



El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias

Glosario de evidencias

Versión actualizada de 2025



**Global
Remission
Coalition**



Acerca de

Este glosario de evidencias resume las investigaciones que se han llevado a cabo recientemente sobre enfermedades reumáticas inflamatorias y el valor que tiene perseguir la remisión.

Este documento sirve como complemento del informe de la Alianza Global para el Acceso de Pacientes titulado El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias (abril de 2024) y es una actualización de la versión de junio de 2024 de dicho complemento.

Remisión	4
Prevalencia	8
Impacto	10
Actuación temprana	13
Beneficios de la remisión	15
Soluciones de valía demostrada	25

La Alianza Global para el Acceso de Pacientes se ha asociado con Patvocates para recopilar los estudios que se destacan en este glosario.

La edición de 2025 del **Glosario de evidencia** incluye datos nuevos, con el fin de:



Comprender en mayor profundidad la remisión:

lo que realmente significa para los pacientes, cuán transformador puede ser su impacto y cómo las guías clínicas, en constante evolución, deben reflejar cada vez más la perspectiva del paciente y respaldar el acceso múltiples opciones de tratamiento farmacológico cuando sea necesario.



Recaltar el impacto que tiene en todos los grupos de edad,

señalando que la artritis reumatoide y la gota son cada vez más habituales en adolescentes y adultos jóvenes, lo que podría tener consecuencias de por vida si no se abordan a tiempo.



Hacer hincapié en la relación que existe entre las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas

(ME)* y el dolor crónico, subrayando los efectos amplios y a largo plazo que tiene el dolor crónico en las personas y la sociedad.



Destacar la importancia de una intervención

temprana en el lugar de trabajo, incluidas las estrategias estructuradas de regreso al trabajo para evitar que la persona acabe en situación de desempleo de larga duración o de dependencia de una baja por enfermedad o discapacidad.

*En el contexto de este glosario de evidencias, cuando se hable de «enfermedades ME» estarán incluidas las enfermedades reumáticas inflamatorias.



A warm, orange-toned photograph serves as the background. It depicts a man in a white lab coat, likely a doctor, holding the hand of a woman lying down. Another person is partially visible in the background. The overall mood is supportive and caring.

Remisión

¿Qué es la «remisión»?

La remisión de una enfermedad significa que su actividad —es decir, sus signos y síntomas— desaparecen. «**La actividad de la enfermedad es como si se hubiera esfumado**».¹ Los reumatólogos, con demasiada frecuencia, solo consideran que hay remisión de la enfermedad o una actividad de la enfermedad baja (LDA) basándose en los resultados de un análisis de sangre, una RM o en un índice de inflamación, según los criterios de remisión de ACR/EULAR.² Para los pacientes, la remisión significa mucho más. Las personas que logran la remisión suelen experimentar una **transformación de su vida cotidiana**: menos dolor, menos fatiga y una vuelta a las rutinas normales. La remisión puede desencadenar una cascada de cambios positivos:

- **Menos dolor** implica más libertad de movimiento, lo que hace que mejore la capacidad física.
- **Una mejor capacidad física** permite realizar más actividades y alcanzar más logros cotidianos.
- Estos **logros** provocan una sensación de éxito y confianza en uno mismo.
- La **confianza** favorece la interacción social y ayuda a encontrar un empleo y a tener un buen desempeño en el trabajo.
- La **vida social** y el empleo potencian la autonomía, la independencia, la estabilidad económica y la salud mental.
- Todo ello conduce a una **vida más plena y de mayor calidad**.³

OMERACT quiso definir y medir la remisión desde el punto de vista del paciente. Para ello, determinaron las tres áreas clave que tienen mayor importancia: el **dolor**, la **fatiga** y la **independencia**. La independencia es difícil de medir. La mayoría de los instrumentos se centran únicamente en la función física, que es solo uno de los componentes de la independencia. Los pacientes describen la independencia mediante cuatro temas principales:

- Una vuelta al estado anterior a su enfermedad reumática
- Ser capaces, desde un punto de vista tanto físico como funcional
- La sensación de libertad sin tener que depender del prójimo
- Tener el control de la organización de su propia vida

Todo esto se puede resumir del siguiente modo: «Poder hacer lo que quieras, cuando quieras y como quieras» y «Casi olvidarte de que padeces una enfermedad».^{4,5,6} Dado que el dolor, la fatiga y la pérdida de independencia tienen un impacto tan perjudicial, todos los pacientes deberían tener derecho a perseguir la remisión.



Todos los pacientes deberían tener derecho a perseguir la remisión.

1 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

2 Felson et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis*. 2011. PMID: 21292833

3 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Seminario web, 3 de abril de 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

4 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

5 Khoo et al. Defining independence: A scoping review by the OMERACT patient perspective of remission in rheumatoid arthritis group. *Semin Arthritis Rheum*. 2023 Feb;58:152152.

6 Flurey et al. "It means almost forgetting that you've got a disease": An OMERACT study to define independence in the context of rheumatoid arthritis remission from the patient perspective. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 68 (2024) 152526.

Acceso equitativo a todo el abanico de opciones de tratamiento

Las recomendaciones de tratamiento de la EULAR para la **artritis reumatoide (AR)**¹ y la **artritis psoriásica (APs)**² han evolucionado para incluir tanto **la perspectiva del paciente como la de la sociedad**.

Por ejemplo:

Principio general D para la APs:

El objetivo principal del tratamiento de los pacientes con APs es maximizar la calidad de vida relacionada con la salud mediante el control de los síntomas, la prevención del daño estructural, la normalización de la función y la participación social; la eliminación (cese) de la inflamación es un componente importante para lograr estos objetivos (sin cambios).²

Principio general E para la AR:

La AR conlleva unos costes elevados —individuales, médicos y sociales—; todos ellos los ha de tener en cuenta el reumatólogo a la hora de manejar la enfermedad.¹



1 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. doi:10.1136/ard-2022-223356.

2 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

En consonancia con estos principios, las recomendaciones hacen hincapié en la importancia de perseguir la remisión: El tratamiento debe estar destinado a alcanzar el objetivo de remisión o, en casos en los que esto no sea posible, una baja actividad de la enfermedad, mediante una evaluación periódica de la actividad de la enfermedad y un ajuste adecuado del tratamiento.¹ Dado que la AR y la APs pueden variar mucho de una persona a otra, es posible que los pacientes necesiten **acceder a diversos tipos de medicamentos con mecanismos** de acción diferentes. Con el tiempo, quizás también necesiten cambiar de tratamiento (Principio D para la AR²).

En ambos conjuntos de recomendaciones se pide más investigación sobre los cambios de tratamiento. En el caso de la APs, en caso de respuesta inadecuada o intolerancia, se recomienda cambiar a otro biológico (FAMEb - fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico) o a un FAME sintético dirigido (FAMEsd). Aquí se incluyen los cambios dentro de la misma clase farmacológica.¹

La evidencia emergente muestra que **un cambio entre clases farmacológicas** (p. ej., de un inhibidor del TNF a un inhibidor de JAK) suele dar mejores resultados que un cambio dentro de la misma clase. La evidencia demuestra también que los pacientes que cambian de clase farmacológica tienen:

- 1,7 veces más probabilidades de lograr la remisión
- 2,2 veces más probabilidades de no sufrir dolor
- 1,8 veces más probabilidades de presentar un mejor cumplimiento terapéutico³

Para pacientes en remisión mantenida, puede plantearse la posibilidad de reducir la dosis de FAME (lo que se denomina ajuste descendente). Esto significa reducir la dosis, no interrumpir la medicación por completo, ya que la interrupción suele provocar brotes.¹ En el contexto de la AR, se ha cuestionado la idea de que los FAME se han de administrar siempre de manera continua. Esta creencia se basa principalmente en datos de pacientes que utilizan biológicos (FAMEb), que es un grupo de pacientes que suele ser más difícil de tratar y tiene menos probabilidades de lograr una remisión que no requiera fármacos. Sin embargo, para aquellos pacientes que no necesitan biológicos, la remisión sin uso de FAME sí que es posible. Los estudios demuestran que el 20-38 % de estos pacientes pueden suspender el tratamiento sin que reaparezca la enfermedad.^{4,5,6}

La remisión sin
uso de FAME sí
que es **posible**.



1 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.
2 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. doi:10.1136/ard-2022-223356.
3 Caporali et al. A Real-World Comparison of Clinical Effectiveness in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Upadacitinib, Tumor Necrosis Factor Inhibitors, and Other Advanced Therapies After Switching from an Initial Tumor Necrosis Factor Inhibitor. Adv Ther (2024) 41:3706–3721.

4 Heutz et al. Sustained DMARD-free remission in subgroups of patients with rheumatoid arthritis: an analysis of two prospective cohorts with early arthritis. DOI: 10.1016/S2665-9913(24)00234-0.
5 Mulligen. Tapering conventional synthetic DMARDs towards sustained drug-free remission in rheumatoid arthritis. Lancet Rheumatol. 2024 May;6(5):e254–e255.
6 Kjørholt et al. Effects of tapering conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs to drug-free remission versus stable treatment in rheumatoid arthritis (ARCTIC REWIND): 3-year results from an open-label, randomised controlled, non-inferiority trial. Lancet Rheumatol. 2024 May;6(5):e268–e278.



Prevalencia

La prevalencia aumentará considerablemente

No disponemos de cifras globales exactas sobre cuántas personas viven con **enfermedades reumáticas inflamatorias**. Pero si utilizamos la estimación más baja de Alemania y la extrapolamos a la población adulta de todo el mundo, obtenemos hay unos **135 millones de personas** que podrían estar afectadas.¹

Artritis reumatoide (AR)

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a las articulaciones. Provoca dolor, hinchazón y rigidez en las articulaciones y, con el tiempo, puede llegar a dañarlas y deformarlas. La AR también puede afectar a otras partes del cuerpo, como la piel, los ojos, los pulmones, los músculos, los nervios y el corazón.

- En la actualidad, en el mundo hay más de **18 millones** viven con AR^{2,3}
- La AR es **de 2 a 3 veces más frecuente en mujeres** que en hombres^{4,5}
- **Para 2050**, se calcula que el número de personas con AR haya aumentado a **casi 32 millones** —lo que supone un aumento del 80 %—, según el Estudio sobre la Carga Mundial de Enfermedad³
- En algunas regiones se prevén aumentos superiores al 200 %:
 - África subsahariana oriental, central y occidental
 - Asia meridional
 - Oceanía
 - África subsahariana meridional³

*El término «EspA» engloba a la EspA axial (tanto radiográfica como no radiográfica), la EspA enteropática, la EspA periférica, la artritis psoriásica y la artritis reactiva. La EspA axial radiográfica se denominaba antiguamente espondilitis anquilosante (EA).

Espondiloartritis (EspA)

La espondiloartritis (EspA)* es un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que afectan sobre todo a la columna vertebral y, a veces, a otras articulaciones. Provoca dolor, fatiga, rigidez y movilidad reducida. También pueden verse afectadas otras partes del cuerpo, como los ojos, la piel y los intestinos.

- No se conoce con exactitud la prevalencia mundial de la EspA. Se ha estimado que oscila entre el 0,20 % en el sudeste asiático y el 1,61 % en las regiones del Ártico.
- Número estimado de personas que viven con EspA:
 - **13,1 millones en Asia Oriental**
 - **4,5 millones en los Estados Unidos**
 - **4,0 millones en Europa⁶**

Aunque estas estimaciones sugieren que alrededor de **65 millones de personas en el mundo** padecen EspA, los datos sobre EspA axial —una forma común de EspA— indican que la cifra podría ser aún mayor. En todo el mundo, aproximadamente 1 de cada 150 personas padece EspA axial; es decir, unos 50 millones de individuos. Dado que la EspA axial representa aproximadamente la mitad de todos los casos de EspA, el número total de personas afectadas podría ser **de casi 100 millones**.⁷ Incluso en países desarrollados como el Reino Unido, la EspA axial podría estar infradiagnosticada —a menos de la tercera parte, según algunos estudios.⁸

1 Albrecht et al. Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. *Z Rheumatol* 2024;83(Suppl1):S20–S30.

2 Organización Mundial de la Salud. Artritis reumatoide: datos y cifras. 28 de junio de 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

3 GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(10):e594–e610.

4 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316–22.

5 Gravallese and Firestein. Rheumatoid Arthritis – Common Origins, Divergent Mechanisms. *N Engl J Med*. 2023 Feb 9;388(6):529–542.

6 Stolwijk C, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: a systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res*. 2016;68(9):1320–31

7 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Hamilton et al. The prevalence of axial spondyloarthritis in the UK: a cross-sectional cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2015) 16:392.

A woman with curly hair tied in a bun is sitting on a bed with a patterned duvet. She is holding her neck with both hands, looking down with a pained expression. The entire image is overlaid with a semi-transparent purple filter. On the left side, there are several overlapping, semi-transparent white geometric shapes, including triangles and polygons. The word "Impacto" is written in a large, white, sans-serif font on the right side of the image.

Impacto

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas son debilitantes

Un importante desafío sanitario a escala mundial

- Las enfermedades reumáticas inflamatorias pertenecen a la familia de las enfermedades musculoesqueléticas (ME). **Las enfermedades musculoesqueléticas afectan a más de 1.500 millones de personas** en todo el mundo y causan **150 millones de años vividos con discapacidad**.¹
- Entre **2000 y 2015**, la carga mundial asociada a las enfermedades ME aumentó bruscamente: de **80 millones a 108 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)**, según un análisis sistemático de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud sobre carga de enfermedad, que abarca 183 países.
- **Para 2019, las enfermedades ME se convirtieron en la principal causa de discapacidad en todo el mundo**, siendo responsables del 17 % de todos los años vividos con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés).^{2,3}
- El aumento de la carga es especialmente acusado en los países de renta alta debido a que tienen poblaciones más envejecidas. Se prevén

tendencias similares en los países de renta baja, a medida que mejore la atención sanitaria y aumenten los riesgos relacionados con los hábitos de vida, como el tabaquismo, la obesidad y la disminución de la actividad física.⁴

Enfermedades musculoesqueléticas y dolor crónico

- **El 85 % de los casos de dolor crónico** están relacionados con enfermedades ME. Por lo tanto, el abordaje de las enfermedades ME implica abordar el dolor crónico y su impacto en las personas, las poblaciones, el sistema sanitario y la economía.⁵
- El impacto del dolor es muy profundo: es el principal factor predictivo de la **salud psicosocial**,⁶ predice de forma independiente la **discapacidad laboral**,⁷ y se asocia a una peor **calidad de vida, funcionamiento, salud mental, fatiga y bienestar**.^{8,9,10,11,12}
- En Inglaterra hay más de 15 millones de personas (el 34 %) que viven con dolor crónico.¹³

1 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 1: Global burden of MSK conditions.

2 Seminarios web de la OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Seminario web 3: Promoción de la salud y prevención.

3 Vos, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1135–59

4 Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):844–48.

5 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 3: Health promotion and prevention.

6 Courvoisier et al. Pain as an important predictor of psychosocial health in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Feb;64(2):190–6.

7 Wolfe and Hawley. The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823. *J Rheumatol*. 1998 Nov;25(11):2108–17.

8 Conaghan et al. Relationship of pain and fatigue with health-related quality of life and work in patients with psoriatic arthritis on TNFi: results of a multi-national real-world study. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Jan 5;60(1):316–321.

9 Hirano et al. Determinants of the patient global assessment of well-being in early axial spondyloarthritis: 5-year longitudinal data from the DESIR cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Jan 5;60(1):316–321.

10 Euesden et al. The Relationship Between Mental Health, Disease Severity, and Genetic Risk for Depression in Early Rheumatoid Arthritis. *Psychosom Med*. 2017 Jul/Aug;79(6):638–645.

11 Pollard et al. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Jul;45(7):885–9.

12 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. *Rheumatology Advances in Practice*, Volumen 8, núm. 4, 2024.

13 Ellis et al. Chronic Pain in England: Unseen, Unequal and Unfair. *Versus Arthritis*. <https://versusarthritis.org/media/23739/chronic-pain-report-june2021.pdf>

Todos los grupos de edad se ven afectados

- Si bien las enfermedades ME pueden aparecer a cualquier edad – incluso en la infancia –, la incidencia comienza a aumentar de manera más acusada hacia los 10 años y sigue aumentando de manera constante durante toda la vida. No es una enfermedad «únicamente» de personas mayores.¹
- En Inglaterra y Escocia, el 2 % de los niños y niñas menores de 16 años padecen una enfermedad ME de larga duración.^{2,3,4}
- Entre los adolescentes y adultos jóvenes (15–39 años), las enfermedades ME se han convertido en la tercera causa principal de AVAD a nivel mundial, **con un aumento de la prevalencia del 39 % en los últimos 30 años.**⁵
- Enfermedades como la AR y la gota son cada vez más frecuentes en este grupo de edad⁵ y afectan a etapas importantes de la vida de la persona como la educación, el progreso profesional, el establecimiento de relaciones personales y la paternidad; así, **hay objetivos vitales de estos jóvenes que podrían verse limitados.**



En Europa, para 2030, **hasta el 50 % de las personas** en edad laboral podrían tener diagnosticada una enfermedad ME crónica.

Impacto en la Unión Europea y el Reino Unido

- En Europa, para 2030, **hasta el 50 % de las personas en edad laboral** podrían tener diagnosticada una **enfermedad ME crónica.**⁶
- Las enfermedades ME representan **la mitad de todas las ausencias al trabajo y el 60 % de las incapacidades laborales permanentes.**⁷
- En el Reino Unido, las enfermedades ME son una de las principales causas de discapacidad.⁸
- En el Reino Unido –ejemplo de país de renta alta–, las enfermedades ME forman parte de la estrategia sobre enfermedades importantes (*Major Conditions Strategy*), donde se recalca la importancia del diagnóstico precoz, la intervención temprana y el tratamiento de calidad.⁸
- En el debate político del Reino Unido, se reconoce que, además del impacto social y emocional que tienen las enfermedades ME en sí, éstas puede provocar **desempleo y empobrecimiento** y suponer un coste considerable para el estado en forma de seguridad social y gasto del NHS (el sistema nacional de salud británico). **«Es una cuestión de vitalidad económica».**⁹

1 Seminarios web de la OMS. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Seminario web 1: Global burden of MSK conditions.

2 Scottish Government. Scottish Health Survey 2021. <https://www.gov.scot/collections/scottish-health-survey/>

3 Moody, et al. Health Survey for England 2018: Longstanding conditions. 2019 Health and Social Care Information Centre. National Health System, Reino Unido.

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffkx/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Guan, et al. Global burden and risk factors of musculoskeletal disorders among adolescents and young adults in 204 countries and territories, 1990–2019, Autoimmunity Reviews, Volumen 22, núm. 8, 2023, 103361, ISSN 1568–9972.

6 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316–22

7 Por qué debe ser prioritario el abordaje temprano de las enfermedades crónicas en la población activa de la UE: llamado a la acción para la Presidencia letona de la UE y los Estados miembros.

8 Departamento de Sanidad y Asistencia Social. Major conditions strategy: case for change and our strategic workforce. 21 de agosto de 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2>

9 Parlamento del Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de enero de 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>



Acción Temprana

Una actuación temprana previene la discapacidad a largo plazo

- Actuar temprano en las enfermedades ME inflamatorias puede prevenir daños irreversibles. En 2010, la AR por sí sola causó **4,8 millones de AVAD** en todo el mundo.¹
- En el Reino Unido, la AR es la causante de más de **50 000 YLD**.²
- Las enfermedades reumáticas inflamatorias afectan tanto a la salud física como a la mental. **Una de cada 3 personas** con AR en el Reino Unido sufre **problemas de salud mental** como ansiedad o depresión, siendo la depresión entre 2 y 3 veces más habitual en estos pacientes que en la población general.^{2,3,4}
- La AR hace que aumente el riesgo de muerte: hay un estudio de EE. UU. que muestra un **exceso de mortalidad del 27 %**, incluso cuando se tienen en cuenta otros problemas de salud.^{5,6}
- Gracias a la disponibilidad de tratamientos mejores, las personas con AR viven hoy en día más años que nunca, pero suelen pasar muchos de ellos con discapacidad. De hecho, la mayoría de los 4,8 millones de AVAD se deben a años vividos con discapacidad, no a una muerte prematura. Esto equivale a **4 800 000 años de vida sana perdidos**.¹
- A pesar de que una intervención temprana resulta crucial, hay muy pocos pacientes que reconozcan este hecho. En el Reino Unido, **entre el 50 y el 75 % de las personas con AR esperan más de 3 meses** antes de buscar ayuda. Después de eso, los pacientes acuden al médico de cabecera unas 4 veces (en promedio) antes de ser derivados al especialista. En promedio, transcurren **9 meses desde la aparición de los síntomas hasta el tratamiento**.⁷
- Dado que la **EspA axial** es una enfermedad que no se entiende nada bien y está infrarreconocida, se tarda una media de **7,4 años en recibir el diagnóstico**; la cifra oscila entre 4,2 años en Asia y 10,8 años en Sudáfrica. **Las mujeres esperan 2 años más que los hombres**. Durante este tiempo, el daño se va acumulando y el pronóstico del paciente empeora considerablemente. Dado que la EspA axial suele comenzar cuando la persona tiene entre 20 y 30 años, un diagnóstico tardío puede conllevar toda una vida de discapacidad en gran medida prevenible.^{8,9}



En 2010, la AR por sí sola causó **4,8 millones de AVAD** en todo el mundo.

1 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316-22.

2 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffakiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

3 Marrie et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Jul;70(7):970-978.

4 Hoek et al. Long-term physical functioning and its association with somatic comorbidity and comorbid depression in patients with established rheumatoid arthritis: a longitudinal study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013 Jul;65(7):1157-65.

5 Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. Arthritis Rheum. 2003;48(1):54-58.

6 Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. Arthritis Rheum. 2003;48(9):2425-33.

7 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

8 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

9 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Seminario web, 3 de abril de 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>



Beneficios de la Remisión

Lograr la remisión supone un punto de inflexión para los pacientes y los sistemas sanitarios

Abordar las afecciones reumáticas inflamatorias solo desde un punto de vista ME amplio no es hacer lo correcto por aquellos que padecen enfermedades inflamatorias. Dichas estrategias se centran en problemas como el dolor lumbar o la artrosis, y se hace hincapié en la fisioterapia, la cirugía o los ajustes en el lugar de trabajo.

En la actualidad, las personas con AR no reciben una atención óptima:

- Con frecuencia, el tratamiento no se inicia dentro del margen (intervalo) terapéutico crítico de 12 semanas.¹
- Incluso entre aquellas personas que reciben tratamiento, el 70 % no logra la remisión.²

Las perspectivas son peores para la EspA:

- Incluso con un diagnóstico, que suele tardar en llegar hasta 7 años, el 75 % de los pacientes con EspA axial refieren **un control subóptimo de la enfermedad** (Índice de Bath de actividad de la enfermedad para espondilitis anquilosante, BASDAI ≥ 4), lo que provoca un aumento considerable de los niveles de dolor, fatiga, rigidez y dificultad para realizar tareas rutinarias.³
- Las personas con un control subóptimo de la enfermedad afirman tener un promedio de 2,4 comorbilidades, frente a las 1,4 que tienen aquellas con enfermedad controlada.³

Para las afecciones inflamatorias, **el objetivo debe ser la prevención a través del diagnóstico precoz y un enfoque de «tratamiento con la remisión como objetivo»**. Lograr la remisión supone un punto de inflexión tanto para las personas como para los sistemas de salud; para los funcionarios de salud pública debe ser el objetivo a alcanzar.



El objetivo debe ser **la prevención a través del diagnóstico precoz** y un enfoque de «tratamiento con la remisión como objetivo».

- 1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>
- 2 Yu C, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2019;38(3):727-38.
- 3 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



Beneficios de la remisión



Productividad laboral

aumento del 37-75 %^{1,2,3}



Gastos en atención médica

ahorro del 19-52 %³



Mejora de los resultados

una mejor salud física; es decir, menos dolor y fatiga y un mejor estado mental^{1,4,5,6,7}

- 1 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.
- 2 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port*. 2012;37(2):134-42.
- 3 Ostor AJ, et al. value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.
- 4 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 013;65(10):1707-12.
- 5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789-99.
- 6 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401-409.
- 7 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384-90.

El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias



BENEFICIO N.º 1

La remisión les permite a las personas trabajar

Uno de los beneficios más atractivos y convincentes de la remisión es que les permite a las personas ser **más productivas en su vida cotidiana**.

Cuando las personas ya no están agobiadas por los efectos debilitantes de la enfermedad reumática inflamatoria, pueden participar de manera más plena en el mundo laboral. Por el contrario, quienes no logran la remisión de la enfermedad pueden verse atrapadas en un círculo sin fin de prestaciones por discapacidad y desempleo. Esto no solo afecta a su independencia económica, sino que también ejerce presión sobre los sistemas públicos de asistencia social.

El aumento de las tasas de remisión posibilita que las personas lleven una vida plena y económicamente productiva, lo que beneficia tanto a los individuos como a la sociedad en su conjunto. La Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido ha declarado que «el retraso en el tratamiento (de la AR) es perjudicial para la salud de los pacientes y su calidad de vida, pero también para la economía, teniendo en cuenta que tres cuartas partes de las personas están en edad laboral cuando reciben el diagnóstico».¹

Existen varias formas de evaluar la productividad: el deterioro de la productividad, los días de trabajo perdidos y la incapacidad laboral. La incapacidad laboral —o jubilación anticipada debida a enfermedad— es el principal factor causante de pérdida de productividad. Por lo tanto, evitar o retrasar la jubilación anticipada puede suponer un importante

ahorro de costes. Hay varios estudios que han cuantificado la pérdida de productividad debida a enfermedades reumáticas inflamatorias:

- Un trabajo de revisión sobre la carga económica de la AR halló que cuando se medía la discapacidad laboral —en lugar de contabilizar solo la ausencia por enfermedad—, los costes indirectos (no médicos) representaban una fracción mucho mayor de los costes totales que los costes directos (médicos). La ratio entre costes directos y costes indirectos osciló entre el 15 %/85 % en Australia y el 95 %/5 % en Italia; las diferencias se debieron en gran medida a la metodología utilizada y no a la variación existente en el mundo real.²
- En el Reino Unido, se calcula que el coste de los días de trabajo perdidos debido a la artrosis y la AR fue de 2 600 millones de libras en 2017, pero las previsiones ascienden hasta los 3 400 millones de libras en 2030.³ Las personas con artritis tienen un 20 % menos de probabilidades de estar empleadas que aquellas que no padecen la enfermedad.^{4,5}



Alrededor de **1 de cada 3 personas con AR** dejan de trabajar en los 5 años posteriores al diagnóstico.^{4,6}

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Hsieh et al. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. Ann Rheum Dis. 2020 Jun;79(6):771-777.

3 Parlamento del Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de enero de 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Rajah et al. How does arthritis affect employment? Longitudinal evidence on 18,000 British adults with arthritis compared to matched controls. Soc Sci Med. 2023 Mar;321:115606.

6 Young et al. Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). Ann Rheum Dis. 2002 Apr;61(4):335-40

- También en el Reino Unido, los costes totales de la EspA axial relacionados con el trabajo – incluida la jubilación anticipada, el absentismo y el presentismo laboral – se estima que ascienden a 11 943 libras por persona al año.¹ La Sociedad Británica de Espondiloartritis Axial calcula que un paciente de 26 años que espera 8,5 años hasta recibir el diagnóstico podría **perder unas 187 000 libras** a lo largo de su vida, debido sobre todo a la reducción del empleo.² En un estudio, el 24 % de los hombres con EspA axial radiográfica se jubilaron anticipadamente y el 45 % cambiaron a puestos de trabajo menos exigentes físicamente.^{1,3,4}
- Es tres veces más probable que abandone la fuerza laboral una persona con EspA axial, en comparación con la población general.⁵ Casi la mitad (un 46 %) declararon que la EspA axial había influido en sus preferencias laborales y el 71 % afirmó haber tenido dificultades para encontrar un empleo debido a su enfermedad.⁶
- Un estudio realizado en Argentina concluyó que, para las personas con AR activa, **los costes indirectos de los días de trabajo perdidos eran 2,3 veces mayores;** para ello utilizaron el grupo de mejor puntuación del Cuestionario de Evaluación de la Salud como indicador equivalente de remisión.⁷
- En estudios realizados en Austria y Japón se halló que, para los pacientes con AR en remisión, el deterioro de la productividad era significativamente menor que para aquellos con una actividad de la enfermedad baja (LDA) o moderada/alta (M/HDA).^{8,9}

En comparación con una persona que no padece AR:

- Una persona en remisión solo es un 8-12 % menos productiva
- Aquellas con LDA son un 21-27 % menos productivas
- Aquellas con M/HDA son un 30-46 % menos productivas^{8,9,10}

La remisión puede hacer que disminuyan considerablemente los costes indirectos, incluidas las pérdidas de productividad laboral:

- En Portugal, la pérdida anual de productividad laboral –en términos de días de trabajo perdidos, incluidos los de todos los miembros de la familia– **se redujo en un 75 %** (de 540 a 135 euros).¹¹
- En Austria, la remisión se asoció a una reducción de los costes indirectos anuales: de 14 273 a 9 023 euros. Ahí se incluye la jubilación anticipada, pues el 34 % de los participantes jubilados indicaron que el motivo había sido la AR.¹⁰

Volvamos a la conclusión alcanzada por la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido de que invertir en salud, prevención y capacidad produce un retorno positivo de la inversión al reducir el gasto social. El argumento es claro: 11 millones de libras invertidas en sanidad podrían traducirse en un ahorro de 31 millones de libras en costes de asistencia y prestaciones sociales. Sin embargo, los problemas de coordinación interministerial han obstaculizado la actuación.¹²

1 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

2 NASS. Driving down diagnostic delay in axial SpA. Primer informe sobre el impacto de la campaña «Act on Axial SpA» (Actuemos para frenar la EspA axial). Octubre de 2022. <https://nass.co.uk/wp-content/uploads/2022/10/NASS-Impact-Report-DIGITAL-WEB-FRIENDLY-FINAL.pdf>

3 Strand and Singh. Patient Burden of Axial Spondyloarthritis. J Clin Rheumatol. 2017 Oct;23(7):383-391.

4 Cakar et al. Work disability in ankylosing spondylitis: differences among working and work-disabled patients. Clin Rheumatol. 2009 Nov;28(11):1309-14.

5 Martindale et al. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015 Jun;29(3):512-23.

6 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

7 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

8 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

9 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2017;44(8):1112-17.

10 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

11 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Reumatol Port. 2012;37(2):134-42.

12 Bevan S. Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU. Fit for Work. The Work Foundation (parte de la Universidad de Lancaster).

Impacto anual por persona en la productividad

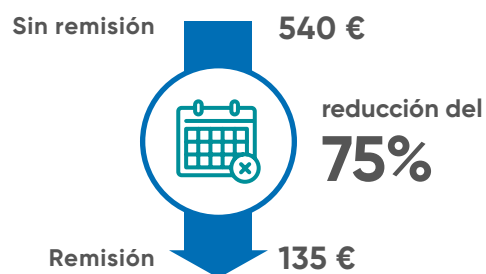
Presentismo laboral y deterioro de la productividad^{1,2,3}

'trabajar estando enfermo con una productividad menor'



Absentismo y días de trabajo perdidos⁴

'faltar al trabajo habitualmente'



Costes de la incapacidad laboral y la jubilación anticipada¹

14 273 €
Sin remisión



- 1 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.
- 2 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2017;44(8):1112-17.
- 3 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.
- 4 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Reumatol Port. 2012;37(2):134-42.

BENEFICIO N.º 2

La remisión hace que disminuya el gasto sanitario

- Existe un marcado contraste, en cuanto a costes médicos y la utilización de recursos sanitarios, entre los pacientes que alcanzan la remisión y los que no la alcanzan. Por lo tanto, alcanzar la remisión puede aliviar la carga que soportan unos sistemas sanitarios ya de por sí desbordados. Esto pone de relieve que una atención subóptima debería considerarse un desperdicio.¹
- En el período posterior a la llegada de los tratamientos biológicos para la AR, se observó una disminución significativa de los costes hospitalarios y quirúrgicos, según 72 estudios realizados en 28 países de Europa, América del Norte, Asia, América Latina y Australasia. Mientras que antes de 2002 la atención hospitalaria representaba un 75 % de los costes directos (es decir, los costes internos del sistema sanitario), según datos más recientes esta proporción se redujo entre un 5 % y un 45 %.
- Una revisión reciente de 16 estudios sobre AR de 12 países y 3 continentes concluyó que los pacientes en remisión tuvieron sistemáticamente menos costes médicos directos y utilizaron menos recursos sanitarios que aquellos que no estaban en remisión.²
- La remisión se asoció con un ahorro del **19-52 % en costes médicos directos**.²
- La mediana de los costes médicos anuales para los pacientes en remisión fue de 2 464 euros (rango: entre 821 y 11 272 euros), frente a los 4 717 euros (rango: entre 1 042 y 16 879 euros) para aquellos que no estaban en remisión.²
- El ahorro de costes asociado a la remisión fue de 285 euros (un 20 %) respecto a una actividad de la enfermedad baja, y de 3 804 euros (un 51 %) respecto a una actividad de la enfermedad moderada-alta.²
- En comparación con las personas que presentaban una actividad de la enfermedad moderada-alta, aquellas que estaban en remisión tuvieron **un 64 % menos de hospitalizaciones, un 53 % menos de cirugías articulares y un 24 % menos de radiografías**.³



Alcanzar la remisión puede aliviar la carga que soportan unos sistemas sanitarios ya de por sí desbordados.



Hospitalizaciones
Reducción del
64% ↓



Cirugías articulares
Reducción del
53% ↓



Radiografías
Reducción del
24% ↓

1 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Seminario web, 3 de abril de 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

2 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

3 Boytsov N, et al. Increased healthcare resource utilization in higher disease activity levels in initiators of TNF inhibitors among US rheumatoid arthritis patients. Curr Med Res Opin. 2016;32(12):1959-67.

- En un estudio realizado en **Argentina** se halló que los costes hospitalarios de los pacientes con AR eran 20 veces mayores para quienes tenían una puntuación en el Cuestionario de evaluación de la salud de entre 2,6 y 3,0 que para aquellos cuya puntuación estaba entre 0,0 y 0,5; este último intervalo servía como indicador equivalente de remisión.¹
- En **Austria**, los costes médicos anuales de los pacientes con AR fueron un 20 % mayores para aquellos con baja actividad de la enfermedad y un 71 % mayores para aquellos con actividad de la enfermedad moderada-alta, en comparación con los pacientes en remisión.²
- Un estudio **colombiano** concluyó que los costes médicos directos fueron 2,1 veces mayores para pacientes con AR con actividad de la enfermedad intensa o grave que para pacientes en remisión.³
- Una revisión a escala mundial sobre la EspA axial halló que las personas con un control de la enfermedad subóptimo (BASDAI $\geq$ 4) tuvieron un 92 % más de consultas de atención primaria, un 71 % más de consultas de fisioterapia y un 58 % más de consultas con un psicólogo o psiquiatra, en comparación con aquellas cuya enfermedad está controlada (BASDAI < 4).⁴
- En el análisis de un registro **estadounidense** de artritis psoriásica (APs) y EspA axial radiográfica se halló que los pacientes cuya enfermedad no estaba controlada tenían una probabilidad entre 3,0 (APs) y 7,7 (EspA axial radiográfica) veces mayor de necesitar atención hospitalaria que los pacientes cuya enfermedad estaba controlada.⁵
- Los costes de hospitalización por paciente y año fueron 3,5 veces más altos en los pacientes con APs no controlada que en aquellos con enfermedad controlada.⁵

- En **Europa Central y Oriental**, los pacientes con EspA axial radiográfica que alcanzaron una actividad de la enfermedad baja al cabo de 12 meses vieron reducidos en hasta un 83 % el número y la duración de las hospitalizaciones y también acudieron menos veces a un profesional sanitario.⁶

Además, vale la pena señalar que los gastos que los pacientes tienen que pagar de su propio bolsillo son elevados para quienes padecen una enfermedad inflamatoria no controlada⁷ y pueden consumir cerca del 20 % de los ingresos del hogar (Estados Unidos, 2009).⁸ Por lo tanto, al lograr la remisión no solo disminuyen los costes médicos directos, sino que también se alivia considerablemente la carga económica que soportan los hogares.

Lograr la remisión se
alivia considerablemente
la carga económica
que soportan los
hogares.



1 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

3 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. Clinicoecon Outcomes Res. 2021;13:583-91.

4 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

5 Bergman MJ, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OMI Registry. Rheumatol Ther. 2023;10:187-99.

6 Opris-Belinski D, et al. Impact of adalimumab on clinical outcomes, healthcare resource utilization, and sick leave in patients with ankylosing spondylitis: an observational study from five Central and Eastern European countries. Drugs Context. 2018;7:212556.

7 Parlamento del Reino Unido. Musculoskeletal conditions and employment. 10 de enero de 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

8 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

BENEFICIO N.º 3

Mejores resultados

La mejora de los resultados y de la función física en pacientes que logran la remisión se traduce en beneficios humanísticos considerables –incluso cuando se compara con aquellos pacientes que presentan una actividad de la enfermedad baja.^{1,2,3}

- Los pacientes con AR en remisión afirman que obtienen una puntuación de calidad de vida (CdV) más alta (mejor) en el EQ-5D y en el Cuestionario sobre salud abreviado de 36 ítems (SF-36), que evalúan la CdV basándose en diferentes dominios.⁴
- En concreto, la remisión se asocia con una mejor salud física (p. ej., menos **dolor y fatiga**,^{2,5,6}), **un mayor bienestar mental** (p. ej., mejor calidad del sueño, menos depresión y ansiedad^{5,6,7,8}) y **una mayor productividad laboral**.^{2,5,9}

- La remisión temprana en pacientes con AR precoz tratados con FAME sintéticos convencionales (FAMEsc) se asocia con beneficios clínicos y funcionales.¹⁰ Incluso entre los pacientes que necesitaron tratamientos dirigidos adicionales (FAMEb o FAMEsd), aquellos que lograron la remisión en un plazo de 12 semanas (28 % de los pacientes) sintieron menos dolor y fatiga y tuvieron una mejor función física y calidad de vida durante al menos un año que aquellos que no alcanzaron la remisión.¹¹
- Se ha demostrado que la capacidad de realizar un trabajo remunerado, en sí misma, tiene un impacto positivo en la CdV, según se midió mediante el SF-36 en un estudio **noruego** sobre AR donde se tuvieron en cuenta los datos demográficos y la gravedad de la enfermedad.⁹



La mejora de los resultados y de la función física en pacientes que logran la remisión se traduce en **beneficios humanísticos considerables**.

1 Klarenbeek NB, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(10):1815–21.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.

3 Van Tuyl LH, et al. Evidence for predictive validity of remission on long-term outcome in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(1):108–17.

4 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75–93.

5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789–99.

6 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(10):1707–12.

7 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401–409.

8 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384–90.

9 Grenning K, et al. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2010;29(11):1317–22.

10 Klooster et al. Long-term clinical, functional, and cost outcomes for early rheumatoid arthritis patients who did or did not achieve early remission in a real-world treat-to-target strategy. *Clin Rheumatol*. 2019 Oct;38(10):2727–2736.

11 Gossec et al. POS0643 Association of Early Remission on Clinical and Patient-Reported Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis: Post-hoc Analysis of Data from the Select-Compare Study. *Póster*. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.1469>.

- Un estudio **turco** donde participaron 962 personas con EspA axial radiográfica halló que aquellas que presentaban un control deficiente de la enfermedad tenían una calidad de vida considerablemente menor. Los pacientes con BASDAI < 4 notificaron una puntuación de 4,6 en el ASQoL, mientras que aquellos con BASDAI ≥ 4 notificaron una puntuación de 11,2 (en una escala de 0 a 18, donde una puntuación más altas indica una peor calidad de vida).^{1,2,3,4}
- En un estudio clínico multinacional sobre APs, los pacientes que lograron una actividad mínima de la enfermedad mostraron mejoras significativamente mayores en todos los dominios del SF-36, en la puntuación global del SF-36, en el EQ-5D-5L y en la EVA del EQ-5D, en comparación con los pacientes no respondedores.⁵
 - En un estudio de seguimiento de 20 años de duración⁶ se halló que los resultados comunicados por los pacientes –como los notificados en el Cuestionario de evaluación de la salud (HAQ)– fueron predictores más sólidos de mortalidad en personas con AR que los datos analíticos, radiográficos o de la exploración física, lo que destaca la importancia de recoger datos comunicados por los pacientes y actuar en consecuencia.
- Un estudio global sobre la EspA axial reveló una clara relación entre el retraso en el diagnóstico y los resultados físicos. Para los pacientes sin rigidez espinal la media del tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue de 3,7 años, mientras que para aquellos con rigidez severa el retraso había sido de 9,1 años. Dado que la rigidez espinal suele ser irreversible, el diagnóstico precoz es fundamental.⁷

La AR y sus comorbilidades conducen rápidamente a la discapacidad.

- En un estudio **polaco** con 1 000 participantes se vio que el 53 % de los pacientes con AR tenían una discapacidad ratificada por ley.⁸
- Las comorbilidades de salud mental son habituales: la depresión afecta al 17-42 % de los pacientes con AR y el 53-71 % padecen depresión o ansiedad.⁹

Los pacientes en remisión tienen mejor calidad de vida



Menos dolor y fatiga



Mejor estado mental



Mayor productividad laboral

1 Garrett S, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol. 1994;21(12):2286-91.

2 Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2003;62:20-26.

3 van der Heijde DM, et al. Physical function, disease activity, and health-related quality-of-life outcomes after 3 years of adalimumab treatment in patients with ankylosing spondylitis. Arthritis Res Ther. 2009;11:R124.

4 Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. Qual Life Res. 2011;20(4):543-49.

5 Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. BMC Rheumatol. 2018;2:24.

6 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

7 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. Rheumatology. 2013;51(5):348-354.

9 Isik A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007;26(6):872-78.



Soluciones de Valía Demostrada



Se han propuesto y probado en la práctica varias soluciones con buena relación coste-efectividad. Algunas estrategias importantes determinadas por la Coalición Fit for Work (2009-2018) son:

- 1. Un diagnóstico y una intervención tempranos**, idealmente durante las 12 semanas posteriores al inicio de los síntomas, son clave para que el tratamiento de la artritis inflamatoria dé resultados óptimos.^{1,2,3} Estas 12 semanas constituyen lo que se denomina 'ventana terapéutica'.^{4,5,6} El único factor predictivo para lograr la remisión de la AR es el diagnóstico temprano e iniciar cuanto antes un tratamiento eficaz,⁷ con lo que las posibilidades de remisión se duplican si esto ocurre.^{8,9} El diagnóstico temprano empieza por la concienciación, y la concienciación ciudadana es algo que debe mejorar.
- La concienciación sobre los beneficios de la remisión debería reforzarse mediante una mejor formación médica de los **médicos generales**. Con demasiada frecuencia el debilitamiento se considera inevitable.¹⁰
 - En la EspA axial, puede haber fisioterapeutas, especialistas en cirugía ortopédica, oftalmólogos, dermatólogos o gastroenterólogos que atiendan a pacientes no diagnosticados. Su concienciación y su capacidad para reconocer los signos y síntomas de la enfermedad deben mejorar.¹¹
 - Es necesario desarrollar **estrategias nacionales** relativas a las mejores prácticas y la instauración del diagnóstico y la intervención tempranos, incluidas las normas asistenciales y los indicadores de calidad acordados.¹⁰

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non-specialist needs to know. J R Soc Med. 2004;97(9):421-24.

3 Grätzel P. Rheuma-Verdacht: Welche Patienten müssen zum Spezialisten? Das entscheidet der Hausarzt [Sospecha de artritis reumatoide: ¿a qué paciente hay que derivar a un especialista? El médico de familia decide]. MMW Fortschr Med. 2014;156(6):20.

4 Raza K, et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. Ann Rheum Dis. 2012;71(12):1921-23

5 Cush JJ. Early rheumatoid arthritis—is there a window of opportunity? J Rheumatol Suppl. 2007;80:1-7.

6 Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? Ann Rheum Dis. 2015;74(5):793-94.

7 Gremese E, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. Ann Rheum Dis. 2013;72(6):858-62.

8 Akdemir G, et al. Predictive factors of radiological progression after 2 years of remission-steered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. RMD Open. 2016;2(1):e000172.

9 Heimans L, et al. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-steered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). Arthritis Res Ther. 2016;18:23.

10 Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GAfPA). The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions (El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias). Abril de 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-March2024-SPA.pdf>

11 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



AMÉRICA LATINA

En América Latina, se ha desarrollado un modelo de atención para las clínicas de EspA temprana. El modelo consta de tres tipos de centros, según el nivel de complejidad de cada institución. El modelo define indicadores de estructura, de procesos y de resultados, y gira en torno a una atención integral, multidisciplinar y centrada en el paciente.¹



POLONIA

En Polonia se creó un programa nacional específico para la prevención y la detección temprana de la AR (2016–2020).² Polonia ostenta los mayores retrasos en el diagnóstico de toda Europa; el tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta el inicio del tratamiento puede llegar a ser de 35 semanas.³ El programa incluyó la formación del personal médico y de los pacientes, herramientas de cribado y la validación del diagnóstico por un reumatólogo en atención ambulatoria.

- Para ahorrar 1 día de incapacidad laboral temporal, hubo que invertir 12 dólares en sanidad
- Cada 1 dólar invertido generó un beneficio de 2 dólares.



ESPAÑA

El programa más pionero hasta la fecha es la Clínica de Intervención Temprana del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España),⁴ que se centró en la intervención temprana en casos de incapacidad laboral por dolencias ME, y en la que participaron 13 000 pacientes (1998–1999).

El programa aceptó a pacientes derivados tras haber faltado al trabajo 5 días e incluyó talleres de formación para pacientes.

- La incapacidad laboral temporal fue un 39 % menor y la incapacidad laboral permanente un 50 % menor que con el modelo asistencial estándar.
- Para ahorrar 1 día de incapacidad laboral temporal, hubo que invertir 6 dólares. El grado de satisfacción de los pacientes fue alto.
- Por cada 1 dólar que se gastó, se ahorraron 11 dólares en pérdida de productividad y costes sanitarios.
- El beneficio neto del programa superó los 5 millones de dólares (2003 USD).

Si este enfoque se aplicara en toda España, habría 81 000 personas más que estarían en condiciones de trabajar en lugar de coger la baja por enfermedad.

- **46 millones** Días de trabajo perdidos al año en España por enfermedades ME
- **39 %** reducción de la incapacidad laboral temporal
- **50 %** reducción de la ausencia laboral permanente en el estudio
- **81 000** trabajadores más podrían acudir al trabajo cada día en España
- **11 euros** ahorro en costes sociales por cada 1 euro de gasto

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 Program polityki zdrowotnej. Nazwa programu: ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Okres realizacji: 2016–2020

3 Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. Ann Rheumatic Dis. 2011;70(10):1822–25.

4 Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [la corrección publicada figura en Ann Intern Med. 2005 Dic 6;143(11):W165]. Ann Intern Med. 2005;143(6):404–14.

2. Se requiere una derivación adecuada y la estandarización del recorrido asistencial del paciente,¹ incluida la provisión de citas médicas urgentes si aparece un brote. Además, es necesario mejorar el acceso a los servicios de atención psicológica, ya que la depresión es habitual en personas con artritis inflamatoria.

- Alrededor del 20 % de los pacientes con EspA axial no están siendo tratados por un reumatólogo, lo que sugiere que estos pacientes podrían no estar recibiendo la atención de un equipo con los conocimientos y la formación adecuados en EspA axial.²
- Es fundamental que se prescriba el medicamento adecuado. Los acuerdos de riesgo compartido basados en el desempeño –por ejemplo, los que existen para la AR en Argentina– pueden eliminar las barreras de los pagadores.³



- Si bien el pasar de un anti-TNF a otro puede parecer una buena solución para contener los costes de la medicación, es probable que este enfoque no reduzca el gasto global en costes médicos. Cambiarle al paciente de tratamiento, optando por uno con un mecanismo de acción diferente, puede resultar más eficaz y menos costoso.^{4,5}
- También existe una necesidad apremiante de orientación basada en la evidencia científica sobre el manejo del dolor en la artritis inflamatoria. El uso prolongado de opiáceos sigue siendo habitual entre los pacientes, a pesar de la ausencia de evidencia procedente de ensayos clínicos que respalden su eficacia. En respuesta, la Sociedad Británica de Reumatología (BSR) ha iniciado el desarrollo de una nueva guía clínica sobre el manejo del dolor en personas con artritis inflamatoria, que también abarca la atención del dolor con medios no farmacológicos, como la fisioterapia, que actualmente está infratutilizada.⁶ Se espera que la guía se publique en 2026. La aplicación fructífera de la guía requerirá abordar la disminución de la capacidad del equipo multidisciplinario (MDT) dentro de los servicios de reumatología, donde muchos departamentos ya no incluyen a todos los profesionales sanitarios aliados que se necesitarían.⁷



Orientación basada en la **evidencia científica sobre el manejo del dolor** en la artritis inflamatoria.

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

3 di Giuseppe LA, et al. Experience of the performance-based risk-sharing arrangement for the treatment of rheumatoid arthritis with certolizumab pegol. Value Health. 2020;21:P201-P204.

4 Taylor PC, et al. Cost-effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; European Congress of Rheumatology 2024 (en la imprenta).

5 Bergman et al. HSD47 Treatment Response, Healthcare Resource Use, and Economic Outcomes Associated With Tumor Necrosis Factor Inhibitor Cycling Versus Switching to an Advanced Therapy With Different Mechanism of Action in Rheumatoid Arthritis. ISPOR Europa 2024. DOI: 10.1016/j.jval.2024.03.1270.

6 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. Rheumatology Advances in Practice, Volumen 8, núm. 4, 2024.

7 Ndosi et al. National variation in the composition of rheumatology multidisciplinary teams: a cross-sectional study. Rheumatol Int. 2017 May 27;37(9):1453–1459.



REINO UNIDO

En el **Reino Unido** solo al 20 % de las personas con AR las atiende un reumatólogo en los 3 primeros meses,¹ mientras que en Austria la proporción es del 38 %.²

En el Reino Unido se realiza un triaje adicional de las listas de espera para garantizar que las personas adecuadas estén en la lista de espera de reumatología.³



COLOMBIA

En Colombia, en un innovador programa de manejo de la AR se adoptó un enfoque multidisciplinar, que incluía reumatología, nutrición, psicología, fisioterapia y terapia ocupacional, medicina física y rehabilitación, según fuera el estado de actividad de la AR del paciente.

En una comparación hecha en la vida real con el tratamiento de referencia, aumentó el porcentaje de pacientes que logra la remisión del 21 % al 59 % y se redujo el porcentaje de pacientes con actividad de la enfermedad alta (HDA) del 18 % al 5 %.⁴ Además, los autores estimaron la eficiencia que entraña el uso de centros de excelencia y calcularon un ahorro de costes de hasta 223 874 dólares por paciente y año (USD 2017).⁵



1 Stack RJ, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9:e024361

2 Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an office based pilot cohort study. *J Rheumatol*. 2016;43(6):1130-35.

3 Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GAfPA). The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions (El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias). Abril de 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-March2024-SPA.pdf>

4 Santos-Moreno P, et al. Clinical outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in a disease management program: real-world results. *Open Access Rheumatol*. 2020;12:249-56.

5 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583-91.

3. Una vida laboral más saludable

- Deben ponerse en marcha iniciativas que pongan de relieve los beneficios que los empresarios pueden obtener al invertir en una mano de obra sana. A los empresarios no sólo les interesa promover un entorno laboral saludable, sino que es su responsabilidad.¹
- En el Reino Unido, el 29 % de los empresarios ofrecen poco o ningún apoyo relacionado con la salud, y solo el 45 % de los trabajadores tienen acceso a servicios de salud ocupacional o rehabilitación. Además, lo que se cobra durante una baja por enfermedad suele ser demasiado poco como para proporcionar seguridad financiera, lo que obliga a muchos a trabajar mientras están enfermos o a dejar el empleo por completo.²
- El impacto personal de perder el empleo puede ser profundo: desde caer en la pobreza y sufrir un deterioro de la salud hasta una pérdida de la identidad y las conexiones sociales. Por lo tanto, es esencial evitar, siempre que sea posible, que la baja por enfermedad de larga duración se convierta en una dependencia de larga duración de las prestaciones.² Una vez que las personas entran en el sistema de prestaciones por desempleo, salir de ahí puede ser difícil. Muchos perciben el regreso al trabajo (incluso a un puesto ajustado a su situación) como un riesgo considerable, que podría poner en peligro tanto su salud como su estabilidad financiera si conlleva la pérdida de la prestación por desempleo a la que tenía derecho.²

- Países como los Países Bajos, Dinamarca, Noruega y Suecia han aplicado estrategias de intervención temprana que apoyan programas estructurados de regreso al trabajo, antes de que las personas hagan una transición a una prestación por desempleo de larga duración.
- En los **Países Bajos**, los empresarios están legalmente obligados a tomar medidas proactivas durante las bajas por enfermedad. Esto incluye el desarrollo de planes personalizados de reincorporación al trabajo en colaboración con profesionales de la salud ocupacional.
- En **Noruega**, el Acuerdo para una vida laboral más inclusiva es un marco tripartito en el que participan el gobierno, los empresarios y los sindicatos. Los empresarios se comprometen a mantener un estrecho contacto con los empleados que están de baja y a adaptar las tareas o los horarios para así evitar bajas prolongadas. A cambio, reciben apoyo y orientación por parte de la Administración de Bienestar y Trabajo de Noruega. Las evaluaciones indican que este enfoque ha reducido la duración de las bajas por enfermedad y ha aumentado la probabilidad de que el trabajador regrese al trabajo.³
- En **Suecia**, a cada trabajador que está de baja por enfermedad de larga duración se le asigna una persona (oficial de caso) que se encarga de su caso individual. Estos oficiales hacen de coordinadores entre el empleado, el empresario y los servicios sanitarios y asistenciales pertinentes, para garantizar un proceso de regreso al trabajo estructurado y asistido.²



El impacto personal de perder el empleo puede ser profundo: desde caer en la pobreza y sufrir un deterioro de la salud hasta una pérdida de la identidad y las conexiones sociales.

¹ Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy,' Parliament Magazine, 22 de septiembre de 2014.

² The Health Foundation. Action for healthier working lives. Informe final de la Comisión para una Vida Laboral Más Saludable. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

³ Hoff et al. An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study. BMJ Open 2022;12:e062558.

4. Automanejo

- Lamentablemente, en algunos países o comunidades la artritis inflamatoria está estigmatizada. Para que los pacientes puedan manejar ellos mismos su enfermedad de un modo adecuado, el estigma debe abordarse mediante una amplia educación ciudadana.¹
- Las organizaciones de pacientes deberían ser tenidas en cuenta y formar parte del equipo asistencial. En el Reino Unido se está llevando a cabo un proyecto piloto en el que los reumatólogos derivan a los pacientes a una organización de pacientes, es decir, les conciertan una cita. La organización puede informar y capacitar de manera proactiva a los pacientes y hacerles comprender el papel que ellos mismos desempeñan en el manejo de la enfermedad.¹ Cuanto mejor entiendan los pacientes su enfermedad, mejor podrán tomar decisiones informadas, no solo sobre la atención médica que reciben, sino también sobre cómo vivir bien con una enfermedad crónica.²
- Los planes de atención deben ser individualizados para maximizar la calidad de vida a largo plazo, y han de tener en cuenta los objetivos de tratamiento de una persona y sus necesidades físicas, psicológicas y socioeconómicas. Esto requiere una toma de decisiones compartida, donde el paciente desempeña un papel activo en la configuración de su propio cuidado. En particular, el concepto de 'éxito' puede ser diferente para cada paciente y puede evolucionar con el tiempo.³
- En Suiza existe un programa que incluye ejercicios dirigidos por fisioterapeutas para abordar el componente de actividad física.¹
- Las herramientas digitales pueden ser de gran ayuda para el automanejo, pero en algunos países los pacientes pueden verse abrumados por la cantidad de aplicaciones que existen, sin disponer de orientación o formación; en otros países, no hay aplicaciones disponibles en el idioma local.

Soluciones de valía demostrada



**Diagnóstico e intervención
más tempranos**



Derivación adecuada



Una vida laboral más saludable



Automanejo

1 Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GAfPA). The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions (El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias). Abril de 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-March2024-SPA.pdf>

2 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Seminario web, 3 de abril de 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

3 Informe ASIF. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). Enero de 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

Conclusión

Lo que las sociedades no gasten en salud, en prevención y en capacidad lo acabarán gastando en discapacidad.

El gasto en capacidad permite a las personas vivir una vida fructífera y tener una buena calidad de vida. El coste de la inacción es alto y solo es probable que crezca.¹

Las personas con artritis inflamatoria que logran la remisión pueden experimentar una profunda transformación en su calidad de vida, sintiendo menos dolor, teniendo menos fatiga y siendo capaces de realizar actividades que les aporten alegría. En resumen, la remisión puede empoderar a las personas, permitiéndoles vivir la vida que elijan.

La carga económica que supone la artritis inflamatoria no controlada va más allá de los costes de la hospitalización; abarca también las visitas médicas frecuentes, la pérdida de productividad y la jubilación anticipada. El lograr la remisión puede aliviar estos costes tanto para las personas como para la sociedad. Sin embargo, los sistemas de asistencia social, cuando son rígidos y lentos, suelen 'atrapar' a las personas en las prestaciones por desempleo de larga duración.¹ El aumento de la mala salud reduce los ingresos fiscales, aumenta el gasto en prestaciones y tensa los sistemas de salud. Se necesitan reformas asistenciales para ayudar a las personas a gestionar su salud y volver al trabajo. Este apoyo también debe incluir a los autónomos, a quienes a menudo se pasa por alto.¹

Es necesario adoptar medidas urgentes para que más pacientes puedan conseguir la remisión. El daño articular no se puede revertir. Es fundamental detener la evolución de la enfermedad en una fase temprana.

Las inversiones en salud no son una sangría para los recursos públicos; son una inversión.² Está claro que invertir en la remisión de la artritis inflamatoria no es solo una cuestión de salud personal, sino que también es un paso en pos de una sociedad más robusta y más sostenible.

La Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GafPA) agradece a AbbVie su apoyo como patrocinador de este glosario de evidencia.



Es necesario adoptar medidas urgentes para que más pacientes puedan conseguir la remisión.

El daño articular no se puede revertir. Es fundamental detener la evolución de la enfermedad en una fase temprana.

¹ The Health Foundation. Action for healthier working lives. Informe final de la Comisión para una Vida Laboral Más Saludable. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

² NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Abreviaturas

ACR: *Colegio Estadounidense de Reumatología

EA: Espondilitis anquilosante, hoy en día denominada EspA axial radiográfica

ASQoL: *Cuestionario sobre calidad de vida en casos de EA

EspA axial: Espondiloartritis axial

BASDAI: *Índice de Bath de actividad de la enfermedad para espondilitis anquilosante

FAMEb: Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico

BSR: *Sociedad Británica de Reumatología

FAMEsc: Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético convencional

AVAD: Año de vida ajustado en función de la discapacidad

FAME: Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad

UE: Unión Europea

EULAR: *Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología

EQ-5D: Cuestionario EuroQoL de 5 dimensiones

URS: Uso de recursos sanitarios

HAQ: *Cuestionario de evaluación de la salud

HDA: *Actividad de la enfermedad alta

JAK: *Cinastas Janus

LDA: *Actividad de la enfermedad baja

MDA: *Mínima actividad de la enfermedad

MDT: *Equipo multidisciplinar

RM: Resonancia magnética

ME: Musculoesqueléticas (osteomusculares)

OMERACT: *Medidas de Resultados en Reumatología

APs: Artritis psoriásica

CdV: Calidad de vida

AR: Artritis reumatoide

SF-36: Cuestionario sobre salud abreviado (36 ítems)

EspA: Espondiloartritis

TNF: *Factor de necrosis tumoral

FAMEsd: Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético dirigido

RU: Reino Unido

EE. UU.: Estados Unidos

EVA: Escala visual análoga

YLD: *Años vividos con discapacidad

YLL: *Años de vida perdidos por muerte prematura

*indica que son siglas en inglés



**Global
Remission
Coalition**

globalremission.org