



Original

Características de los pacientes con espondiloartritis seguidos en unidades de reumatología en España. Estudio emAR II

José Luis Casals-Sánchez^{a,*}, María Jesús García De Yébenes Prous^b, Miguel Ángel Descalzo Gallego^b, Juan Manuel Barrio Olmos^b, Loreto Carmona Ortells^c, Cesar Hernández García^d y Grupo de Estudio emAR II[◇]

^a Sección de Reumatología, Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

^d Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de septiembre de 2011

Aceptado el 19 de enero de 2012

On-line el 1 de abril de 2012

Palabras clave:

Espondiloartritis

España

Epidemiología

Características de los pacientes

R E S U M E N

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con espondiloartritis en España.

Pacientes y métodos: Revisión de historias clínicas aleatorizadas de pacientes con espondiloartritis mayores de 16 años, con al menos una visita al reumatólogo en los 2 años anteriores. Se recogió información sobre datos sociodemográficos y clínicos (tiempo de duración de la enfermedad, categoría diagnóstica, actividad de la enfermedad, manifestaciones extrarticulares, y comorbilidad).

Resultados: Se incluyeron 1.168 pacientes procedentes de 46 hospitales de toda España. El 68% eran varones con valores mediana de edad y tiempo de evolución de la enfermedad de 49,2 años (39,7-60,5) y de 105 meses (48,4-192,5), respectivamente. Los diagnósticos, por orden de frecuencia, fueron: espondilitis anquilosante (n = 629, 55,2%), artritis psoriásica (n = 253, 22,2%), espondiloartritis indiferenciada (n = 184, 16,1%), artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (n = 50, 4,4%) y artritis reactiva (n = 16, 1,4%). Las manifestaciones extrarticulares más comunes fueron: psoriasis (20,8%), uveítis anterior (19,4%) y entesitis (16,9%). Constaba la existencia de incapacidad laboral en el 8,3% de las historias clínicas. Constaban datos clínicos como el BASDAI solo en el 34% y la medida de metrología más utilizada, el test de Schöber, faltaba en el 37,7% de las historias.

Conclusiones: Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con espondiloartritis del estudio emAR II, no difieren de forma global de lo publicado previamente en otros estudios, excepto para el diagnóstico de formas indiferenciadas, que son más frecuentes en nuestros pacientes que en otras publicaciones. La calidad de los registros de actividad en las historias clínicas es mejorable.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Characteristics of patients with spondyloarthritis followed in rheumatology units in Spain. emAR II study

A B S T R A C T

Objective: To describe the main demographic and clinical features of patients with spondyloarthropaties in Spain.

Patients and methods: Review of randomized clinical charts of patients with spondyloarthropaties with at least one visit to the rheumatologist in the previous two years. Information was collected on demographic and clinical data (duration of illness, diagnostic category, disease activity, extrarticular manifestations, comorbidity and work disability).

Keywords:

Spondyloarthropaties

Spain

Epidemiology

Patient's characteristics

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: casalssanchez@gmail.com (J.L. Casals-Sánchez).

◇ Los componentes del grupo están relacionados en el anexo 1.

Results: 1,168 patients were included in the study. Their median age was 49.2 years (39.7-60.5), 68.0% were males, and median time of disease was 105.1 month (48.4-192.5). The diagnoses and clinical data such as the BASDAI were reported only in 34.0% of the patients. The most widely used measure of metrology, the Schober test, was missing in 37.7% of the clinical charts. The patients included had the following diagnoses: Ankylosing spondylitis (n = 629, 55.2%), Psoriatic arthritis (n= 253, 22.2%), Undifferentiated spondyloarthritis (n = 184, 16.1%), Arthritis associated to Inflammatory bowel disease (n= 50, 4.4%), and Reactive arthritis (n= 16, 1.4%). The most common extraarticular manifestations were psoriasis (20.8%), anterior uveitis (19.4%), and enthesitis (16.9%). Some kind of work disability was reported in 8.3% of the patients.

Conclusions: Demographic and clinical characteristics of patients with spondyloarthropathies in Spain do not differ as a whole from other published studies, except for Undifferentiated Spondyloarthritis, which was more likely in our patients than in other studies. The quality of the records of activity in the clinical charts could be improved.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las espondiloartritis (EsA) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por agregación familiar y asociación con el HLA-B27. Entre ellas se incluyen la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, la artritis reactiva y la artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal¹, existiendo un importante solapamiento entre estas entidades. La prevalencia de EsA oscila entre el 0,3 y el 1,06% dependiendo de la serie estudiada²⁻⁴. La espondilitis anquilosante, prototipo de este grupo de enfermedades, presenta una prevalencia muy diversa entre diferentes grupos étnicos, situándose en Europa entre el 0,08² y el 0,26⁵.

La utilización cada vez más frecuente de agentes modificadores de enfermedad y tratamientos biológicos en el manejo de estos pacientes conlleva un aumento en las necesidades de atención sanitaria y demanda una monitorización más estrecha de los mismos, lo que ha conducido a la creación de unidades monográficas de EsA. Por otra parte, estas patologías pueden plantear demandas asistenciales en otras especialidades médicas y tienen un impacto sobre la productividad laboral, debido a su repercusión sobre la capacidad funcional. Algunos estudios realizados en nuestro país han demostrado que una enfermedad similar, como la artritis reumatoide (AR), consume un importante número de recursos sanitarios y se acompaña de baja productividad laboral⁶. En este sentido, se ha observado que los pacientes con EsA conllevan mayor utilización de recursos, especialmente los referidos a atención médica, visitas por otros especialistas o intervenciones quirúrgicas, que la población de características similares pero sin EsA⁷.

En nuestro país, se han publicado datos clínicos, sociodemográficos y de consumo de recursos, tanto por este grupo de patologías⁸, como por la AR⁶. Durante el tiempo transcurrido desde estas publicaciones se han producido cambios importantes, tanto en el tratamiento, con el uso de fármacos modificadores de la enfermedad, y de nuevos agentes biológicos, como en la utilización de nuevos criterios diagnósticos⁹, por lo que puede ser interesante realizar una nueva aproximación a las características clínicas de estos enfermos.

El objetivo del presente trabajo es describir las características de los pacientes con EsA en España en cuanto a parámetros clínicos, de actividad, incapacidad laboral y comorbilidad.

Material y métodos

Diseño, selección de pacientes y recogida de datos

Los datos proceden del emAR II, un estudio de variabilidad en el manejo de la AR y las EsA realizado en el año 2010 para evaluar el impacto de los cambios ocurridos en el manejo de estas patologías desde el primer estudio emAR, efectuado 10 años antes. Las

características del estudio emAR II pueden consultarse a través de la página web de la Sociedad Española de Reumatología¹⁰.

La muestra está formada por historias clínicas de pacientes con EsA, mayores de 16 años, atendidos en servicios de reumatología de hospitales españoles con al menos una visita al reumatólogo en los 2 años anteriores a la fecha de inicio del estudio. Se realizó un muestreo estratificado por comunidades autónomas y bietápico por centro hospitalario (con probabilidad proporcional al tamaño) y paciente (selección aleatoria equiprobabilística). El criterio para considerar que un paciente presenta una EsA es el diagnóstico de alguna de estas entidades por el reumatólogo responsable de la atención sanitaria a este paciente.

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

Los datos de los 2 últimos años se recogieron a partir de la historia clínica de los pacientes en cuadernos de recogida de datos estandarizados. Se recogen los datos de estos 2 años, lo que dado el desigual seguimiento de los pacientes da lugar a que exista un número variable de registros de cada paciente; los registros de cada paciente se agruparon para evitar que esta circunstancia generara sesgos. En cada paciente existen datos no modificables (sexo, nivel de estudios...) que solo se recogen una vez y datos dinámicos de actividad de la enfermedad (VSG, EVA, número de articulaciones inflamadas...) de los que se recoge la peor y la mejor situación a lo largo de los 2 años de duración del estudio.

Mediciones y variables

Se obtuvo información sobre: a) datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, y residencia); b) características clínicas (fecha de inicio de la enfermedad, fecha de primera visita y de diagnóstico, tiempo de evolución, tipo de EsA y forma de afectación clínica, cumplimiento de criterios diagnósticos Nueva York modificados para espondilitis anquilosante¹¹, Amor¹² y Grupo Europeo para el Estudio de las Espondiloartropatías¹³ para EsA, Rudwaleit para lumbalgia inflamatoria¹⁴ [modificados posteriormente¹⁵, seleccionamos el punto de corte con cumplimiento de 2 de los 4 criterios], y Berlín para espondilitis axial¹⁶, HLA-B27, antecedentes familiares y manifestaciones extraarticulares); c) datos de actividad y métodos de seguimiento (VSG, PCR, EVA de dolor y actividad, rigidez matutina, evaluación articular, entesis dolorosas [BASDAI]); d) situación laboral y capacidad funcional (BASFI), y e) comorbilidad.

La valoración de la actividad de la enfermedad por parte del médico y del paciente se llevó a cabo mediante escalas subjetivas y EVA. En el primer caso se preguntó por la mejor y peor

valoración subjetiva (de médico y paciente) sobre la actividad de la enfermedad en los últimos 2 años. En este caso, se pedía que el cumplimentador de la recogida de datos clasificara la impresión (de médico y paciente) sobre la mejor y peor valoración de la actividad en función de anotaciones explícitas o presencia de suficientes datos en la historia clínica. Se detallan a continuación las instrucciones efectuadas para la cumplimentación de estas preguntas:

– Mejor y peor valoración subjetiva del médico/del paciente sobre la actividad de la enfermedad en los últimos 2 años: Clasifique en una de las siguientes categorías la impresión del médico/del paciente sobre la mejor y peor valoración de la actividad de la enfermedad. Si consta explícitamente la impresión del médico/del paciente utilice este dato. Si no consta explícitamente, pero hay suficientes datos como para clasificarla en alguna de las categorías, rellénelo según las siguientes indicaciones:

1. Ninguna: EVA actividad < 10 mm o paciente en remisión completa a criterio del médico o por alguno de los criterios objetivos utilizados habitualmente, con o sin tratamiento activo de la enfermedad/o indicación por parte del paciente de ausencia del dolor o de rigidez matinal y tumefacción en ninguna articulación.
2. Leve: EVA actividad \geq 10 mm y < 40 mm o paciente con actividad leve que no requiere modificación del tratamiento.
3. Moderada: EVA actividad \geq 40 mm y < 60 mm o paciente con actividad moderada que ha requerido modificaciones menores del tratamiento (p. ej., incrementos transitorios de dosis de AINE o corticoides orales o infiltrados).
4. Grave: EVA actividad \geq 60 mm o paciente con actividad grave que ha requerido modificaciones mayores del tratamiento (p. ej., incremento de dosis de FAME, adición o cambio de FAME por fracaso del tratamiento debido a ausencia de control de la enfermedad).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar y cuartil 25 y 75) para las variables continuas, según se ajustaran o no a una distribución normal, y porcentajes para las variables cualitativas. Las estimaciones se ajustaron al diseño de muestreo mediante los comandos svy de Stata 9.0 (StataCorp, Collage Station, EE. UU.). La mediana es un estadístico que resume la tendencia central de la variable en distribuciones no normales, y cuya utilización evita la influencia de valores extremos o atípicos sobre la media.

Resultados

De la muestra estimada (N = 1.410) se obtuvo información válida de 1.168 pacientes de EsA, lo que supone un 82,8% de la muestra teórica.

Datos sociodemográficos

El 68% de los pacientes eran varones con valores mediana (P25-75) de edad en la fecha de revisión de la historia de 49,2 años (39,7-60,5) y de 30,4 años (23,2- 39,8) al inicio de la enfermedad, y un tiempo de evolución de 105,1 meses (48,4-192,5).

A pesar de no disponer de información sobre el estado civil, la situación académica y la profesión en el 64,2, el 72,5 y el 52,0% de las historias revisadas, la situación más común era estar casado (28,5%), tener estudios primarios (11%) y ser un trabajador no cualificado (12%). En relación con el lugar de residencia, algo más de la mitad vivían en la misma localidad en la que se situaba el hospital al que acudían (52,1%) y entre los que residían en distinta localidad la

Tabla 1
Datos sociodemográficos

Característica	Mediana (P25-P75)
Edad actual (N= 1.139)	49,2 (39,7-60,5)
Edad al inicio de la enfermedad (N=817)	30,4 (23,2-39,8)
Tiempo evolución (meses) (N= 1.016)	105,1 (48,4-192,5)
Característica	N (%)
Sexo	Total = 1.160
Hombre	789 (68,0)
Mujer	371 (32,0)
Estado civil	Total = 1.155
Soltero	71 (6,1)
Casado	329 (28,5)
Viudo	4 (0,3)
Separado	9 (0,8)
No consta	742 (64,2)
Nivel de estudios	Total = 1.149
Ninguno	15 (1,3)
Primarios	127 (11,0)
Secundarios	89 (7,7)
Superiores	85 (7,4)
No consta	833 (72,5)
Profesión	Total = 1.146
Dirección empresas y administración	16 (1,4)
Técnicos, profesionales, intelectuales	53 (4,6)
Técnicos y profesionales de apoyo	35 (3,0)
Trabajadores de servicios	66 (5,8)
Trabajadores agricultura y pesca	65 (5,7)
Trabajadores de industrias	19 (1,6)
Operadores y montadores	50 (4,4)
Trabajadores no cualificados	30 (2,6)
Fuerzas armadas	134 (11,7)
Ama de casa	6 (0,5)
Estudiante	63 (5,5)
No consta	13 (1,1)
	596 (52,0)
Residencia	Total = 1.155
Misma localidad	602 (52,1)
Distinta localidad	489 (42,3)
No consta	64 (5,5)
Distancia al hospital	Total = 489
Menor de 20 km	171 (35,0)
Entre 20-50 km	204 (41,7)
Mayor de 50 km	102 (20,8)
No sabe	12 (2,4)

distancia más frecuente al hospital era de entre 20 y 50 km (41,7%) (tabla 1).

Características clínicas

El diagnóstico más común fue el de espondilitis anquilosante (55,2%), seguido por la artritis psoriásica (22,2%) y las formas indiferenciadas (16,1%); el 4,4% estaba relacionado con enfermedad inflamatoria intestinal y solo 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 (el 61,3 y el 55,0%, respectivamente); el 51,2% podía clasificarse como espondilitis anquilosante según criterios de Nueva York modificados, y el 32,1 y el 31,7% como lumbalgia inflamatoria de Rudwaleit o espondilitis axial por criterios de Berlín, respectivamente. El 8,6% no cumplía ningún criterio de clasificación, mientras que el 18,2% los cumplía todos. El antígeno HLA-B27 era positivo en el 58,8% de los pacientes. Existían antecedentes familiares de EsA, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, oligo o poliartritis, uveítis anterior o HLA-B27 positivo en el 15,3% de los casos. La forma de afectación clínica más frecuente fue la mixta (43,0%), seguida por la axial

Tabla 2
Características clínicas

Característica	N (%)
Diagnóstico (N = 1.140)	
Espondilitis anquilosante	629 (55,2%)
Espondiloartritis asociada a psoriasis	253 (22,2%)
Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal	50 (4,4%)
Artritis reactiva	16 (1,4%)
Espondiloartritis indiferenciada	184 (16,1%)
No consta	8 (0,7%)
Cumplimiento de criterios de espondiloartritis	
Rudwaleit (lumbalgia inflamatoria)	375 (32,1%)
ESSG (espondiloartritis)	716 (61,3%)
Amor (espondiloartritis)	643 (55,0%)
Berlín (espondilitis axial)	370 (31,7%)
Nueva York (espondilitis anquilosante)	598 (51,2%)
No cumple ninguno	101 (8,6%)
HLA-B27 positivo (N = 1.147)	
No	252 (22,0%)
Sí	675 (58,8%)
No consta	220 (19,2%)
Antecedentes familiares (N = 1.128)	
No	408 (36,2%)
Sí	173 (15,3%)
No consta	547 (48,5%)
Forma de afectación clínica (1.159)	
Entesítica	9 (0,8%)
Axial	465 (40,1%)
Periférica	137 (11,8%)
Mixta	499 (43,0%)
No consta	49 (4,2%)
Manifestaciones extraarticulares	
Uveítis (N = 1.168)	227 (19,4%)
Enfermedad pulmonar (N = 1.168)	31 (2,6%)
Manifestaciones cardiovasculares (N = 1.168)	45 (3,8%)
Enfermedad neurológica (N = 1.168)	15 (1,3%)
Enfermedad inflamatoria intestinal (N = 1.168)	70 (6,0%)
Enfermedad renal (N = 1.168)	25 (2,1%)
Osteoporosis (N = 1.168)	58 (5,0%)
Amiloidosis (N = 1.168)	1 (0,1%)
Psoriasis (N = 1.168)	243 (20,8%)
Afectación ungueal (N = 1.168)	50 (4,3%)
Entesitis (N = 1.168)	197 (16,9%)
Dactilitis (N = 1.168)	109 (9,3%)
No consta ninguna de estas manifestaciones (N = 1.168)	485 (41,5%)

(40,1%), con un 11,8% de afectación periférica y menos del 1% de entesítica.

La psoriasis fue la manifestación extraarticular 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%), neurológica (1,3%) y la amiloidosis (0,1%); el 41,5% de los casos no presentaba ninguna de estas manifestaciones y entre los que sí las presentaban el número habitual era una (34,9%) o 2 (16,3%) (tabla 2).

Actividad de la enfermedad y métodos de seguimiento clínico

La VSG osciló entre unos valores de mediana mínimo y máximo de 7 y 18, con cifras respectivas de 0,3 y 1,1 mg/dl para la PCR. La valoración, mediante EVA, del dolor y la actividad por parte del paciente mostró mínimos de 20 y máximos de 50, con una EVA de actividad evaluada por el médico de 30. El valor máximo de la rigidez matutina fue de 30 min.

Es importante resaltar que en un número considerable de historias revisadas no constaba información sobre estos parámetros. Los porcentajes de historias sin estos datos fueron: VSG 8,0%, PCR 9,4%, EVA dolor (paciente) 71,5%, EVA

Tabla 3
Actividad de la enfermedad (I): parámetros generales

Característica	Mediana (P25-P75)
VSG (N = 1.076)	
Máximo	18,5 (9-36)
Mínimo	7 (3-14)
PCR (mg/dl) (N = 1.057)	
Máximo	1,1 (0,4-3,2)
Mínimo	0,3 (0,1-1,0)
EVA dolor (paciente) (N = 333)	
Máximo	50 (20-70)
Mínimo	20 (4-42)
EVA actividad (paciente) (N = 256)	
Máximo	50 (22-70)
Mínimo	20 (10-40)
EVA actividad (médico) (N = 136)	
Máximo	30 (10-60)
Mínimo	10 (8-30)
Rigidez matutina (N = 535)	
Máximo	30 (3-60)
Mínimo	0 (0-25)
N (%)	
Actividad: mejor valoración subjetiva (médico)	
Ninguna	N = 1.155
Leve	274 (23,7%)
Moderada	377 (32,6%)
Grave	82 (7,1%)
No consta	21 (1,8%)
Actividad: peor valoración subjetiva (médico)	
Ninguna	N = 1.157
Leve	78 (6,7%)
Moderada	277 (23,9%)
Grave	250 (21,6%)
No consta	147 (12,7%)
Actividad: mejor valoración subjetiva (paciente)	
Ninguna	N = 1.161
Leve	287 (24,7%)
Moderada	383 (33,0%)
Grave	113 (9,7%)
No consta	37 (3,2%)
Actividad: peor valoración subjetiva (paciente)	
Ninguna	N = 1.159
Leve	71 (6,1%)
Moderada	274 (23,6%)
Grave	264 (22,8%)
No consta	197 (17,0%)
No consta	353 (30,4%)

actividad (paciente) 78,1%, EVA actividad (médico) 88,0%, y rigidez matutina 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 (32,6%) o ninguna (23,7%). En la peor evaluación subjetiva, las formas más frecuentes fueron las leves o moderadas (23,9% y 21,6%), con ausencia de esta información en el 35,0% de las historias. 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 3).

La mayoría de las formas no axiales puras tenían recuentos articulares mínimos de 0 (60,9%) o entre 1 y 5 (26,0%) y máximos de entre 1 y 5 articulaciones (44,8%), o ninguna (32,4%). En las formas entesíticas, lo más habitual era la no afectación de entesis en el recuento mínimo (58,6%), y 0 (44,8%) o entre 1 y 4 (21,4%) en el máximo. La actividad y la capacidad funcional de las EsA mostraron valores de mediana máximo y mínimo de 2,9 y 4,5 para el BASDAI y de 0,4 y 1,0 para el BASFI (tabla 4).

Tabla 4
Actividad de la enfermedad (II): Características específicas de Esa

Característica	N (%)
<i>Articulaciones afectadas: número mínimo (N = 1.163)</i>	
Ninguna	508 (60,9%)
Entre 1 y 5	217 (26,0%)
Entre 6 y 10	6 (0,7%)
Entre 11 y 15	6 (0,7%)
16 o más	2 (0,2%)
No consta	95 (11,4%)
	N = 834
No aplica (forma axial pura)	329 (28,3%)
<i>Articulaciones afectadas: número máximo (N = 1.165)</i>	
Ninguna	270 (32,4%)
Entre 1 y 5	373 (44,8%)
Entre 6 y 10	47 (5,6%)
Entre 11 y 15	26 (3,1%)
16 o más	15 (1,8%)
No consta	101 (12,1%)
	N = 832
No aplica (forma axial pura)	333 (28,6%)
<i>Entesis dolorosas: número mínimo (N = 1.151)</i>	
Ninguna	489 (58,6%)
Entre 1 y 4	77 (9,2%)
Entre 5 y 8	1 (0,1%)
Entre 9 ó más	267 (32,0%)
No consta	N = 834
No aplica (forma axial pura)	317 (27,5%)
<i>Entesis dolorosas: número máximo (N = 1.158)</i>	
Ninguna	379 (44,8%)
Entre 1 y 4	181 (21,4%)
Entre 5 y 8	8 (0,9%)
Entre 9 ó más	6 (0,7%)
No consta	271 (32,1%)
	N = 845
No aplica (forma axial pura)	313 (27,0%)
	Mediana (P25-P75)
<i>BASDAI (N = 399)</i>	
Máximo	4,5 (2,7-6,5)
Mínimo	2,9 (1,4-4,8)
<i>BASFI (N = 315)</i>	
Máximo	4,6 (2,1-7,0)
Mínimo	3,0 (0,9-5,2)

Métodos de seguimiento clínico

La afectación articular de los pacientes con Esa no se valoró nunca mediante recuento de 68 articulaciones ni de otro tipo en la mayoría de las historias (el 52,6 y el 58,9%). Algo similar ocurrió con la afectación entesítica, ya que lo normal era que no se utilizara nunca el recuento de 13 entesis (58,3%) ni otro equivalente (74,3%). Del mismo modo, es habitual la no evaluación de la situación global del paciente mediante EVA (65,6%) u otros procedimientos (65,6%), ni del dolor raquídeo nocturno (60,2% para EVA y 62,2% para otros procedimientos). La duración de la rigidez matutina fue el método de evaluación utilizado siempre en el 9,7% de los pacientes, habitualmente en el 12,4% y ocasionalmente en el 22,2%.

Los reactantes de fase aguda se empleaban 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 de capacidad funcional como el BASFI (66,7%). Con respecto a los parámetros de movilidad espinal, la situación más común fue la ausencia de estas medidas en todas las visitas del periodo de estudio, con porcentajes de la respuesta «nunca» del 37,7% para el Schöber, el 44,6% para la expansión torácica, el 46,1% para la distancia occipucio-pared y el 54,4% para la flexión lateral del tronco. Merece la pena destacarse que el registro de datos de actividad clínica fue muy dispar, oscilando la presencia de datos entre 1.076 historias para la VSG y 315 para el BASFI.

Tabla 5
Incapacidad laboral

Característica	N (%)
<i>Vida laboral activa > 50% 2 últimos años</i>	
Sí	Total = 1.140 602 (52,8)
No	95 (8,3)
No consta	443 (38,8)
<i>Periodos de ILT</i>	
Sí	Total = 73 31 (42,5)
No	12 (16,4)
No consta	30 (41,1)
	Mediana (P25-P75)
Número de episodios de ILT (N = 15)	1 (1-2)

ILT: incapacidad laboral transitoria.

Situación laboral

En cuanto a la actividad laboral, el 52,8% de los casos (602 pacientes) tuvieron una vida laboral activa durante más del 50% del periodo de estudio de los 2 años anteriores, existiendo fases de incapacidad laboral temporal (ILT) en el 8,3%, con un valor mediana de episodios de ILT de uno (tabla 5). Estos resultados deben ser interpretados con cautela, ya que la eficiencia en la recogida de estos datos no fue totalmente correcta debido a diversos motivos. Por un lado, es bastante frecuente que en las historias clínicas no se registre este tipo de información y, por otro, la incapacidad laboral recogida no se ha limitado exclusivamente a la derivada de la patología en estudio, sino que se han podido incluir otros procesos más o menos incapacitantes (tabla 5).

Comorbilidad

Se recogió información sobre la constancia en la historia clínica de distintas enfermedades crónicas. Las patologías más habituales fueron la hipertensión arterial (17,4%), la enfermedad péptica (6,8%) y la diabetes mellitus (6,1%). No existía constancia en la historia clínica de estas comorbilidades en el 65% de los pacientes, lo que no significa que no pudieran presentar otras situaciones no contempladas (tabla 6).

Discusión

El emAR II es un estudio de variabilidad de la práctica clínica en AR y Esa, que ofrece una gran cantidad de información sobre las características de los pacientes atendidos en las unidades de reumatología de nuestro país y sobre las condiciones en las que se realiza la atención sanitaria de estos enfermos. Se trata de un trabajo retrospectivo, realizado sobre las historias clínicas de los pacientes; esto puede condicionar parte de la variabilidad observado, ya que no todos los datos de la entrevista clínica se recogen en la historia, aunque es una forma adecuada de valorar la práctica clínica.

Tabla 6
Comorbilidad

Característica	(N = 1.168)
HTA	203 (17,4%)
Diabetes mellitus	71 (6,1%)
Cardiopatía isquémica	41 (3,5%)
Accidente cerebrovascular	13 (1,1%)
Enfermedad péptica	79 (6,8%)
Tumor maligno	39 (3,3%)
Insuficiencia renal crónica	24 (2,1%)
Hepatopatía	52 (4,4%)
Infecciones	55 (4,7%)
Anticoagulación oral	24 (2,1%)
Insuficiencia cardiaca	17 (1,5%)
No existe constancia de comorbilidad en la HC	757 (64,8%)

Los resultados del presente trabajo permiten disponer de una extensa caracterización de los pacientes con EsA de nuestro país, que presentan una distribución por edad y sexo similar a la de otras series publicadas^{8,17,18}.

Al comparar los datos del presente trabajo con los del estudio REGISPONER⁸, llama la atención las diferencias en la clasificación de los pacientes, con un incremento en las categorías diagnósticas «artritis psoriásica» y «espondiloartritis indiferenciada» que pasan del 17,5 y el 14,4% en REGISPONER al 22,2 y el 16,1% en nuestro estudio, con una disminución de la categoría «espondilitis anquilosante» que desciende del 61,5% en REGISPONER al 55,2% en el estudio emAR II. Las razones de estas diferencias pueden ser de orden metodológico (muestro aleatorio equiprobabilístico en emAR II y selección de pacientes por los médicos responsables en REGISPONER), pero también pueden reflejar cambios en los criterios diagnósticos de estas enfermedades. En este sentido, se ha observado que los resultados de diferentes estudios muestran una menor proporción de EsA indiferenciada^{17,18}.

Del mismo modo, resulta llamativa la mayor frecuencia de afectación articular periférica, que pasa de un 17,4% en REGISPONER¹⁹ a un 54,8% en emAR II. Es llamativo el alto porcentaje de artritis periférica de esta serie, que puede explicarse por la presencia de un importante grupo de pacientes con artritis psoriásica o EsA indiferenciada, aunque dadas las características del trabajo es difícil extraer conclusiones definitivas. Por otro lado, las diferencias entre ambos estudios en otras características son de menor magnitud. Así, el porcentaje de pacientes con formas axiales y mixtas es del 77,8% *versus* el 83%; la presencia de entesitis como manifestación extraarticular es del 22,6% frente al 16,9%; la incidencia de uveítis es similar en ambos trabajos (el 15,8 *versus* el 19,4%).

Al igual que en otras series publicadas^{8,17,20} la espondilitis anquilosante es la entidad individual más frecuentemente diagnosticada dentro de este grupo de enfermedades; constituyendo la psoriasis, la uveítis y la entesitis las manifestaciones extraarticulares más frecuentes^{8,20}.

Con respecto a la actividad de la enfermedad, es de destacar que el seguimiento se realizó fundamentalmente mediante determinaciones analíticas, y con mucha menor frecuencia por evaluación clínica de los pacientes. Aunque, como se ha señalado al inicio de la discusión, es posible que estos datos falten de la historia clínica pero se hayan tenido en cuenta en el momento de la entrevista; sin embargo, otra posibilidad es que no se realice de forma rutinaria una medida de la actividad clínica de las EsA en la práctica habitual.

Un 52,8% de los pacientes con EsA del estudio emAR II llevaban una vida laboral activa, un porcentaje similar al encontrado en algún estudio²¹, aunque más elevado que el observado en otros trabajos^{22,23}. A pesar de que la comparación es de interés, hay que tener en cuenta que diferencias locales en el mercado de trabajo podrían influir en este resultado; así los pacientes con EsA incluidos en el registro británico de tratamientos con biológicos²¹ trabajaban a tiempo completo el 43,5% y a tiempo parcial el 11,4%. Del 47% de pacientes que no tenían una vida laboral activa no conocemos en cuántos casos la situación de incapacidad laboral estaba motivada por la EsA, ni tampoco del número de periodos transitorios de incapacidad motivados por la patología reumatológica en cuestión. En los datos del registro REGISPONER, realizado en 2004, el 25,6% de los pacientes con espondilitis anquilosante presentaban incapacidad laboral permanente²⁴, definida como una situación que legalmente les permite el cobro de una pensión; sin embargo, es posible que un paciente no se incorpore al mercado laboral a causa de su enfermedad, aunque no tenga una incapacidad legalmente reconocida. Como se ha comentado al hablar de la actividad de la enfermedad, es llamativa la ausencia de registros en la historia sobre la discapacidad laboral de los pacientes; no podemos asegurar que no se halla valorado durante la entrevista, pero en todo

caso, el que no se hubiese registrado puede significar que se presta poca atención a estos aspectos, pese a que pueden tener un impacto elevado sobre la calidad de vida de estos pacientes.

En la bibliografía encontramos que la mayoría de los pacientes con EsA presentan, al menos, una situación de comorbilidad asociada²²; es difícil realizar comparaciones con los pacientes del estudio emAR II, dado que en la mayoría de las historias clínicas no se disponía de información referente a este aspecto. La prevalencia de HTA, diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular no difieren significativamente de los encontrados en la población general²⁵⁻²⁷. La prevalencia de tumores malignos (un 3,3%) es ligeramente más elevada que la conocida en la población general (entre el 2 y el 3%)²⁸.

En el presente trabajo se comprueba una gran variabilidad en el manejo de estos pacientes, al menos en el registro en la historia clínica, constatándose que en la mayoría de los casos no se recogen los datos mínimos necesarios para la evaluación de los pacientes, primándose datos de laboratorio como VSG o PCR en detrimento de la valoración mediante datos clínicos, como la duración de la rigidez matutina, la EVA del médico o del paciente, o de índices recomendados como BASDAI o BASFI. Pese a las limitaciones del presente trabajo, es difícil pensar que índices como el BASDAI o el recuento de entesitis, o las medidas de metrología, se realicen y no se recojan en la historia clínica, por lo que se puede pensar que el manejo clínico de estos pacientes es mejorable en muchas de nuestras unidades de reumatología.

En resumen, los resultados de este trabajo presentan una amplia caracterización de diferentes aspectos de los pacientes con EsA en nuestro país. Estos datos permiten mejorar el conocimiento de la enfermedad y, por tanto, pueden ser útiles con fines de planificación asistencial y demanda de servicios.

Responsabilidades éticas

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

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

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

Conflicto de intereses

El estudio emAR II ha sido financiado por laboratorios Abbot.

Anexo 1.

Grupo emAR II: C. Escudero. Hospital Virgen de Valme (Sevilla); N. Chozas, I. Maries, A. Fernandez, F. Medina. Hospital Puerta del Mar; M. Guzmán. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves; I. Ureña, V. Irigoyen, M. Lopez, P. Espiño, S. Manrique. Hospital Carlos Haya; E. Collantes, P. Font, D. Ruiz, M. Granados, M.J. Pozuelo. Hospital Reina Sofía; I. Moreno, A. Garcia López. Hospital Virgen del Rocío; J.M. Pina. Hospital de Barbastro; R. Roselló, C. Vázquez. Hospital General San Jorge; J. Beltrán, A. Pecondón, E. Giménez, F. Jimenez, J. Marzo, M. Medrano. Hospital Universitario Miguel Servet; J. Babío, T. Tinturé, S. González, C. Ordás, M.E. García. Hospital de Cabueñes; J. Ballina, S. Alonso. Hospital Universitario Central de Asturias; L. Espadaler, J. Fernandez, J. Fiter. Hospital Son Dureta; S. Bustabad. Hospital Universitario de Canarias; C. Rodríguez, A. Naranjo, S. Ojeda. Hospital Universitario Dr. Negrín; J. Tornero, J.A. Piqueras. Hospital General Universitario de Guadalajara; E. Júdez, G. Sánchez. Hospital Universitario de Albacete; L. Pantoja, C. López.

Hospital El Bierzo; J. Medina, G. Iglesias, M. Alvarez. Complejo Asistencial de Palencia; J. Alegre, M.R. Colazo, J.L. Alonso, B. Álvarez. Complejo Asistencial de Burgos; T. Pérez Sandoval. Complejo Asistencial de León; J. Del Pino, C. Montilla, S. Gómez, R. López, M. Sánchez. Complejo Asistencial de Salamanca; F.X. Arasa. Hospital Tortosa Verge de la Cinta; S. Castro. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII; S. Ordóñez, D. Boquet. Hospital Universitario Arnau de Vilanova; J. Calvet. Corporación Sanitaria Parc Taulí; D. de la Fuente, V. Rios, M. Nolla. Hospital Universitario de Bellvitge; A. Martínez. Hospital Universitario de la Ribera; M.A. Belmonte Serrano. Hospital General de Castellón; R. Negueroles. Hospital Universitario La Fe; J. García, F. Gamero, E. del Rincón. Complejo Hospital de Cáceres; R. Veroz. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra; E. Pérez-Pampín. Hospital Universitario de Santiago; L. Fernandez. Complejo Hospital de Orense; R. Miguélez, J. Godó. Hospital de Móstoles; A.M. Ortíz, E. Vicente, E. Tomero, A. Casado, M.J. Aria. Hospital Universitario de La Princesa; E. Cuende, C. Bohorquez. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; J.M. Rodríguez, A. Aragón, J. García, J. Zubieta. Hospital Universitario de Getafe; C. Martínez. Hospital Clínico San Carlos; I. Mateo, A. de Juanes, E. Enríquez. Hospital 12 de Octubre; F.J. López-Longo. Hospital Universitario Gregorio Marañón; J. Maese. Hospital La Paz; E. Pagán, M.J. Rubira, P. Mesa. Hospital Los Arcos; N. Rivera. Hospital de Basurto; C. Rodríguez. Hospital Comarcal de Melilla; B. González Álvarez. Complejo Hospital Universitario Virgen Candelaria; A. Zea, C. Diaz-Miguel, A. Cifuentes. Hospital Ramón y Cajal.

Bibliografía

- Dougados H, Hochberg MC. Why is the concept of spondyloarthropathies important? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002;16:495-505.
- Sarax A, Guillemin F, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of spondyloarthropathies in France: 2001. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:1431-5.
- De Angelis R, Salaffi F, Grassi W. Prevalence of spondyloarthropathies in an Italian population sample: a regional community-based study. *Scand J Rheumatol*. 2007;36:14-21.
- Onen F, Akar S, Birlik M, Sari I, Khan MA, Gurler O, et al. Prevalence of ankylosing spondylitis and related spondyloarthritis in an urban area of Izmir, Turkey. *J Rheumatol*. 2008;35:305-9.
- Bakland G, Nossent HC, Gran JT. Incidence and prevalence of ankylosing spondylitis in northern Norway. *Arthritis Rheum*. 2005;53:850-5.
- Singh JA, Strand V. Health care utilization in patients with spondyloarthropathies. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:272-6.
- Miranda MD, Font P, Muñoz E, Collantes E, Zarco P, González C, et al. Registro Nacional de Pacientes con Espondiloartritis (REGISPONSER). Análisis descriptivo de los 2.367 pacientes españoles incluidos. *Reumatol Clin*. 2008;4 Supl 4: S48-55.
- Ruiz-Montesinos MD, Hernández-Cruz B, Ariza-Ariza R, Carmona L, Balina J, Navarro-Sarabia F. Grupo de estudio de costes y calidad de vida en artritis reumatoide de la Sociedad Española de Reumatología. Utilización de recursos en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide, atendidos en área especializada de reumatología en España. *Reumatol Clin*. 2005;1:142-9.
- Mease PJ. Spondyloarthritis update. New insights regarding classification, pathophysiology and management. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2008;66:203-9.
- Proyecto EMAR II. Variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España. Informe de resultados [monografía en Internet]. Sociedad Española de Reumatología; 2011 [acceso 30 Dic 2011]. Disponible en: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Proyectos/Emar/EMAR_Informe.pdf
- Van Der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*. 1984;27:361-8.
- Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères de classification des spondylarthropathies. *Rev Rhum Mal Ost*. 1990;57:85-9.
- Dougados M, Van der Linden SM, Jhulin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European spondylarthropathies Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum*. 1991;34:1218-27.
- Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis. A reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum*. 2006;54:569-78.
- Song IH, Sieper J, Rudwaleit M. Diagnosing early ankylosing spondylitis. *Current Rheum Reports*. 2007;9:367-74.
- Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis. Do we need new criteria? *Arthritis Rheum*. 2005;52:1000-8.
- Sousa E, Sousa M, Pimental F, Mourao AF, Rodrigues A, Santos H, et al. RESPONDIA. Ibero-American Spondyloarthropathies Registry: Portuguese Group. *Reumatol Clin*. 2008;4 Suppl. 4:S68-72.
- Gutiérrez MA, Pérez C, Saavedra J, Silva F, Fuentalba C, Pozo P, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Chile. *Reumatol Clin*. 2008;4 Suppl. 4:S41-7.
- Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description on the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46:1309-15.
- Chacon R, Granados Y, Esteva MH, Martínez Y, Antúnez A, Maldonado T, et al. Registro iberoamericano de espondiloartritis (RESPONDIA): Venezuela. *Reumatol Clin*. 2008;4 Suppl. 4:S79-86.
- Verstappen SMM, Watson KD, Lunt M, McGrother Symmons DPM, Hyrich KL. Working status in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Rheumatology*. 2010:1570-7.
- Singh JA, Strand V. Health care utilization in patients with spondyloarthropathies. *Rheumatology*. 2009;48:272-6.
- Singh JA, Strand V. Spondyloarthritis is associated with poor function and physical Health-related quality of life. *J Rheumatol*. 2009;36:1012-20.
- Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Collantes E, Batlle E, Fernández-Sueiro JL, Gratacós J, et al. Work disability in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 2009;36:2512-6.
- López-Suárez A, Elvira-González J, Beltrán-Robles M, Alwakil M, Saucedo JM, Bascañana Quirell M, et al. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1150-8.
- Castell MV, Martínez MA, García-Puig J. Prevalencia, grado de conocimiento y control de la hipertensión arterial en una población española. Estudio MADRIC (Madrid Riesgo Cardiovascular). *Med Clin (Barc)*. 2010;135:671-2.
- Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl. 1:15-24.
- Alonso-Gordo JM, Jiménez-del Val D, Palacios-Rojo JJ, Royo-Sánchez C, Urbina-Torija JR, González-Catalina S, et al. Prevalencia y distribución geográfica del cáncer en el área de salud de Guadalajara. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78:83-94.