

Impacto de las Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Artritis Reumatoidea

María de los Angeles Correa, Verónica Lencina, Rafael Chaparro del Moral, María Florencia Marengo, Carolina Casellini, Mariana Salcedo, José A. Maldonado Cocco, Enrique R. Soriano, Oscar Rillo, Ida Exeni, Amelia Granel, Juan Carlos Marcos, Ingrid Strusberg, Ana Bertoli, Mariela Crespo Espindola, Vicente Juarez, Javier Rosa, Dora Pereira, Alicia Eimon, Analía Álvarez, Hugo Scherbarth, Gustavo Citera

Grupo de Estudio de Artritis Reumatoidea – Sociedad Argentina de Reumatología (GESAR- AR)

Resumen

Introducción: Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son necesarias para un íntegro abordaje del paciente. Este estudio se propuso evaluar el impacto de las GPC en Artritis Reumatoidea (AR) teniendo en cuenta tanto la opinión de los médicos reumatólogos como datos de la práctica clínica.

Material y métodos: 100 reumatólogos fueron encuestados vía e-mail para conocer su opinión respecto a accesibilidad y utilidad de las guías 2004/2008. Para datos de la práctica clínica participaron 2 centros de atención pública; se incluyeron 251 pacientes con AR (datos sociodemográficos y clínico-terapéuticos) asistidos entre el período 2004-2007 (cohorte 2004/2007); los datos fueron comparados con los de pacientes con AR (411) asistidos en el período 2002-2004 (cohorte 2002/2004) (datos previos a la publicación de las primeras guías).

Resultados: 25 reumatólogos respondieron la encuesta. La mayoría conocía las guías; el acceso promedio fue 6 meses; la principal vía fue haber participado en su elaboración, y con menor frecuencia el participar en instituciones reumatológicas (SAR u otra) y en el Congreso Argentino de Reumatología. Los temas de mayor interés fueron terapia biológica y medidas de evaluación de pacientes con AR, seguidos por drogas modificadoras de la enfermedad (DMARs). En la práctica clínica observamos que en la cohorte 2004/2007, el reumatólogo fue el primer profesional consultado (51% vs. 14,5% en el período anterior) teniendo los pacientes menor tiempo de enfermedad (36 vs. 96 meses). Recuento articular y reactantes de fase aguda se realizaron bimestralmente en más del 50% de los pacientes y en más pacientes que el período anterior. Como tratamiento inicial, metotrexato en monoterapia continuó siendo de elección, teniendo en el último período indicación más precoz (4 vs. 12 meses de enfermedad); hubo más uso de leflunomida y terapia biológica y menos de sulfasalazina e hidroxiquina. Los esteroides permanecieron sin cambios.

Conclusiones: Las guías mostraron ser útiles en la práctica habitual, jugando un rol importante en el cambio de conductas observado en el abordaje del paciente reumatológico.

Palabras clave: artritis reumatoidea, guías clínicas, tratamiento.

Summary

Introduction: Clinical Practice Guidelines (CPG) are necessary for a full approach to the patient. This study aimed to assess the impact of CPG in rheumatoid arthritis (RA) taking into account the opinion of physicians and rheumatologists in clinical practice.

Methods: 100 rheumatologists were surveyed via e-mail seeking comment regarding accessibility and usefulness of the 2004/2008 CPG. Data from clinical practice involving 2 public health centers, included 251 patients with RA (socio-demographic, clinical and therapeutic data) attended between the years 2004-2007 (cohort 2004/2007); data were compared with those of patients with RA (411) assisted in the period 2002-2004 (cohort 2002/2004) (data prior to publication of the first CPG).

Results: 25 rheumatologists responded to the survey. Most knew the guides, the average access was 6 months, the main route was to have participated in its elaboration, and less frequently the institutions participating in rheumatological (SAR or other) and the Argentine Congress of Rheumatology. The topics of greatest interest were measures of biological therapy and evaluation of patients with RA, followed by disease-modifying drugs (DMARs). In clinical practice we observed that in the cohort 2004/2007, the rheumatologist was the first professional consulted (51% vs. 14.5% in the previous period) patients taking less sick time (36 vs. 96 months). Joint counts and acute phase reactants were conducted bimonthly over 50% of patients and more patients than the previous period. Methotrexate monotherapy as initial treatment of choice remained, taking in the last period early indication (4 vs. 12 months of disease duration) and there was more use of leflunomide and biological therapy and less than sulfasalazine and hydroxychloroquine. Steroids were unchanged.

Conclusions: Clinical guidelines were shown to be useful in practice, playing a role in behavior change observed in the management of rheumatologic patients.

Key words: rheumatoid arthritis, clinical guidelines, treatment.

Correspondencia

Dr. Gustavo Citera, Jefe Sección Reumatología, IREP. E-mail: gustavocitera@gmail.com

Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre diagnóstico y/o tratamiento constituyen una estrategia para asistir al médico en la toma de decisiones, e intentan mejorar la efectividad y reducir los costos a la hora de proveer servicios de salud¹.

Las primeras GPC de Artritis Reumatoidea (AR) de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR) fueron desarrolladas en el período 2003/2004¹ y actualizadas en el año 2008².

Con el objetivo de evaluar el impacto de dichas guías en la práctica habitual de los reumatólogos argentinos, el GESAR-AR se propuso durante el período mayo-julio del 2009:

- Conocer la opinión de los médicos reumatólogos en relación a la accesibilidad y utilidad de las mismas.
- Comparar datos sociodemográficos y clínicos de 2 cohortes de pacientes con AR asistidos en períodos diferentes: antes y después de la publicación de las primeras guías de tratamiento de AR.

Materiales y métodos

Para el primer objetivo se enviaron encuestas de opinión de las guías 2004 y 2008 vía e-mail a médicos reumatólogos titulares de la SAR. En las mismas se consignaron datos relacionados a forma y tiempo de acceso a las guías, utilidad general y de sus capítulos: medidas de evaluación de los pacientes con AR, antiinflamatorios no esteroides (AINEs), esteroides, drogas modificadoras de la Artritis Reumatoidea (DMARS), terapia biológica y tratamiento no farmacológico.

Para el segundo objetivo, participaron 2 centros públicos de reumatología de la ciudad de Buenos Aires: Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP) y Hospital Tornú. Se consignaron por historia clínica e interrogatorio directo datos sociodemográficos y clínico-terapéuticos de pacientes con AR según criterios ACR '87, asistidos entre el período diciembre 2004–diciembre 2007 (posterior a la publicación de las primeras guías) y con al menos 3 consultas regulares en consultorios externos.

Estos datos fueron comparados con datos de pacientes con AR del estudio “Evaluación nacional sobre factores pronósticos y características terapéuticas en pacientes con AR en la República Argentina”³:

- Dicho trabajo analizó 411 pacientes con AR pertenecientes a 12 centros reumatológicos de diferentes ciudades argentinas, que habían tenido por lo menos un año de seguimiento y 3 consultas regulares en el centro participante

en el período diciembre 2002–diciembre 2004 (previo a la publicación de las primeras Guías). Los datos sociodemográficos y clínicos fueron recolectados de manera similar. Cabe aclarar que este trabajo no fue realizado con la intención de ser comparado posteriormente.

Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas fueron expresadas en media y desvío estándar y las categóricas en porcentajes.

Resultados

Accesibilidad y utilidad de las Guías

Se enviaron encuestas de opinión a 100 reumatólogos. Contestaron la misma 25. El 92% de ellos tenían entre 5-10 años de ejercicio de la reumatología.

El 96% de los especialistas consultados conocía las Guías 2004 y el 100% las Guías 2008. La principal vía de acceso a las mismas fue haber participado en el consenso de elaboración de dichas guías (48%); otros lo hicieron a través del Congreso Argentino de Reumatología (20% para las guías 2004 y 12% para las 2008), y otros por participación activa en la SAR u otra institución reumatológica (24% para guías 2004 y 36% para guías 2008). El tiempo de acceso a las mismas fue corto; en el caso de las guías 2004, fue inmediato a la edición en el 52%, y dentro de los primeros 6 meses en el 32%. En cuanto a las guías 2008, el 96% respondió conocerlas antes de transcurridos 6 meses de su edición.

Los capítulos referidos como de mayor interés fueron el de terapia biológica y el de medidas de evaluación de pacientes con AR, seguidos por el capítulo de uso de drogas modificadoras de la enfermedad (DMARS) (Gráfico 1).

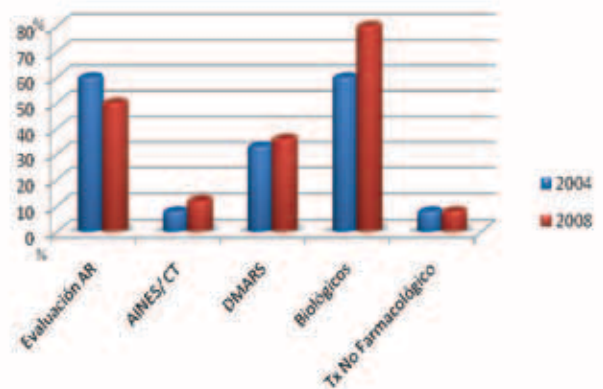


Gráfico 1. Temas de interés: AR (Artritis Reumatoidea), AINES (analgésicos no esteroides), CT (corticoides), DMARS (drogas modificadoras de la enfermedad), Tx (tratamiento).

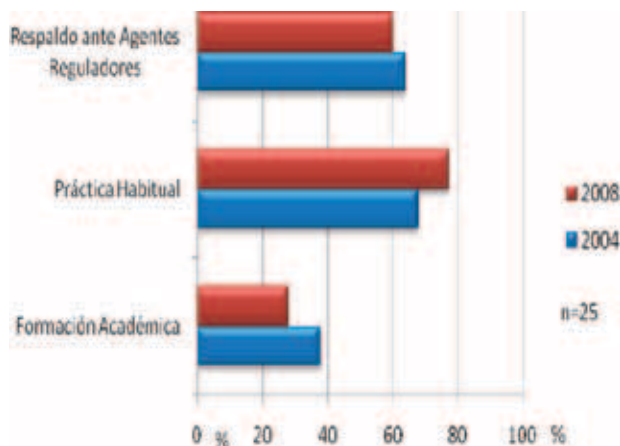


Gráfico 2. Otras utilidades de las Guías.

Más del 60% de los especialistas consultados refirieron a estas guías como útiles para la práctica habitual y como documento de respaldo ante agentes reguladores (Gráfico 2).

Comparación de 2 cohortes de pacientes con AR: cohorte 2002/2004 vs. cohorte 2004/2007

Cohorte 2002/2004: 411 pacientes

Cohorte 2004/2007: 251 pacientes

Las cohortes mostraron similitudes en cuanto a *Características Sociodemográficas y de la Enfermedad* (Tabla 1).

	2002 - 2004 n=411	2004 - 2007 n=251
Sexo mujeres n (%)	349 (85)	210 (83,7)
Edad años m (RIC)	55	51 (42-59)
Educación años m (RIC)	8	8 (7-12)
Residencia urbana n (%)	288 (70)	173 (68,9)
Factor Reumatoideo+ n (%)	341 (89%)	224 (92%)
Nódulos n (%)	117 (29,7%)	56 (25%)
Erosiones n (%)	Dato faltante	168 (72%)

Tabla 1. Características sociodemográficas y de la enfermedad.

Sin embargo, observamos diferencias en lo que respecta a *Cobertura Social*: en la cohorte 2004-2007 hubo más pacientes sin cobertura social (129 [54,4%] vs. 162 [39,4%]), siendo en consecuencia menor el porcentaje de pacientes con obra social o prepaga (45,5% [108] vs. 60,5% [249]).

En cuanto a *Actividad Laboral*, la cohorte 2004-2007 presentaba más pacientes ocupados y menos pacientes jubilados, siendo la cantidad de pacientes desocupados por AR similar en ambos períodos (Tabla 2).

Fue relevante el menor Tiempo de Evolución de la Enfermedad al momento de la consulta en el último período:

2002-2004 *m* (RIC): 96 (48-168) meses

2004-2007 *m* (RIC): 36 (9-18) meses

	2002-2004 n = 411	2004-2007 n = 251
Ocupados n (%)	69,9 (30,4)	99 (48,7)
Desocupados n (%)	92 (47,8)	88 (43)
Jubilados n (%)	50 (21,7)	16 (7,8)
DESOCUPADOS por AR n (%)	50 (21,7)	38 (21,9)

Tabla 2. Actividad laboral.

Sin embargo, no se observaron diferencias en el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta por *Primera Vez* al reumatólogo: cohorte 2002-2004 *m* (RIC): 13 (2,5-24) meses vs. cohorte 2004-2007 *m* (RIC): 12 (5-24) meses.

Respecto al *Primer Profesional Consultado* ante signos y síntomas de AR, fue interesante destacar en la segunda cohorte la mayor frecuencia de consulta al reumatólogo (Gráfico 3).

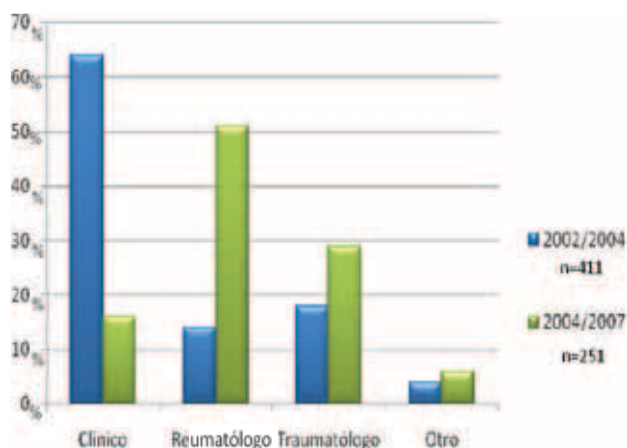


Gráfico 3. Primer profesional consultado.

En cuanto a *Tratamiento*, no hubo diferencias entre las cohortes respecto a *Esquema Terapéutico Inicial*: el 94% inició tratamiento con 1 droga (monoterapia) y solo el 6% con terapia combinada con 2 drogas, siendo la asociación principal metotrexato (MTX)-hidroxicloroquina (HXQ) (85,7%). Respecto a las DMARs empleadas en el esquema monoterapia, hubo diferencias en la frecuencia de indicación de las mismas: en la cohorte 2004-2007 hubo mayor indicación de MTX (61% vs. 41%) y leflunomida (LFN) (9,4% vs. 3%) y menor de HXQ (17% vs. 34%) y sulfasalazina (SFZ) (1% vs. 5%).

Es importante destacar que, en el último período, el inicio del tratamiento fue más precoz (menor tiempo de enfermedad al inicio de la primera DMAR):

2002-2004 *m* (RIC): 12 (6-40) meses

2004-2007 *m* (RIC): 4 (1-24) meses

En la cohorte 2004-2007, fue factible analizar las frecuencias de los diferentes métodos de evaluación de los pacientes a lo largo del período de seguimiento. *Recuento Articular* (dolorosas e inflamadas) y *Reactantes de Fase Aguda* (eritrosedimentación (ERS)/proteína C reactiva (PCR)) fueron los más realizados; otros tuvieron menor frecuencia (Gráficos 4, 5 y 6).

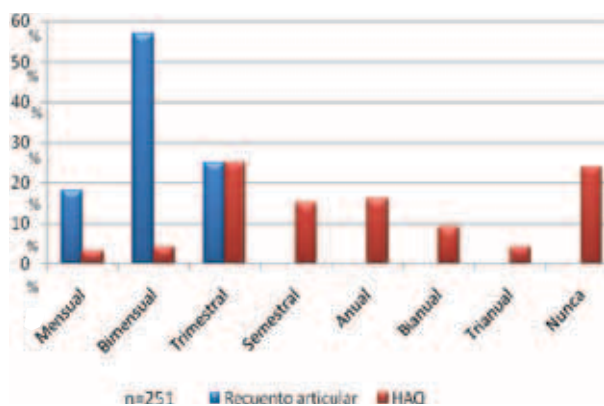


Gráfico 4. Frecuencia de evaluaciones: recuento articular-HAQ. HAQ: Health Assessment Questionnaire.

En la cohorte 2002/2004 no fue factible analizar las frecuencias de los métodos de evaluación, ya que no fue el objetivo de este estudio cuando el mismo fue realizado. Sin embargo, observamos que en ese período solo en el 35% de los pacientes se registraba recuento articular, en el 10% HAQ y en el 44% ESR, valores todos inferiores que los de la cohorte 2004/2007.

Evaluando ambas cohortes, observamos en cuanto a *Esquema Terapéutico durante el Seguimiento* que:

- El Agregado de DMARs no fue diferente entre las mismas (24% vs. 29,6% en la cohorte 2004/2007). Sin embargo los pacientes de la última cohorte tenían más tiempo de enfer-

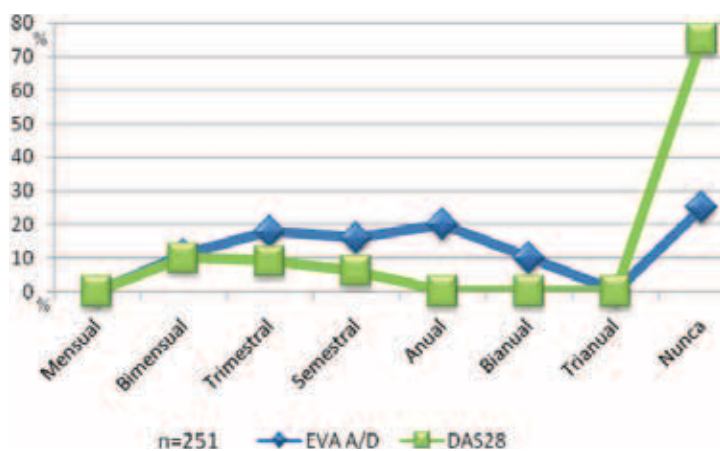


Gráfico 5. Frecuencia de evaluaciones: VAS A/D y DAS 28. EVA A/D: Escala Análoga Visual Actividad/Dolor. DAS 28: Disease Activity Score.

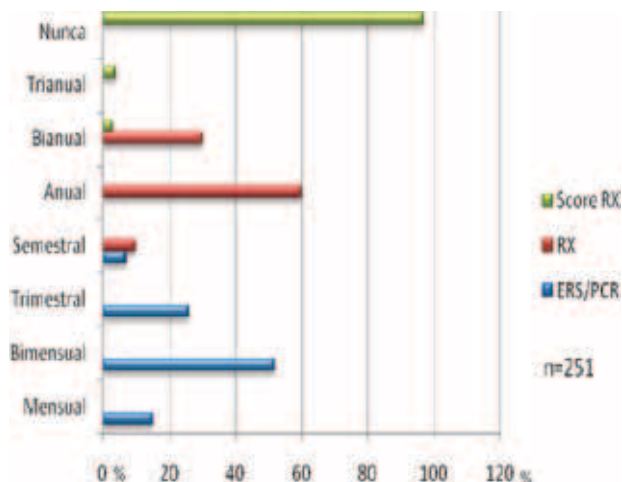


Gráfico 6. Frecuencia de evaluaciones: ERS/PCR, RX y Score RX. ERS/PCR: Eritrosedimentación/Proteína C Reactiva. RX: Radiografías.

medad al momento de la indicación: 34,5 m (RIC 18,75-97) meses vs. 12 m (RIC 4,5-24). En general, las diferentes drogas mantuvieron su frecuencia, con excepción de LFN la cual incrementó en el último período: 11,4% vs. 29%.

- *Cambio de DMARs*: hubo menor frecuencia en la segunda cohorte (39,5% vs. 24%), siendo los motivos prácticamente similares: evento adverso 31% e ineficacia 54%.

- La *Terapia Biológica* fue indicada con mayor frecuencia en la cohorte 2004/2007: 14% versus 5%. El número de DMARs previas a la terapia biológica fue principalmente 2 (42% [17 pacientes]), seguido de 3 DMARs (30% [12 pacientes]) y 1 DMAR (20% [8 pacientes]).

- El uso de *Esteroides* se mantuvo prácticamente sin cambios (87% vs. 86% en el período anterior). El 51% (129) de los pacientes recibió al menos alguna infiltración articular.

Discusión

Los crecientes avances sobre patogenia, evolución y tratamiento de la AR han llevado a la mayoría de los países desarrollados a reconocer la necesidad de utilizar Guías de Práctica Clínica¹. En el año 2004, la Sociedad Argentina de Reumatología publicó las “Primeras Guías Argentinas de Práctica Clínica en el Tratamiento de la Artritis Reumatoidea”², y en el año 2008¹ las mismas fueron actualizadas.

El grupo de estudio de la SAR de Artritis Reumatoidea se propuso evaluar el impacto de las mismas en la práctica reumatológica, teniendo en cuenta tanto la opinión de los médicos reumatólogos como datos de la práctica clínica.

Las encuestas de opinión sobre accesibilidad y utilidad de las guías demostraron que casi la totalidad de los encuestados las conocía; entre el 12% y 36% accedió a las mismas por participación en instituciones reumatológicas (SAR y otras) y Congreso Argentino de Reumatología. El tiempo de acceso fue en la mayoría dentro de los 6 meses. Los temas de mayor interés fueron terapia biológica y medidas de evaluación de pacientes con AR. Es de destacar la escasa participación de los reumatólogos en las encuestas (25%).

Para evaluar el impacto de las guías, teniendo en cuenta la práctica clínica, se consignaron datos de hasta 3 años después de la publicación de éstas. Como este trabajo se realizó en el 2009, solo pudo evaluarse el impacto de las primeras guías (2004). Como grupo comparador, se utilizaron datos de una cohorte nacional de pacientes con AR obtenidos antes de la publicación de las guías 2004. Cabe aclarar que esta cohorte mencionada no tenía como objetivo futuro ser grupo comparador³.

Las cohortes (2002-2004 vs. 2004-2007) fueron en general comparables; sin embargo en el último período hubo más pacientes sin cobertura social, laboralmente activos y menos pacientes jubilados. Estas diferencias probablemente reflejan la situación socioeconómica del país al momento del estudio. El número de pacientes desocupados por AR permaneció sin cambios (21%).

En la segunda cohorte observamos cambios favorables en cuanto a la consulta reumatológica: en primer lugar, el médico reumatólogo fue el primer profesional consultado ante los signos y síntomas de AR; es interesante recordar que en el período anterior otras especialidades (clínica y traumatología) eran las más frecuentemente consultadas. Observamos, además, que los pacientes presentaban menos tiempo de evolución de la enfermedad al momento de la consulta: 36 vs. 96 meses. Si bien no fue factible determinar la causa de estos resultados, hay que tener en cuenta que los centros

participantes son centros de derivación y que existe en los últimos años mayor difusión de esta patología. A pesar de ello, continúa siendo prolongado el tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta al reumatólogo (12 meses).

En la segunda cohorte, las consultas fueron bimestrales en más de la mitad de los pacientes e incluyeron recuento articular (dolorosas-inflamadas) y reactantes de fase aguda (ERS/PCR); el HAQ se realizó trimestralmente solo en el 25% de los pacientes. Las radiografías de manos y pies fueron realizadas anualmente en el 59% de los pacientes, aunque no se realizó score radiológico ni de actividad de la enfermedad (DAS28) en la gran mayoría. Estas frecuencias posiblemente expresan tanto practicidad como utilidad del método en la práctica diaria. En la cohorte 2000-2004, el porcentaje de pacientes evaluados objetivamente fue menor (recuento articular en el 35% de los pacientes, HAQ en el 10% y ESR en el 44%), por lo que podemos considerar un mejor abordaje de los pacientes en el último período.

En cuanto a Esquema Terapéutico Inicial, el metotrexato en monoterapia siguió siendo el tratamiento de elección, aunque su indicación fue más precoz en el último período (4 vs. 12 meses de evolución de la enfermedad); al considerar otras DMARs como monoterapia inicial, en la cohorte 2004-2007 hubo mayor frecuencia de indicación de LFN y menor de SFZ e HXQ. Estos cambios pueden ser atributos de un tratamiento oportuno en los pacientes con AR⁴. Aunque existe en numerosos trabajos evidencia de calidad respecto al beneficio de la terapia combinada, en la práctica su indicación continúa siendo limitada (6% en ambos períodos)⁵.

Respecto al Esquema Terapéutico durante el Seguimiento, en la cohorte 2004-2007 el agregado de DMARs fue más tardío (mayor tiempo de evolución de la enfermedad al momento de la combinación): 34 vs. 12 meses; esta diferencia podría ser beneficio de una consulta precoz y en consecuencia un tratamiento oportuno⁴; LFN tuvo mayor prescripción que en el período anterior. Vimos además menor indicación de cambio de DMARs ante falta de eficacia o eventos adversos, posiblemente por mayor indicación de terapia biológica ante estas situaciones.

Al igual que en la literatura, el uso de esteroides permaneció sin cambios a lo largo del tiempo (87% de los pacientes)⁶.

Conclusión

En resumen, las guías resultaron de gran utilidad para la práctica asistencial y como herramienta de respaldo ante agentes reguladores. Observamos sustancial mejoría en el abordaje del paciente reumatológico. Si bien existen ciertas circunstancias (participación en congresos, mayor acceso a información científica, etc.) que pueden influir en esta mejoría, creemos que estas Guías de Práctica Clínica en AR juegan también un rol imprescindible en este cambio de conductas. Existen aún situaciones a modificar, pero la estrategia de asistir al médico en la toma de decisiones es efectiva.

Conocemos las limitaciones de nuestro estudio, ya que un bajo porcentaje de médicos respondió la encuesta y no solo las guías pueden impactar en los cambios de conducta del médico.

Por otra parte, la comparación de la actitud de los reumatólogos en los períodos 2004 vs. 2008 se realizó solamente en 2 de los centros incluidos en el período inicial. Sin embargo, creemos que la información recolectada por el grupo de estudio merece estar disponible para toda la comunidad reumatológica, cumpliendo de esta manera nuestro estudio con ese objetivo.

Bibliografía

1. Primeras Guías Argentinas de Práctica Clínica en el Tratamiento de la Artritis Reumatoidea – Edición especial – 2004.
2. Actualización de las Guías de Práctica Clínica en el Tratamiento de la Artritis Reumatoidea. Revista Argentina de Reumatología – Edición especial – 2008.
3. Evaluación nacional sobre factores pronósticos y características terapéuticas en pacientes con Artritis Reumatoidea en la República Argentina – Presentación oral. Congreso Argentino de Reumatología 2004.
4. Mottonen T, Hannonen P, Korpela M, et al. Delay to Institution of Therapy and Induction of Remission Using Single Drug or Combination Disease Modifying Antirheumatic Drug Therapy in Early Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46(4):894-898.
5. Calguneri M, Pay S, Caliskaner Z, et al. Combination therapy versus monotherapy for the treatment of patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheum* 1999;17:699-704.
6. Criswell LA, Saag KG, Sems KM, et al. Moderate term, low dose corticosteroids for rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Review, 1998; Issue 3, Art N°:CD001158.