



Original

## Diferencias en el manejo de la artritis reumatoide precoz y establecida

Santos Castañeda<sup>a,\*</sup>, Federico Navarro<sup>b</sup>, Cristina Fernández-Carballido<sup>c</sup>, Carmelo Tornero<sup>d</sup>, Elena Marced<sup>e</sup> y Montserrat Corteguera<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla, España

<sup>c</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Elda, Alicante, España

<sup>d</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

<sup>e</sup> Departamento Médico, Wyeth Farma, Madrid, España

<sup>f</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2010

Aceptado el 18 de agosto de 2010

On-line el 23 de febrero de 2011

#### Palabras clave:

Artritis reumatoide  
Artritis precoz  
Monitorización clínica  
Antagonistas del TNF  
Fármacos antirreumáticos

### R E S U M E N

**Objetivo:** Evaluar las diferencias en el manejo clínico y terapéutico de la artritis reumatoide (AR) precoz y establecida en la práctica clínica.

**Pacientes y método:** Estudio retrospectivo y multicéntrico en el que se incluyó a 360 pacientes con diagnóstico de AR. Mediante la revisión de historias clínicas se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en los 12 meses previos al inicio del estudio.

**Resultados:** Se estudió a 152 pacientes con AR precoz (ARp) y 208 con AR establecida (ARE). El 97,5% había recibido fármacos modificadores de enfermedad (FAME) y el 43,6% tratamiento anti-factor de necrosis tumoral (TNF) entre el diagnóstico y el inicio del estudio. Los anti-TNF fueron utilizados con mayor frecuencia en pacientes con ARE (el 60,1 frente al 21,1%;  $p < 0,001$ ). El metotrexato fue el fármaco más utilizado (70,6%). Se detectó cambio del tratamiento en un 79% de pacientes con ARp y en el 60,6% con ARE. El cambio de dosis fue la modificación más frecuente y una respuesta inadecuada el motivo más frecuente. El 25,8% de los tratamientos se suspendieron por reacciones adversas. La disminución media  $\pm$  desviación estándar del DAS28 fue  $0,9 \pm 1,5$  en ARp y  $0,2 \pm 1,0$  en ARE. El 35,8% de las ARp presentó buena respuesta EULAR, mientras sólo el 16,2% de las ARE ( $p < 0,001$ ). La determinación del factor reumatoide y la valoración de la progresión radiológica fueron más solicitadas en la ARp ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los reumatólogos españoles utilizaron agentes biológicos con mayor frecuencia en los pacientes con enfermedad más evolucionada, ajustándose a las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Differences in the management of early and established rheumatoid arthritis

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

**Objective:** To assess the differences in the clinical and therapeutic management of early and established rheumatoid arthritis (RA) in clinical practice.

**Methods:** Retrospective and multicentre study including 360 patients diagnosed with RA. During the 12 months prior to the study, onset, sociodemographic, clinical and therapeutic data were collected by clinical chart review.

**Results:** A total of 152 patients with early RA and 208 with established RA were studied. 97.5% had received disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) and 43.6% a TNF $\alpha$  blocker between the diagnosis and the start of the study. Established RA patients used TNF $\alpha$  blockers more frequently than early RA patients (60.1% vs 21.1%,  $p < 0,001$ ). Methotrexate was the most commonly used drug (70.6%). A treatment change was seen in 79% of patients with early RA and 60.6% of those with established RA. A dose

#### Keywords:

Rheumatoid arthritis  
Early arthritis  
Clinical control  
TNF-blocking drugs  
Disease-modifying anti-rheumatic drugs

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [scastas@gmail.com](mailto:scastas@gmail.com) (S. Castañeda).

change was the most frequent modification and an inadequate response the most frequent reason. A 25.8% of treatments were stopped due to adverse events. The mean (SD) decrease on DAS28 score was 0.9 (1.5) on early RA and 0.2 (1.0) on established RA patients. A 35.8% of early RA patients showed a good EULAR response, while only 16.2% among established RA patients ( $p < 0.001$ ). Rheumatoid factor and radiological progression assessment were the most requested determinations in early RA ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Spanish rheumatologists used biological drugs with a higher frequency in patients with more advanced disease, as recommended in the main clinical practice guidelines.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica de origen autoinmune. Su carácter crónico y progresivo provoca un gran impacto en la calidad de vida del paciente, que viene derivado de la discapacidad funcional y una disminución de la esperanza de vida<sup>1</sup>. Su prevalencia en España en la población mayor de 20 años es del 0,5%<sup>2</sup>. La AR afecta más a mujeres que a varones (3:1) y aparece con más frecuencia entre la cuarta y sexta décadas de la vida<sup>3</sup>. Su repercusión socioeconómica es muy elevada. Los costes de la AR en el año 2001 en España alcanzaron los 2.250 millones de euros. El 70% correspondían a costes directos y el 30% a costes indirectos<sup>4</sup>. Los costes intangibles, consecuencia del deterioro de la calidad de vida de estos pacientes y de su consecuente repercusión familiar y social, son más difíciles de cuantificar. Se calcula que el 5% de las bajas laborales en nuestro país se debe a la AR<sup>4-6</sup>.

Los objetivos terapéuticos actuales se basan en el tratamiento sintomático del dolor y la inflamación, asociado a un tratamiento de fondo que modifique la progresión, retrase el daño estructural y mejore la calidad de vida del paciente con AR<sup>7,8</sup>. La mayoría de las guías y los consensos recomiendan iniciar el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad de acción lenta (FAME) tan pronto como se establezca el diagnóstico<sup>7,9,10</sup>. Aún así, cada centro puede aplicar modificaciones propias por motivos asistenciales o de gestión. Incluso, en ocasiones, parece que la experiencia y el manejo adaptado a las características y la evolución de cada caso podrían imponerse en el abordaje del paciente.

El objetivo de este estudio fue conocer el manejo clínico y terapéutico de la AR en España (estudio ARES) en consultas de reumatología en condiciones de práctica clínica habitual. Para ello, se han evaluado los tratamientos empleados, así como sus modificaciones a lo largo del tiempo diferenciando entre pacientes con AR precoz (ARp) y pacientes con AR establecida (ARE).

## Pacientes y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual, en el que se revisaron las historias clínicas (HHCC) de pacientes con AR en un marco temporal de 1 año (los 12 meses previos a la fecha de inclusión de cada paciente). La revisión de las HHCC del estudio ARES se llevó a cabo durante el primer semestre del año 2007.

Las HHCC elegidas correspondían a pacientes con AR seleccionados mediante reclutamiento consecutivo entre aquellos pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que acudían a la consulta del reumatólogo. Cada investigador debía incluir a 4 pacientes con ARp y otros 4 con ARE. Se definió ARp como aquella forma de artritis reumatoide con tiempo de evolución  $\leq 2$  años y ARE aquellas con una evolución  $> 2$  años. Todos los pacientes incluidos firmaron un consentimiento de aceptación a participar en el estudio antes de su inicio. El estudio había sido previamente aprobado por el comité de bioética de referencia y, posteriormente, por todos los centros participantes.

Se registraron las siguientes variables sociodemográficas y clínicas basales: sexo, edad, antecedentes familiares de enfermedad

reumática, fechas de inicio de los síntomas y diagnóstico de AR, y antecedentes de intervenciones quirúrgicas relacionadas con la enfermedad. Se recogieron, además, datos relativos a las visitas realizadas por el reumatólogo durante el año anterior a la fecha de inclusión en el estudio: actividad asistencial (número de visitas), evolución de la AR y manejo clínico-terapéutico de la enfermedad.

Igualmente, se registraron todos los tratamientos utilizados para el control de la AR durante el año previo a la fecha de inclusión, así como el tratamiento en la última visita del período estudiado. Los tratamientos de fondo se agruparon por familia terapéutica y principio activo de manera que quedaron codificados en 3 grupos: FAME, fármacos neutralizantes del factor de necrosis tumoral (antagonistas del TNF o anti-TNF) y otros.

Se analizaron todos los tratamientos recibidos durante la evolución de la enfermedad, los del último año y los recibidos en la última visita. Para este análisis, se consideró el tiempo transcurrido hasta la modificación del tratamiento, definiendo modificación de tratamiento como cualquier cambio, tanto de pauta como de dosis. Asimismo, se recogieron los motivos de finalización según el grupo terapéutico. En este análisis, se definió sustitución como cualquier cambio en el principio activo. Para analizar el tiempo de duración de cada uno de los tratamientos se realizó un análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier.

Se analizaron las medidas asistenciales y de seguimiento tomadas a lo largo del año, así como la evolución de la actividad de la AR según los criterios de respuesta EULAR<sup>11</sup>. Dicha evolución se valoró en función del tratamiento recibido por el paciente en la última visita del período de revisión.

El tamaño muestral se calculó de forma que permitiera evaluar el manejo clínico y terapéutico de la AR, con una proporción ( $p$ ) de 0,50, una precisión del 7% y un nivel de significación del 0,05. La muestra teórica de pacientes fue de 196 por cada grupo, es decir, de 392 pacientes en total. El análisis estadístico se realizó para el conjunto de la muestra global y de forma estratificada según el diagnóstico fuera ARp o ARE. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, y un análisis comparativo de las éstas entre los dos grupos de estudio, mediante las pruebas ANOVA y de la  $t$  de Student para las variables continuas y mediante la prueba de la  $\chi^2$  para las variables categóricas. En todas las pruebas se consideró significativa una  $p < 0,05$ . Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SAS versión 8.02 para Windows®.

## Resultados

### Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

La muestra final la constituyeron un total de 360 pacientes, de los que el 42,2% (152) presentaban ARp y el 57,8% (208) ARE. La **tabla 1** muestra las características demográficas y clínicas basales de la muestra, total y estratificada por tipos de AR. La mediana del tiempo de evolución de la ARp fue de 1 año y de 5 años en la ARE ( $p < 0,001$ ). El tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue también menor en el grupo de ARp ( $p < 0,001$ ).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3383473>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3383473>

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