

**PROGRAMA**



**Creación de unidades para el diagnóstico y  
seguimiento de la Espondiloartritis de  
reciente comienzo**



**DESCRIPTIVO BASAL**

**Visita basal de los pacientes incluidos en la  
plataforma hasta junio de 2011**

Madrid 7 de Julio 2011

## ÍNDICE TEMÁTICO

I. INTRODUCCIÓN .....	3
II. SITUACIÓN EN EL ESTUDIO Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	3
III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: MAP .....	5
IV. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN: UESP .....	5
V. EXPLORACIÓN FÍSICA .....	8
VI. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS .....	10
VII. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD .....	12
VIII. DIAGNÓSTICO .....	12
IX. TRATAMIENTO.....	16
X. OBSERVACIONES Y LIMITACIONES .....	18

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Situación del paciente en el estudio y datos demográficos .....	4
Tabla 2. Criterios de derivación: MAP. ....	5
Tabla 3. Criterios de clasificación: UESP .....	7
Tabla 4. Exploración física: Movilidad, éntesis dolorosas, articulaciones inflamadas .....	8
Tabla 5. Exploración física: Dolor o limitación .....	9
Tabla 6. Pruebas complementarias: Datos de laboratorio.....	10
Tabla 7. Pruebas complementarias: Valoración radiográfica .....	11
Tabla 8. Evaluación de la actividad .....	12
Tabla 9. Situación en el estudio en función de tener algún diagnóstico.....	13
Tabla 10. Diagnóstico: variables resumen.....	14
Tabla 11. Diagnóstico: información original de la plataforma .....	15
Tabla 12. Tratamientos y medicamentos .....	16

## I. INTRODUCCIÓN

A principios de julio de 2011 la plataforma ESPERANZA contiene información sobre la visita basal de 1.179 pacientes, pertenecientes a los 25 centros de todo el país que se mantienen activos. Se trata de pacientes de ambos sexos, de edades entre 18 y 45 años, con un tiempo de evolución entre 3 y 25 meses, que han pasado por una visita del médico de Atención Primaria (MAP) o del Especialista (UESP).

Del total hay 100 pacientes que se dan de baja por motivos propios, uno ha fallecido, y 98 no cumplen criterios de derivación. Por lo que tenemos un total de 873 pacientes que se consideran incluidos y activos en la plataforma.

En esta última base de datos se han introducido cuatro nuevas variables por su relevancia para el diagnóstico en la exploración de lumbalgia de los especialistas: “mejoría con ejercicio”, “no mejoría con reposo”, “lumbalgia de comienzo insidioso” y “presencia de sacroileitis (RM)”.

La descripción de los datos basales se ha realizado mediante medidas de tendencia central, en el caso de las variables cuantitativas, y distribución de porcentajes, en el caso de variables cualitativas.

## II. SITUACIÓN EN EL ESTUDIO Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La mayoría de los pacientes incluidos en el programa están activos (873; 74%) y existen 98 casos (8,5%) que no cumplen criterios de derivación. El principal responsable de la derivación es el MAP (802; 68%), por lo que el 32% restante ha sido derivado por otros especialistas, fundamentalmente reumatólogos (23,6%), existiendo incluso algún caso de derivación por parte de los propios UESP participantes en el programa.

La muestra analizada está constituida fundamentalmente por varones (54%), de raza blanca (96%), sin incapacidad laboral (1023; 87%) y con un promedio de edad de  $33 \pm 7$  años (rango 18-45) (tabla 1).

Tabla 1. Situación del paciente en el estudio y datos demográficos

Variable	N (%)					
Situación del paciente en el estudio	1.179					
Incluido y activo	873 (74,5)					
Baja por motivos propios	100 (8,5)					
Exitus	1 (0,1)					
No cumple criterios de derivación	98 (8,3)					
Derivado a Traumatología	8 (0,7)					
Derivado a Digestivo	2 (0,2)					
Derivado a Oftalmología	1 (0,1)					
Derivado a Reumatología	24 (2)					
Derivado a Atención Primaria	54 (4,6)					
Derivado a Medicina Interna	-					
Derivado a otra especialidad	18 (1,5)					
Responsable de la derivación	1.179					
MAP	802 (68)					
Reumatología	278 (23,6)					
Traumatología	12 (1)					
Oftalmología	5 (0,4)					
Digestivo	10 (0,9)					
Urgencias	16 (1,4)					
Otros	27 (2,3)					
UESP	29 (2,5)					
Sexo	1.179					
Hombre	634 (53,8)					
Mujer	545 (46,3)					
Raza	1.179					
Blanca	1.016 (95,8)					
Negra	5 (0,5)					
Blanca-Negra	4 (0,4)					
Blanca-indígena	23 (2,2)					
Blanca-Amarilla	3 (0,3)					
Indígena	5 (0,5)					
Indígena- Amarilla	1 (0,1)					
Amarilla	2 (0,2)					
Incapacidad laboral	1.179					
Sin incapacidad	1.023 (86,8)					
Incapacidad temporal	138 (11,7)					
Incapacidad permanente	18 (1,5)					
	N	Media	D.E.	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	1179	33,2	7,1	33,5	18,1	44,9

### III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: MAP

La lumbalgia inflamatoria es el criterio utilizado con mayor frecuencia por el MAP para la inclusión de pacientes en el programa (861; 73%), seguido por la raquialgia o artralgia (427; 36%) y la artritis asimétrica (276; 23%). Por el contrario, los menos frecuentes son la psoriasis (137; 12%), la enfermedad inflamatoria intestinal (61; 5%), y la uveítis anterior (44; 4%). La presencia de antecedentes familiares, la sacroileitis radiológica o la positividad del antígeno HLA-B27 son criterios de inclusión de frecuencia intermedia, con porcentajes de 16%, 16% y 20%, respectivamente. El tiempo de evolución promedio de los pacientes incluidos es de  $11,5 \pm 6,5$  meses, con un valor mediana de 11 y un rango de entre 3 y 24,7 meses (tabla 2).

Tabla 2. Criterios de derivación: MAP.

Criterio (N total=1179)	N (%)				
Lumbalgia inflamatoria	861 (73,3)				
Artritis asimétrica	276 (23,4)				
Raquialgia o artralgia	427 (36,2)				
Psoriasis	137 (11,6)				
Enfermedad inflamatoria intestinal	61 (5,2)				
Uveítis anterior	44 (3,7)				
Historia familiar de EspA, psoriasis, EII, UA	187 (15,9)				
Sacroileitis radiológica	185 (15,7)				
HLAB-27	233 (19,8)				
	N	Media	D.E.	Mediana	Rango
Tiempo evolución (meses)	1179	11,5	6,5	10,6	3,0-24,7

### IV. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN: UESP

En la tabla 3 se muestran los datos referidos a los criterios de clasificación utilizados por los especialistas. En relación con la duración de la lumbalgia, el 71% de los pacientes presenta dolor lumbar de más de 3 meses y menos de 24. Las características más habituales de la lumbalgia inflamatoria son la rigidez matutina de al menos 30 minutos de duración (45%) y el dolor alternante en nalgas (22%). Es frecuente también la mejoría con el ejercicio (41%), pero no con el reposo (44%), el

comienzo insidioso (54%) y la presencia de sacroileitis en resonancia magnética (18%), si bien esta última prueba se ha realizado únicamente en 388 pacientes de los 1179, en ese caso la sacroileitis está presente en el 37% de los pacientes con RM\*.

Por otra parte, las formas más comunes de artritis y entesitis son la sinovitis (22%), una variable de nueva creación definida por la presencia de artritis periférica u oligoartritis, y la raquialgia (19%). El síndrome sacroilíaco, la talalgia y la oligoartritis asimétrica son formas de presentación ligeramente menos frecuentes, con 16%, 17% y 14% respectivamente.

La existencia de antecedentes familiares es muy variable. Los más comunes están relacionados con psoriasis (12%), positividad del antígeno HLA-B27 (8%) y espondilitis anquilosante (9%).

La comorbilidad es muy poco frecuente, destacando únicamente los diagnósticos médicos de psoriasis (11%), enfermedad inflamatoria intestinal (4%) e iritis/uveítis anterior (3%).

Por último, el 50% de la muestra presenta una buena respuesta a fármacos AINEs, definida como mejoría/empeoramiento de los síntomas al introducir/retirar estos compuestos, medidas en las siguientes 48 horas.

La información sobre criterios de clasificación de los pacientes fue completada en 1.171 pacientes de los 1.179 analizados, lo que supone más del 99% de la muestra.

Tabla 3. Criterios de clasificación: UESP

Criterio	N (%)
Dolor lumbar de más de 3 meses y menos de 24	839 (71,2)
<b>Lumbalgia inflamatoria</b>	<b>1179</b>
Rigidez matutina de al menos 30 minutos	529 (44,9)
El dolor le despierta en la segunda parte de la noche	418 (35,4)
Dolor alternante en nalgas	261 (22,1)
Mejoría con el ejercicio	487 (41,3)
No mejoría con reposo	524 (44,4)
Comienzo insidioso	635 (53,9)
Presencia sacroileitis (RM)*	142 (17,7)
<b>Artritis y entesitis</b>	<b>1179</b>
Talalgia	198 (16,8)
Otras entesopatías o entesitis (excepto talalgia)	64 (5,4)
Dactilitis	64 (5,4)
Oligoartritis asimétrica	171 (14,5)
Artritis periférica	165 (14,0)
Dolor sacroiliaco o en nalga no alternante (Sd sacroiliaco)	188 (16,0)
Raquialgia	220 (18,7)
Sinovitis	260 (22,1)
<b>Antecedentes familiares (1° y 2° grado; diagnóstico médico)</b>	<b>1179</b>
Espondilitis anquilosante	105 (8,9)
HLA-B27 positivo	100 (8,5)
Psoriasis	147 (12,5)
Iritis/Uveitis anterior	20 (1,7)
Artritis reactiva	2 (0,2)
Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)	26 (2,2)
<b>Comorbilidad (diagnóstico médico)</b>	<b>1179</b>
Psoriasis	133 (11,3)
Enfermedad inflamatoria intestinal	49 (4,2)
Uretritis en el mes anterior al inicio de la artritis	10 (0,8)
Cervicitis en el mes anterior al inicio de la artritis	3 (0,5)
Diarreas agudas en el mes anterior al inicio de la artritis	12 (1,0)
Iritis/Uveitis anterior	41 (3,5)
Balanitis	1 (0,2)
Pustulosis palmo-plantar	3 (0,2)
Acné conglobata	7 (0,6)
Prostatitis	1 (0,2)
Afección ungueal (Onicolisis, puntuado, hiperqueratosis)	17 (1,4)
<b>Otros</b>	<b>1179</b>
Buena respuesta a AINEs	593 (50,3)

## V. EXPLORACIÓN FÍSICA

En la tabla 4 se presentan los datos de exploración relativos a la movilidad de la columna así como al número de entesis dolorosas y de articulaciones inflamadas. En la tabla 5 se muestra la exploración referida a dolor o limitación en distintos puntos.

Es importante resaltar que el número medio de entesis dolorosas y de articulaciones inflamadas no alcanza la unidad y que la mayoría de los pacientes no presenta dolor ni limitación en ninguna de las articulaciones evaluadas.

La consideración, por parte del UESP, de que se habían completado adecuadamente los datos de la pantalla de la aplicación referida a exploración física sólo se obtuvo en el 91% de la muestra, lo que corresponde a 1073 de los 1179 pacientes incluidos.

Tabla 4. Exploración física: Movilidad, entesis dolorosas, articulaciones inflamadas

Tipo de exploración	N	Media	D.E.	Mediana	Rango
Expansión torácica	980	5,2	1,7	5,0	1-10
Schöber (modificado)	998	5,5	1,7	5,5	0-17
Distancia dedo-suelo	964	9,7	10,6	7,0	0-63
Distancia trago-pared	950	10,8	3,8	11,0	0-20
Flexión lumbar lateral dcha	964	19,4	8,5	18,0	1-90
Flexión lumbar lateral izda	963	19,4	8,5	18,0	1-90
Distancia intermaleolar	890	108,3	18,3	110,0	0-185
Rotación cervical dcha	986	80,3	12,6	85,0	0-99
Rotación cervical izda	986	80,6	12,5	85,0	1-99
BASMI (Función lineal)	872	1,5	1,1	1,5	-4,5-7,8
Nº de entesis dolorosas	1179	0,7	1,5	0	0-13
Nº articulaciones inflamadas	1179	0,6	1,9	0	0-23



Tabla 5. Exploración física: Dolor o limitación

Dolor o limitación en:	N (%)
<b>Hombro izquierdo</b>	<b>1179</b>
No dolor ni limitación	1135 (96,3)
Dolor sin limitación	38 (3,2)
Limitación sin dolor	1 (0,1)
Dolor y limitación	5 (0,4)
<b>Hombro derecho</b>	<b>1179</b>
No dolor ni limitación	1145 (97,1)
Dolor sin limitación	30 (2,5)
Limitación sin dolor	2 (0,2)
Dolor y limitación	2 (0,2)
<b>Cadera izquierda</b>	<b>1179</b>
No dolor ni limitación	1127 (95,6)
Dolor sin limitación	32 (2,7)
Limitación sin dolor	7 (0,6)
Dolor y limitación	13 (1,1)
<b>Cadera derecha</b>	<b>1179</b>
No dolor ni limitación	1137 (96,4)
Dolor sin limitación	28 (2,4)
Limitación sin dolor	5 (0,4)
Dolor y limitación	9 (0,8)
<b>Sacroilíaca izquierda</b>	<b>1179</b>
No dolor ni limitación	963 (81,7)
Dolor sin limitación	203 (17,2)
Limitación sin dolor	-
Dolor y limitación	13 (1,1)
<b>Sacroilíaca derecha</b>	<b>1179</b>
No dolor ni limitación	965 (81,8)
Dolor sin limitación	199 (16,9)
Limitación sin dolor	1 (0,1)
Dolor y limitación	14 (1,2)
<b>Lumbar</b>	<b>1179</b>
No dolor ni limitación	857 (72,7)
Dolor sin limitación	201 (17,1)
Limitación sin dolor	26 (2,2)
Dolor y limitación	95 (8,1)

## VI. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En relación con los datos de laboratorio, sólo se dispone de la velocidad de sedimentación globular y de la proteína C reactiva en 844 y 849 de los 1179 pacientes incluidos, lo que representa aproximadamente el 72% de la muestra. Ambos parámetros muestran una importante variabilidad, con rangos de 0-114 y de 0-100<sup>1</sup> y valores promedio de  $15,4 \pm 16,2$  mm/h y  $7,8 \pm 13,4$  mg/l, respectivamente. El factor reumatoide únicamente se analizó en 703 casos de los que sólo 37 (5%) lo tenían positivo. Por último, la determinación de antígeno HLA-B27 se llevó a cabo en 783 casos, de los que 351 (45%) eran positivos (tabla 6).

Aunque no se realizó valoración radiográfica en todos los pacientes de la muestra, la mayoría de los casos estudiados presentan una evaluación normal en columna lumbar y cervical, y en las caderas. Entre el 58 y 60% de los pacientes con radiología de sacroiliacas muestra un patrón radiológico compatible con la normalidad, apreciándose sacroileitis moderada o anquilosis únicamente en el 4% - 5% de los lados izquierdo y derecho, respectivamente (tabla 7).

Se dispone de información sobre BASRI de columna y BASRI total en 615 y 594 registros respectivamente, con valores promedio de  $1,0 \pm 1,3$  (tabla 7).

El grado de cumplimentación de la pantalla referida a "Pruebas Complementarias" fue considerado completo y adecuado en 995 de los 1179 registros, lo que representa el 84% de la muestra.

Tabla 6. Pruebas complementarias: Datos de laboratorio

Parámetro	N	Media	D.E.	Mediana	Rango
Velocidad Sedimentación Globular	844	15,4	16,2	10	0-114
Proteína C Reactiva	849	7,7	13,4	2,4	0-100
		N (%)		Total	
Factor reumatoide		37 (5,3)		703	
HLA-B27		351 (44,8)		783	

<sup>1</sup> Los valores recogidos de PCR deben revisarse ya que tiene diferentes unidades y rangos según los centros .

Tabla 7. Pruebas complementarias: Valoración radiográfica

	N (%)				
<b>Columna lumbar (AP y L)</b>	770				
Normal	636 (82,6)				
Posible	101 (13,1)				
Leve	32 (4,1)				
Moderada	1 (0,1)				
<b>Columna cervical (L)</b>	622				
Normal	549(88,3)				
Posible	53 (8,5)				
Leve	19 (3,1)				
Moderada	1 (0,2)				
<b>Sacroiliaca izquierda</b>	795				
Normal	481 (60,5)				
Sospecha	168 (21,1)				
Posible	112 (14,1)				
Moderada	29 (3,6)				
Anquilosis	5 (0,6)				
<b>Sacroiliaca derecha</b>	800				
Normal	466 (58,2)				
Sospecha	165 (20,6)				
Posible	125(15,6)				
Moderada	39 (4,9)				
Anquilosis	5 (0,6)				
<b>Cadera izquierda</b>	728				
Normal	709 (97,4)				
Posible	14 (1,9)				
Leve	4 (0,5)				
Moderada	1 (0,1)				
<b>Cadera derecha</b>	722				
Normal	700 (96,9)				
Posible	16 (2,2)				
Leve	5 (0,7)				
Severa	1 (0,1)				
<b>Erosiones en caderas (N=1179)</b>	2 (0,2)				
<b>Osteofitos en caderas (N=1179)</b>	13 (1,1)				
<b>Protusión en caderas (N=1179)</b>	-				
	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>
BASRI columna	615	1,0	1,3	0,5	0-7
BASRI total	594	1,0	1,3	0,5	0-7

## VII. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD, capacidad funcional y calidad de vida

Hay variabilidad en la evaluación de la actividad de la enfermedad por parte del médico y del paciente, siendo ligeramente inferior la del profesional ( $3,5 \pm 2,2$  frente a  $5,2 \pm 2,5$ ). El valor promedio del dolor lumbar nocturno, medido mediante una EVA, mostró valores intermedios ( $4,5 \pm 3,0$ ).

De forma consistente, se observó una baja actividad y capacidad funcional del proceso patológico en las escalas BASDAI y BASFI, con valores promedio de  $4,4 \pm 2,2$  y de  $2,7 \pm 2,3$ , respectivamente. Finalmente, se obtuvo un valor medio de calidad de vida, medida por la escala ASQoI de  $6,9 \pm 4,9$  (tabla 8).

La cumplimentación de la pestaña sobre evaluación fue considerada adecuada en 1045 registros (89%). Además, la pantalla sobre "Otros datos", diseñada para recoger cualquier dato referido al paciente que no haya sido recogido en el resto del formulario y que pueda ser de interés para el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de la enfermedad, ha sido cumplimentada de forma completa y adecuada en 1005 registros (85%).

Tabla 8. Evaluación de la actividad

	N	Media	D.E.	Mediana	Rango
Actividad enfermedad (médico)	984	3,5	2,2	3,0	0-10
EVA dolor lumbar nocturno	985	4,5	3,0	5,0	0-10
Evaluación global (paciente)	987	5,2	2,5	5,0	0-10
BASDAI	902	4,4	2,2	4,6	0-9,7
BASFI	876	2,7	2,3	2,1	0-9,5
ASQoI	776	6,9	4,9	7,0	0-18

## VIII. DIAGNÓSTICO

El 69% de la muestra de análisis ha recibido algún diagnóstico (815 pacientes), mientras que no existía ninguna información sobre diagnóstico en el 31% restante (364 registros). También de los pacientes que están incluidos y activos, la mayoría ha recibido algún diagnóstico (621; 71%) (tabla 9).

En cuanto a los pacientes no activos en el programa que muestran algún diagnóstico, 70 han causado baja por motivos propios (70%), con diagnósticos de lumbalgia mecánica (9), espondiloartritis (57) y no espondiloartritis (4).

Hay también un paciente fallecido/exitus (1).

A pesar de no cumplir criterios de clasificación 56 casos (57%), han recibido los siguientes diagnósticos: lumbalgia mecánica (25), lumbalgia inflamatoria (2), espondiloartritis (22), no espondiloartritis (10).

Han sido derivados 64 casos con diagnóstico: a Traumatología (6), a Digestivo (2), a Oftalmología (1), a Reumatología (13): con lumbalgia mecánica (2), con artritis periférica (1), con espondiloartritis (8), y no espondiloartritis (2); a AP (31) y a otras especialidades (14).

Mientras que otros 40 pacientes sin diagnóstico han sido derivados a otras especialidades: a Traumatología (2), a Reumatología (11), a AP (23) y a otras especialidades (4).

Tabla 9. Situación en el estudio en función de tener algún diagnóstico

Situación en el estudio	¿Ha recibido algún diagnóstico?	
	No	Sí
Incluido y activo	252 (28,9)	621 (71,1)
Baja (motivos propios)	30 (30)	70 (70)
Exitus	-	1 (100)
No cumple criterios de derivación	42 (42,9)	56 (57,1)
Derivado a Traumatología	2 (25)	6 (75)
Derivado a Digestivo	-	2 (100)
Derivado a Oftalmología	-	1 (100)
Derivado a Reumatología	11 (45,8)	13 (54,2)
Derivado a AP	23 (42,6)	31 (57,4)
Derivado a otra especialidad	4 (22,2)	14 (77,8)
<b>Total</b>	<b>364 (30,9)</b>	<b>815 (69,1)</b>

En la tabla 10 se presenta la distribución de los diagnósticos resumen para los pacientes que sí recibieron diagnóstico (815; 69%). Como puede observarse, la patología más frecuente es la espondiloartritis, de la que en la visita basal han sido diagnosticados 621 pacientes de los 1.179 de la muestra, lo que supone el 69% de los casos incluidos.

Tabla 10. Diagnóstico: variables resumen

VARIABLES RESUMEN	N (%)
El paciente ha recibido algún diagnóstico	815 (69,1)
Lumbalgia mecánica	115 (14,1)
Lumbalgia inflamatoria, no espondiloartritis	3 (0,4)
Artritis periférica no espondiloartritis	4 (0,5)
Otros diagnósticos no espondiloartritis	111 (13,6)
Espondiloartritis	603 (74)

En la tabla 11 se muestra la información original sobre diagnóstico contenida en la plataforma. Estas variables resumen de diagnóstico no son excluyentes, ya que puede haber casos de lumbalgia mecánica con otros diagnósticos. Se han observado 57 casos de lumbalgia mecánica por alteraciones estructurales adquiridas (generalmente en forma de espondiloartrosis y escoliosis), 11 casos por alteraciones congénitas (anomalías de transición) y 63 por sobrecarga funcional y postural (especialmente por sobrecarga articular y discal). Se ha observado solo 1 caso de lumbalgia inflamatoria sin espondiloartritis, y 2 de artritis periférica no espondiloartritis (1 asociado a Síndrome de Sjögren y otro a displasia fibrosa). También se han diagnosticado 3 casos de artritis periférica.

En cuanto al diagnóstico de espondiloartritis, se efectuaron 391 diagnósticos de espondiloartritis, siendo las formas indiferenciadas (294; 49%) y la espondilitis anquilosante (117; 19%) las categorías más frecuentes.

La variable sobre diagnóstico de espondiloartritis recoge información mixta referida tanto a posibilidades diagnósticas como a formas clínicas de afectación. No obstante, la variable sobre formas clínicas de afectación permite distinguir los diversos patrones según el siguiente algoritmo:

- Forma entesítica: número de entesis dolorosas mayor de 1
- Forma periférica: cualquier número de articulaciones dolorosas excepto las siguientes: temporomandibular, C1-C2, esternoclavicular, acromioclavicular, L4-L5 y coxofemoral.
- Forma axial: el paciente tiene lumbalgia inflamatoria
- Forma mixta: cualquier combinación de las anteriores

En el proyecto Esperanza las formas de afectación más frecuentes son la entesítica (141; 36%) y la periférica (136; 35%), siendo la axial la menos común.

Tabla 11. Diagnóstico: información original de la plataforma

VARIABLES ORIGINALES	N (%)
<b>Lumbalgia mecánica: alteraciones estructurales adquiridas</b>	<b>57</b>
Espondiloartrosis	24 (42,1)
Espondilolisis	1 (1,7)
Escoliosis	18 (31,6)
Herniación discal	11 (19,3)
Artrosis articulaciones facetaarias	3 (5,3)
<b>Lumbalgia mecánica: alteraciones estructurales congénitas</b>	<b>11</b>
Anomalías de transición	11(100)
<b>Lumbalgia mecánica: sobrecarga funcional y postural</b>	<b>63</b>
Dismetría pélvica	3 (4,8)
Hipotonía musculatura abdominal	2 (3,2)
Hipotonía musculatura posterior	15 (23,8)
Sobrecarga articular y discal	38 (60,3)
Hiperlordosis de cualquier otra causa	5 (7,9)
<b>Lumbalgia inflamatoria, no espondiloartritis</b>	<b>1</b>
Quiste óseo aneurismático	1 (100)
<b>Artritis periférica, no espondiloartritis</b>	<b>2</b>
Síndrome de Sjögren	1 (50)
Displasia fibrosa	1 (50)
<b>Otras artritis periféricas</b>	<b>3</b>
Oligoartritis asimétrica alternante en MMII	1 (33,3)
Reumatismo palindrómico FR positivo	1 (33,3)
Oligoartritis con historia familiar de psoriasis	1 (33,3)
<b>Espondiloartritis</b>	<b>391</b>
Entesítica	141 (36,1)
Periférica	136 (34,8)
Axial	36 (9,2)
Mixta	78 (19,9)
<b>Formas de Espondiloartritis</b>	<b>603</b>
Espondilitis anquilosante	117 (19,4)
EA asociada a psoriasis	24 (4,0)
EA asociada a EII	20 (3,3)
Artritis psoriásica	75 (12,4)
Artritis periférica asociada a EII	14 (2,3)
Artritis reactiva	23 (3,8)
Espondiloartritis indiferenciada	294 (48,8)
Otras (Sapho, Whipple,...)	36 (6,0)
<b>Otras espondiloartritis</b>	<b>33</b>

## IX. TRATAMIENTO

Los diferentes tratamientos se recogen en la tabla 12. Respecto a los farmacológicos, un total de 893 pacientes ha recibido tratamiento con AINEs (76%), fundamentalmente naproxeno, indometacina, diclofenaco y etoricoxib (24%, 22%, 16% y 13% respectivamente). Los analgésicos han sido recomendados a 150 pacientes (13%), fundamentalmente paracetamol de 1 g (76%). Los gastroprotectores se han indicado a 331 pacientes (28%), mayoritariamente omeprazol (96%). Los FAMEs se administran a 158 pacientes (13%), en forma de sulfasalazina de 500 (56%) y metrotexato 2,5 (38%). En cuanto al tratamiento con anti-TNF está indicado a 23 pacientes (2%), siendo infliximab el fármaco más utilizado (48%). Por último, 74 pacientes están siendo tratados con corticoides (6%), en general prednisona (65%).

Con respecto a los tratamientos no farmacológicos, el ejercicio constituye una opción terapéutica para 328 pacientes (28%), mientras que 179 afirma recibir otro tipo de tratamiento (15%) no contemplado en la información anterior.

Tabla 12. Tratamientos y medicamentos

Tratamiento	N (%)
<b>AINEs</b>	<b>893 (75,7)</b>
Sin indicar	21 (2,3)
Indometacina	196 (21,9)
Aceclofenaco 100	48 (5,4)
Diclofenaco 50	143 (16,1)
Naproxeno 500	210(23,5)
Meloxicam 15	7 (0,6)
Piroxicam 20	1 (0,1)
Tenoxicam 20	3 (0,3)
Fenilbutazona 200	2 (0,2)
Celecoxib	39 (4,4)
Etoricoxib	120 (13,4)
Ibuprofeno	103 (11,5)
<b>Analgésicos</b>	<b>150 (12,7)</b>
Sin indicar	11 (7,3)
Paracetamol 1 g	114 (76,0)
Paracetamol + tramadol	25 (16,7)
<b>Gastroprotectores</b>	<b>331 (28,1)</b>
Sin indicar	13 (3,9)
Omeprazol 20	318 (96,1)
<b>FAMEs</b>	<b>158 (13,4)</b>
Sin indicar	9 (5,7)
Sulfasalazina 500	88 (55,7)
Metrotexato 2,5	60 (38,0)



Leflunomida	1 (0,6)
Anti-TNF	23 (1,9)
Sin indicar	2 (8,7)
Infliximab	11 (47,8)
Etanercept	5 (21,7)
Adalimumab	5 (21,7)
Corticoides	74 (15,2)
Sin indicar	3 (4,0)
Prednisona	48 (64,9)
Metil-prednisolona	11 (14,9)
Otros	12 (16,2)
Ejercicio	328 (27,8)
Otros tratamientos	179 (15,2)

## X. OBSERVACIONES Y LIMITACIONES

- A. *Edad y tiempo de evolución.* 98 pacientes no cumplen los criterios de derivación, por lo que es importante tener en cuenta estos datos a la hora de plantear estrategias de monitorización.
- B. *Responsable de la derivación.* A pesar de que el principal responsable es el MAP, el porcentaje de pacientes procedentes de otras especialidades, fundamentalmente Reumatología, es superior al 23%. Esta situación no ha cambiado con respecto a informes previos y, como ya se ha comentado en otras ocasiones, favorece el sesgo de selección de los pacientes.
- C. *Diagnóstico de Espondiloartritis.* En informes anteriores se comentó que la información mixta de esta variable, referida tanto a posibilidades diagnósticas como a formas de afectación, podía dificultar la elección de una opción diagnóstica y se planteó separar ambos tipos de información para aumentar la posibilidad de elección de un diagnóstico, al no permitir elegir como tal lo que sólo es una forma de afectación. Estos cambios no se han llevado a cabo por lo que se sigue etiquetando como diagnóstico la forma de afectación predominante.
- D. *Inconsistencias entre el diagnóstico y la situación del paciente en el estudio.* Al igual que en informes anteriores se observa que existen pacientes sin criterios de derivación o derivados a otras especialidades que reciben diagnósticos de espondiloartritis.
- E. *Inconsistencias entre las variables de diagnóstico.* Es importante resaltar que algunos pacientes incluidos en "Otros diagnósticos no espondiloartritis" así como en "Otras espondiloartritis" presentan procesos susceptibles de ser incluidos en categorías diagnósticas diferentes y más concretas.
- F. *Fármacos.* La información sobre fármacos en los tratamientos es bastante completa, e incluye tratamientos no farmacológicos como son la práctica de ejercicio y otros tratamientos.

CM/13Jul