



Original

¿Se derivan adecuadamente las espondiloartropatías desde primaria a especializada?

Ruth López-González^{a,*}, Azucena Hernández-Sanz^b, Raquel Almodóvar-González^c, Milena Gobbo^d y Grupo Esperanza

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Sección de Reumatología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^c Sección de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^d Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de marzo de 2012

Aceptado el 23 de junio de 2012

On-line el 25 de octubre de 2012

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Espondiloartritis

Referencia

Criterios de derivación

Diagnóstico precoz

Concordancias

Programa Esperanza

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar el grado de acuerdo entre los médicos de atención primaria (MAP) y los reumatólogos en la valoración de los criterios de derivación en pacientes con sospecha de espondiloartritis (EspA) precoz.

Material y métodos: Se derivaron los pacientes con sospecha de EspA precoz, a través de la plataforma electrónica, por MAP siguiendo unos criterios de derivación predeterminados a Unidades de EspA precoz, donde fueron de nuevo evaluados por reumatólogos y confirmados los diagnósticos. Se ha analizado la concordancia de los criterios de derivación predeterminados entre MAP y reumatólogos mediante el índice kappa (k) en aquellos pacientes con diagnóstico de EspA precoz.

Resultados: Analizamos 802 pacientes, de los que el 8,31% fueron mal derivados. El grado de acuerdo en relación con criterios de derivación predeterminados fue pobre para la lumbalgia inflamatoria (k=0,16; intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 0,09-0,23), sacroilitis radiológica (k=0,31; IC 95% 0,211-0,428), raquialgia o artralgia (k=0,21; IC 95% 0,14-0,29); moderado para el criterio de artritis asimétrica (k=0,51; IC 95% 0,43-0,59), HLA B27 positivo (k=0,59; IC 95% 0,52-0,67) e historia familiar (k=0,50; IC 95% 0,415-0,604). Los grados de acuerdo fueron buenos o muy buenos para la presencia de uveítis anterior (k=0,81; IC 95% 0,68-0,93), enfermedad inflamatoria intestinal (k=0,87; IC 95% 0,79-0,96) y psoriasis (k=0,73; IC 95% 0,65-0,81).

Conclusiones: El grado de acuerdo entre MAP y reumatólogos respecto a la valoración de los criterios preestablecidos para derivación de EspA precoz es variable. La concordancia es baja para criterios de derivación clave para el diagnóstico de pacientes con EspA. Facilitar programas de formación y entrenamiento para MAP resulta fundamental para identificar a pacientes con EspA precoz.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Are spondyloarthropathies adequately referred from primary care to specialized care?

A B S T R A C T

Objective: To evaluate the degree of agreement between primary care physicians and rheumatologists when evaluating the referral criteria in patients with suspected early spondyloarthropathy (Spa).

Material and methods: Patients with suspected early Spa (according to predefined clinical referral criteria) were sent by primary care physicians to early Spa units (where a rheumatologist evaluated the same criteria and confirmed the diagnosis) through an on-line platform. We assessed the agreement between primary care physicians and rheumatologists regarding the predefined clinical referral criteria among patients with definitive Spa using the kappa index (k).

Results: Eight hundred and two patients were analysed, 8.31% of whom were incorrectly referred to the rheumatologist. The degree of agreement regarding the predefined clinical referral criteria was poor for inflammatory back pain (k=0.16; 95% confidence interval [95% CI] 0.09-0.23), radiographic sacroiliitis (k=0.31; 95% CI 0.211-0.428), back or joint pain (k=0.21; 95% CI 0.14-0.29); mild for asymmetric arthritis (k=0.51; 95% CI 0.43-0.59), positive HLA B27 (k=0.59; 95% CI 0.52-0.67) and family history (k=0.50; 95%

Keywords:

Primary health care

Spondyloarthritis

Referral

Referral criteria

Early Diagnosis

Agreement

Esperanza Program

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lopezgonzalezruth@gmail.com (R. López-González).

CI 0.415-0.604); and it was good or very good for anterior uveitis ($k=0.81$; 95% CI 0.68-0.93), inflammatory bowel disease ($k=0.87$; 95% CI 0.79-0.96) and psoriasis ($k=0.73$; 95% CI 0.65-0.81).

Conclusions: The degree of agreement between primary care physicians and rheumatologists regarding the predefined clinical referral criteria was variable. Agreement was very poor for variables like inflammatory back pain, which are crucial for the diagnosis of Spa. Training programs for primary care physicians are important in order for them to correctly identify early Spa patients.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las espondiloartritis (EspA) constituyen un grupo de enfermedades de carácter crónico inflamatorio de etiología desconocida asociadas al antígeno de histocompatibilidad HLA B27, en las que la espondilitis anquilosante (EA) es la patología representativa de todas ellas^{1,2}. La característica clínica esencial en la mayoría de los pacientes es la inflamación de las articulaciones sacroilíacas en las primeras fases de la enfermedad, aunque esto puede coincidir, añadirse en la evolución o ser precedido por inflamación en el resto del esqueleto axial y estructuras periféricas como articulaciones y entesis³. Puede asociarse a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), psoriasis cutánea, y a manifestaciones extraarticulares como la uveítis anterior (UA)⁴⁻⁶.

El diagnóstico definitivo de las EspA (una vez establecidas) es relativamente sencillo⁷⁻⁹. Lo difícil es establecer un diagnóstico en las fases iniciales de la enfermedad. Sin embargo, el objetivo clínico-terapéutico es precisamente llegar a establecer el diagnóstico precoz, para poder instaurar cuanto antes un tratamiento eficaz que permita evitar el desarrollo de limitación funcional o daño estructural¹⁰.

En este sentido, en España el retraso medio entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico de las EspA es superior a los 6 años¹¹. Este puede ser debido, en parte, a que los criterios de clasificación requieren la presencia de signos que aparecen de forma tardía, como es el daño observado en radiología simple. Por este motivo, recientemente se han propuesto nuevos criterios diagnósticos para las EspA^{12,13}, que permiten identificar de forma precoz a estos pacientes. Otra de las razones que podrían explicar el retraso del diagnóstico es que los médicos de atención primaria (MAP) no conocen bien los síntomas de la enfermedad en sus estadios iniciales, en lo que se denomina también fase prerradiológica de la enfermedad. Y es un hecho probado que la temprana identificación de los síntomas iniciales y la derivación al reumatólogo contribuyen a un diagnóstico precoz de las EspA¹⁴. Es por ello que la Sociedad Española de Reumatología (SER) desarrolló, en colaboración con MAP, el Programa Esperanza^{15,16}, en el que se establecieron unos criterios de derivación de pacientes con sospecha de EspA desde atención primaria a reumatología.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el grado de acuerdo entre los MAP y los reumatólogos en la evaluación de los criterios de derivación de los pacientes con sospecha de EspA precoz. Esto permitirá optimizar, si fuera preciso, la formación dirigida a los MAP en las EspA, lo que se podrá traducir en una disminución del retraso diagnóstico y una optimización de los recursos disponibles.

Material y métodos

Diseño

El Programa Esperanza es un programa asistencial colaborativo entre la SER y MAP de cobertura nacional, cuyo fin es reducir la variabilidad en la atención que reciben los pacientes con EspA, facilitar el diagnóstico y la difusión del conocimiento de aspectos asistenciales en este grupo de patologías, así como promover una utilización racional de los recursos sanitarios.

Tabla 1

Contenidos del curso formativo para médicos de atención primaria

<p>Módulo 1: Generalidades y beneficios de la colaboración entre atención primaria y Reumatología para el paciente con EspA</p> <p>Concepto de las EspA Clasificación Formas de presentación Criterios de derivación a Reumatología Razones para el diagnóstico y tratamiento precoz de las EspA Programa Esperanza y criterios de derivación en el programa</p>
<p>Módulo 2: ¿Qué sabemos acerca de la etiopatogenia y de la epidemiología de las EspA? La clave del diagnóstico precoz: la historia clínica</p> <p>Etiopatogenia de las EspA Epidemiología de las EspA Anamnesis y exploración física en el paciente con EspA en atención primaria</p>
<p>Módulo 3: Diagnóstico y valoración del paciente</p> <p>El laboratorio y su utilidad para el diagnóstico Técnicas radiológicas convencionales y su utilidad para el diagnóstico Otras técnicas diagnósticas: RM, ecografía, gammagrafía, TAC Valoración de la actividad inflamatoria y de la capacidad funcional del paciente: métodos e interpretación</p>
<p>Módulo 4: Terapéutica en las EspA. ¿Qué podemos esperar del tratamiento?</p> <p>Fisioterapia y tratamiento rehabilitador: ¿qué podemos esperar? AINE: su importancia real y cómo prevenir la gastropatía FAME (sulfasalazina, metotrexato, etc.): dar o no dar Fármacos contra el factor de necrosis tumoral: indicaciones, eficacia y seguridad. ¿Qué podemos esperar de ellos? Recomendaciones EULAR y SER para el tratamiento de las EspA Identificación de criterios de mal pronóstico</p>

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EspA: espondiloartritis; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; RM: resonancia magnética; SER: Sociedad Española de Reumatología; TAC: tomografía axial computarizada; EULAR: European League Against Rheumatism.

Selección de pacientes y adquisición de datos

Se crearon 25 Unidades de EspA Precoz (UESP) en hospitales españoles, con un reumatólogo responsable en cada una, que mantuvo una colaboración estrecha con los MAP de su área de referencia adscritos al programa. Adicionalmente, se diseñó un curso de formación en EspA para MAP (tabla 1). El curso fue impartido en reuniones formativas por el reumatólogo, y también estuvo disponible para su consulta y seguimiento en una plataforma electrónica específicamente diseñada para el Programa Esperanza.

Se establecieron unos criterios de derivación en base a los cuales los MAP debían dirigir a los pacientes con sospecha de EspA precoz a las UESP correspondientes. Se podían derivar pacientes mayores de 18 años y menores de 45 años con clínica de entre 3 y 24 meses de evolución y al menos uno de los 3 síntomas siguientes: lumbalgia inflamatoria, artritis asimétrica o una serie de variables relacionadas con las EspA (tabla 2). Cada MAP derivó a los pacientes a través de la plataforma electrónica donde registraron los criterios de derivación que a su juicio cumplían los pacientes.

Los reumatólogos de la UESP de referencia evaluaron si los pacientes tenían una EspA precoz utilizando los mismos criterios que los MAP. La presencia de sacroilítis radiográfica se basó en la proyección anteroposterior de la radiografía simple de sacroiliacas, y fue definida como una afectación grado 2 o superior, si dicha lesión es de carácter bilateral, y grado 3 o superior si es solo unilateral⁷.

Tabla 2
Criterios de derivación a las Unidades de Espondiloartritis Precoz

Pacientes mayores de 18 años y menores de 45 años con clínica de entre 3 y 24 meses de evolución y al menos uno de los 3 síndromes siguientes:
1. <i>Lumbalgia inflamatoria: dolor lumbar que cumpla 2 de las 3 siguientes características:</i>
a) Comienzo insidioso
b) Rigidez matutina espinal mayor a 30 minutos
c) Mejoría franca con actividad física y que no se alivie con reposo
2. <i>Artritis asimétrica de miembros inferiores</i>
3. <i>U otros criterios de sospecha que incluyen dolor axial inespecífico o artralgias con al menos uno de los siguientes:</i>
a) Psoriasis
b) Enfermedad inflamatoria intestinal
c) Uveítis anterior
d) Historia familiar de EspA, psoriasis, EII o uveítis anterior
e) Sacroilitis radiológica
f) HLA B27 positivo

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EspA: espondiloartritis.

Los datos (basales y de seguimiento) de todos aquellos pacientes que cumplían los criterios de EspA precoz (según el reumatólogo) y firmaban el consentimiento informado se introdujeron en la plataforma electrónica. El reumatólogo fue responsable de la gestión de los datos en cada visita siguiendo la práctica clínica habitual.

Variables

En el Programa Esperanza se recogen datos: a) sociodemográficos (edad, sexo, raza, incapacidad laboral); b) clínicos (comorbilidad, variables relacionadas con la actividad y gravedad de la enfermedad, tratamientos prescritos), y c) relacionados con la gestión de las UESP.

Análisis estadístico

Los datos para realizar este análisis proceden de la visita basal de los pacientes incluidos en el Programa Esperanza del 1 de abril de 2008 al 31 de mayo de 2011. Dado que el programa permitía la inclusión de pacientes derivados desde otras especialidades (Traumatología, Oftalmología, etc.), y que algunos pacientes, pese a ser derivados por el MAP, finalmente no cumplen criterios de EspA precoz y no permanecen en el programa, el análisis se realizó solo sobre pacientes de los que se disponía de la información necesaria tanto por parte del MAP como por parte del reumatólogo responsable de la UESP.

Este estudio de concordancia de los criterios de derivación entre los MAP y los reumatólogos se ha realizado mediante el análisis del índice kappa y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). La concordancia, es decir, el grado de acuerdo entre MAP y reumatólogos, se estableció en función de la puntuación del índice kappa de la siguiente manera: se consideró «acuerdo pobre» si el índice kappa fue menor de 0,20; «débil» entre 0,21-0,40; «moderado» entre 0,41-0,60; «bueno» entre 0,61-0,80, y «muy bueno» por encima de 0,81.

Resultados

En el Programa Esperanza han participado 1.844 MAP que derivaron a través de la plataforma electrónica dispuesta para tal fin un total de 1.179 pacientes (independientemente de que estuviesen bien/mal derivados y del diagnóstico final), la mayoría hombres (54%), de raza blanca (96%), con una edad media de 33 años (desviación estándar 7 años), el 12% se encontraba en situación de discapacidad laboral temporal y un 2% en situación de incapacidad laboral permanente.

Finalmente, para el propósito de este estudio se han analizado datos de 802 pacientes (cerca del 70% de la muestra total derivada);

Tabla 3
Concordancia entre la evaluación del médico de atención primaria y el reumatólogo de las Unidades de Espondiloartritis Precoz

Criterio	Kappa	IC 95%	n
Lumbalgia inflamatoria	0,162	0,09-0,23	802
Artritis asimétrica	0,513	0,43-0,59	802
Raquiálgia o artralgia	0,216	0,14-0,29	802
Psoriasis	0,735	0,65-0,81	802
Enfermedad inflamatoria intestinal	0,877	0,79-0,96	802
Uveítis anterior	0,810	0,68-0,93	802
Historia familiar de EA, psoriasis, EII, UA	0,509	0,415-0,604	802
Sacroilitis radiológica	0,319	0,211-0,428	529
HLA B27 positivo	0,597	0,52-0,67	507

Se muestra el número de pacientes sobre los que se ha realizado la estimación. EA: espondilitis anquilosante; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; IC: intervalo de confianza; UA: uveítis anterior.

se excluyeron pacientes mal derivados, que no cumplieren criterios de inclusión o no dispusieran de suficientes datos. Solo en 98 casos (8,31%) se consideró que el paciente estaba mal derivado. Por otro lado, el tiempo medio transcurrido entre la derivación desde atención primaria y la revisión de los pacientes en la UESP fue de 11 días (desviación estándar 28 días).

Las puntuaciones kappa (k) obtenidas se muestran en la tabla 3, junto con el número de pacientes sobre los que se ha realizado la estimación. Respecto a los criterios de derivación con más peso a la hora del diagnóstico de las EspA, la lumbalgia inflamatoria presentó un grado de acuerdo pobre (k=0,162; IC 95% 0,09-0,23), al igual que la sacroilitis radiológica (k=0,319; IC 95% 0,21-0,43), y la artralgia o raquiálgia (k=0,216; IC 95% 0,14-0,29). Sin embargo, el criterio de artritis asimétrica presentó un grado de acuerdo moderado (k=0,513; IC 95% 0,43-0,59), al igual que la historia familiar de EA, psoriasis, EII o UA (k=0,509; IC 95% 0,41-0,60) y la presencia del antígeno HLA B27 positivo (k=0,597; IC 95% 0,52-0,67).

En relación con el grado de acuerdo de otros criterios relacionados con el diagnóstico de las EspA, pero de menor peso, se observó un grado de acuerdo bueno o muy bueno en los siguientes criterios: UA (k=0,81; IC 95% 0,68-0,93), EII (k=0,877; IC 95% 0,79-0,96), y psoriasis (k=0,735; IC 95% 0,65-0,81).

Discusión

El Programa Esperanza se generó para mejorar el manejo de los pacientes con EspA.

Además, ha permitido acercar a reumatólogos y MAP y concienciar a ambos de la necesidad de un diagnóstico precoz y preciso de los pacientes con estas patologías. Para ello, entre otros aspectos, se generaron criterios de derivación a Reumatología que sirven para establecer un diagnóstico definitivo y/o precoz de las EspA. Los resultados de este análisis indican que existe un grado de acuerdo muy variable entre MAP y reumatólogos en relación con la valoración de los criterios de derivación establecidos.

Por otro lado, en cuanto a la representatividad del estudio, señalar que el objetivo del mismo fue el de analizar la concordancia entre MAP y reumatólogos en relación con los pacientes con EspA precoz, no en cuanto al diagnóstico de sospecha clínico inicial (en general). No se han analizado todos los pacientes derivados por los MAP, pero esta no inclusión definitiva de pacientes se ha producido en la práctica habitual de una forma aleatoria, por lo que pensamos que el sesgo de selección es muy bajo y que no hay sobreestimación del efecto.

En relación con el diseño del estudio, las observaciones no fueron independientes, lo que en teoría podría sobreestimar el grado de acuerdo. Sin embargo, pensamos que este efecto está a su vez atenuado por la segunda evaluación y nueva clasificación realizada a los pacientes una vez que llegan a la UESP, por un reumatólogo

experto y con interés en EspA, cuyo criterio no consideramos se vea influido por el señalado por el MAP.

Por otro lado, conviene señalar que la sacroilitis radiológica y la presencia de HLA B27 positivo deben interpretarse con cautela dado que estos resultados no pudieron analizarse en todos los pacientes.

El grado de acuerdo fue bueno o muy bueno para algunos de los criterios de derivación, en concreto para la presencia de UA, psoriasis y EII. Es posible que esto se deba a que son entidades clínicas a priori fáciles de identificar tanto para MAP como para reumatólogos.

El grado de acuerdo fue moderado para la presencia del HLA B27, la artritis asimétrica y la historia familiar. En el caso del HLA B27, no es prueba de laboratorio que se solicite con frecuencia en atención primaria, muy al contrario que en Reumatología, incluso hay centros donde no pueden solicitarla. Una explicación muy parecida se puede dar en relación con la presencia de artritis asimétrica. El reumatólogo dirige continuamente la anamnesis y exploración hacia síntomas y signos sugestivos de inflamación, pudiendo detectar artritis muy incipientes y poco intensas, aspecto que muchas veces solo es posible tras haber alcanzado un elevado grado de especialización, y disponiendo del tiempo necesario para poder evaluar las articulaciones de los pacientes. En este contexto, creemos que los MAP pueden conseguir la destreza y conocimientos necesarios para detectar casos de artritis incipientes con un entrenamiento y formación adecuados. Finalmente, destacar que una correcta anamnesis en el caso de la historia familiar es relevante dado que es una variable muy específica de este grupo de enfermedades. Un mayor conocimiento en las EspA podría ayudar a incluir esta variable en la anamnesis del MAP en pacientes seleccionados con sospecha de las mismas.

Se debe señalar en los resultados obtenidos el escaso grado de acuerdo en relación con los criterios de derivación con mayor relevancia para establecer el diagnóstico de EspA, que son la lumbalgia inflamatoria y la sacroilitis radiológica. La dificultad diagnóstica del dolor lumbar inflamatorio en consultas de atención primaria ya ha sido observada con anterioridad¹⁷, y posiblemente se debe a que el dolor lumbar es un síntoma frecuente, pero impreciso y mal referido por los pacientes, y que un amplio porcentaje de estos con dolor lumbar son remitidos al traumatólogo como primer médico especialista de referencia en lugar del reumatólogo, sin que se precise ahondar más en las características del dolor. Teniendo en cuenta la gran capacidad de los MAP para establecer diagnósticos clínicos, para mejorar estos resultados, en la población más prevalente de estas patologías, es decir, adultos jóvenes, se podría realizar un diagnóstico diferencial entre lumbalgia mecánica e inflamatoria antes de remitir al especialista de referencia. Probablemente un mayor entrenamiento y formación específica a los MAP en este sentido sería muy satisfactorio y suficiente.

Por otro lado, en el caso de la evaluación de sacroilitis, se pueden esgrimir los mismos argumentos y aportar las mismas vías de mejora. Si no hay una sospecha clínica de lumbalgia inflamatoria de posible origen sacroilíaco es difícil que se solicite una radiografía simple de estas articulaciones. Y de nuevo, teniendo en cuenta la formación y capacidad de los MAP, la lectura de una radiografía de sacroilíacas no debería retrasar la consulta más de 30 segundos, y permitiría en un alto porcentaje de pacientes realizar una orientación diagnóstica más precisa¹⁸. Adicionalmente, debido a la falta de una buena concordancia en la lectura de radiografías, actividades formativas para estandarizar la lectura de las mismas se podría plantear como un medio para optimizar los resultados en futuros diagnósticos de las EspA.

Como conclusión, basado en la importancia del diagnóstico precoz y la necesidad de un tratamiento óptimo en los pacientes con EspA, y que es el MAP el primer contacto con el sistema sanitario, realizar una formación dirigida en este sentido podría ayudar a la consecución de estos objetivos, en pacientes jóvenes con un dolor

lumbar de características inflamatorias, solicitando una radiografía de sacroilíacas y una anamnesis dirigida hacia dichas patologías.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med.* 2002;136:896-907.
- van der Linden S, van der Heijden D. Classification of spondyloarthropathies. En: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weissman MH, editores. *Rheumatology*. Edinburgh: Mosby (Elsevier); 2003. p. 1149-51.
- Jacobs JC. Spondyloarthritis and enthesopathy. Current concepts in rheumatology. *Arch Intern Med.* 1983;143:103-7.
- Boonen A, van der Linden SM. The burden of ankylosing spondylitis. *J Rheumatol Suppl.* 2006;78:4-11.
- Braun J, Pincus T. Mortality, course of disease and prognosis of patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20 6 Suppl 28:S16-22.
- Kobelt G, Sobocki P, Mulero J, Gratacos J, Pociovi A, Collantes-Estevez E. The burden of ankylosing spondylitis in Spain. *Value Health.* 2008;11:408-15.
- van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984;27:361-8.
- Braun J, Kingsley G, van der Heijde D, Sieper J. On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. Results and discussion of a questionnaire prepared for the 4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin, Germany, July 3-6, 1999. *J Rheumatol.* 2000;27:2185-92.
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2665-73.
- Sloan TJ, Walsh DA. Explanatory and diagnostic labels and perceived prognosis in chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35:E1120-5.
- Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1309-15.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:25-31.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:777-83.
- Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. *Lancet.* 2011;377:2127-37.
- Muñoz-Fernández S, Carmona L, Collantes E, Mulero J, García-Yébenes MJ, de Miguel E, et al. A model for the development and implementation of a national plan for the optimal management of early spondyloarthritis: the Esperanza Program. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:827-30.
- Fernández Carballido C, en nombre del Grupo ESPeranza. Diagnosing early spondyloarthritis in Spain: the ESPeranza program. *Reumatol Clin.* 2010;6S1:6-10.
- Braun A, Saracbası E, Grifka J, Schnitker J, Braun J. Identifying patients with axial spondyloarthritis in primary care: how useful are items indicative of inflammatory back pain? *Ann Rheum Dis.* 2011;70:1782-7.
- MacKay K, Brophy S, Mack C, Doran M, Calin A. The development and validation of a radiographic grading system for the hip in ankylosing spondylitis: the bath ankylosing spondylitis radiology hip index. *J Rheumatol.* 2000;27:2866-72.