración del tratamiento biológico, obteniéndose un valor mediana (P25-P75) de 10,3 meses (3,5-26,1) para 353 pacientes de AR y de 11,4 (5,5-24,3) meses para 229 casos de Spa.

Por último, 64 pacientes de AR y 16 de Spa recibieron biológicos como parte de un ensayo clínico, lo que representa el 5,0% y 1,4%, respectivamente. Los compuestos más utilizados en ensayos clínicos en AR fueron el adalimumab (38,5%), el tocilizumab (19,2%) y el anakinra y etanercept (ambos con un 11,5%). Por el contrario, en el grupo de Spa los fármacos más utilizados en ensayos fueron infliximab (61,1%), adalimumab (27,8%) y etanercept (11,1%) (tabla 30).

Tabla 28. Tratamiento: fármacos biológicos (I)

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Biológicos durante la evolución	N = 1.272	N = 1.168
• No	803 (63,1%)	691 (59,2%)
• Sí	469 (36,9%)	477 (40,8%)
Mantoux antes del primer biológico	N = 469	N = 477
• No	36 (7,7%)	27 (5,7%)
• Sí	433 (92,3%)	450 (94,3%)
Booster antes del primer biológico	N = 469	N = 477
• No	126 (26,9%)	133 (27,9%)
• Sí	343 (73,1%)	344 (72,1%)
Radiografía de tórax antes del primer biológico	N = 469	N = 477
• No	41 (8,7%)	30 (6,3%)
• Sí	428 (91,3%)	447 (93,7%)
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)
Tiempo diagnóstico – biológico (meses)	59,8 (23,9-125,7)	59,5 (13,2-131,9)
Nº FAMEs antes del biológico	2 (2-3)	1 (1-2)
Situación clínica al inicio del biológico		
▪ HAQ (N = 145)	1,5 (0,9-2,0)	
▪ DAS-28 (N = 247)	5,4 (4,4-6,5)	
▪ BASDAI (N = 145)		6 (4,5-7,1)
▪ BASFI (N = 115)		5,7 (3,9-7,3)
No consta información situación clínica	207 (44,1%)	326 (68,8%)

Tabla 29. Tratamiento: fármacos biológicos (II)

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Tipo de biológico	N = 748	N = 664
<ul style="list-style-type: none"> • No consta • Abatacept (10 mg(k)) • Abatacept (otra dosis) • Adalimumab (40 mg) • Adalimumab (otra dosis) • Anakinra (100 mg) • Anakinra (otra dosis) • Etanercept (25 mg) • Etanercept (50 mg) • Etanercept (otra dosis) • Infliximab (3 mg/k) • Infliximab (5 mg/k) • Infliximab (otra dosis) • Rituximab (500 m; 2 infusiones) • Rituximab (1000 mg; 2 infusiones) • Rituximab (otra dosis) • Tocilizumab (4 mg) • Tocilizumab (8 mg) • Tocilizumab (otra dosis) 	<ul style="list-style-type: none"> 7 (0,9%) 16 (2,1%) 7 (0,9%) 204 (27,3%) 6 (0,8%) 5 (0,7%) - 91 (12,2%) 149 (19,9%) 3 (0,4%) 153 (20,5%) 14 (1,9%) 8 (1,1%) 8 (1,1%) 57 (7,6%) 3 (0,4%) 3 (0,4%) 12 (1,6%) 2 (0,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> 8 (1,2%) 2 (0,3%) 1 (0,2%) 174 (26,2%) 6 (0,9%) 1 (0,2%) 1 (0,2%) 83 (12,5%) 144 (21,7%) 3 (0,5%) 45 (6,8%) 179 (27,0%) 14 (2,1%) - 3 (0,5%) - - - -
Tipo de presentación	N = 707	N = 646
<ul style="list-style-type: none"> • No consta • Autoinyector • Infusión IV • Inyección liofilizada • Inyección precargada 	<ul style="list-style-type: none"> 35 (4,9%) 101 (14,3%) 267 (37,8%) 41 (5,8%) 263 (37,2%) 	<ul style="list-style-type: none"> 49 (7,6%) 94 (14,5%) 238 (36,8%) 28 (4,3%) 237 (36,7%)
Aumento de dosis	N = 746	N = 664
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	<ul style="list-style-type: none"> 663 (88,9%) 83 (11,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> 636 (95,8%) 28 (4,2%)
Disminución de dosis	N = 746	N = 664
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	<ul style="list-style-type: none"> 716 (96,0%) 30 (4,0%) 	<ul style="list-style-type: none"> 638 (96,1%) 26 (3,9%)
Acortamiento posología	N = 746	N = 664
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	<ul style="list-style-type: none"> 701 (94,0%) 45 (6,0%) 	<ul style="list-style-type: none"> 617 (92,9%) 47 (7,1%)
Alargamiento posología	N = 746	N = 664
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	<ul style="list-style-type: none"> 693 (92,9%) 53 (7,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> 593 (89,3%) 71 (10,7%)
Motivo de suspensión	N = 342	N = 226
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocido • Efecto adverso • Ineficacia • Efecto adverso e ineficacia • Decisión del médico • Decisión de otro médico • Decisión del paciente • Remisión 	<ul style="list-style-type: none"> 9 (2,6%) 103 (30,1%) 161 (47,1%) 19 (5,6%) 29 (8,5%) 4 (1,2%) 8 (2,3%) 9 (2,6%) 	<ul style="list-style-type: none"> 9 (4,0%) 53 (23,4%) 90 (39,8%) 18 (8,0%) 27 (11,9%) 3 (1,3%) 16 (7,1%) 10 (4,4%)
Utilización con FAMES	N = 748	N = 664
<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí 	<ul style="list-style-type: none"> 147 (19,6%) 601 (80,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> 375 (56,5%) 289 (43,5%)

Tabla 30. Tratamiento: fármacos biológicos (III)

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Biológicos como parte de ECA	N = 1.272	N = 1.168
• No	1.208 (95,0%)	1.152 (98,6%)
• Sí	64 (5,0%)	16 (1,4%)
Biológicos utilizados en ECA	N = 52	N = 18
• No consta	6 (11,5%)	-
• Adalimumab	20 (38,5%)	5 (27,8%)
• Anakinra	6 (11,5%)	-
• Etanercept	6 (11,5%)	2 (11,1%)
• Infliximab	3 (5,8%)	11 (61,1%)
• Rituximab	1 (1,9%)	-
• Tocilizumab	10 (19,2%)	-

En los gráficos 13 y 14 se muestra la variabilidad en la utilización de biológicos en los 2 años del periodo de estudio por comunidades autónomas. En el caso de la AR, la variación es especialmente llamativa para el etanercept (3%-47%), adalimumab (9%-27%) e infliximab (0%-19%). En el grupo de SPA la variabilidad por CCAA fue muy significativa para infliximab (0%-65%), y en menor medida para etanercept (3%-43%) y adalimumab (3%-30%).

Gráfico 13. Biológicos periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA

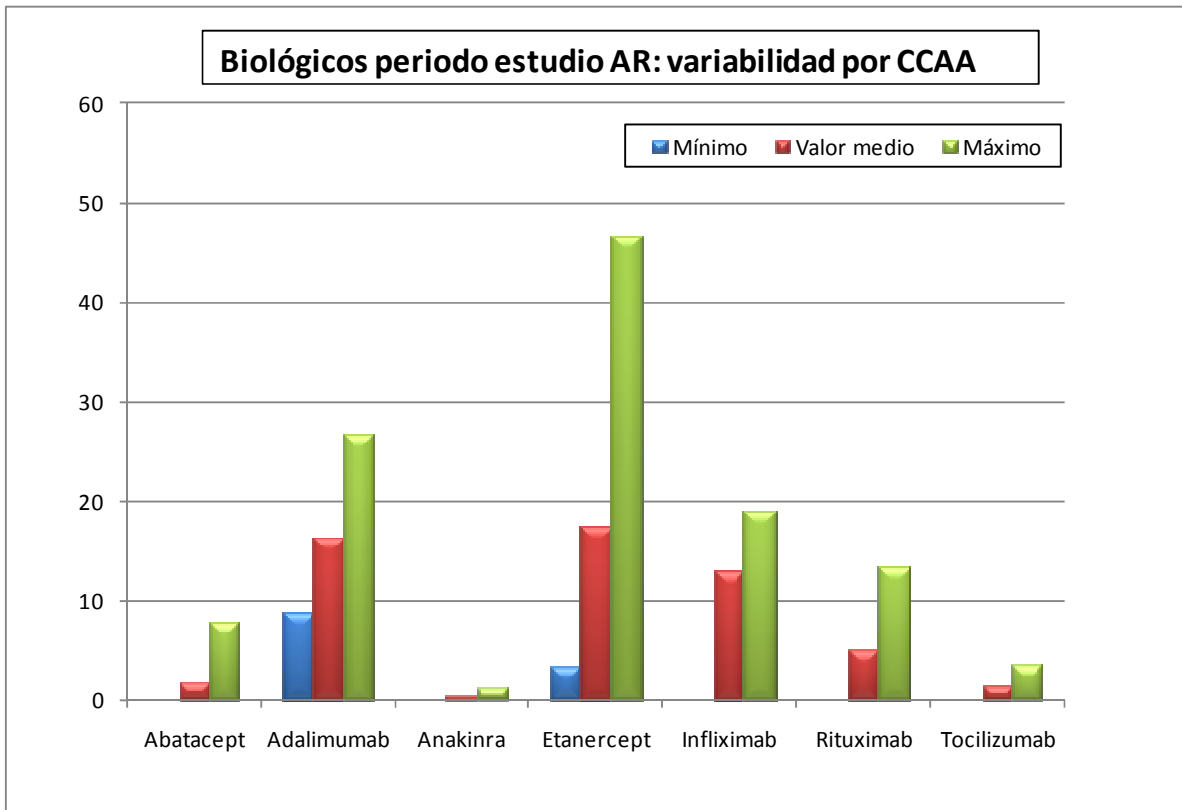
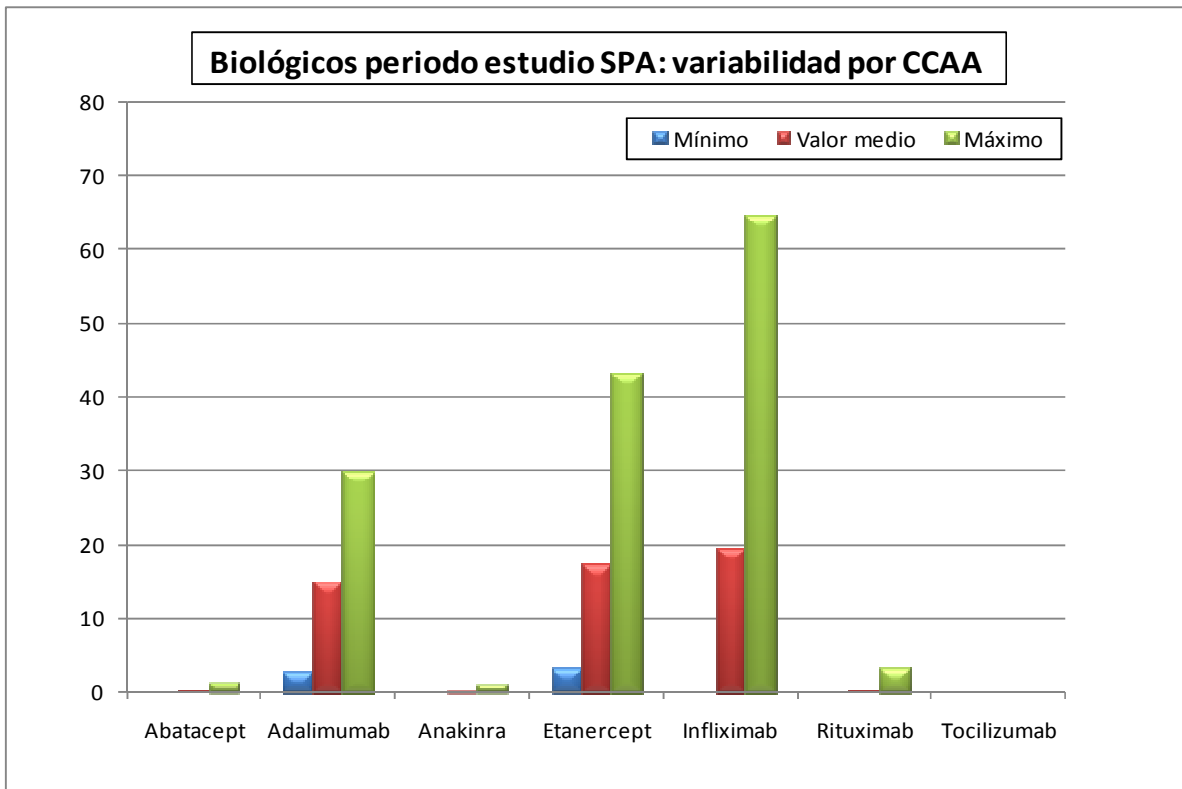


Gráfico 14. Biológicos periodo de estudio SPA: Variabilidad por CCAA



6. Profilaxis gástrica

El 71,7% de los pacientes de AR y el 60% de los de Spa recibieron algún tipo de protección gástrica durante su evolución. En el periodo de estudio se utilizaron fundamentalmente inhibidores de la bomba de protones en ambos grupos (96,8% vs 95,9%), en general durante más del 50% del tiempo (84,6% vs 78,6%). Los motivos de suspensión más frecuentes en el grupo de AR fueron la ineficacia (46,4%), la decisión del médico (16,5%), la decisión de otro médico y la remisión (ambos con 7,2%), aunque un 13,4% mostraban un motivo de suspensión desconocido. En las Spa las causas más habituales fueron la ineficacia (38,8%), la decisión del médico (12,9%), la decisión del propio paciente (10,3%), la decisión de otro médico y la remisión (ambos con 7,8%), siendo el motivo de suspensión desconocido en el 19% de los casos. Finalmente, más del 80% de los protectores gástricos se utilizaron de forma pautaada (tabla 31).

Los gráficos 15 y 16 muestran la variabilidad en el manejo de estos fármacos en las distintas CCAA y en ambos grupos de estudio, especialmente en cuanto a los inhibidores de la bomba de protones.

Tabla 31. Tratamiento: protectores gástricos

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Protector gástrico (evolución)	N = 1.272	N = 1.168
• No	360 (28,3%)	467 (40,0%)
• Sí	912 (71,7%)	701 (60,0%)
Protector gástrico (dos últimos años)	N = 875	N = 653
• No consta	8 (0,9%)	13 (2,0%)
• Sales (antiácidos)	10 (1,1%)	5 (0,8%)
• Inhibidores H2	10 (1,1%)	9 (1,4%)
• Inhibidores bomba protones	847 (96,8%)	626 (95,9%)
% de uso aproximado	N = 871	N = 646
• <50% del periodo de estudio	104 (11,9%)	116 (18,0%)
• >50% del periodo de estudio	737 (84,6%)	508 (78,6%)
• No sabe	30 (3,4%)	22 (3,4%)
Motivo de suspensión	N = 97	N = 116
• Desconocido	13 (13,4%)	22 (19,0%)
• Efecto adverso	4 (4,1%)	4 (3,4%)
• Ineficacia	45 (46,4%)	45 (38,8%)
• Decisión del médico	16 (16,5%)	15 (12,9%)
• Decisión de otro médico	7 (7,2%)	9 (7,8%)
• Decisión del paciente	5 (5,2%)	12 (10,3%)
• Remisión	7 (7,2%)	9 (7,8%)
Tipo de utilización	N = 751	N = 595
• Pautado	648 (86,3%)	489 (82,2%)
• A demanda	62 (8,3%)	75 (12,6%)
• Ambos	16 (2,1%)	14 (2,3%)
• No sabe	25 (3,3%)	17 (2,9%)

Gráfico 15. Gastroprotectores periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA

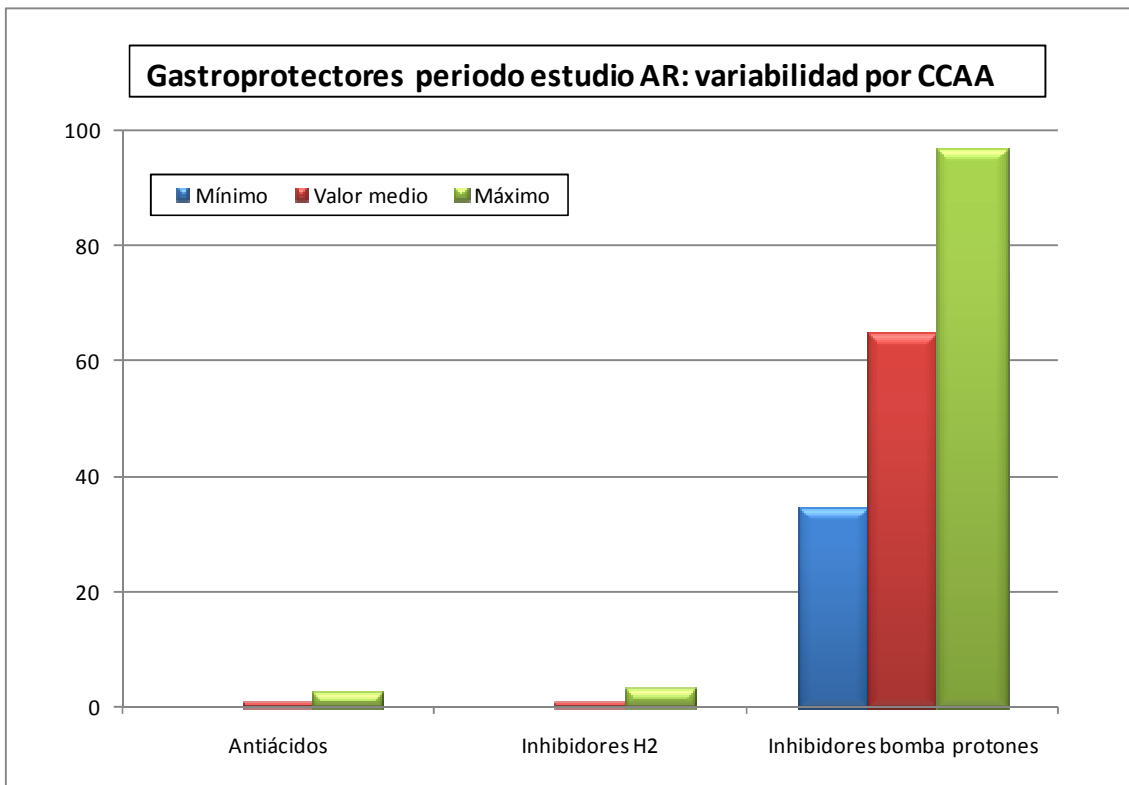
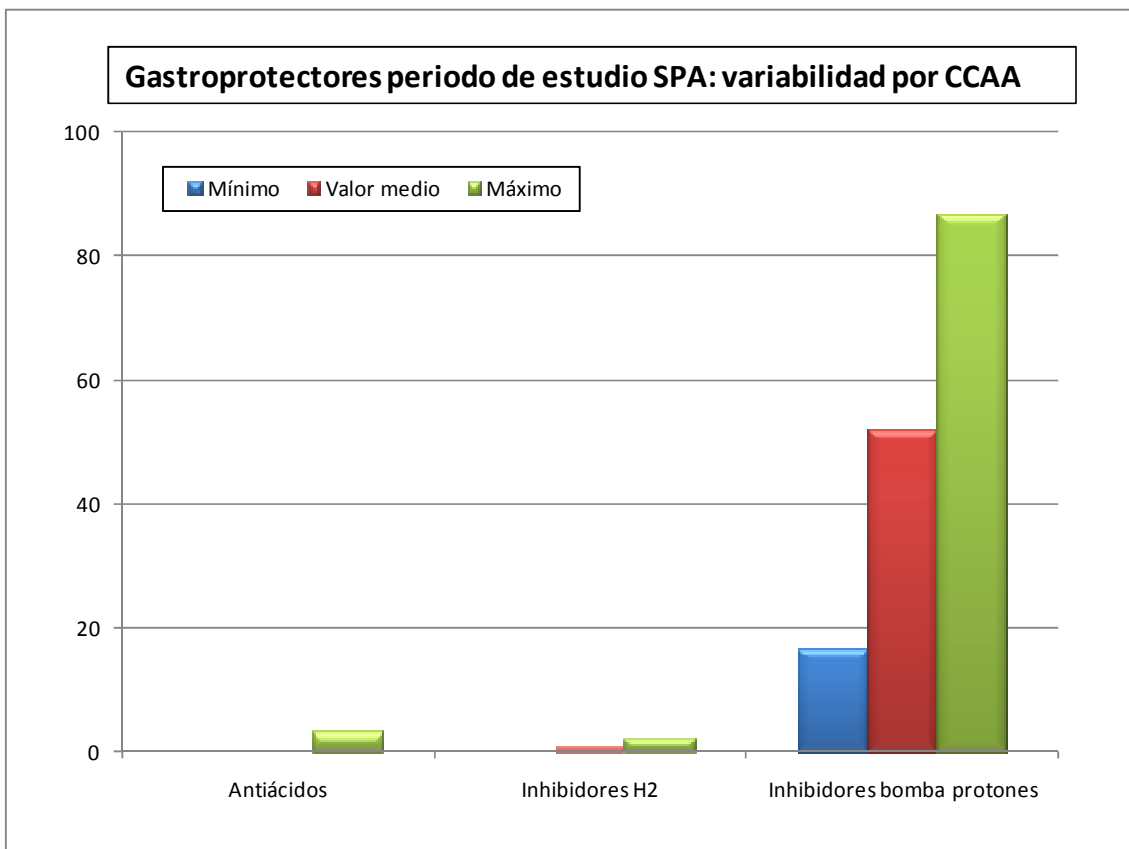


Gráfico 16. Gastroprotectores periodo de estudio SPA: Variabilidad por CCAA



7. Fármacos anti-osteoporosis

Durante la evolución de la enfermedad el 52,5% de los pacientes de AR habían recibido fármacos para la profilaxis o tratamiento de la osteoporosis frente al 13,9% de los de Spa. En el periodo de estudio, los compuestos más utilizados en ambos grupos fueron las combinaciones de calcio y vitamina D (47,2% en AR y 38,9% en Spa) seguidos por los bifosfonatos (36,2% y 34,1%), el calcio (7,0% y 7,6%) y la vitamina D en el caso de las Spa (9,9%) (tabla 32).

El 80,7% de los pacientes de AR y el 71,3% de los de Spa tomaron profilaxis o tratamiento anti-osteoporosis durante más del 50% del periodo de estudio. Los motivos de suspensión más comunes en el grupo de AR fueron la decisión del médico (25,4%), la ineficacia (22,8%), la decisión del paciente (13,2%) y los efectos adversos (11,4%), no conociéndose el motivo de suspensión en el 20,2% de los casos. Por otro lado, en el caso de las Spa, las causas de suspensión más habituales fueron la decisión del médico (33,3%), la decisión del paciente y la ineficacia (15,2% en ambos casos) y los efectos adversos (9,1%), existiendo también un 15,2% suspensión del medicamento de causa desconocida (tabla 32).

En los dos grupos de estudio existió variabilidad por CCAA para calcio y vitamina D, así como bifosfonatos (gráficos 17 y 18).

Tabla 32. Tratamiento: fármacos anti-osteoporosis

	Artritis Reumatoide N (%)	Espondiloartritis N (%)
Anti-osteoporóticos (evolución)	N = 1.272	N = 1.168
• No	604 (47,5%)	1.006 (86,1%)
• Sí	668 (52,5%)	162 (13,9%)
Anti-osteoporóticos (dos últimos años)	N = 955	N = 211
• No consta	9 (0,9%)	5 (2,4%)
• Bifosfonatos	346 (36,2%)	72 (34,1%)
• Calcitonina	6 (0,6%)	1 (0,5%)
• Ranelato de estroncio	26 (2,7%)	7 (3,3%)
• Raloxifeno	7 (0,7%)	3 (1,4%)
• Teripatida	11 (1,2%)	4 (1,9%)
• Calcio	67 (7,0%)	16 (7,6%)
• Calcio + vitamina D	451 (47,2%)	82 (38,9%)
• Vitamina D	29 (3,0%)	21 (9,9%)
• Tiazidas	3 (0,3%)	-
% de uso aproximado	N = 953	N = 209
• <50% del periodo de estudio	171 (17,9%)	60 (28,7%)
• >50% del periodo de estudio	769 (80,7%)	149 (71,3%)
• No sabe	13 (1,4%)	-
Motivo de suspensión	N = 114	N = 33
• Desconocido	23 (20,2%)	5 (15,2%)
• Efecto adverso	13 (11,4%)	3 (9,1%)
• Ineficacia	26 (22,8%)	5 (15,2%)
• Decisión del médico	29 (25,4%)	11 (33,3%)
• Decisión de otro médico	7 (6,1%)	4 (12,1%)
• Decisión del paciente	15 (13,2%)	5 (15,2%)
• Remisión	1 (0,9%)	-

Gráfico 17. Antiosteoporóticos periodo de estudio AR: Variabilidad por CCAA

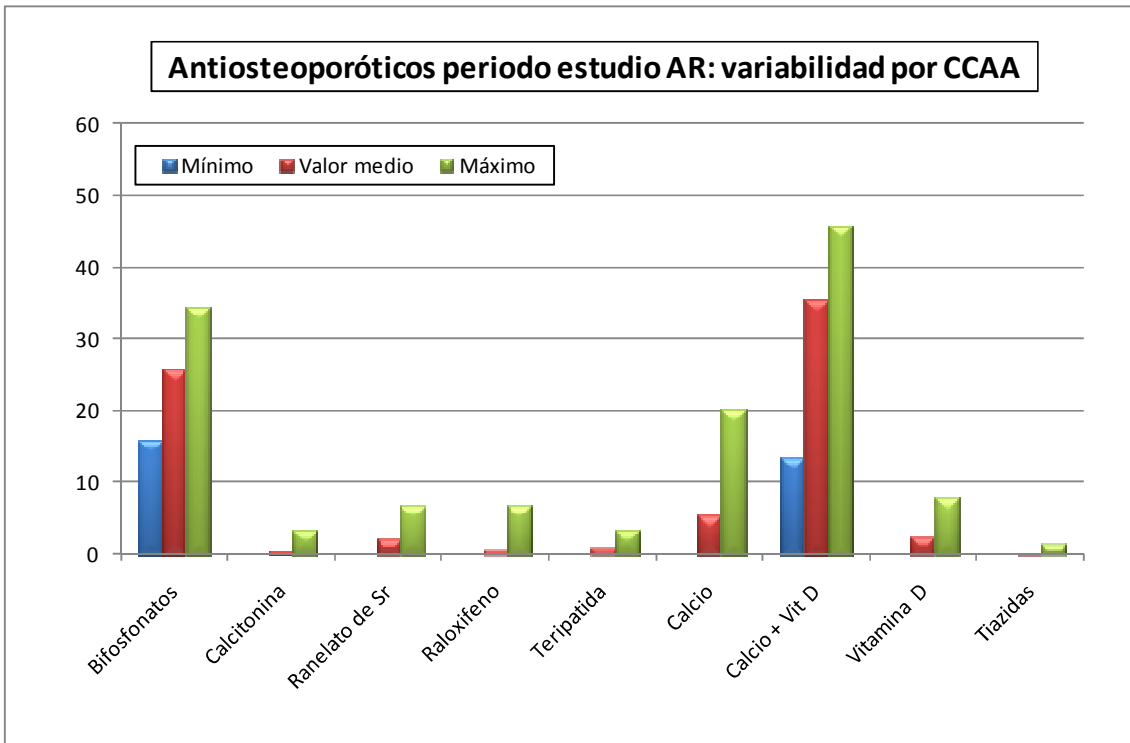
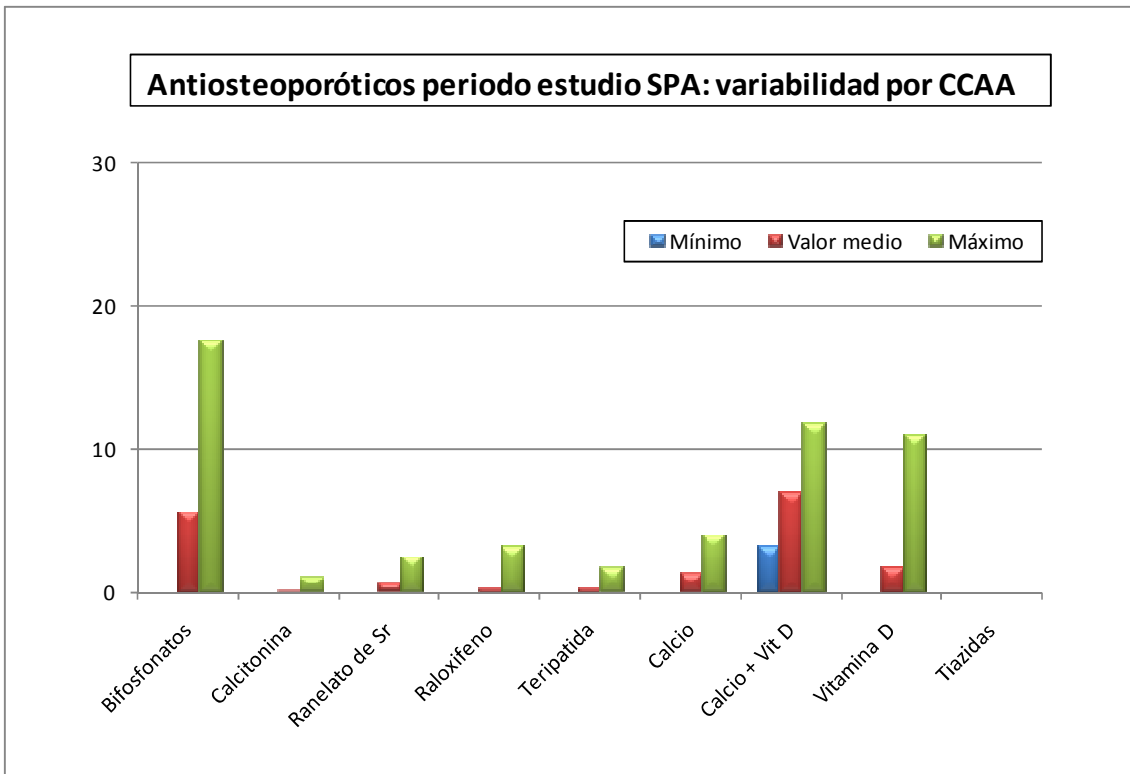


Gráfico 18. Antiosteoporóticos periodo de estudio SPA: Variabilidad por CCAA



VI. DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO

1. Procedimientos de seguimiento utilizados en AR

Se estudió la frecuencia de utilización de diferentes procedimientos de seguimiento clínico en los 2 años del periodo de estudio, con las siguientes opciones de respuesta: nunca (no utilización en ninguna visita si el número de éstas fue >1); ocasionalmente (en menos del 25%); habitualmente (entre el 25 y 75%); y siempre (en más del 75% de las visitas).

En el caso de la AR la afectación articular se evaluó mayoritariamente por el recuento de 28 articulaciones (siempre en el 41,4%) y nunca por otros recuentos (57,2%). Por el contrario, en general no se utilizaron nunca EVAs para evaluar el dolor, ni por parte del médico (59,0%), ni del paciente (44,1%), lo que también aplicó a otros métodos de valoración de este síntoma (63,1 y 60,3%). Los reactantes de fase aguda empleados de forma sistemática fueron la VSG (77,8%) y la PCR (75,1%). En la mayoría de los pacientes no se calcularon nunca los índices de actividad como el DAS (48,3%), SDAI (96,2%) u otros (91,6%). Por último, la capacidad funcional no se evaluó nunca mediante HAQ en el 61,3% de los pacientes y tampoco con otros índices (79,3%) (tabla 33).

2. Procedimientos de seguimiento utilizados en SPA

En los pacientes con Spa la afectación articular no se valoró nunca mediante recuento de 68 articulaciones ni otro tipo (52,6% y 58,9%). Algo similar ocurrió con la afectación entesítica, ya que lo más frecuente es que no se utilizara nunca ni el recuento de 13 entesis (58,3%), ni otro equivalente (74,3%). Del mismo modo, lo más frecuente es que nunca se evaluara la situación global del paciente mediante EVA (60,9%) u otros procedimientos (65,6%), ni tampoco el dolor raquídeo nocturno (60,2% y 62,2%). La duración de la rigidez matutina fue el método de evaluación utilizado siempre (9,7% de los pacientes), habitualmente (12,4%), u ocasionalmente (22,2%). Al igual que en la AR, los reactantes de fase aguda fueron empleados de forma sistemática, tanto la VSG (67,3%) como la PCR (66,4%). Por el contrario, en general no se calcularon nunca los índices de actividad como el BASDAI (58,2%), ni la capacidad funcional medida por el BASFI (66,7%). Finalmente, y con respecto a los parámetros de movilidad espinal, la situación más común fue la ausencia de estos parámetros en todas las visitas del periodo de estudio, con porcentajes de la respuesta “nunca” de 37,7% para el Schöber; 44,6% para la expansión torácica; 46,1% para la distancia occipucio-pared; 54,4% para la flexión lateral del tronco y 58% para otros métodos de evaluación de la movilidad espinal (tabla 34).

Tabla 33. Procedimientos de seguimiento clínico: Artritis Reumatoide

Procedimiento AR	N (%)	Procedimiento	N (%)
Recuento de 28 articulaciones	1.231	Recuento articular: Otro	787
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	172 (14,0) 231 (18,8) 318 (25,8) 510 (41,4)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	450 (57,2) 102 (13,0) 116 (14,7) 119 (15,1)
Evaluación dolor (médico): EVA	1.217	Evaluación dolor (médico): Otro	821
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	718 (59,0) 217 (17,8) 248 (12,2) 134 (11,0)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	518 (63,1) 95 (11,6) 133 (16,2) 75 (9,1)
Evaluación dolor (paciente): EVA	1.225	Evaluación dolor paciente: Otro	808
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	540 (44,1) 257 (21,0) 219 (17,9) 209 (17,1)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	487 (60,3) 79 (9,8) 134 (16,6) 108 (13,4)
Reactantes fase aguda: VSG	1.259	Reactantes fase aguda: PCR	1.219
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	17 (1,3) 62 (4,9) 201 (16,0) 979 (77,8)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	38 (3,1) 97 (8,0) 169 (13,9) 915 (75,1)
Reactantes fase aguda: otro	676	Índices compuestos: DAS	1.226
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	410 (60,6) 108 (16,0) 47 (6,9) 111 (16,4)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	592 (48,3) 226 (18,4) 226 (18,4) 182 (14,8)
Índices compuestos: SDAI	1.053	Índices compuestos: otro	833
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1013 (96,2) 14 (1,3) 18 (1,7) 8 (0,8)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	763 (91,6) 26 (3,1) 35 (4,2) 9 (1,1)
Capacidad funcional: HAQ	1.218	Capacidad funcional: otro	888
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	747 (61,3) 222 (18,2) 150 (12,3) 99 (8,1)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	704 (79,3) 52 (5,9) 83 (9,3) 49 (5,5)

Tabla 34. Procedimientos de seguimiento clínico: espondiloartritis

Recuento de 68 articulaciones <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.067 561 (52,6) 150 (14,1) 157 (14,7) 199 (18,6)	Recuento articular: Otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	771 454 (58,9) 78 (10,1) 166 (21,5) 73 (9,5)
Recuento de 13 entesis <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.080 630 (58,3) 212 (19,6) 136 (12,6) 102 (9,4)	Recuento entesis: otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	766 569 (74,3) 97 (12,7) 74 (10,0) 26 (3,4)
Valoración global paciente: EVA <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.125 685 (60,9) 196 (17,4) 155 (13,8) 89 (7,9)	Valoración global paciente: Otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	752 493 (65,6) 64 (8,5) 119 (15,8) 76 (10,1)
Dolor raquídeo nocturno: EVA <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.133 670 (60,2) 197 (17,7) 138 (12,4) 108 (9,7)	Dolor raquídeo nocturno: Otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	775 470 (62,2) 75 (9,9) 140 (18,5) 70 (9,3)
Rigidez matutina: duración <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.134 388 (34,2) 252 (22,2) 264 (23,3) 230 (20,3)	Rigidez matutina: Otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	713 515 (72,2) 78 (10,9) 80 (11,2) 40 (5,6)
Reactantes fase aguda: VSG <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.147 52 (4,5) 60 (5,2) 263 (22,9) 772 (67,3)	Reactantes fase aguda: PCR <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.122 60 (5,3) 75 (6,7) 242 (21,6) 745 (66,4)
Reactantes fase aguda: otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	639 394 (61,7) 92 (14,4) 49 (7,7) 104 (16,3)	Índices actividad: BASDAI <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.140 663 (58,2) 223 (19,6) 145 (12,7) 109 (9,6)
Índices actividad: otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	739 641 (86,7) 43 (5,8) 38 (5,1) 17 (2,3)	Capacidad funcional: BASFI <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.137 758 (66,7) 170 (14,9) 118 (10,4) 91 (8,0)
Capacidad funcional: otro <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	733 616 (84,0) 39 (5,3) 48 (6,6) 30 (4,1)	Movilidad espinal: Schöber <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.155 436 (37,7) 339 (29,3) 229 (19,8) 151 (13,1)
Movilidad espinal: exp torácica <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.153 514 (44,6) 315 (27,3) 196 (17,0) 128 (11,1)	Movilidad : occipucio-pared <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.151 531 (46,1) 323 (28,1) 189 (16,4) 108 (9,4)
Movilidad: flexión lat tronco <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	1.155 628 (54,4) 272 (23,6) 151 (13,1) 104 (9)	Movilidad espinal: otros <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Ocasionalmente • Habitualmente • Siempre 	886 514 (58,0) 166 (18,7) 151 (17,0) 55 (6,2)

VII. VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE LA AR

1. COMPARACIÓN EMAR I – EMAR II

Uno de los objetivos del emAR II es examinar la existencia de posibles diferencias, respecto al EMAR I; en el uso de recursos sanitarios (visitas al reumatólogo u otros especialistas, ingresos hospitalarios, cirugía ortopédica y otros recursos) y de tratamiento (consumo de FAME y tiempo hasta el primero, AINEs, corticoides, infiltraciones, protectores gástricos, antiosteoporóticos).

Se exploró en primer lugar el grado de comparabilidad de las dos muestras de estudio en cuanto a algunas características. No se apreciaron diferencias en cuanto a la edad, sexo y positividad del factor reumatoide. Sin embargo si existieron diferencias en la situación funcional, medida por la clase ACR. En este sentido, los pacientes del segundo estudio presentaban una situación funcional significativamente mejor, con mayor frecuencia de Clase I y menor proporción de clase II y III. No obstante, no se obtuvo constancia de este tipo de información en la historia clínica de una importante proporción de pacientes del emAR II (tabla 35).

Tabla 35. Comparación EMAR I-EMAR II: características de las muestras estudiadas

	Emar I	Emar II	Valor <i>p</i>
Edad del paciente: media (D.E.)	61,3 (13,5)	62,0 (14,5)	0,194
Tiempo evolución en meses: media (D.E)	127,6 (97,6)	122,8 (107,3)	0,262
Sexo femenino (%)	73,5%	73,2%	0,016
Factor reumatoide positivo	75,9%	75,0%	0,532
Clase funcional ACR (%)			<0,0001
• Capaz todas AVD	27,4%	36,0%	
• Capaz cuidado personal y actividades vocacionales	39,5%	16,3%	
• Capaz sólo cuidado personal	26,6%	11,3%	
• Limitado todas AVD	6,5%	6,4%	
• No consta	-	29,9%	

A. *Uso de recursos asistenciales*

La comparación del uso de diferentes recursos asistenciales entre los dos estudios emAR mostró diferencias significativas en casi todos los recursos estudiados.

El número de visitas médicas descendió significativamente en el emAR II, con una razón de tasas (RR) de 0,92, lo que representa una disminución de prácticamente el 10% con respecto al emAR I. Por el contrario, se observó un incremento importante en el número de visitas a otros especialistas. El porcentaje de pacientes que consultaron con otros especialistas pasó del 59,1% al 75,7%, y se obtuvo una razón de tasas de 2,93. Otro recurso asistencial cuya utilización aumentó de forma considerable fueron los ingresos hospitalarios, tanto en cuanto al porcentaje de pacientes que presentaron alguna hospitalización (25,8% vs 33,1%) como en el número de ingresos, con una razón de tasas de 1,66, lo que representa más de un 60% de incremento. Por el contrario, la proporción de pacientes que sufrieron algún tipo de cirugía ortopédica descendió de forma muy importante (25,9% vs 7,4%), con una disminución del 20% en la razón de tasas (RR = 0,79) que se situó en el límite de la significación estadística (tabla 36).

En relación con la utilización de otros tipos de recursos, se observó una disminución significativa de la proporción de pacientes que habían realizado fisioterapia (9,9% vs 7,3%). En cambio, se produjeron incrementos importantes en los porcentajes de utilización de psicoterapia (0,7% vs 2,4%), asistencia social (1,2% vs 3,0%) y educación formal (3,8% vs 6,1%). Por último, no se observaron cambios en la utilización de servicios de rehabilitación entre ambos estudios (tabla 37).

B. *Tratamientos*

Diferentes opciones terapéuticas mostraron cambios considerables en el emAR II con relación al emAR I. Así, se observó un descenso de la utilización de AINEs (84,7% vs 67,3%) y de esteroides (72,4% vs 67,6%), con un incremento de la utilización simultánea de dos o más AINEs (1,9% vs 3,6%). En relación con los esteroides, se produjo un descenso en la proporción de pacientes tratados (40,3% vs 67,6%), sin cambio en el porcentaje de utilización de infiltraciones articulares, aunque sí en el número de éstas (mediana 2 vs 1). La utilización de FAME se incrementó, tanto en cuanto a la proporción de pacientes tratados (93,6% vs 97,2%), como en la de los que recibieron metotrexato (55,5 vs 68,3%), con un incremento de la dosis mediana (10 vs 15). De forma paralela, se observó una disminución significativa del tiempo mediana desde el inicio de los síntomas hasta el primer FAME (16 vs 12 meses). Por último, en el emAR II se produjo un incremento considerable de las medidas terapéuticas de carácter preventivo como el uso de protectores gástricos (65,3 vs 71,7%) y antiosteoporóticos (39,8% vs 52,5%) (tabla 38).

Tabla 36. Comparación EMAR I-EMAR II: Uso de recursos

Recurso	Estimación	Contraste	Valor p
Nº visitas médicas (Mediana; P25-p75) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	6 (4-8) 5 (4-8)	Wilcoxon	0,0002
Nº visitas médicas (tasa por 100 personas-año; IC 95%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	333 (327-340) 305 (299-312)	RR = 0,92	<0,0001
Nº visitas otros especialistas (Mediana; P25-p75) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	1 (0-1) 2 (1-6)	Wilcoxon	<0,0001
Nº visitas otros especialistas (tasa por 100 personas-año; IC 95%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	86 (82-91) 253 (246-259)	RR = 2,93	<0,0001
Visitas otros especialistas (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	59,1% 75,7%	Chi cuadrado	<0,0001
Número de ingresos (Mediana; P25-p75) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	0 (0-1) 0 (0-1)	Wilcoxon	<0,0001
Nº de ingresos (tasa por 100 personas-año; IC 95%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	19 (18-21) 32 (30-34)	RR = 1,66	<0,0001
Ingresos (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	25,8% 33,1%	Chi cuadrado	<0,0001
Alguna cirugía ortopédica (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	25,9% 7,4%	Chi cuadrado	<0,0001
Nº de cirugías (tasa por 100 personas-año; IC 95%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	5,7 (4,8-6,7) 4,5 (3,7-5,4)	RR = 0,79	0,052

RR = razón de tasas

Tabla 37. Comparación EMAR I-EMAR II: Otros recursos asistenciales

Otros recursos	Estimación	Contraste	Valor p
Fisioterapia (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	9,9% 7,3%	Chi cuadrado	0,019
Psicoterapia (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	0,7% 2,4%	Chi cuadrado	<0,0001
Asistencia Social (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	1,2% 3,0%	Chi cuadrado	0,001
Educación formal (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	3,8% 6,1%	Chi cuadrado	0,006
Rehabilitación (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	10,6% 9,4%	Chi cuadrado	0,323

Tabla 38. Comparación EMAR I – EMAR II: Tratamientos

Tratamiento	Estimación	Contraste	Valor p
AINES (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	84,7% 67,3%	Chi cuadrado	<0,0001
Dos o más AINES simultáneos (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	1,9% 3,6%	Chi cuadrado	0,007
Analgésicos no AINES (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	40,3% 38,5%	Chi cuadrado	0,380
Esteroides (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	72,4% 67,6%	Chi cuadrado	0,007
Infiltración articular (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	16,3% 16,3%	Chi cuadrado	0,976
Número de infiltraciones (Mediana; P25-p75) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	2 (1-3) 1 (1-2)	Wilcoxon	<0,0001
FAMEs (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	93,5% 97,2%	Chi cuadrado	<0,0001
Dos o más FAMEs simultáneos (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	26,7% 20,7%	Chi cuadrado	<0,0001
Tiempo hasta primer FAME (meses) (Mediana; P25-p75) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	16 (7-48) 12 (5-33)	Wilcoxon	<0,0001
Metotrexato (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	55,5% 68,3%	Chi cuadrado	<0,0001
Dosis de metotrexato (mg/día) (Mediana; P25-p75) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	10 15	Wilcoxon	<0,0001
Protectores gástricos (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	65,3% 71,7%	Chi cuadrado	<0,0001
Profilaxis osteoporosis (%) <ul style="list-style-type: none"> • Emar I • Emar II 	39,8% 52,5%	Chi cuadrado	<0,0001

2. USO DE BIOLÓGICOS

A. Descripción de la variabilidad

La administración de tratamiento biológico durante la evolución de la enfermedad mostró una variabilidad importante entre las diferentes comunidades autónomas, con un porcentaje que osciló desde un mínimo del 13,3% hasta el 66,7% (tabla 39).

Tabla 39. Variabilidad en el uso de tratamiento biológico según CCAA

Comunidad Autónoma	Tratamiento con biológicos		Total
	No N (%)	Sí N (%)	
CCAA 1	26 (86,7%)	4 (13,3%)	30
CCAA 2	33 (84,6%)	6 (15,4%)	39
CCAA 3	33 (75%)	11 (25%)	44
CCAA 4	112 (74,7%)	38 (25,3%)	150
CCAA 5	22 (73,3%)	8 (26,7%)	30
CCAA 6	60 (67,4%)	29 (32,6%)	89
CCAA 7	60 (66,7%)	30 (33,3%)	90
CCAA 8	37 (64,9%)	20 (35,1%)	57
CCAA 9	80 (63,5%)	46 (36,5%)	126
CCAA 10	18 (62,1%)	11 (37,9%)	29
CCAA 11	39 (60,2%)	25 (39,1%)	64
CCAA 12	153 (60,2%)	101 (39,8%)	254
CCAA 13	33 (55,0%)	27 (45,0%)	60
CCAA 14	87 (48,3%)	93 (51,7%)	180
CCAA 15	10 (33,3%)	20 (66,7%)	30
Total	803 (63,1%)	469 (38,9%)	1.272

Para intentar explicar esta variabilidad se realizó un análisis bivariante con diversos grupos de determinantes: factores sociodemográficos, características de la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y con el médico responsable y factores dependientes del centro hospitalario en el que el paciente recibe la asistencia.

B. Determinantes relacionados con factores sociodemográficos

En la tabla 40 se muestra la relación entre probabilidad de recibir tratamiento biológico y diversos factores sociodemográficos. El uso de biológicos disminuye significativamente con el aumento de la edad (OR 0,97) y es más frecuente en mujeres, aunque este dato no alcanza

valores de significación estadística. Del mismo modo, el nivel de estudios parece tener alguna influencia en este tipo de tratamiento, ya que la probabilidad es mayor en los pacientes con AR y estudios secundarios o superiores que en los que no tienen ningún tipo de estudio o sólo primarios. Por último, el hecho de estar viudo y la ausencia de información sobre el estado civil en la historia clínica disminuyen la probabilidad de recibir tratamiento biológico un 40% y un 48%, respectivamente (tabla 40).

Tabla 40. Uso de biológicos: Determinantes relacionados con factores sociodemográficos

Característica	OR Estimación (IC 95%)	Valor p
Edad del paciente	0,97 (0,96-0,98)	<0,0001
Sexo del paciente (mujer)	1,30 (0,99-1,71)	0,059
Nivel de estudios		
• Primarios vs ninguno	1,54 (0,83-2,87)	0,164
• Secundarios vs ninguno	2,57 (1,15-5,74)	0,023
• Superiores vs ninguno	2,64 (1,30-5,35)	0,009
• No consta vs ninguno	1,55 (0,85-2,83)	0,144
Estado civil		
• Casado vs soltero	0,60 (0,34-1,06)	0,082
• Viudo vs soltero	0,41 (0,19-0,89)	0,025
• Separado vs soltero	1,08 (0,36-3,22)	0,887
• No consta vs soltero	0,52 (0,31-0,88)	0,016
Residencia en distinta localidad	1,06 (0,80-1,39)	0,686

OR = odds ratio

C. Determinantes relacionados con la enfermedad

Algunas características de la enfermedad también se asociaron con la probabilidad de recibir tratamiento biológico. De hecho, esta probabilidad aumenta un 4% por cada año de evolución de la enfermedad, un 12% por la presencia de comorbilidad, un 58% por la existencia de manifestaciones extrarticulares y un 32% por cada unidad de incremento del DAS (tabla 41).

El análisis del DAS plantea dificultades especiales ya que este dato no constaba en la historia clínica de más de un 50% de la muestra de AR estudiada. Además de la inclusión en el modelo logístico de la variable continua, se realizó un segundo análisis dividiendo este parámetro en tres niveles de actividad: baja ($DAS \leq 3,2$), moderada ($DAS 3,2-5,1$), y alta ($DAS > 5,1$); además, los valores perdidos se recodificaron a una categoría denominada “no consta”, tras comprobar la ausencia de modificación del modelo. De esta forma se confirmó que la probabilidad de recibir biológicos aumenta considerablemente en los pacientes con un nivel de actividad alta en relación con los que tienen baja actividad ($OR=2,93$); y sin embargo disminuye en los pacientes en los que no hay constancia del DAS en la historia clínica ($OR=0,49$).

Tabla 41. Uso de biológicos: determinantes relacionados con la enfermedad

Característica	OR Estimación (IC 95%)	Valor p
Clase funcional ACR		
• Capaz cuidado personal/vocacionales vs Todas AVD	1,25 (0,88-1,78)	0,203
• Capaz sólo cuidado personal vs Todas AVD	1,50 (0,97-2,34)	0,068
• Limitado todas AVD vs Capaz todas AVD	1,48 (0,83-2,64)	0,174
Tiempo de evolución (años)	1,04 (1,02-1,06)	0,001
Factor reumatoide positivo	1,27 (0,98-1,64)	0,067
Anti-ccp positivo	1,12 (0,93-1,36)	0,219
Comorbilidad	0,75 (0,58-0,98)	0,028
Manifestaciones extrarticulares	1,58 (1,22-2,05)	0,001
Cirugía ortopédica	1,55 (0,95-2,55)	0,075
DAS máximo	1,32 (1,18;1,48)	<0,0001
Actividad: Máximo DAS 28		
• Moderada (DAS 3,2-5,1) vs Baja (DAS ≤3,2)	1,39 (0,83-2,35)	0,203
• Alta (DAS >5,1) vs Baja (≤3,2)	2,93 (1,73-4,95)	<0,0001
Actividad: Máximo DAS 28		
• Moderada (DAS 3,2-5,1) vs Baja (DAS≤3,2)	1,39 (0,83-2,34)	0,200
• Alta (DAS >5,1) vs Baja (≤3,2)	2,93 (1,74-4,90)	<0,0001
• No consta DAS vs Baja actividad (DAS≤3,2)	0,49 (0,30-0,80)	0,006

D. Determinantes relacionados con el tratamiento

De los diversos tratamientos analizados, los fármacos modificadores de la enfermedad fueron los únicos que mostraron una fuerte asociación con la administración de biológico (OR=4,8). El análisis individual de diversos tipos de FAMES demostró un efecto diferente para leflunomida (OR=1,52) y antipalúdicos (OR=0,49), sin que se observara asociación con la administración de metotrexato (tabla 42).

Tabla 42. Uso de biológicos: determinantes relacionados con el tratamiento

Característica	OR Estimación (IC 95%)	Valor p
AINEs	1,27 (0,97-1,66)	0,082
Esteroides	1,24 (0,91-1,69)	0,160
FAMES	4,82 (1,28-18,16)	0,021
Metotrexato	1,10 (0,85-1,45)	0,435
Leflunomida	1,52 (1,12-2,07)	0,008
Antipalúdicos	0,49 (0,31-0,79)	0,004
Utilización simultánea de dos o FAMES	1,01 (0,70-1,47)	0,941

E. Determinantes relacionados con el médico responsable

Se analizó también la influencia de las características del médico responsable con la administración de tratamiento biológico. El único factor que mostró asociación fue el número de personas que escriben en la historia clínica del paciente. De esta forma, la probabilidad de administración de biológicos aumenta un 30% por cada persona de más que escribe en la historia clínica. Un dato consecuente con el anterior es la disminución de la utilización de estos compuestos en los pacientes en cuyas historias clínicas figura un médico responsable, definido como aquél que firma más del 50% de los evolutivos (tabla 43).

Tabla 43. Uso de biológicos: determinantes relacionados con el médico responsable

Característica	OR Estimación (IC 95%)	Valor p
Nº personas que escriben en la historia clínica	1,31 (1,10-1,55)	0,002
Existencia de médico responsable	0,38 (0,18-0,78)	0,010
Edad del médico responsable	1,00 (0,97-1,00)	0,749
Sexo médico responsable (mujer)	1,32 (0,89-1,95)	0,160
Médico responsable MIR	1,06 (0,56-2,00)	0,863
Cargo		
• Adjunto vs Residente	2,43 (0,43-13,48)	0,302
• Jefe Sección vs Residente	3,01 (0,52-13,58)	0,213
• Jefe de Servicio vs Residente	3,43 (0,61-19,37)	0,158
Actividad asistencial pública vs pública y privada	1,24 (0,78-1,99)	0,352
Años de ejercicio médico responsable	1,00 (0,97-1,02)	0,987

F. Determinantes relacionados con el centro asistencial

Finalmente, se estudiaron las relaciones entre la administración de fármacos biológicos y diferentes características de la organización asistencial en la que el paciente recibe la asistencia. Ninguna de estas variables mostraron asociación, excepto la mayor frecuencia de este tipo de fármacos en los centros con programas de formación de residentes (OR=1,73) y la asistencia simultánea en ambulatorio y hospital frente a la asistencia sólo en el hospital (1,56).

Tabla 44. Uso de biológicos: determinantes relacionados con el centro asistencial

Característica	OR Estimación (IC 95%)	Valor p
Nivel del centro		
• General vs Comarcal	0,72 (0,24-2,15)	0,547
• Algunos servicios de referencia vs Comarcal	1,12 (0,34-3,67)	0,851
• Alta tecnología vs Comarcal	1,08 (0,34-3,38)	0,895
Porcentaje de población urbana atendida	1,00 (0,99-1,00)	0,603
Estructura		
• Sección vs Unidad	0,99 (0,56-1,75)	0,983
• Servicio vs Unidad	1,41 (0,79-2,54)	0,240
Asistencia pacientes AR		
• Sólo ambulatorio vs sólo hospital	-	-
• Ambulatorio y hospital vs solo hospital	1,56 (1,08-2,24)	0,018
Programa de formación de residentes	1,73 (1,19-2,49)	0,005
Nº de médicos plantilla	1,04 (0,98-1,10)	0,213
Nº de camas del servicio	1,05 (0,98-1,13)	0,148
Consulta monográfica de AR	1,38 (0,95-2,00)	0,087
Consulta de enfermería	1,00 (0,66-1,50)	0,997
Unidad de artritis precoz	1,23 (0,81-1,88)	0,323
Ensayos clínicos en AR	0,97 (0,49-1,94)	0,938
Proyectos de investigación en AR	1,44 (0,92-2,24)	0,110
Consulta multidisciplinar	1,27 (0,84-1,91)	0,253
Participación proyecto SERAP	1,18 (0,79-1,76)	0,396
Ecografía musculoesquelética en el servicio	1,11 (0,68-1,83)	0,661

G. Predictores del tratamiento biológico: Análisis multivariante

Con el fin de identificar las interrelaciones específicas de los determinantes de diferente tipo estudiados en el análisis bivariante, se construyeron modelos multivariantes de regresión logística jerárquico. En el primero de ellos se introdujeron las características sociodemográficas del sujeto, en el segundo los factores dependientes de la enfermedad y en el tercero las características del médico responsable.

Los resultados del modelo final evidenciaron que las variables con mayor capacidad predictiva sobre la utilización de tratamiento biológico fueron la edad, la clase funcional ACR, los años de evolución, la actividad de la enfermedad medida por el máximo valor del DAS y el número de médicos que escriben en la historia clínica del paciente.

La probabilidad de recibir tratamiento biológico disminuye un 4% por cada año de aumento de la edad del paciente y aumenta un 5% por cada año de evolución de la enfermedad. Del mismo modo, la clase funcional IV, la alta actividad de la enfermedad y el incremento del número de médicos que escriben en la historia clínica del paciente aumentan considerablemente la

probabilidad de este tipo de tratamiento, con medidas de asociación (OR) de 2,93; 3,73; y 1,24, respectivamente. Del mismo modo, se observó que la ausencia de información sobre el DAS en la historia clínica disminuye el riesgo de tratamiento biológico, con un OR de 0,57 (tabla 45).

Tabla 45. Predictores de tratamiento biológico: análisis multivariante

	Sociodemográfico OR (IC 95%)	Enfermedad OR (IC 95%)	Médico responsable OR (IC 95%)
Edad	0,97 (0,96-0,98)***	0,96 (0,95-0,97)***	0,96 (0,95-0,97)***
Sexo	1,22 (0,91-1,62)	0,94 (0,66-1,33)	0,93 (0,66-1,32)
Clase funcional ACR			
II vs I		1,22 (0,75-1,98)	1,18 (0,72-1,96)
III vs I		1,61 (0,93-2,77)	1,51 (0,86-2,64)
IV vs I		2,31 (0,99-5,38)	2,93 (1,04-5,51)*
No consta vs I		1,44 (0,99-2,10)	1,42 (0,98-2,06)
Años evolución		1,05 (1,01-1,08)**	1,05 (1,01-1,08)**
Anti-ccp positivo		1,26 (1,01-1,58)*	1,23 (0,98-1,55)
Manifestaciones extrarticulares		1,31 (1,01-1,71)*	1,32 (0,99-1,75)
Actividad (DAS)			
Moderada vs baja		1,68 (0,90-3,12)	1,62 (0,87-3,00)
Alta vs baja		4,08 (2,33-7,12)***	3,73 (2,17-6,41)***
No consta vs baja		0,59 (0,35-0,99)*	0,57 (0,34-0,95)*
Nº médicos escriben en la historia clínica			1,24 (1,06-1,44)**

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

VIII. SEGUIMIENTO RECOMENDACIONES

1. RECOMENDACIONES GUIPCAR 2007

A continuación se exponen las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de la AR (GUIPCAR):

A.- SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN AP Y DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA

1. Toda "artritis de reciente comienzo" debe ser considerada una prioridad diagnóstica [1.a, A].
2. El tiempo que debe esperar, como máximo, un paciente con sospecha de AR para ser atendido en una consulta de Reumatología es de dos semanas. [5, D]

3. Toda artritis de más de cuatro semanas de duración debe ser referida a Atención Especializada, independientemente del diagnóstico de sospecha. Si el diagnóstico de presunción es una artritis séptica la derivación será inmediata [5, D].

4. Se puede mejorar la rentabilidad diagnóstica desde Atención Primaria si previamente se comentan los casos con la unidad especializada o con el reumatólogo de referencia y/o si se elaboran conjuntamente unos protocolos de derivación con criterios definidos [5, D].

5. Se recomiendan medidas de formación y protocolos consensuados con Atención Primaria, con una comunicación fluida entre los dos niveles (Atención Primaria y Especializada) que permita evaluar el grado de eficacia de los protocolos, recordar su vigencia y demostrar su utilidad [5, D].

B.- DIAGNÓSTICO DE AR

6. Debe solicitarse determinación de anti-CCP en la evaluación del paciente con artritis de comienzo reciente [1b, A].

C.- EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA AR

7. La primera evaluación de un enfermo con AR debe incluir: historia clínica, exploración física, analítica de sangre y elemental de orina [5, D].

- La historia clínica deberá incluir: antecedentes familiares y personales, datos sociodemográficos, historia previa de la enfermedad actual y tratamientos (previos y concomitantes) [5, D].
- La exploración física, además del examen habitual por órganos y aparatos, deberá incluir una evaluación detallada del aparato locomotor [5, D].
- *La analítica de sangre incluirá: hemograma, VSG, PCR, FR, anti-CCP, bioquímica y serología hepática y función renal. En orina será suficiente con un análisis elemental [5, D].*

8. Tanto la evaluación inicial de la AR como las de seguimiento deberán apoyarse en la valoración sistemática de un conjunto mínimo de parámetros que permitan evaluar el grado de actividad inflamatoria, el grado de discapacidad y el de daño estructural residual. Se recomienda utilizar formularios específicos que faciliten la recogida sistemática de datos [5, D].

- *Para evaluar la actividad inflamatoria, se recomienda realizar recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, evaluación del dolor, evaluación global de la enfermedad (por el paciente y por el médico), determinación de reactantes de fase aguda y síntesis de la información mediante el empleo de índices de actividad compuestos (DAS, SDAI) [5, D].*
 - a. La evaluación del número de articulaciones dolorosas y del número de articulaciones tumefactas se realizará mediante métodos validados basados en el recuento de al menos 28 articulaciones. El dolor debe ser evaluado por el propio enfermo. Se recomienda su medición con una escala visual analógica horizontal de 10 cm dividida, mediante marcas verticales, en 10 segmentos iguales de 1 cm. Las mediciones se acompañarán de descriptores numéricos del 0 al 10, con indicadores en los extremos que señalen ningún dolor (0) y máximo dolor (10) [5, D].
 - b. Se realizará una evaluación global de la enfermedad desde el punto de vista del médico y otra desde el punto de vista del enfermo. Para su medición, se recomienda usar una escala visual analógica horizontal de 10 cm dividida, mediante marcas verticales, en 10 segmentos iguales de 1 cm. Las mediciones se acompañarán de descriptores numéricos del 0 al 10 y con indicadores en los extremos que señalen “muy bien” (0) y “muy mal” (10) [5, D].
 - c. Las pruebas de laboratorio incluirán los reactantes de fase aguda (RFA): velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) [5, D].

- d. La utilización de índices compuestos que resumen la información de varios parámetros en un solo indicador es un procedimiento útil y válido en la evaluación de la actividad de la enfermedad. Esta guía recomienda la utilización del Disease Activity Score (DAS/DAS28) y/o el SDAI (Simplified Disease Activity Index) [5, D].
- Para valorar el grado de discapacidad se recomienda valorar la capacidad funcional, la capacidad laboral y el estado psicológico [5, D].
 - a. *La discapacidad funcional autopercebida atribuida a la enfermedad se evaluará mediante cuestionarios específicos previamente validados. Esta guía recomienda la utilización del HAQ como instrumento de evaluación estandarizada de la discapacidad por su amplia difusión, aceptación y características métricas comprobadas [5, D].*
 - b. La AR ocasiona frecuentemente una pérdida de la capacidad laboral. El panel recomienda valorar este aspecto conjuntamente con el enfermo, con el fin de implementar aquellas estrategias que permitan mantener la actividad laboral el mayor tiempo posible sin perjuicio para el paciente [5, D].
 - c. Algunos aspectos psicológicos, como el estado anímico (depresión, ansiedad) o el apoyo social, son muy relevantes para los enfermos y pueden condicionar la adherencia al tratamiento y la respuesta terapéutica. El panel recomienda tener en cuenta estos aspectos para valorar la necesidad de intervenciones adicionales [5, D].
- En la evaluación del daño estructural:
 - a. Se recomienda realizar radiografías de manos, pies y tórax en la evaluación inicial; las de manos y pies se repetirán con una periodicidad anual durante los tres primeros años de evolución de la enfermedad y posteriormente cada vez que se estime oportuno [5, D].
 - b. Se recomienda la ecografía cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame, o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente [5, D].
 - c. Se recomienda la RM para detectar sinovitis, derrame y erosiones cuando se considere que su información puede ser de relevancia clínica [5, D].

9. La evaluación inicial y posterior de los enfermos con AR deberá incluir una estimación continuada del pronóstico de la enfermedad. En la evaluación del pronóstico hay que tener en cuenta factores sociodemográficos, marcadores genéticos, factores dependientes de la enfermedad, factores dependientes del tratamiento y factores psicológicos y sociales [5, D].

D.- EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

10. El objetivo del tratamiento de la AR es inducir la remisión completa de la enfermedad o, alternativamente, conseguir la mínima actividad inflamatoria posible (MAIP) [5, D].

11. Los criterios de respuesta al tratamiento se aplicarán a cada paciente individualmente, por lo que deben tener en consideración el cambio en la actividad de la enfermedad y su grado de actividad actual [5, D].

12. Los criterios ACR no tienen en cuenta la situación actual de la enfermedad por lo que se recomienda que su aplicación se realice según la modificación propuesta por la SER [5, D].

13. No es aconsejable la valoración subjetiva del médico sobre la actividad de la enfermedad como criterio exclusivo de respuesta al tratamiento [5, D].

14. Los pacientes con AR deben ser seguidos de forma indefinida: los casos con AR establecida y en remisión completa de la enfermedad deben ser evaluados cada 6-12 meses; los pacientes con brotes frecuentes o con actividad persistente y los que presentan enfermedad de reciente comienzo, deben ser valorados “a demanda” (en general, cada 1-3 meses) hasta conseguir la remisión o alcanzar la MAIP durante un periodo mantenido [5, D].

15. Se recomienda la incorporación activa de la enfermería desde el inicio de la enfermedad con el fin de colaborar en la evaluación de la actividad inflamatoria de la enfermedad, facilitar la detección precoz de efectos secundarios y comorbilidad y mejorar la educación relacionada con la salud [5, D].
16. Se recomienda realizar los recuentos articulares en la consulta de enfermería así como la recogida de los demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del enfermo [5, D].
17. Se recomienda monitorizar los efectos adversos del tratamiento en la consulta de enfermería. La aparición objetiva o subjetiva de cualquier posible efecto adverso, se pondrá en conocimiento del reumatólogo responsable del enfermo [5, D].
18. Se recomienda la implementación de un programa de educación del paciente que contemple al menos los siguientes aspectos: 1) monitorización y control de los efectos adversos de los FMEs y de los tratamientos biológicos; 2) ejercicio; 3) control del dolor; y 4) protección articular [5, D].

E.- COMORBILIDAD EN AR

19. El reumatólogo es el responsable de controlar el proceso inflamatorio y de vigilar la comorbilidad asociada a la AR, con el apoyo del médico de Atención Primaria y con el recurso necesario de otros especialistas [5, D].

AMILOIDOSIS

20. Se debe sospechar amiloidosis secundaria en los pacientes con AR que desarrollen proteinuria, insuficiencia renal, síntomas gastrointestinales, miocardiopatía y/o hepatomegalia, y en aquellos en los que coexista elevación de reactantes de fase aguda con escasa actividad clínica [5, D].
21. El tratamiento debe ser preventivo y dirigido a suprimir la actividad inflamatoria de la AR. No existe una pauta única y clara de tratamiento de la amiloidosis establecida. Actualmente varias series publicadas han demostrado mejorías importantes de la proteinuria y de la función renal en pacientes con amiloidosis secundaria a AR tratados con anti-TNF, por lo que, dada su menor toxicidad, es una alternativa terapéutica adecuada [4,C].

ANEMIA

22. Se recomienda realizar periódicamente hemograma y valoración bioquímica general de la función hepática y renal [5, D].
23. En general, la anemia crónica que acompaña a la AR no requiere tratamiento. Los suplementos orales de hierro no están indicados, salvo en aquellos casos en que se demuestre la coexistencia de un componente ferropénico como causa de la anemia. El uso de eritropoyetina es controvertido [5, D].

COMPLICACIONES CARDIACAS

24. Se sospechará afectación cardíaca por AR ante la aparición de dolor de características pericárdicas, insuficiencia cardíaca o alteraciones de la conducción [5, D].
25. La pericarditis se tratará inicialmente con AINEs a dosis plenas (150 mg/día de indometacina); en caso de ineficacia se utilizará prednisona (1mg/kg/día); en los raros casos de taponamiento cardíaco se efectuará evacuación mediante pericardiocentesis [4, C].
26. La miocarditis precisará, además del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, el uso de prednisona a dosis altas [4, C].

COMPLICACIONES PULMONARES

27. Se debe sospechar enfermedad pulmonar ante la aparición de dolor pleurítico, disnea, tanto progresiva como de reciente comienzo, o hemoptisis [5, D].
28. En casos de afectación pleural se recomienda realizar toracocentesis para obtener un exudado y descartar otras patologías (infección o neoplasia) [5, D].

29. La afectación pleural se debe tratar con AINEs a dosis plenas o esteroides a dosis medias (10-20 mg/día de prednisona) [4, C].

30. Los nódulos reumatoides, salvo complicaciones, no requieren tratamiento [5, D].

31. La afectación intersticial de reciente comienzo (aguda) se trata con prednisona (1-1,5 mg/kg/día). Si no hay respuesta puede utilizarse ciclofosfamida o azatioprina. La BONO se trata con prednisona (1,5 mg/kg/día) [4, C].

SÍNDROME DE FELTY

32. El tratamiento del síndrome de Felty requiere un control exhaustivo de la actividad inflamatoria de la AR. Como medida específica se recomienda el empleo de filgastrim cuando el recuento absoluto de neutrófilos es menor de 1.000/mm³ y el paciente tiene antecedentes de infecciones graves asociadas [5, D].

SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDARIO

33. No existe recomendación específica para la modificación evolutiva del Síndrome de Sjögren secundario en AR. Las recomendaciones de esta guía incluyen los tratamientos sintomáticos de la xeroftalmia y xerostomía. Se recomiendan revisiones odontológicas y oftalmológicas con una periodicidad al menos semestral [5, D].

VASCULITIS

34. En la púrpura palpable se recomienda tratamiento con AINEs a dosis plenas y prednisona a dosis medias-bajas (15-30 mg/día) [4, C].

35. La poliarteritis nodosa se trata inicialmente con dosis altas de esteroides (40-120 mg/día de prednisona). En caso de no obtener respuesta se añadirá ciclofosfamida a dosis de 2-3 mg/kg/día oral ó 0,5-1 gr/m² en pulsos intravenosos, en intervalos de 2 a 4 semanas [4, C].

INFECCIONES

36. Se deben extremar las precauciones para la prevención de infecciones en pacientes con AR. Entre otras medidas se recomienda: aplicar las vacunas habituales, pero nunca con microorganismos atenuados si está en tratamiento inmunosupresor [4, C], evitar el contacto con enfermos tuberculosos y hacer quimioprofilaxis con isoniazida cuando corresponda [2.b, B], así como mantener una higiene dental escrupulosa [2.b, B].

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES

37. Se recomienda la identificación y el tratamiento de los factores de riesgo individual de complicaciones cardiovasculares (CV): edad, sexo masculino, artritis muy activa, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y antecedentes de episodio CV [1.b, A].

OSTEOPOROSIS

38. Al inicio del diagnóstico de AR se recomienda hacer un análisis de los principales factores de riesgo de fractura y de pérdida de masa ósea; ante la presencia de alguno de ellos se efectuará una densitometría ósea [5, D].

39. Las opciones terapéuticas de primera línea para la osteoporosis son alendronato y risedronato y, etidronato cíclico o calcitonina, como alternativa [5, D]. 40. No está indicado hacer tratamiento hormonal [5, D].

NEOPLASIAS

41. Se debe aconsejar la supresión completa del tabaco a todos los pacientes con AR [5, D].

42. No se recomienda el anti-TNF en pacientes con antecedentes personales de linfoma [4, C].

43. En los casos con antecedentes familiares de linfoma se debe valorar cuidadosamente la relación riesgo/beneficio antes de decidir el uso de un anti-TNF [5, D].

44. El antecedente de un tumor sólido maligno en los cinco años precedentes contraindica la utilización de agentes anti-TNF [5, D].

45. En casos con antecedentes de tumor sólido maligno más allá de los cinco años anteriores, se recomienda consultar sobre la biopatología del tumor con el especialista en Oncología [5, D].
46. En un paciente con AR que desarrolla un tumor, se deben suspender todos los FMEs excepto antipalúdicos, sales de oro, y sulfasalazina [5, D].

F.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AR

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON FMEs DE LA AR DE INICIO

47. Se recomienda que todos los pacientes con AR sean tratados con un FME tan pronto como se establezca el diagnóstico clínico de la enfermedad, independientemente del cumplimiento de los criterios de clasificación del ACR para AR [5, D].
48. El tratamiento inicial recomendado en todos los pacientes que no hayan sido tratados anteriormente con ningún FME es el MTX, por su excelente perfil de eficacia y seguridad [5, D].
49. Para la utilización óptima del MTX como agente inductor de remisión en la AR de inicio se recomienda un escalamiento rápido de la dosis, hasta alcanzar los 20 ó 25 mg semanales a los 3-4 meses de su inicio. En caso de refractariedad se debe asegurar la biodisponibilidad del MTX administrándolo por vía subcutánea [5, D].
50. No obstante, dada la complejidad clínica de la AR, el panel considera que en algunas situaciones clínicas, el tratamiento inicial con fármacos modificadores de enfermedad puede consistir en la utilización de otros fármacos que también han demostrado su capacidad de controlar los síntomas y signos de la enfermedad, así como de retrasar la progresión radiológica [5, D].
51. En la AR de inicio sin marcadores de mal pronóstico (erosiones radiológicas, FR, anticuerpos anti-CCP, enfermedad extra-articular, HAQ superior a 1 o elevada carga inflamatoria), es aceptable el uso inicial de otros FMEs con un perfil de menor toxicidad o con una monitorización de efectos secundarios más sencilla, entre los que los antipalúdicos o la SSZ son ejemplos típicos [5, D].
52. En una AR inicial en la que se prevé un curso especialmente incapacitante por las características de la enfermedad, del paciente o de la actividad laboral de éste, puede estar indicada la terapia combinada de inicio con MTX y un agente anti-TNF, con el objetivo de inducir una rápida remisión e intentar retirar el agente anti-TNF y mantener la remisión de la AR con el MTX en monoterapia [5, D].

CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO CON FMEs

53. Se recomienda valorar el fracaso terapéutico o la toxicidad, en un plazo máximo de tres meses y, en consecuencia, considerar el cambio de tratamiento. El objetivo del tratamiento debe ser mantener un DAS28 < 3,2 [5, D].
54. En caso de respuesta insatisfactoria a MTX, y una vez alcanzadas las dosis máximas y asegurada la biodisponibilidad del agente, el panel recomienda utilizar LEF o SSZ o un agente anti-TNF como segundo escalón terapéutico, como tratamiento de sustitución o de adición al MTX. En caso de toxicidad relevante al MTX que obligue a su suspensión, el panel recomienda emplear LEF o SSZ o un agente anti-TNF como segundo escalón terapéutico [5, D].
55. En los pacientes en los que las pautas descritas anteriormente no son útiles, por ineficacia, toxicidad u otras causas, se recomienda usar cualquiera de los FMEs, combinaciones u otros agentes biológicos y, si éstos fracasan, probar tratamientos experimentales [5, D].

TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES

56. En la AR de reciente comienzo se recomienda la utilización de glucocorticoides (GC) por vía oral a dosis bajas como terapia modificadora de la enfermedad, siempre en combinación con un FME [1.b, A].
57. En la AR evolucionada se recomienda la utilización de GC por vía oral a dosis bajas como terapia anti-inflamatoria controladora de los síntomas, en espera de que los FMEs surtan su efecto [5, D].

58. Dada la asociación entre el empleo de corticoides y la pérdida rápida de masa ósea, se recomienda la utilización conjunta de vitamina D y calcio, como mínimo, y la evaluación de otros tratamientos preventivos de la osteoporosis cuando se prevea una duración del tratamiento superior a 3 meses [5, D].

TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs)

59. Los AINEs se utilizarán como modificadores de síntomas en la AR. Se recomienda el empleo de AINEs al inicio de la enfermedad, cuando se introduce un nuevo FME y, puntualmente, cuando persisten síntomas incontrolados aislados a pesar de existir buena respuesta objetiva a un FME. [5, D]. La necesidad del uso continuado de AINEs en un paciente con AR debe interpretarse como control inadecuado de la actividad inflamatoria y, por tanto, conducir a la reevaluación del régimen de FMEs [5, D].

60. Cualquier AINE debe utilizarse a dosis plenas durante al menos una semana, antes de considerar que existe un fracaso terapéutico. Una vez controlados los síntomas, los AINEs deben utilizarse a la dosis mínima eficaz [5, D].

61. No existe evidencia de superioridad de unos AINEs sobre otros, por lo que se recomienda usar el que mejor se adapte a las características del paciente [5, D]. 62. Se recomienda valorar individualmente la necesidad de co-tratamiento con gastroprotectores [5, D].

TRATAMIENTO DEL DOLOR

63. Para controlar el dolor se recomienda el uso de analgésicos. Si no se obtiene respuesta puede recurrirse al tratamiento quirúrgico, especialmente para restaurar la función y la movilidad [5, D].

TRATAMIENTO DE LA AR EN SITUACIONES ESPECIALES

64. En los pacientes ancianos se monitorizará la función renal y hepática y se adaptarán los intervalos de las dosis de los fármacos que se eliminan por estas vías [5, D].

65. En pacientes ancianos se monitorizará la posible aparición de efectos adversos y la interacción con los fármacos que habitualmente toman [5, D].

66. Las pacientes en edad fértil deben ser informadas de los posibles efectos de la AR sobre el embarazo, especialmente por las implicaciones terapéuticas [5, D].

67. Se recomienda evitar, en la medida de lo posible, el uso de AINEs durante el embarazo y la lactancia. Los corticoides pueden ser utilizados de forma controlada. El manejo de los FMEs se hará de forma individualizada, siendo preferible su mantenimiento durante el embarazo [5, D].

TRATAMIENTO INTRAARTICULAR

68. El tratamiento local de primera elección es la infiltración intraarticular con esteroides de liberación lenta. Cuando las infiltraciones con esteroides han fracasado (3 infiltraciones consecutivas separadas por un intervalo de 4 semanas), se puede considerar la sinoviólisis isotópica o la sinoviólisis química con ácido ósmico. Antes de realizar el tratamiento local se debe descartar, con un margen de seguridad razonable, la presencia de infección [5, D].

EJERCICIO TERAPÉUTICO

69. Se recomienda realizar, desde el momento del diagnóstico, un programa de ejercicio físico aeróbico. Inicialmente es preferible que sea supervisado para individualizarlo y adaptarlo al grado de preparación física y a las circunstancias concretas, articulares y extraarticulares, derivadas de su enfermedad y de las patologías concomitantes [1.a, A].

TRATAMIENTOS FÍSICOS (MODALIDADES PASIVAS)

70. El láser de baja potencia y el TENS, de forma aislada e independiente, son eficaces para la disminución del dolor a corto plazo (el TENS tiene la ventaja de la comodidad de aplicación con aparatos portátiles para utilizar en el domicilio) [1.a, A].

71. La combinación de parafina (termoterapia) y ejercicios activos también parece eficaz frente al dolor. Los datos sobre ultrasonido, electroestimulación muscular y magnetoterapia aún son insuficientes para recomendarlos de forma habitual, pero deberían considerarse en casos seleccionados que no han

respondido a otras alternativas. La aplicación aislada de termoterapia y la aplicación de frío local no parecen ofrecer ningún beneficio clínico [2.b, B].

TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL

72. En pacientes con limitaciones funcionales relevantes, habitualmente con enfermedad avanzada, se ha observado una mejoría que se mantiene en el tiempo [1.b, A].

PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ARTICULAR Y CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA

73. En fases avanzadas de la AR es de utilidad instruir al paciente sobre normas de protección articular. La enseñanza de estrategias para conservar la energía sólo estará indicada en pacientes en los que la fatiga sea un síntoma relevante [4, C].

AYUDAS TÉCNICAS

74. Se debe valorar el uso de ayudas técnicas para las tareas más relevantes, en pacientes con AR que presentan dificultad para realizar actividades, básicas o instrumentales, de la vida diaria debido a debilidad o falta de destreza manual (que no mejoran con un programa de ejercicios), o por dolor (que no se controla con otras terapias) [5, D].

ORTESIS

75. En el miembro superior, y en las fases de inflamación activa (con el objetivo principal de evitar el dolor y reducir la inflamación), se pueden utilizar ortesis estáticas (al principio todo el día y después solamente por la noche). Si el paciente tiene problemas funcionales se pueden asociar durante el día (a tiempo parcial) ortesis funcionales adaptadas al problema específico y al área anatómica que interfiere con la función [4, C]. Hay que efectuar una evaluación periódica de su eficacia y desestimar la ortesis si no cumple las expectativas planteadas [5, D].

76. El dolor del antepié puede mejorarse con ortesis duras y blandas. Las ortesis duras mejoran el dolor del retropié en la fase inicial de la enfermedad. Con un modelo especial se puede prevenir el desarrollo y la progresión del hallux valgus. Los zapatos de ancho especial mejoran los resultados [1.a, A]. Los estudios sobre ortesis son muy heterogéneos y no es posible establecer qué tipo de ortesis es la más adecuada en cada tipo de afectación [5, D].

BALNEOTERAPIA

77. Se puede recomendar balneoterapia en casos de afectación poliarticular y sin enfermedad activa, donde otras terapias más asequibles hayan sido inefectivas [2.b, B].

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS. ABORDAJES MULTIDISCIPLINARIOS

78. Es importante una coordinación de todos los profesionales que participan en el tratamiento del paciente con AR, un enfoque orientado a problemas específicos y una valoración adecuada de los efectos de las intervenciones [5, D].

G.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA AR

79. Antes de realizar un tratamiento quirúrgico deben considerarse una serie de factores: calidad del hueso, grado de motivación y preferencias del paciente, estimación de la modificación de la evolución de la enfermedad por el hecho de aplicar cirugía y estimación del grado en que el tratamiento quirúrgico puede reconstruir la función articular y mejorar la independencia del paciente [5, D].

80. La prótesis articular es el medio quirúrgico más eficaz para detener la progresiva pérdida de la capacidad funcional. La sustitución protésica, sea en la articulación que sea, debe realizarse antes de que se establezcan deformidades irreductibles [5, D].

Se evaluó el grado de cumplimiento de estas recomendaciones. Debido al diseño del estudio, con recogida de datos referida fundamentalmente a los dos años previos, sólo se pudieron estudiar algunas de ellas.

En general, el grado de cumplimiento es muy elevado en los parámetros de evaluación clínica y en los recuentos articulares. Sin embargo, las recomendaciones sobre evaluación del dolor, de la actividad de la enfermedad, de la capacidad funcional y de índices compuestos como el DAS-28 sólo se cumplieron en menos del 50% de los pacientes. Únicamente el 8% de los casos de AR fueron derivados a atención especializada en menos de 2 semanas y sólo el 60,7% recibieron un FAME en menos de 1 mes tras el diagnóstico. Por último, el metotrexato fue el primer fármaco utilizado en el 55% de los pacientes (tabla 46).

Tabla 46. Grado de cumplimentación de las recomendaciones de la GUIPCAR

Recomendación	Cumplimiento % (IC 95%)
<i>2. El tiempo que debe esperar, como máximo, un paciente con sospecha de AR para ser atendido en una consulta de Reumatología es de dos semanas</i>	7,9 (5,2-10,6)
<i>7.3 La evaluación clínica debe incluir:</i>	
• VSG	96,7 (94,9-98,6)
• PCR	93,4 (90,8-96,0)
• FR	98,7 (97,5-99,9)
• Anti-ccp	59,4 (51,3-67,4)
<i>8. Evaluación de la actividad inflamatoria</i>	
• Recuento de articulaciones dolorosas	92,2 (88,5-96,0)
• Recuento de articulaciones tumefactas	92,5 (88,6-96,4)
• Evaluación del dolor (paciente)	46,4 (37,6-55,2)
• Evaluación global de la actividad de la enfermedad (paciente)	40,8 (30,7-51,0)
• Evaluación global de la actividad de la enfermedad (médico)	28,0 (19,9-36,1)
• Índices compuestos (DAS-28)	45,1 (35,4-54,8)
<i>8. Evaluación de la capacidad funcional: HAQ</i>	31,4 (22,8-39,9)
<i>47. Se recomienda tratamiento con FME tan pronto como se establezca el diagnóstico clínico de AR, independientemente del cumplimiento de los criterios de clasificación del ACR. Tiempo hasta primer FAME inferior a 1 mes.</i>	60,7 (55,6-65,7)
<i>48. El tratamiento inicial recomendado en todos los pacientes que no hayan sido tratados anteriormente con ningún FME es el MTX, por su excelente perfil de eficacia y seguridad</i>	55,0 (50,0-60,0)

IX. CONCLUSIONES

- Los resultados demuestran una variabilidad importante, entre las diferentes comunidades autónomas, en la utilización de diferentes servicios sanitarios, tanto en la AR como en la SPA.
- En relación con el tratamiento, se observó variabilidad en diferentes tipos de fármacos:
 - Esteroides especialmente referida a los compuestos metilprednisolona, deflazacort, y prednisona.
 - FAME. Los compuestos que mostraron más variación fueron el metotrexato, la leflunomida en ambas patologías, además de los antipalúdicos en la AR y la sulfasalazina en las SPA.
 - La variabilidad en el uso de biológicos fue especialmente llamativa para etanercept, adalimumab e infliximab en ambas patologías.
 - Gastroprotectores: los cambios más importantes se observaron en los inhibidores de la bomba de protones.
 - Antiosteoporóticos: variabilidad especialmente referida al empleo de bifosfonatos, y de la combinación calcio y vitamina D.
- La comparación entre los dos estudios emAR mostró los siguientes resultados:
 - Uso de servicios: en el emAR II se observó un descenso del número de visitas médicas y de la cirugía ortopédica, con un incremento del número de visitas a otros especialistas y de los ingresos hospitalarios. Por otra parte, disminuyó la proporción de pacientes que realizaron fisioterapia y aumentó la utilización de otros recursos como psicoterapia, asistencia social y educación formal.
 - Tratamientos: se produjo una disminución de la utilización de AINEs y esteroides con aumento del empleo simultáneo de dos o más AINEs y sin cambios en el porcentaje de infiltraciones articulares. Además se incrementó la proporción de pacientes tratados con FAME y especialmente con metotrexato, con un aumento significativo de la dosis empleada. Del mismo modo, se observó una reducción considerable del tiempo hasta el primer FAME y un aumento de la utilización de medidas terapéuticas preventivas (gastroprotectores y antiosteoporóticos)
- Las variables que más contribuyeron a las diferencias en el uso de biológicos en la AR fueron la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, la actividad y el número de médicos que escriben evolutivos en la historia del paciente.
- Por último, el grado de cumplimiento de las recomendaciones GUIPCAR es elevado en los parámetros de evaluación clínica pero es mucho menor en cuanto al primer FAME a

utilizar, tiempo desde el diagnóstico hasta primer FAME y tiempo de derivación a atención especializada.

- Es posible que el consumo de algunos recursos asistenciales esté sobreestimado en el emAR II debido a que algunos centros no fueron capaces de separar la utilización derivada exclusivamente de la patología en estudio.

X. LIMITACIONES

Es importante tener en cuenta que las variables relacionadas con el centro asistencial se sitúan en un nivel jerárquico diferente y superior a los datos de los pacientes. Por consiguiente, desde un punto de vista metodológico el análisis de esta información requiere un abordaje de análisis multinivel o la utilización de modelos jerárquicos. Por consiguiente, la interpretación de los resultados obtenidos con estas variables debe realizarse con cautela.

En el análisis del grado de cumplimiento de las recomendaciones es preciso tener en cuenta que en muchas ocasiones los datos no son fácilmente extraíbles de la historia y el hecho de que no estén localizables en el documento escrito no significa que no se siguieran las recomendaciones. Por consiguiente, para evaluar bien este aspecto se debería realizar una imputación de valores perdidos asumiendo: 1) que la recomendación se siguió en todos los casos en los que no puede saberse y 2) que no se siguió en ningún caso y llevar a cabo posteriormente un análisis de sensibilidad para los datos faltantes,