

Características del manejo de la artritis reumatoide en Canarias antes de la primera consulta reumatológica hospitalaria

Carlos Rodríguez-Lozano^a, Antonio Naranjo Hernández^a, Beatriz Rodríguez-Lozano^b, Antonio Rosas Romero^c, Manuel Brito Suárez^d, Álvaro Lesta^e, y Grupo SOCARE de Estudio de la Artritis Reumatoide

^aHospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ^bHospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. ^cHospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ^dHospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ^eHospital General de La Palma. La Palma. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo: Disponer de datos sobre el manejo de los pacientes con artritis reumatoide (AR) en las primeras fases de la enfermedad y del retraso en el diagnóstico y en la atención reumatológica especializada.

Método: Estudio multicéntrico longitudinal descriptivo de un año de duración en los 5 hospitales de Canarias con servicios de reumatología. Se recogió información sobre la atención recibida antes de la primera consulta, las características de la derivación a reumatología y la situación clínica de los pacientes en la primera consulta hospitalaria.

Resultados: Se incluyó a 74 pacientes (con una media de 52 años; 72% mujeres). Antes de la primera consulta reumatológica hospitalaria, 67 pacientes (91%) recibieron atención médica, 34 exclusivamente por médicos de atención primaria. En el grupo de 46 pacientes no atendidos previamente por reumatólogos, se realizó el diagnóstico de AR en 19 casos (41%) y sólo 2 pacientes (4%) recibieron fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). En este grupo, la valoración de la atención recibida fue buena (17%), regular (48%), mala (20%) y muy mala (7%). La derivación fue realizada mediante propuesta en el 89% de los casos, con un diagnóstico aceptable en 43 (65%). En la primera consulta, los pacientes presentaban actividad e incapacidad moderadas (HAQm, 0,812), un 26% presentaba erosiones radiológicas y a un 74% se prescribió un FAME. La mediana del retraso en el diagnóstico fue de 5,1 meses (rango intercuartílico [RIC], 2-12).

La mediana en el tiempo de demora hasta la primera consulta fue de 8,3 meses (RIC: 3-27). El porcentaje mayor de demora fue ocasionado por el tiempo hasta la realización de la propuesta (mediana, 6,3 meses) frente a la demora por lista de espera hospitalaria (mediana, 1 mes). La demora total fue menor en la provincia de Santa Cruz de Tenerife que en la de Las Palmas ($p = 0,01$).

Conclusiones: La asistencia a enfermos con AR antes de la consulta especializada hospitalaria es deficiente y la demora para la atención reumatológica hospitalaria es excesiva.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Diagnóstico. Derivación. Retraso en atención reumatológica.

CHARACTERISTICS OF RHEUMATOID ARTHRITIS MANAGEMENT IN THE CANARY ISLANDS BEFORE THE FIRST HOSPITAL VISIT

Objective: To obtain data on the management of patients with rheumatoid arthritis (RA) in the early phases of the disease, delays in diagnosis and specialist rheumatological care.

Method: A descriptive, longitudinal, multicenter study was performed over 1 year in five Canary Island hospitals with rheumatology units. Information was gathered on the management of the disease before the first hospital visit, the characteristics of referral to rheumatologists and on patients' clinical status at the first consultation.

Results: Seventy-four patients with RA were included in the study (mean age: 52 years, 72% women). Before the first hospital rheumatology consultation, 67 patients (91%) received medical care. Of these, 34 patients were managed exclusively by primary care physicians. Among the 46 patients who had not received prior specialist care, a diagnosis of RA was made in 19 patients (41%) and only 2 patients (4%) received disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs). In this

Correspondencia: Dr. C. Rodríguez-Lozano.
Servicio de Reumatología.
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.
Barranco de la Ballena, s/n.
35020 Las Palmas de Gran Canaria.
Correo electrónico: crodloz@gobiernodecanarias.org

Recibido el 22-10-1998 y aceptado el 30-1-2002.

group the health care received was evaluated as good (17%), fair (48%), poor (20%) and very poor (7%). Referral was through a referral sheet in 89% of patients and diagnosis was acceptable in 43 sheets (65%). At the first consultation, patients showed moderate activity and disability (HAQm 0.812), 26% had radiological erosions and 74% were prescribed DMARDs. The median delay in RA diagnosis was 5.1 months (IQR: 2-12). The median lag-time to the first hospital consultation was 8.3 months (IQR: 3-27). Most of the delay was due to the lag-time until the referral sheet was completed (median: 6.3 months) versus the delay due to the hospital waiting list (median: 1 month). The overall delay was shorter in the province of Santa Cruz de Tenerife than in the province of Las Palmas ($p = 0.01$).

Conclusions: The management of patients with RA before the first consultation with a hospital specialist is deficient and the delay in receiving specialist rheumatological care is excessive.

Key words: Rheumatoid arthritis. Diagnosis. Referral. Delay in rheumatological care.

Introducción

Se considera que uno de los factores de buen pronóstico en la evolución de los pacientes con artritis reumatoide (AR) es la instauración precoz de un tratamiento adecuado con el objetivo de conseguir la remisión de la actividad inflamatoria¹. Si esto no se logra en su totalidad, al menos se debe intentar la disminución máxima de la actividad, el alivio de los síntomas y la preservación de la capacidad funcional, es decir, una respuesta terapéutica satisfactoria². El reumatólogo es el especialista que suele instaurar los tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) en los pacientes con AR activa. En todos los servicios de reumatología se da prioridad de atención a los pacientes con sospecha de una enfermedad inflamatoria, como la AR, si bien suele existir un retraso en la atención reumatológica especializada a dichos pacientes, que es achacable fundamentalmente a tres causas:

- Escasa sospecha diagnóstica de la AR por parte de los médicos remitentes.
- Desconocimiento de la importancia del tratamiento precoz para el pronóstico de la enfermedad.
- Existencia de listas de espera para atención hospitalaria en reumatología.

En la Comunidad Autónoma de Canarias existen cinco servicios o unidades de reumatología: dos si-

tuados en Las Palmas de Gran Canaria, que prestan asistencia a Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura; dos situados en Santa Cruz de Tenerife, que asisten a Tenerife, La Gomera y El Hierro, y uno situado en La Palma para la asistencia de esa isla. Se desconoce en nuestro medio el tipo de atención prestada a los pacientes con AR en sus fases iniciales y el grado de demora para la atención especializada reumatológica hospitalaria. Por tanto, por iniciativa de la Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE), se puso en marcha un estudio cuyo objetivo principal era disponer de datos sobre el manejo de los pacientes con AR antes de su primera evaluación reumatológica hospitalaria. En concreto, se pretendía tener conocimiento de:

1. Las características de los pacientes y la forma de comienzo de la enfermedad.
2. Quién y cómo trata a los pacientes con AR antes de remitirlos al reumatólogo.
3. El retraso en el diagnóstico y en la atención especializada reumatológica.
4. La influencia del lugar de residencia y la insularidad en la atención reumatológica prestada a los pacientes con AR de inicio reciente.
5. La situación clínica en la que se encuentran los pacientes con AR en la primera consulta reumatológica hospitalaria.

Método

Diseño

Estudio multicéntrico longitudinal descriptivo realizado a lo largo de un año en los 5 hospitales de Canarias con servicios de reumatología. Se recogió la siguiente información sobre los pacientes atendidos en primera consulta que fueron diagnosticados de AR:

1. Características demográficas de los pacientes: edad, sexo, lugar de residencia, estudios, profesión y actividad laboral al inicio de la AR.
2. Características clínicas al inicio de la enfermedad: fecha y modo de inicio, número y predominio de articulaciones afectadas.
3. Tratamientos previos recibidos por los pacientes, prescriptor y tipo de tratamiento, así como la valoración del paciente del tratamiento recibido según escala de Likert de cinco puntos: muy buena, buena, regular, mala y muy mala.
4. Características de la derivación a reumatología: fecha de la propuesta y médico que la realiza, carácter de la propuesta (urgente, preferente, normal, otras: servicio de urgencias, etc.) y coincidencia con el diagnóstico de sospecha que figura en la propuesta.

TABLA 1. Características de los pacientes con AR atendidos en primera consulta hospitalaria

Características	Total de pacientes (n = 74)	AR de < 3 años de evolución (n = 62)	AR de > 3 años de evolución (n = 12)
Edad años (media, DE)	52 (13)	51 (14)	53 (14)
Sexo (% mujeres)	72	71	75
Edad al inicio de la AR, años (media, DE)	49 (15)	50 (14)	41 (17)
Duración de la AR, años (mediana, RIC)	0,7 (0,3-2,6)	0,6 (0,2-1,1)	9,1 (5,8-13,2)

AR: artritis reumatoide; DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

5. Características clínicas de los pacientes en la primera consulta reumatológica y valoración de la actividad de la AR: escalas analógicas visuales (EAV) de dolor y de actividad por el paciente y EAV de actividad por el médico (0 a 100 mm); duración de la rigidez matutina (min); parámetros analíticos (VSG, FR); existencia o no de erosiones; capacidad funcional (HAQ modificado de 8 ítems, clase funcional de Steinbrocker); situación laboral (actividad económica); tipo de AINE que recibe; instauración de tratamiento con FAME en la primera consulta.

Estadística

Se realizó la estadística descriptiva: media y DE en parámetros de distribución normal; mediana y rango intercuartílico (RIC) en parámetros de distribución no normal; la prueba de la χ^2 para comparar variables cualitativas y la U de Mann-Whitney para comparación del HAQm entre sexos; asimismo, la prueba de la t de Student o el test de rangos de Wilcoxon para la comparación de medias.

Resultados

Participaron en el estudio 13 reumatólogos de los cinco hospitales (8 de la provincia de Las Palmas y 5 de la de Santa Cruz de Tenerife), con el apoyo de 3 MIR de reumatología y 2 médicos de familia. Desde noviembre de 1999 y a lo largo de un año, se incluyeron en el estudio 74 pacientes con AR atendidos en la primera consulta hospitalaria: 35 en el Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, 14 en el Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), 10 en el Hospital Insular de Gran Canaria, 10 en el Hospital Ntra. Sra. de Candelaria (Tenerife) y 5 en el Hospital General de La Palma.

Características sociodemográficas

La media de edad fue de 52 años (DE, 13,7), con un rango de 23 a 80 años (tabla 1). Un 72% eran mujeres, lo que representa una proporción mujer: varón de 2,5:1. La mediana de edad al inicio de la AR fue de 49,4 años (RIC, 18-59). La mediana de duración de la enfermedad en el momento de la primera consulta reumatológica hospitalaria fue de 8,5 meses. En el subgrupo de 12 pacientes con AR

TABLA 2. Lugar de residencia, nivel de estudios y actividad laboral de los pacientes con artritis reumatoide al inicio de la enfermedad

Lugar de residencia	n (%)
Provincia de Las Palmas	44 (59,5)
Gran Canaria	38 (51)
Lanzarote	5 (7)
Fuerteventura	1 (1,5)
Provincia de Santa Cruz de Tenerife	30 (40,5)
Tenerife	24 (32)
La Palma	5 (7)
La Gomera	1 (1,5)
El Hierro	0 (0)
Nivel de estudios	
Analfabetos o sólo saben leer/escribir	21 (28)
Primarios	36 (49)
Bachillerato o estudios superiores	17 (23)
Actividad laboral	
Activos	35 (47)
Ocupados	32 (43)
En paro	3 (4)
Inactivos	39 (53)
Sus labores	28 (38)
Jubilados/incapacidad permanente/otros	11 (15)

de más de 3 años de evolución, la mediana de duración de la enfermedad fue de 9,1 años. No existían diferencias significativas entre sexos en cuanto a la edad o a la duración de la enfermedad. El lugar de residencia, el nivel de estudios y la actividad laboral de los pacientes al inicio de la enfermedad se detallan en la tabla 2. El 28% de los pacientes no tenían estudios (eran analfabetos o sólo sabían leer y escribir) y el 49% sólo estudios primarios. Entre los 61 pacientes en los que se recogieron datos sobre su profesión, un 49% eran amas de casa. Treinta y cinco pacientes (47%) estaban laboralmente activos (32 ocupados y 3 en paro), el 15% eran jubilados o tenían incapacidad permanente y el 38% trabajaban en sus labores como amas de casa.

Las características de la AR a su inicio se muestran en la figura 1. Predominaron el inicio agudo/sub-agudo (59%) y poliarticular (57%). La enfermedad se inició en pequeñas articulaciones de las manos y los pies o en éstas combinadas con grandes articulaciones en una proporción similar.

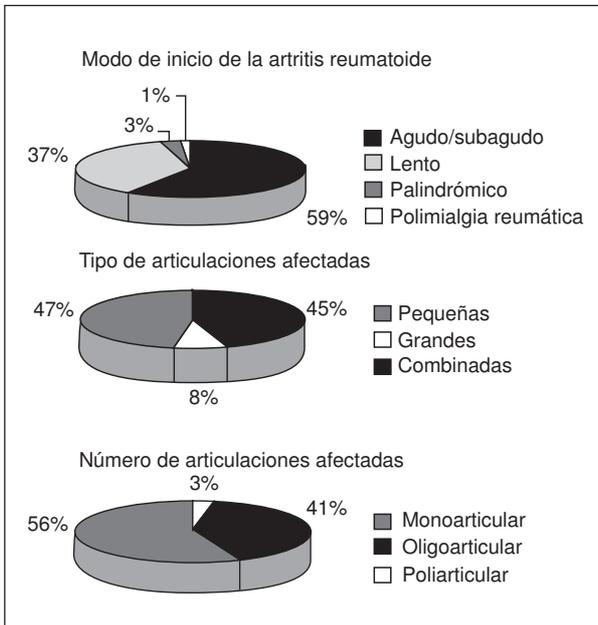


Figura 1. Características de la artritis reumatoide en su inicio.

Características de la atención médica previa recibida

Antes de la consulta reumatológica hospitalaria, 67 pacientes (91%) recibieron atención médica por síntomas relacionados con la AR: un 46% por médicos generales exclusivamente, el resto por uno o más especialistas (un 21% por traumatólogos, un 12% por rehabilitadores, un 23% por reumatólogos en consultas privadas, un 7% por reumatólogos de otros hospitales y un 9% por médicos internistas).

Cuarenta y seis de los 67 pacientes que reclamaron atención médica no fueron atendidos por ningún reumatólogo en las primeras etapas de su enfermedad. Se realizó el diagnóstico correcto de AR en 19 de estos pacientes (41%): en 7 casos realizado por médicos generales, en 6 por médicos internistas, en 3 por traumatólogos y en otros 3 por rehabilitadores. Sólo 2 pacientes (4%) fueron tratados con FAME, cloroquina en ambos casos, prescrita por médicos internistas de Lanzarote, isla en la que no existen reumatólogos. La valoración de la atención recibida, según la escala de Likert de 5 puntos, fue la siguiente: muy buena (0%), buena (17%), regular (48%), mala (20%), muy mala (7%) y no recogida (8%).

En el grupo de 21 pacientes tratados por reumatólogos, se diagnosticó de AR a 18 pacientes (86%), se trató con FAME a 9 pacientes (41%) y la valoración fue muy buena en 3 casos (14%), buena en 11 casos (52%), regular en 5 (24%) y mala en 2 casos (10%) (fig. 2).

El subgrupo de los 12 pacientes con AR de más de 3 años de evolución se caracterizaba por haber sido tratado previamente por reumatólogos o internistas tanto en consultas privadas como en otros hospitales, habiéndose realizado el diagnóstico correcto en 11 casos.

Características del acceso a los servicios de reumatología hospitalarios

Sesenta y seis pacientes accedieron a los servicios de reumatología hospitalarios mediante propuesta de atención hospitalaria (89%), mientras que la vía del servicio de urgencias se empleó sólo en 4 casos (6%) y otras vías en los restantes 4 pacientes. Las

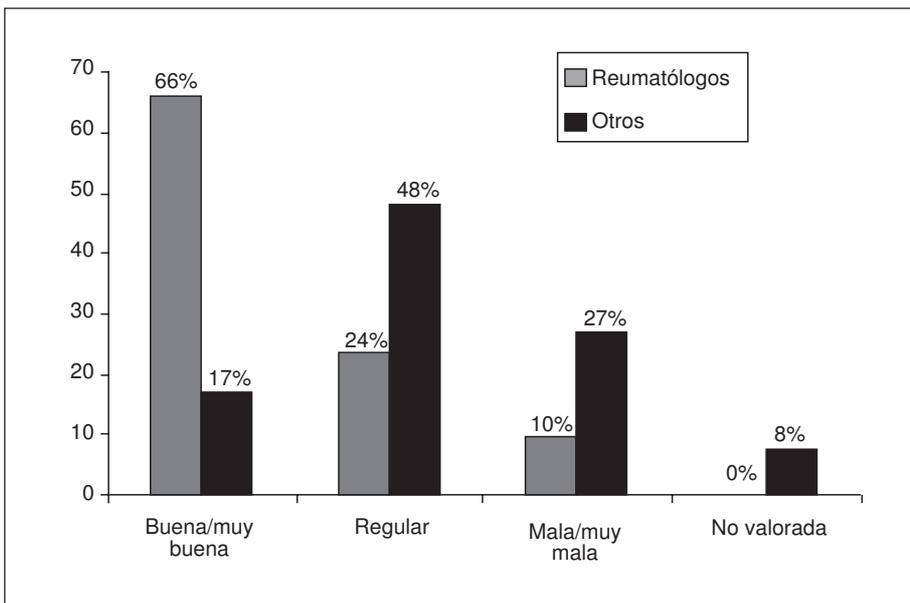


Figura 2. Valoración de la asistencia previa recibida según la escala de Likert.

TABLA 3. Parámetros clínicos y situación laboral de los pacientes con artritis reumatoide en la primera consulta reumatológica hospitalaria

Parámetros clínicos	Mediana	RIC
EAV (0-100) dolor según el paciente	51	33-80
EAV (0-100) actividad según el paciente	58	50-79
EAV (0-100) actividad según el médico	50	30-74
Rigidez matutina	60	29-120
Clase funcional (Steinblocker)	2	1,75-3
HAQ modificado	0,812	0,25-1
VSG	30	15-58
	n	(%)
Presencia de factor reumatoide	50	(70)
Presencia de erosiones	18	(26)
Tratamiento con AINE	60	(81)
Instauración de tratamiento con FAME	53	(74)
Situación laboral		
Laboralmente activos	34	(46)
En actividad laboral	21	(28)
En ILT	13	(18)
Laboralmente inactivos	35	(47)
Sus labores	26	(35)
Jubilados o pensionistas	9	(12)
Sin datos	5	(7)

RIC: rango intercuartílico. EAV: escala análoga visual. AINE: antiinflamatorios no esteroideos. FAME: fármaco modificador de enfermedad. ILT: invalidez laboral transitoria.

propuestas fueron enviadas por atención primaria en 40 casos (61%), por traumatología en 10 casos (15%), por medicina interna en 5 casos (8%), por rehabilitación en 4 casos (6%), por urología en un caso y en otros 6 casos no constaba en la propuesta el médico remitente. La propuesta tuvo carácter normal en 27 casos y preferente o urgente en 25 casos. No constaba el carácter de la misma en las 14 restantes.

Constaba un diagnóstico correcto o aceptable (AR, artritis, artropatía inflamatoria, enfermedad reumática inflamatoria) en 43 propuestas (65%); en el resto, o bien no había diagnóstico de presunción o bien se emplearon términos muy vagos, como "estudio", "enfermedad reumática", "reumatismo", "poliartralgias" o "artrosis reumática".

Parámetros clínicos en la primera consulta reumatológica hospitalaria

Los parámetros clínicos de la AR en el momento de la primera consulta hospitalaria se incluyen en la tabla 3. Las EAV de dolor y de actividad del paciente y del médico (0 a 100 mm) demostraron unas medianas de 51, 50 y 58, respectivamente; se observó una mediana de 60 min de rigidez matutina y un predominio de clase funcional II/IV del ACR. La mediana de HAQm fue de 0,812, con un RIC de 0,250-1,250. El factor reumatoide fue positivo en un 70% de los casos. El 26% de los pacientes presentaba erosiones radiológicas. Sesenta pacientes recibían un tratamiento con AINE, el más em-

pleado de los cuales fue indometacina (31%) seguido de diclofenaco (18%) y meloxicam (9%). En la primera consulta, a un 74% de los pacientes se les prescribió un FAME. La situación laboral de los pacientes en el momento de la primera consulta era la siguiente: activos laboralmente un 45% de los casos: 21 (28%) en actividad y 13 (17%) en ILT en ese momento. Veintiséis pacientes (35%) eran amas de casa y 9 (12%) eran jubilados o pensionistas.

Características de la demora para la atención reumatológica hospitalaria

La mediana del retraso en el diagnóstico de AR fue de 5,1 meses (RIC, 2-12). La mediana de la demora desde el inicio de los síntomas de AR hasta la primera evaluación realizada por un reumatólogo en consulta hospitalaria fue de 8,3 meses (RIC, 3-27). Este tiempo de demora consta de dos partes: el tiempo de retraso desde el inicio de la AR hasta la realización de la propuesta de estudio hospitalario (mediana, 6,3 meses; RIC, 1,7-11,2) y el tiempo transcurrido entre la realización de la propuesta y la primera consulta hospitalaria (mediana, 1 mes; RIC, 0,5-2,8).

Se analizó la demora en el subgrupo de 62 pacientes con AR de reciente comienzo (menos de 3 años de duración). En este grupo de pacientes, el retraso en el diagnóstico fue de 4,6 meses y la demora desde el inicio de los síntomas hasta la primera evaluación realizada por un reumatólogo en consulta hospitalaria fue de 6,8 meses (RIC, 2,4-12).

Se llevó a cabo el análisis de los datos disponibles agrupados por provincias (45 pacientes en Las Palmas, 23 pacientes en Santa Cruz de Tenerife): no hubo diferencias significativas en el tiempo hasta el diagnóstico entre ambas provincias ni tampoco en el tiempo de lista de espera hospitalaria (tiempo transcurrido entre la realización de la propuesta de estudio y la primera consulta). Sin embargo, el tiempo transcurrido desde que se inició la enfermedad hasta que se realizó una propuesta de estudio hospitalario fue significativamente menor en la provincia de Santa Cruz de Tenerife (mediana, 1,8 frente a 7,1 meses; $p = 0,042$), por lo que la demora global para la atención hospitalaria del paciente con AR fue menor en la provincia de Santa Cruz de Tenerife que en la provincia de Las Palmas (mediana, 3 frente a 10,2 meses; $p = 0,035$).

Discusión

Las características demográficas de este grupo de pacientes con AR en la Comunidad Autónoma de Canarias se asemejan a las observadas en el estudio EMAR de variabilidad del manejo de la AR en España³: mediana de edad al inicio de la enfermedad de 49,4 (38-59) años en Canarias frente a 51 (39-61)

años en el total nacional y predominio en mujeres (72% en Canarias frente al 73% nacional). En nuestra serie predominó el inicio agudo/subagudo y poliarticular. Había un mayor porcentaje de analfabetismo entre nuestros pacientes (28%) frente al 18% nacional.

Una gran mayoría de los pacientes reclamó atención médica por síntomas relacionados con su AR en las primeras etapas de la enfermedad. De ellos, la mitad de los casos fue tratado únicamente por atención primaria. Destaca el hecho de que casi una cuarta parte de los enfermos acudió a consultas privadas de reumatólogos antes de ser atendido en las consultas hospitalarias. De los pacientes no valorados previamente por reumatólogos, sólo en una tercera parte de los casos se realizó el diagnóstico correcto de AR. Estos resultados coinciden con estudios previos llevados a cabo en nuestro país sobre la fiabilidad de los diagnósticos de enfermedades reumáticas en atención primaria, en los que más de la mitad de los diagnósticos de presunción fueron cambiados en el momento de la consulta especializada⁴, siendo el grado de concordancia bajo o regular, en especial en médicos generalistas en contraposición a médicos especialistas de medicina de familia⁵. Más relevancia para el paciente tiene el hecho de que sólo un 4% de los enfermos recibiera algún tipo de tratamiento modificador de la enfermedad. Existe evidencia de que la instauración precoz de un tratamiento con FAME altera el curso de la enfermedad y que el paciente se beneficia de la introducción precoz del mismo⁶. En este sentido, se ha asistido a un cambio de mentalidad en la última década, ya que cada vez es mayor el porcentaje de pacientes que reciben un FAME en los primeros 6 meses de evolución de la enfermedad⁷. De hecho en nuestro estudio, en la primera consulta reumatológica 8 meses después del inicio de la enfermedad, el 74% de los pacientes fue tratado con un FAME. En un estudio de 527 pacientes, realizado en Madrid por Hernández-García et al⁸, se demostró una mediana de retraso desde el inicio de la enfermedad hasta la instauración de terapia con FAME de 19 meses, y las variables asociadas con un mayor retraso fueron el tiempo transcurrido hasta la primera consulta reumatológica y los años de educación. En el presente estudio, un 41% de los pacientes atendidos por reumatólogos inicialmente recibió un FAME frente al 4% ya comentado de pacientes atendidos por otros médicos, en coincidencia con un estudio realizado en EE.UU.⁹, en el que se comprobó la tendencia al uso cada vez mayor y más precoz de los FAME entre los reumatólogos pero no entre otros médicos que atendieron a pacientes con AR. En otro estudio, los pacientes tratados por reumatólogos iniciaron el tratamiento con FAME más frecuentemente y experimentaban mejor respuesta en el año siguiente tras la instau-

ración del tratamiento que los pacientes tratados por médicos no reumatólogos¹⁰. Dada la efectividad de los tratamientos con FAME, no sorprende, pues, que en nuestro estudio la satisfacción percibida por los pacientes fuera mucho mejor en el grupo tratado por reumatólogos que por otros médicos.

La procedencia de los pacientes con AR en los hospitales de Canarias fue muy similar a la observada en el estudio emAR a escala nacional³.

En el momento de la primera consulta reumatológica hospitalaria, el grupo de pacientes con AR presentaba un grado moderado de actividad inflamatoria. La capacidad funcional cuantificada con el cuestionario HAQ modificado de 8 ítems demostró una mediana de 0,812 en una escala de 0 a 3, parecida a la observada en el estudio de Hernández-García et al⁸, que fue de 0,85. Para algunos autores, la puntuación inicial del cuestionario HAQ es una variable predictiva importante de la evolución de la enfermedad, incapacidad y aparición de alteraciones estructurales^{11,12}. En un trabajo reciente realizado en Holanda en 133 pacientes con AR precoz¹³ (mediana de duración de la enfermedad, 3 meses; puntuación del HAQ, versión holandesa, 1,12 en la primera consulta), este valor inicial, junto a variables como el dolor y el índice DAS, predijo el pronóstico funcional hasta en el 73% de los casos al cabo de un año.

El factor reumatoide fue positivo en un 70% de los casos, lo que concuerda con otros estudios realizados en nuestro país con un porcentaje de seropositividad alrededor del 75%³.

Llama la atención el hecho de que ya en la primera consulta una cuarta parte de los pacientes tenía erosiones radiológicas. En un estudio llevado a cabo en Holanda¹⁴, en una población de 502 pacientes con AR de menos de un año de duración de la enfermedad y que no habían recibido previamente FAME ni corticoides, se encontró al menos una erosión en el 52% de los casos en la evaluación inicial de radiografías de manos y pies y una tasa de progresión radiológica de erosiones de 2,9/año en el primer año, relativamente estable durante los primeros 6 años de la enfermedad. Una tasa de progresión radiológica también lineal aunque en menor grado fue encontrada por Wolfe y Sharp en una cohorte de pacientes con AR seguidos durante 19 años¹⁵. En otro estudio reciente¹⁶ en 416 pacientes con AR, la prevalencia acumulada de erosiones en la primera radiografía obtenida entre 12 y 24 meses tras el inicio de la enfermedad fue del 36%. En nuestro estudio, la prevalencia de erosiones al cabo de casi 9 meses de enfermedad fue del 26%; sin embargo, este dato ha de considerarse con reservas, ya que no se efectuó una lectura de las radiografías centralizada y estandarizada, por lo cual la proporción de erosiones encontrada ha de considerarse orientativa y probablemente infraesti-

mada. No obstante, tiene el valor de indicar que una proporción considerable de pacientes con AR llegan a la primera consulta reumatológica con una lesión estructural establecida, lo que representa uno de los hechos fundamentales para que se extremen las medidas para conseguir una más rápida derivación de los pacientes a los servicios de reumatología.

Un 81% de los pacientes recibía un tratamiento con AINE en el momento de la primera visita, cifra similar, una vez más, al uso de AINE encontrado en los 1.379 pacientes estudiados a lo largo de dos años en el estudio emAR¹⁷, que fue del 82,1%.

El tiempo de retraso hasta el diagnóstico de la AR en nuestro estudio fue de 5 meses, aproximadamente. En un estudio realizado en Boston, Chan et al¹⁸ encontraron un retraso en el diagnóstico de 36 semanas; el tiempo transcurrido hasta acudir a un médico fue sólo de 4 semanas, por lo que el mayor porcentaje de retraso diagnóstico pudo ser achacado al médico. Estos autores concluyen que el objetivo de tratar al paciente con AR precozmente no es realista en una gran mayoría de pacientes.

La mediana de demora para la primera consulta reumatológica en nuestro estudio fue de 8,3 meses (3-27), un retraso que es inaceptable si el objetivo es tratar al paciente lo antes posible. No obstante, este retraso en Canarias es inferior al de la media nacional, estudio emAR³, que fue de 12 meses (4-45), y al observado en el estudio de Hernández-García⁸, que fue de 17 meses (4-74). Destaca la demora del grupo de los 12 pacientes con AR de más de 3 años de evolución, que fue de 9,2 años (datos no expuestos); sin embargo, la explicación a este gran retraso es que este grupo de pacientes fue tratado previamente por otros reumatólogos o internistas; el motivo de consulta en muchos casos fue el paso a la asistencia en la sanidad pública, el cambio de residencia o la búsqueda de una segunda opinión.

El tiempo transcurrido entre la realización de la propuesta y la primera consulta, es decir, el tiempo por lista de espera hospitalaria que fue de un mes (0,5-2,8), coincidente con el observado en el estudio EMAR³ de un mes (0-2), es aceptable e indica que sólo una séptima parte del tiempo total de demora para la evaluación de los pacientes con AR es achacable a la lista de espera hospitalaria. De alguna forma, los servicios de reumatología estructuran la atención en consultas externas de manera que los pacientes con sospecha de enfermedad reumática inflamatoria puedan ser atendidos con carácter preferente respecto a otras enfermedades. De hecho, uno de los objetivos de la implantación de las consultas de artritis precoz en los servicios de reumatología es poder detectar y tratar con la menor demora posible a los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias^{19,20}.

De nuestro estudio se deduce que el mayor porcentaje de retraso para la atención al paciente con AR se debe a la demora en la realización de la propuesta para el estudio hospitalario: 6,3 meses (1,7-11,2). Este retraso puede suponer para el paciente un peor pronóstico funcional. Houssien et al²¹, investigaron la capacidad funcional de 200 pacientes con AR en relación con el tiempo de retraso en la derivación al especialista de reumatología. Aquellos pacientes con menor retraso en la derivación se asociaron a un mejor estado general de salud y a mejores índices funcionales en los cuestionarios de función física y HAQ. Asimismo, Anderson et al²² demostraron que la duración de la enfermedad influye en el grado de respuesta al tratamiento, de tal forma que los pacientes con una duración de la enfermedad mayor tienen una respuesta menor a cualquier tipo de tratamiento.

Una de las limitaciones del presente estudio ha sido la participación desigual entre los reumatólogos de los distintos centros; no se realizó un análisis comparativo entre hospitales debido a la diferencia notable en el número de pacientes incluidos en cada hospital. Algo parecido ocurre con el análisis del lugar de residencia; aunque una de las ideas iniciales al plantear el estudio era conocer si los residentes en islas menores no capitalinas podrían sufrir un retraso en la atención excesivamente alto, el pequeño número de pacientes procedentes de estas islas impidió conocer este dato con rigor. El análisis de los pacientes agrupados por provincias sí demostró el dato relevante de una mayor demora en la derivación de pacientes a los hospitales en la provincia de Las Palmas (7 meses) frente a sólo 2 meses en Santa Cruz de Tenerife. No encontramos una explicación lógica para esta diferencia, ya que la situación de la atención primaria en ambas provincias está equilibrada; quizá puedan influir la ausencia de un servicio de reumatología en Lanzarote o la mayor antigüedad de los servicios de reumatología en Tenerife, que se indicaría en una menor tendencia entre los médicos generales de Las Palmas de enviar pacientes al reumatólogo. Sea cual fuere la causa, este dato ha de ser tenido en cuenta a la hora de establecer medidas para lograr una atención más precoz y correcta a los pacientes con AR.

En conclusión, la demora global de más de 8 meses para la atención reumatológica hospitalaria de los pacientes con AR en Canarias es excesiva. La lista de espera hospitalaria (un mes) contribuye relativamente poco a esta demora, y su causa principal es el retraso en efectuar la derivación para el estudio reumatológico hospitalario. Este hecho es más prominente en la provincia de Las Palmas. Del presente estudio se deduce la necesidad de emprender campañas de concienciación, fundamentalmente en atención primaria, para fomentar la derivación precoz de los pacientes con AR a los servicios de reumatología.

Agradecimiento

Deseamos expresar el agradecimiento en nombre de la Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE) a Laboratorios Roche S.A., por el apoyo logístico y material suministrado para la consecución del presente estudio.

Grupo SOCARE de Estudio de la AR

Reumatólogos y médicos participantes en el estudio:

Aranzazu Arteaga González: MIR Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
Daniel Batista Perdomo: MIR Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
Manuel Brito Suárez: Jefe de Sección. Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.
Sagrario Bustabad Reyes: Médico Adjunto. Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
Celia Erausquin Arruabarrena: Médico Adjunto. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.
Iván Ferraz Amaro: MIR. Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
Félix Francisco Hernández: Médico Adjunto. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.
María Ángeles Gantes Mora: Médico Adjunto. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.
Eduardo Girona Quesada: Médico Adjunto. Hospital Insular de Gran Canaria Las Palmas de Gran Canaria.
Tomás González García: Jefe del Servicio. Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
Álvaro Lesta: Médico Adjunto. Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife.
Antonio Naranjo Hernández: Médico Adjunto. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.
Soledad Ojeda Bruno: Médico Adjunto. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.
Beatriz Rodríguez Lozano: Médico Adjunto. Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
Carlos Rodríguez Lozano: Jefe de Sección. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.
Verónica Rodríguez: Médico de Familia. Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.
Inmaculada Rosa González: Médico de Familia. Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.
Antonio Rosas Romero: Jefe de Sección. Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.
Íñigo Rúa-Figueroa: Médico Adjunto. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Bibliografía

1. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Special article: guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1996;39:713-22.
2. Comité de Expertos de la SER: Consenso de la Sociedad de Reumatología sobre la terapia con inhibidores de TNF y otros fármacos inductores de remisión en la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:352-4.
3. Villaverde García V. El estudio emAR. Descripción de la población a estudio. En: emAR: estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide. Sociedad Española de Reumatología; p. 38-49.
4. Bolumar F, Ruiz MT, Hernández I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. *J Rheumatol* 1994;21:2344-8.
5. Sánchez Molla M, Tovar J, Medina MA. Diagnostic consistency between primary care physicians and rheumatologists. *Aten Primaria* 1994;13:446-8.
6. Stucki G, Langenegger T. Management of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 1997;9:229-35.
7. Irvine S, Munro R, Porter D. Early referral, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis: evidence for changing medical practice. *Ann Rheum Dis* 1999;58:510-3.
8. Hernández-García C, Vargas E, Abasolo L, Lajas C, Bellajdell B, Morado IC, et al. Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2000;27:2323-8.
9. Ward MM. Trends in the use of disease modifying antirheumatic medications in rheumatoid arthritis, 1980-1995: results from the National Ambulatory Medical Care Surveys. *J Rheumatol* 1999;26:546-50.
10. Criswell LA, Such CL, Yelin EH. Differences in the use of second-line agents and prednisone for treatment of rheumatoid arthritis by rheumatologists and non-rheumatologists. *J Rheumatol* 1997;24:2283-90.
11. Eberhardt KB, Rydgren LC, Pettersson H, Wollheim FA. Early rheumatoid arthritis-onset, course, and outcome over 2 years. *Rheumatol Int* 1990;10:135-42.
12. Van der Heide A, Jacobs JWG, Haanen HCM, Bijlsma JWJ. Is it possible to predict the first year extend of pain and disability for patients with rheumatoid arthritis? *J Rheumatol* 1995;22:1466-70.
13. Jansen LMA, Van Schaardenburg D, Van der Horst-Bruinsma IE, Bezemer PD, Dijkman BAC. Predictors of functional status in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000;59:223-6.
14. Hulsmans H, Jacobs J, Van der Heide D, Van Albalda-Kuijpers G, Schenk Y, Bijlsma J. The course of radiologic damage during the first six years of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000;43:1927-40.
15. Wolfe F, Sharp JT. Radiographic outcome of recent-onset rheumatoid arthritis: a 19-year study of radiographic progression. *Arthritis Rheum* 1998;41:1571-82.
16. Bukhari M, Harrison B, Lunt M, Scott DGI, Symmons DPM, Silman AJ. Time to first occurrence of erosions in inflammatory polyarthritis: results from a prospective community-based study. *Arthritis Rheum* 2001;44:1248-53.
17. González Álvaro I, Hernández-García C. El estudio emAR. Variabilidad en el uso de procedimientos terapéuticos. En: emAR: estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide. Sociedad Española de Reumatología; p. 92-128.
18. Chan KW, Felson DT, Yood RA, Walker AM. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994;37:814-20.
19. Villaverde V, Balsa A, Martín-Mola E. Estrategias para un diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis reumatoide. Implantación de consultas de artritis de reciente comienzo. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, 2000;1:3-17.
20. Speyer I, Hazes JM, Breedveld FC. Recruitment of patients with early rheumatoid arthritis. The Netherlands experience. *J Rheumatol* 1996;44(Suppl):84-5.
21. Houssien DA, Scott DL. Early referral and outcome in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1998;27:300-2.
22. Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, Felson DT. Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: the importance of disease duration. *Arthritis Rheum* 2000;43:22-9.