

¿Se derivan correctamente los pacientes con sospecha de espondiloartritis desde atención primaria hacia reumatología?

Esta pregunta responde a la necesidad de recortar el tiempo de espera entre el inicio de los síntomas y la evaluación del paciente en su servicio de reumatología que, en la España actual, es de unos ocho años. El paradigma de la espondiloartritis axial es la espondilitis anquilosante y, en la mayoría de los pacientes, las manifestaciones clínicas se producen antes de los 45 años. La clínica resultante de la inflamación de las sacroilíacas y de las articulaciones de la columna vertebral suele ser el motivo de consulta su reconocimiento no siempre es fácil para el médico de atención primaria. Por ello, uno de los objetivos de la Sociedad Española de Reumatología, al igual que las sociedades de otros países, es mejorar las derivaciones desde atención primaria y recortar tiempos de espera. En este sentido, en el último de los números de 2013 de la revista *Reumatología Clínica*, se publicaron los resultados obtenidos en España con el estudio RADAR (*Recognizing And Diagnosing Ankylosing Spondylitis Reliable*), que trataba de hallar la estrategia de derivación más sencilla. El trabajo se desarrolló en 16 países y contó con el patrocinio del laboratorio *Merck & Co*. Participaron numerosos reumatólogos españoles, entre ellos, el Dr. José Luis Fernández Sueiro, uno de los reumatólogos gallegos más interesados en las espondiloartritis y, desgraciadamente, ya fallecido.

Los ocho centros de atención primaria que participaron en España, siguiendo el método asignado al estudio, debían considerar la remisión al reumatólogo a los pacientes con dolor lumbar de más de tres meses de duración cuyo origen no se hubiese esclarecido. La edad de los enfermos al inicio de los síntomas debía ser inferior a 45 años y, obviamente, ninguno podía estar previamente diagnosticado de una espondiloartritis. Existían dos estrategias que se asignaron aleatoriamente a los centros de atención primaria. Una estrategia era laxa y el médico podía enviar al reumatólogo a aquellos pacientes que cumplían alguno de los tres siguientes criterios: dolor lumbar inflamatorio, presentar el antígeno HLA-B27 o existir evidencia de sacroiliitis en cualquier prueba de imagen. La otra estrategia era más estricta y la remisión exigía cumplir dos de los siguientes seis criterios: dolor lumbar inflamatorio, presentar el HLA-B27, existencia de signos de sacroiliitis en técnicas de imagen, historia familiar de espondiloartritis, presencia de manifestaciones extraarticulares como uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal, y buena respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

El total de pacientes incluidos en el estudio internacional fueron 1.072 de los que completaron dicho estudio 1.049 y, de ellos 87 lo hicieron en España. Aunque es un número pequeño, los datos obtenidos no permitieron observar diferencias significativas en cuanto a la eficacia de las dos estrategias para remitir enfermos. Así, fueron diagnosticados definitivamente por el reumatólogo como espondiloartritis axiales el 25,4% de los remitidos con la estrategia laxa y el 28,6% de los enviados con criterios de la estrategia más estricta.

La concordancia entre reumatólogo y médico de atención primaria respecto a los criterios estuvo algo por debajo de la media del estudio. Esta discordancia fue del 25% para el dolor lumbar inflamatorio, del 10% en lo referente al HLA-B27 (y se trata de una prueba objetiva) y del 80% en lo que concernía al hallazgo o no de sacroilitis en las técnicas de imagen.

Pese a lo reducido del grupo de pacientes, se deduce la necesidad de mejorar la formación y habilidad de los médicos de atención primaria para identificar las espondiloartritis. Los protocolos de derivación sencillos y una buena preparación del médico ayudarían a muchos enfermos y reducirían el tiempo previo al tratamiento.

Vigo, a 12 de mayo de 2013

Dr. Norberto Gómez Rodríguez
363603827 Reumatólogo