



Original

## Estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide en España (emAR II). Características clínicas de los pacientes

Jesús Maese<sup>a,\*</sup>, María Jesús García De Yébenes<sup>b</sup>, Loreto Carmona<sup>c</sup>,  
Cesar Hernández-García<sup>d</sup> y el Grupo de Estudio emAR II<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Trabajo de Reumatología Basada en la Evidencia, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

<sup>b</sup> Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

<sup>c</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

<sup>d</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 23 de octubre de 2011

Aceptado el 7 de marzo de 2012

On-line el 19 de mayo de 2012

#### Palabras clave:

Variación práctica clínica

Artritis reumatoide

España

#### Keywords:

Clinical practice variations

Rheumatoid arthritis

Spain

### R E S U M E N

**Fundamento:** Los resultados de estudios previos muestran una amplia variabilidad en los medios diagnósticos y terapéuticos en artritis reumatoide (AR) en España. La calidad asistencial se beneficiaría al aplicar estándares de práctica apropiados; se presenta un estudio sobre variabilidad en el manejo de la AR en España.

**Métodos:** Estudio descriptivo de revisión de historias clínicas (HC) de pacientes con AR de edad mayor de 16 años, seleccionados por muestreo estratificado por comunidades autónomas y bietápico por centro hospitalario y paciente. Se recogió datos sociodemográficos, evolución, seguimiento, recuento articular, reactantes, función, vida laboral, escalas visuales analógicas (EVA) y otros.

**Resultados:** Se obtuvo información válida de 1.272 pacientes con AR. Se empleó mayoritariamente la VSG, PCR y factor reumatoide (FR). Los porcentajes de ausencia de datos en los recuentos de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT) son el 8,2 y el 9,6%; se utilizaron poco las EVA.

**Conclusiones:** A pesar de tener una guía de práctica clínica sobre la AR, existe variabilidad en su manejo.

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

### Management of rheumatoid arthritis in Spain (emAR II). Clinical characteristics of the patients

#### A B S T R A C T

**Background:** There is a wide variability in the diagnostic and therapeutic methods in rheumatoid arthritis (AR) in Spain, according to prior studies. The quality of care could benefit from the application of appropriate clinical practice standards; we present a study on the variability of clinical practice.

**Methods:** Descriptive review of clinical records (CR) of patients aged 16 or older diagnosed with RA, selected by stratified sampling of the Autonomous Communities in two stages per Hospital Center and patient. Collected analysis of sociodemographic data, evolution, follow-up, joint count, reactants, function, job history, Visual Analogue Scales (VAS) and other.

**Results:** We obtained valid information of 1,272 RA patients. The ESR, CRP and rheumatoid factor (RF) were regularly used parameters. The percentages of missing data in tender (TJN) and swollen (SJN) joint counts were 8.2% and 9.6% respectively; regarding the VAS we found 53.6% (patient), 59.1% (pain), and 72% in the physician VAS.

**Conclusions:** Despite having clinical practice guidelines on RA, there still exists a significant variability in RA management in our country.

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

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmaesem@medynet.com](mailto:jmaesem@medynet.com) (J. Maese).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo de Estudio emAR II están relacionados en el Anexo 1.

## Introducción

Las variaciones en la práctica clínica (VPC) se definen como las diferencias en el proceso asistencial y/o en el resultado de la atención de un problema clínico concreto, entre diversos proveedores o uno mismo, una vez controlados los factores demográficos, socio-culturales y de estado de salud<sup>1</sup>. El estudio del problema de la variabilidad en la práctica médica tiene su origen con los trabajos de Wennberg y Gittelshon<sup>2,3</sup>. Se reconoce que la VPC es influida por diversos factores, como la inexactitud de los datos o de su tratamiento<sup>4</sup>, los relacionados con la demanda de cuidados<sup>5</sup>, las características de los profesionales sanitarios<sup>6</sup> y los dependientes del sistema sanitario<sup>7</sup>. Además, se sabe que tanto la comorbilidad, como las características de la enfermedad y del propio paciente influyen en la expresión clínica, aunque es preciso saber si estos efectos obedecen a factores modificables<sup>8</sup>. Todos estos datos justifican la realización de estudios de evaluación de las VPC de una determinada enfermedad<sup>8-10</sup>. 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 amplias diferencias en el uso de distintos 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<sup>11,12</sup>. Por otra parte, y debido a posibles factores genéticos o ambientales, se han descrito variaciones en la prevalencia de la AR, así como en su expresión clínica en distintas poblaciones y con igual origen geográfico<sup>8</sup>. Para explicar esta VPC existen 3 teorías según confieran más importancia a la demanda de atención (la prevalencia del proceso en un área determinada, la edad de la población, el nivel socioeconómico)<sup>13</sup>, o bien incidan en la importancia de la oferta, tanto por la incertidumbre del profesional sanitario<sup>14</sup> (falta de evidencia científica existente sobre los procedimientos) como por la prevalencia de médicos partidarios de un procedimiento<sup>15</sup>. La VPC es frecuente en medicina y origina una utilización incorrecta de los procedimientos, con repercusión negativa en el consumo de recursos y posibles efectos perjudiciales para los pacientes. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, de actividad, incapacidad laboral y comorbilidad de los pacientes con AR en España. Los datos proceden del emAR II, un estudio sobre variabilidad en el manejo de la AR y las espondiloartritis (EsA), medida según distintos indicadores, y diversos factores dependientes del individuo, de la enfermedad y del sistema sanitario.

## Métodos

El emAR II es un estudio transversal de asociación cruzada entre la variabilidad en el manejo de la AR y las EsA y diversos factores<sup>16</sup>.

### Selección de la población de estudio

La muestra estuvo formada por HC de pacientes con AR o EsA atendidos en servicios de Reumatología de hospitales españoles que tenían 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 (CC. AA.) y bietápico por centro hospitalario (unidad de primera etapa [UPE]) y paciente (unidad de segunda etapa [USE]). Para evitar la falta de representatividad asociada a la homogeneidad de UPE, 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. 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. En este trabajo solo se considera el brazo de estudio de AR. Se obtuvo información sobre datos generales de la HC: fecha de nacimiento, sexo, fecha de inicio de los primeros síntomas, de la primera visita a un reumatólogo y de diagnóstico, cumplimiento de los criterios del ACR, clase funcional del ACR, positividad del factor reumatoide (FR) y de péptidos cíclicos citrulinados (PCC), progresión radiológica, manifestaciones extraarticulares. La evolución específica se valoró mediante diversos parámetros: reactantes de fase aguda (valores máximos y mínimos de VSG, PCR), escalas visuales analógicas (EVA) con la mejor y peor valoración subjetiva del médico y el paciente sobre la actividad de la enfermedad (ninguna cuando el EVA de actividad era < 10 mm o remisión completa a criterio médico ó algún criterio objetivo habitual; leve cuando el EVA era  $\geq 10$  y < 40 o paciente con actividad leve que no requiere modificación de tratamiento; moderada cuando el EVA era  $\geq 40$  y < 60 o paciente que ha requerido modificación menor del tratamiento, como incremento transitorio de dosis de AINE o corticoides; grave cuando el EVA era  $\geq 60$  o actividad grave con modificación mayor del tratamiento, como incremento de dosis, adición o cambio de FAME), valores mínimos y máximos de las EVA de dolor y actividad, así como del número de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT), duración mínima y máxima de la rigidez matutina, valores mínimos y máximos del *Disease Activity Score* (DAS-28) y *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). Además, se recogió información sobre la frecuencia de utilización de diferentes procedimientos de seguimiento clínico (con las opciones de nunca si no se utilizó en ninguna visita, ocasionalmente si fue en menos del 25%, habitualmente si fue entre el 25 y 75%, y siempre si fue en más del 75% de las visitas), recuentos articulares (de 28 articulaciones u otros), evaluación del dolor por el médico y el paciente (por EVA u otros procedimientos), reactantes de fase aguda (VSG, PCR u otros), índices de actividad compuestos (DAS, SDAI u otros), capacidad funcional (clase funcional de la ACR<sup>17</sup>, HAQ), comorbilidad, vida laboral activa en más del 50% en los 2 últimos años, características del paciente (nivel de estudios, profesión, residencia) y del médico responsable. Aunque no se utilizaron para este trabajo, en las hojas de recogida de datos (HRD) también se recogió amplia información sobre consumo de recursos, tratamiento con AINE, analgésicos, corticoides, fármacos antirreumáticos de acción lenta (ARAL), infiltraciones y otras medicaciones, fármacos biológicos, profilaxis gástrica y de osteoporosis.

### Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar y percentil 25 y 75) para las variables continuas, según se ajustaran o no a una distribución normal, y porcentajes para las variables cualitativas. Se clasificó el DAS-28 en 3 niveles de actividad: baja (DAS  $\leq 3,2$ ), moderada (DAS 3,2-5,1), y alta (DAS > 5,1). El programa estadístico que se utilizó Stata 9.0 (StataCorp, Collage Station, EE.UU.).

## Resultados

### Características sociodemográficas

De la muestra teórica a extraer (N = 1.410) se obtuvo información válida de 1.272 pacientes con AR, lo que supone un 90,2% de la muestra teórica. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3383095>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3383095>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)