



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



Situación de la

ARTRITIS REUMATOIDE

en Colombia

2016

**SITUACIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE
EN COLOMBIA**

2016



Situación de la artritis reumatoide en Colombia 2016

Cuenta de Alto Costo [CAC]

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

ISSN: 2590-9037

Periodicidad: una edición anual

Bogotá D.C., Colombia, 9 de junio de 2017

© Todos los derechos reservados

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización escrita
de la Cuenta de Alto Costo

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



JUNTA DIRECTIVA

Pablo Fernando Otero Ramón
Presidente de Junta Directiva
Sura EPS

Javier Peña Ramírez
Cajacopi EPS

Nubia Gregoria Espinosa Garzón
Compensar EPS

Claudia Morales Moreno
Saludvida EPS

Gustavo Adolfo Aguilar Vivas
Asmet Salud EPS

Ángela María Cruz Libreros
Coomeva EPS

Ana Eugenia Velásquez Manes
EPM

Claudia Constanza Rivero Betancourt
Capital Salud EPSS

Directora Ejecutiva

Dra. Lizbeth Acuña Merchán

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

Coordinación de Gestión del Conocimiento

Dra. Patricia Sánchez Quintero

Coordinación de Gestión del Riesgo

Dr. Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinación de Gestión de la Tecnología

Ing. Fernando Valderrama Castellanos

Coordinación de Auditoría y Gestión de la Información

Dra. María Teresa Daza

Coordinación de Gestión de Proyectos

Dr. Luis Alejandro Moreno Ramírez

Asociación Colombiana de Reumatología

Dr. Carlos Enrique Toro

Organizadora de la elaboración del documento

Omaira Valencia Estupiñán

Coordinación editorial

Alejandro Niño Bogoya

Diseño y diagramación

Adriana Rodríguez-Conto

CONTENIDO

Junta Directiva	7
Glosario	17
Abreviaturas	19
Introducción	21
1. Aspectos metodológicos	23
1.1 Recolección de la información	23
1.2 Auditoría	23
1.3 Análisis epidemiológico	24
1.3.1 Depuración de la información	24
1.3.2 Análisis de la información	24
2. Características generales de la población	27
2.1 Edad y sexo	27
2.2 Tiempo de evolución de la enfermedad	29
2.3 Aseguramiento	30
3. Morbimortalidad	33
3.1 Prevalencia, incidencia y mortalidad de la AR en Colombia	33
3.1.1 Prevalencia	33
3.1.2 Incidencia	36
3.1.3 Mortalidad	38
3.2 Prevalencia, incidencia y mortalidad en la población BDUA	39
3.2.1 Prevalencia BDUA	39
3.2.2 Incidencia BDUA	41
3.2.3 Mortalidad BDUA	41
4. Diagnóstico y tratamiento de la AR	43
4.1 Diagnóstico	43
4.1.1 Estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico	45
4.1.2 Comorbilidades al diagnóstico	47
4.2 Atención de la AR	48
4.2.1 Consulta con especialistas	48
4.2.2 IPS de atención	51
4.2.3 Estudio de pronóstico y seguimiento	51
4.2.4 Hospitalizaciones	54

4.3 Medicamentos en el tratamiento de la AR	56
4.3.1 Uso de analgésicos y antiinflamatorios	56
4.3.2 Uso de glucocorticoides	58
4.3.4 Uso de DMARD	59
Tablas y anexos	69
Edad y sexo	69
Reporte por entidad	70
Atención de la AR	73
Diagnóstico	74
Medicamentos	74
Referencias	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Años de evolución de la enfermedad y edad al diagnóstico	30
Tabla 2. Morbimortalidad por departamento	34
Tabla 3. Incidencia, prevalencia y mortalidad de la población afiliada al BDU por asegurador	39
Tabla 4. Criterios de clasificación de AR 2010 ACR/EULAR	43
Tabla 5. Resultado de AntiCCP y FR al diagnóstico	46
Tabla 6. Comorbilidades identificadas al diagnóstico	48
Tabla 7. Número de consultas con especialista al año por AR	50
Tabla 8. Indicadores de seguimiento de la enfermedad	52
Tabla 9. Actividad de la enfermedad	54
Tabla 10. Frecuencia de uso de analgésicos	57
Tabla 11. Frecuencia de uso de glucocorticoides en pacientes con AR	58
Tabla 12. Frecuencia de uso de sDMARD	60
Tabla 13. Frecuencia de uso de sDMARD por régimen de aseguramiento	62
Tabla 14. Clasificación de los bDMARD	63
Tabla 15. Frecuencia de uso de bDMARD por régimen de aseguramiento	65
Tabla 16. Distribución de edad en AR	69
Tabla 17. distribución por Sexo y grupo etario	69
Tabla 18. Reporte de casos por entidad	70
Tabla 19. IPS agrupadas con mayor concentración de pacientes con AR	73
Tabla 20. Estudios al diagnóstico en pacientes incidentes	74
Tabla 21. Tiempo de uso de glucocorticoides a dosis mayor de 10mg/día	74
Tabla 22. Frecuencia de uso de sDMARD por entidad	75
Tabla 23. frecuencia de uso de bDMARD por Entidad	78

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Distribución de edad-normalidad	27
Ilustración 2. Distribución por sexo y grupo etario	28
Ilustración 3. Frecuencia de años de evolución de la enfermedad y edad al diagnóstico	29
Ilustración 4. Distribución por régimen de aseguramiento y por departamento	30
Ilustración 5. Prevalencia de AR por departamento	36
Ilustración 6. Incidencia de AR por departamento	37
Ilustración 7. Mortalidad de pacientes con AR por departamento	38
Ilustración 8. Edad de pacientes fallecidos con diagnóstico de AR	42
Ilustración 9. Algoritmo para clasificación definitiva de AR	44
Ilustración 10. Proporción de uso de ayudas diagnósticas para confirmar AR por régimen de aseguramiento	45
Ilustración 11. Uso de AntiCCP, FR y estudios radiográficos al diagnóstico	47
Ilustración 12. Profesional que realiza la atención de la AR	49
Ilustración 13. Profesional que realiza la atención de la AR por régimen de aseguramiento	50
Ilustración 14. Concentración de pacientes por IPS	51
Ilustración 15. Resultado DAS-28 por régimen de aseguramiento en pacientes prevalentes	53
Ilustración 16. Resultado DAS-28 por régimen de aseguramiento en pacientes incidentes	53
Ilustración 17. Número de hospitalizaciones al año por grupo de edad y sexo prevalentes	55
Ilustración 18. Número de hospitalizaciones y comorbilidades al diagnóstico de incidentes	55
Ilustración 19. Frecuencia de uso de analgésicos por grupo de edad en pacientes prevalentes	57
Ilustración 20. Frecuencia del tiempo de uso de glucocorticoides	59
Ilustración 21. Proporción de pacientes incidentes tratados con DMARD con o sin seguimiento de paraclínicos al diagnóstico	60
Ilustración 22. Porcentaje de uso de sDMARD por régimen de aseguramiento	61

Ilustración 23. Proporción de pacientes con tamizaje de TB antes del inicio de la terapia biológica.....	63
Ilustración 24. Frecuencia de uso de bDMARD por régimen de aseguramiento.....	64
Ilustración 25. Frecuencia de uso de bDMARD por departamento.....	66

GLOSARIO

ARTRITIS REUMATOIDE: enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la destrucción progresiva de las articulaciones sinoviales y que se acompaña habitualmente de edema y de dolor articular (1).

FACTOR REUMATOIDEO: es un anticuerpo dirigido contra la región Fc de la IgG, ampliamente usado como marcador diagnóstico de Artritis Reumatoide; es poco específico de la enfermedad y puede estar presente en adultos mayores sanos o en pacientes con otros desordenes autoinmunes o infecciosos (1).

ANTICUERPOS ANTICITRULINA: prueba desarrollada para aumentar la especificidad del FR para detectar péptidos cíclicos citrulinados, su presencia en el suero se ha documentado incluso antes del inicio de los síntomas clínicos de artritis reumatoide, por lo que es considerado como un predictor del riesgo de desarrollar artritis reumatoide, la presencia de Anti-CCP positivos ha demostrado ser un factor independiente en la predicción de progresión radiográfica (erosiones articulares) en el paciente con AR (1).

VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG): es uno de los reactantes de fase aguda que indica la presencia y la intensidad de un proceso inflamatorio. Nunca es diagnóstico de una enfermedad específica (1).

ABREVIATURAS

- AR:** Artritis Reumatoide
- ACR:** American College of Rheumatology
- AINES:** Anti-inflamatorios no esteroideos
- ANTI- TNF:** Inhibidor del Factor de necrosis tumoral
- ANTICCP:** Anticuerpos Antipéptidos cíclicos citrulinados
- BDMARD:** Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drugs (Medicamentos modificadores de la enfermedad biológicos)
- BDUA:** Base de Datos Única de Afiliados
- CAC:** Cuenta de Alto Costo
- CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- DAS28:** Disease Activity Score 28
- EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
- EPS:** Empresa Promotora de Salud
- EULAR:** The European League Against Rheumatism
- FR:** Factor Reumatoide
- IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social
- PCR:** Proteína C Reactiva
- POS:** Plan Obligatorio de Salud
- RNM:** Resonancia Nuclear Magnética
- SDMARD:** Synthetic Disease-modifying Antirheumatic Drugs (medicamentos modificadores de la enfermedad sintéticos o convencionales)
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

UPC: Unidad de Pago por Capitación

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular

INTRODUCCIÓN

La Artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, autoinmune, caracterizada por un fuerte impacto en la funcionalidad de las personas, debido a la actividad inflamatoria que genera sobre las articulaciones (2). A nivel mundial la incidencia anual de AR es de aproximadamente 3 casos por 10.000 habitantes, y la prevalencia es aproximadamente de 1%, se incrementa con la edad; afecta a todas las poblaciones, aunque es mucho más frecuente entre algunos grupos (5-6% Nativos Americanos) y mucho menos prevalente en otros (ej. Personas negras de la región Caribe) (3).

En Colombia, a partir del año 2015 por mandato expreso del MSPS mediante la Resolución 1393 expedida ese mismo año, se estableció el *reporte de pacientes con artritis reumatoide a la Cuenta de Alto Costo (CAC) por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las pertenecientes a los regímenes especiales, excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las direcciones departamentales distritales y municipales de salud* (4).

El análisis de la situación de AR se realizó a partir de la base de datos reportada por las entidades en el periodo entre el 1° de julio de 2015 y 30 de junio de 2016. Este fue el primer reporte que se realizó a la CAC con la información auditada de los pacientes adultos vivos y activos, y fallecidos con diagnóstico de AR en Colombia.

Este documento constituye el primer análisis sobre la concentración de riesgo de AR en el país, y contiene información detallada acerca de las características generales de la población con esta patología, la incidencia, la prevalencia y la mortalidad, así como el proceso de diagnóstico, atención y uso de medicamentos en la población atendida en el SGSSS; el análisis está discriminado por asegurador, departamento y grupo etario. Aunque se podrían presentar falencias en la información, este libro representa un primer paso significativo para el país y al igual que en otras patologías a cargo de la CAC mantendrá un proceso de aprendizaje constante que permitirá afinar los procesos en aras de obtener y ofrecer información más completa y de mejor calidad.

Este análisis constituye un insumo importante para la toma de decisiones por parte de los actores del sistema de salud, con el fin de fortalecer y mejorar los procesos de gestión de la enfermedad y así obtener mejores

resultados en salud en esta población; y optimizar la utilización de los recursos del sistema, dado el costo de los medicamentos para el tratamiento y la carga de enfermedad por AR en los ámbitos social y económico.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A continuación, se describen los procesos de recolección de información, auditoría y análisis de la información.

1.1 Recolección de la información

La información proviene de la bodega de datos conformada por el reporte que las EAPB y demás entidades deben suministrar a la CAC, según la estructura definida por el MSPS en la Resolución 1393 de 2015 para la población con diagnóstico de AR. El grupo de entidades que hacen el reporte está conformado por:

1. Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Empresas Obligadas a Compensar (EOC),
2. Secretarías departamentales y distritales de salud,
3. Regímenes especiales: universidades, empresas de medicina prepagada y
4. Regímenes de excepción: Fuerzas Militares, Policía Nacional, magisterio y Ecopetrol

Se identificaron en total 68.247 casos de pacientes con AR de los 32 departamentos y 1.122 municipios de Colombia. El periodo evaluado comprende población con diagnóstico de AR entre el 1° de julio de 2015 hasta el 30 de junio de 2016. Se incluyeron personas diagnosticadas durante el periodo evaluado o con diagnóstico previo. Se reportó igualmente la población con AR que falleció durante el tiempo de medición.

1.2 Auditoría

Mediante este proceso, la CAC constata la existencia de los pacientes con AR que tiene el país en el SGSSS, evaluando la calidad de la información de las EAPB, direcciones departamentales y distritales de salud. Para tal fin se realizó la verificación de soportes clínicos y de afiliación para confirmar la veracidad de cada dato reportado y corregir la información errónea, con el fin de contribuir con el fortalecimiento del proceso de gestión del riesgo y el seguimiento de cohortes que realizan las entidades. La auditoría de

información fue realizada al 100% de registros reportados sobre pacientes con diagnóstico de AR en todas las entidades que le suministraron datos a la CAC a nivel nacional.

Durante este proceso se identificaron personas que no tenían el diagnóstico de AR, fallecidos antes del periodo evaluado o sin soportes de historia clínica, quienes fueron registrados como pacientes “no soportados” al tiempo que se les excluyó del análisis epidemiológico.

1.3 Análisis epidemiológico

1.3.1 Depuración de la información

Después de la recepción de la base de datos auditada, se realizó el proceso de depuración tomando en cuenta variables clave como diagnóstico de AR para el cual se incluyeron los siguientes códigos CIE10 (J990, M051, M052, M053, M058, M059, M060, M062, M063, M068, M069) disponibles en los archivos de cargue de información para las entidades; descartando así la artritis reumatoide juvenil y otras enfermedades músculo esqueléticas.

Los pacientes con novedad administrativa de muerte fueron tenidos en cuenta para el análisis de morbilidad. Para otros análisis se tuvieron en cuenta solamente a los pacientes vivos y activos. Adicionalmente, se realizó la validación de registros duplicados (pacientes reportados por más de una entidad).

1.3.2 Análisis de la información

Se realizó un análisis descriptivo de la información sociodemográfica (edad, sexo, tipo de aseguramiento, entidad de reporte y departamento de residencia), los datos existentes sobre atención del paciente desde el diagnóstico hasta el tratamiento (IPS de atención, comorbilidades, ayudas diagnósticas, paraclínicos de seguimiento y frecuencia de uso de medicamentos para el tratamiento de la AR).

La estimación de la carga de enfermedad por AR se describe en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad cruda y ajustada por edad, a nivel país, por departamento y sobre la población afiliada al BDU por entidad. Se realizó el ajuste de la morbilidad por método directo tomando como población de referencia a la población estimada para Colombia por el DANE con corte a junio de 2016.

Casos incidentes: personas diagnosticadas con AR entre el 1° de julio de 2015 y el 30 de junio de 2016.

Fallecidos: pacientes con novedad administrativa de muerte y con fecha de fallecimiento anterior al 30 de junio de 2016.

La base de datos que resulta de este proceso de reporte y verificación de información, se constituye en un registro administrativo y es fuente primaria

para el Sistema Integral de la Protección Social (SISPRO), el cual permite generar salidas de información a través de la generación de indicadores, tableros de control a través de los cuales se identifican los resultados de morbilidad, la calidad de la atención y la oportunidad; insumos indispensables para la planeación de servicios de salud. El análisis estadístico se realizó con el software STATA V13.

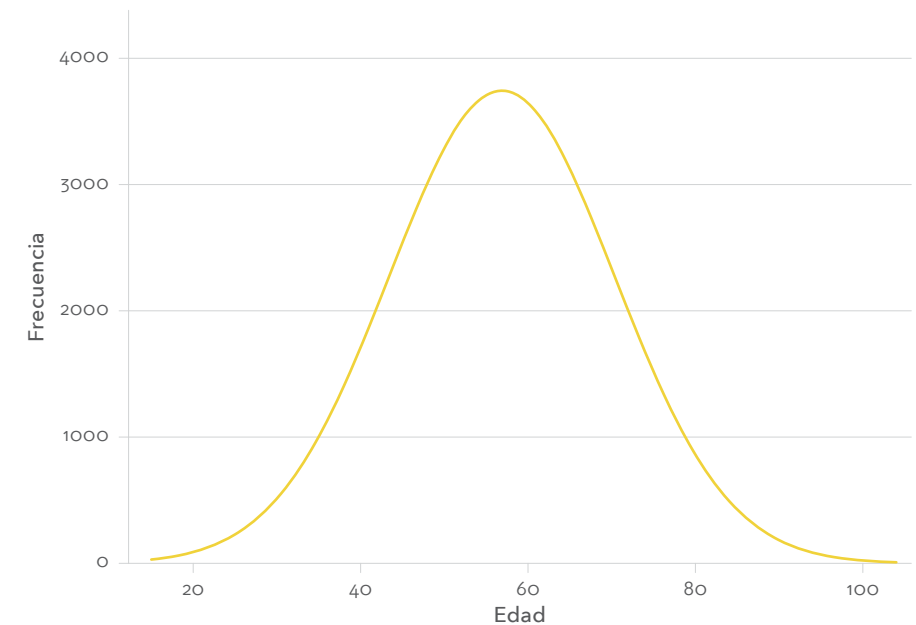
2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Después de la depuración de la base de datos se realizó el análisis de 68.247 registros de pacientes adultos, vivos y activos; diagnosticados con AR en el periodo o antes.

El reporte fue realizado por 69 entidades, 15 de ellas pertenecientes al régimen contributivo donde se encuentran concentrados la mayor parte de los casos reportados (78,8%); 32 entidades del régimen subsidiado que representan el 15,9% de la población con AR, 13 entidades del régimen especial, 4 entidades del régimen excepción y 5 secretarías de salud departamentales que reportan los pacientes no asegurados.

2.1 Edad y sexo

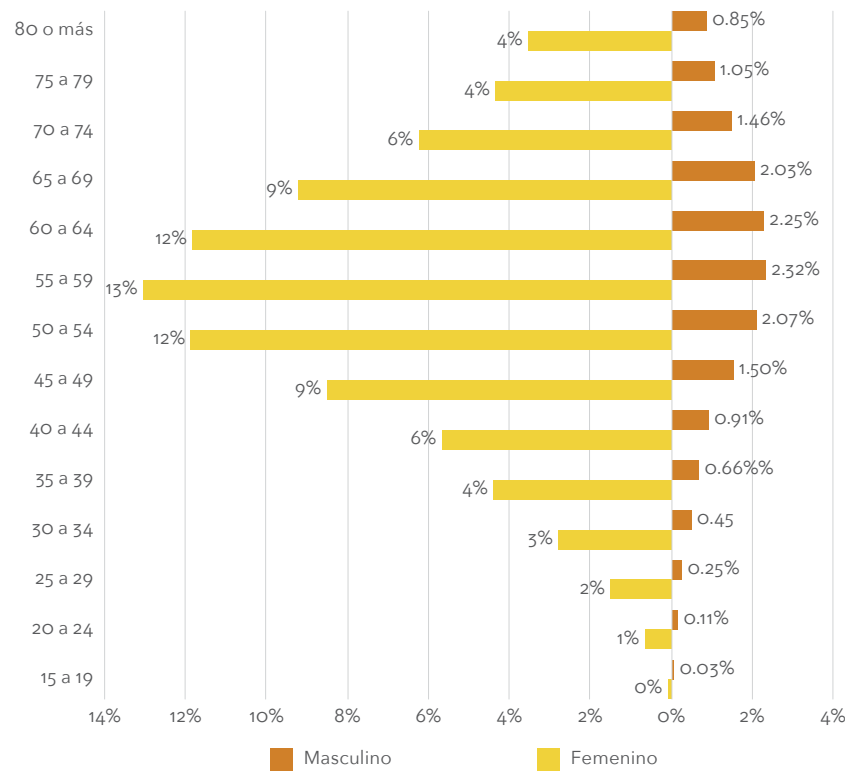
Ilustración 1. Distribución de edad-normalidad



El comportamiento gráfico de los datos de edad en los pacientes con AR, muestra una distribución normal con dos colas que se alejan, donde se encuentra un pequeño número de observaciones en los extremos (>90 años y <20 años) (ver ilustración 1). La media de edad se encuentra en 57 años, con una mínima de diagnóstico de AR de 15 años (pacientes de 15 años o más con diagnóstico de AR se excluye el diagnóstico de artritis juvenil) (ver tabla 16).

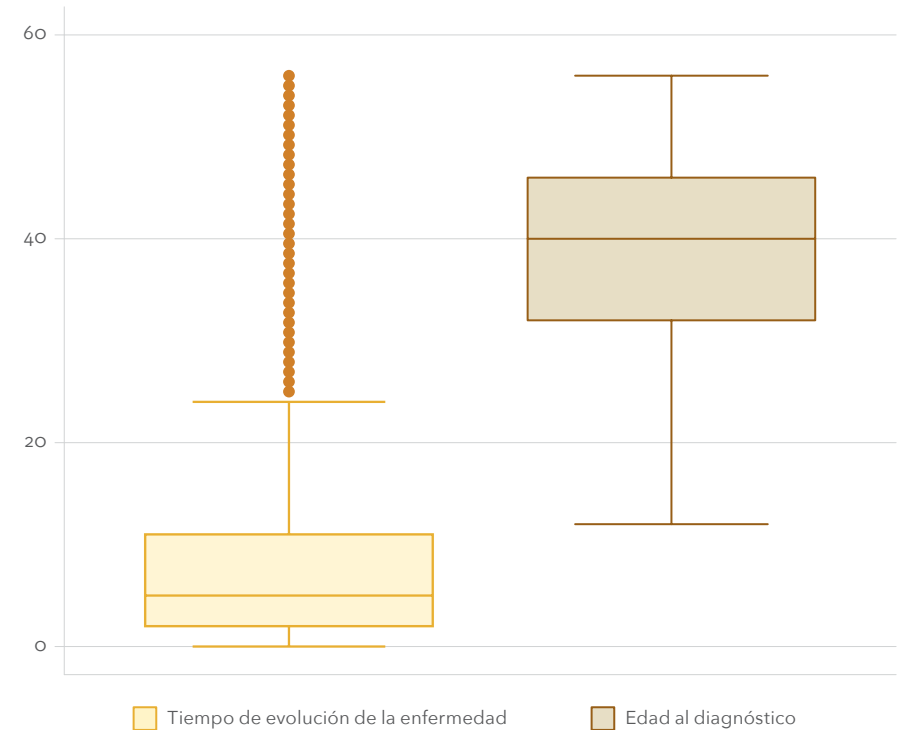
Los grupos de edad con mayor proporción de casos están entre los 50 y 69 años (ver tabla 17), a nivel mundial el pico se encuentra entre los 35 y 50 años (3), lo cual evidencia que en Colombia, de acuerdo con los datos reportados la población de mayor edad registra más afectación por AR. El diagnóstico de la enfermedad es más frecuente en el sexo femenino (85%) que en el masculino (15%) en todos los grupos de edad (ver ilustración 2), con una razón mujer hombre 5:1. Estos datos son consecuentes con los reportados en la literatura donde se expone un mayor factor de riesgo en mujeres que en hombres para desarrollar la enfermedad (5).

Ilustración 2. Distribución por sexo y grupo etario



2.2 Tiempo de evolución de la enfermedad

Ilustración 3. Frecuencia de años de evolución de la enfermedad y edad al diagnóstico



La edad más frecuente de diagnóstico de AR oscila entre los 32 y los 45 años, la media se encuentra en 38 años; de acuerdo con los datos reportados, un pequeño rango de pacientes fue diagnosticado después de los 50 y antes de los 30 años, sin embargo, el mayor número de personas reportadas llevan en promedio 8 años con el diagnóstico de AR (ver ilustración 3, tabla 1). En menor frecuencia se observa un tiempo de evolución de más de 20 años de la enfermedad en personas adultas diagnosticadas en edades tempranas. Una revisión sistemática de la incidencia y prevalencia de la AR enfatiza el carácter dinámico de la epidemiología de la AR, con una disminución de la incidencia en el tiempo, y un cambio simultáneo hacia una mayor edad de inicio (5). Llama la atención que solo se puede calcular el tiempo de evolución de la enfermedad en el 50% de los casos, en la otra mitad no se reportaron datos de fecha válida.

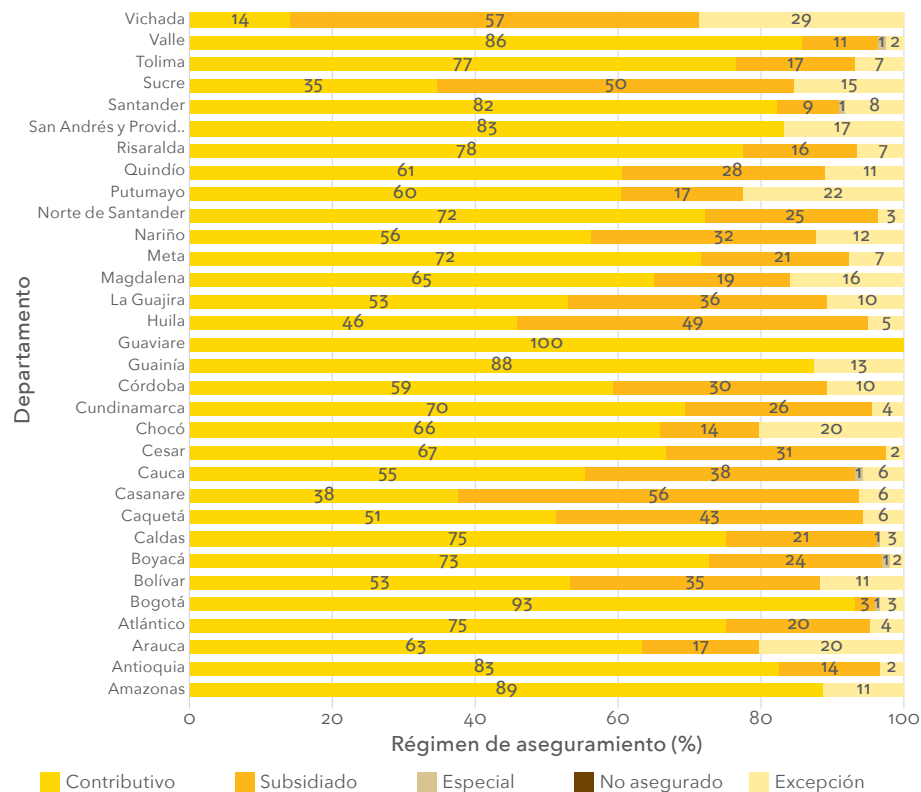
Tabla 1. Años de evolución de la enfermedad y edad al diagnóstico

Variable	Obs.	Media	Desv. Est.	Min	Max
Edad al diagnóstico	16.929	38,56	9,58	12	56
Tiempo de evolución de la enfermedad	36.714	7,96	8,44	0	56

2.3 Aseguramiento

La población con mayor reporte de pacientes con AR pertenece al régimen contributivo (79%), seguido por el régimen subsidiado (16%), y excepción (5%); sin embargo, en algunos departamentos como Vichada (57%), Sucre (50%), Huila (49%) y Casanare (56%) la proporción de pacientes del régimen Subsidiado es superior que del contributivo (ver ilustración 4). Vichada y Sucre tienen un alto número de EPS que pertenecen al régimen subsidiado, al tiempo que registraron los datos de PIB más bajos del país para el año 2007 (6).

Ilustración 4. Distribución por régimen de aseguramiento y por departamento



Los departamentos con mayor proporción de casos en el régimen excepción son Arauca (20%), Chocó (20%), Putumayo (22%) y Vichada (29%) (ver ilustración 4) en los cuales hay una gran presencia de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, además se encuentran ubicados en áreas de alta dispersión geográfica con concentración de población indígena, al tiempo que han sido epicentro del conflicto armado; por lo que requieren de especial atención debido a las limitaciones de la población en el acceso y la atención en salud (7).

Las entidades con mayor proporción de casos son EPS003 (20%), EPS037 (13%), EPS016 (13%) las cuales pertenecen al régimen contributivo y tienen presencia a nivel nacional; las entidades ESS207 (2%), ESS062 (2%) y EPSS40 (3%) del régimen subsidiado con mayor presencia en el norte y en la zona sur del país (ver tabla 18).

3. MORBIMORTALIDAD

Se establecieron la incidencia, prevalencia y mortalidad país y por departamento, ajustadas por edad, usando como referencia la población colombiana mayor de 15 años estimada por el DANE para el 2016. A partir de los datos reportados por todas las entidades aseguradoras, secretarías departamentales y distritales de salud y aquellos pertenecientes al régimen de excepción y especial de los 32 departamentos del país.

En comparación con otros registros a nivel mundial, como CORRONA en Estados Unidos, con datos de más de 23.000 pacientes en el año 2015 que ofrece información sobre actividad de la enfermedad y uso de bDMARD RATIO en Francia contiene registros de pacientes en terapia con ANTI-TNF, IAR, REGATTE que ofrecen también datos sobre el uso de bDMARD (8) y sDMARD, efectividad y riesgo de infección y neoplasias (9), y otros registros en Francia, el Reino Unido y España; el registro de la CAC con 68.247 pacientes se constituye como un registro administrativo con la información de los pacientes con AR atendidos en el SGSSS a nivel nacional, con o sin tratamiento por DMARDs con mayor número de pacientes en comparación con los anteriormente mencionados regulado por el MSPS y que contiene información de morbilidad, proceso de atención, actividad de la enfermedad y caracterización del tratamiento entre otros.

3.1 Prevalencia, incidencia y mortalidad de la AR en Colombia

3.1.1 Prevalencia

En Colombia la prevalencia de AR es de 0,2 casos por cada 100 habitantes, fue mayor en Bogotá D.C. y los departamentos del eje cafetero (Antioquia, Quindío, Caldas y Risaralda) (ver tabla 2). Varía de acuerdo con la población de estudio pero se encuentra en un rango entre 0,2% y 5% en el mundo (2), de acuerdo con los datos del CDC la prevalencia varía entre 0,4 y 1,3%. Un meta análisis realizado en países medianos y bajos ingresos estimó para América una prevalencia de 0,4% (10). En Latinoamérica existen estudios de prevalencia realizados en Argentina y en Brasil donde fue del 0,9 y el 0,45%, respectivamente (11).

Existen estudios, a partir de encuestas que basan la prevalencia de la AR en diagnósticos declarados directamente por los sujetos participantes.

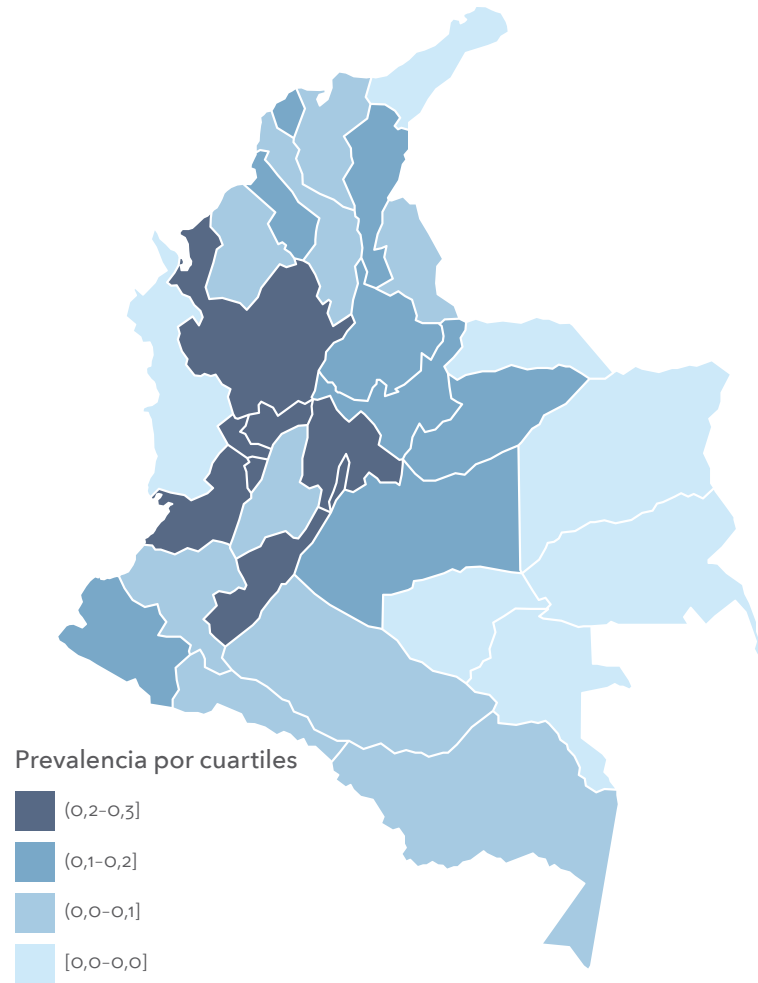
Se ha comprobado que la prevalencia de AR por referencia propia de los individuos encuestados llega hasta el 1,6%, mientras que sólo el 25% de los que manifiestan tener la enfermedad realmente la tienen, lo que implica aproximadamente un 0,5% de prevalencia real (12).

Tabla 2. Morbimortalidad por departamento

Departamento	Incidencia x 100.000 habitantes		Prevalencia x 100 habitantes		Mortalidad x 100 habitantes	
	Incidencia ajustada	Incidencia cruda	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	5,4	4,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Antioquia	12,7	13,1	0,3	0,3	0,1	0,1
Arauca	2,4	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Atlántico	6,5	6,5	0,1	0,1	0,0	0,0
Bogotá D.C.	17,6	18,2	0,3	0,3	0,1	0,1
Bolívar	5,4	5,2	0,1	0,1	0,0	0,0
Boyacá	10,4	11,1	0,1	0,2	0,0	0,0
Caldas	8,3	8,8	0,3	0,3	0,0	0,0
Caquetá	4,5	4,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Casanare	5,3	4,8	0,1	0,1	0,0	0,0
Cauca	5,6	5,4	0,1	0,1	0,0	0,0
Cesar	5,6	4,9	0,1	0,1	0,0	0,0
Chocó	1,7	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Córdoba	15,7	14,3	0,1	0,1	0,0	0,0
Cundinamarca	6,7	6,6	0,1	0,1	0,0	0,0
Guainía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Departamento	Incidencia x 100.000 habitantes		Prevalencia x 100 habitantes		Mortalidad x 100 habitantes	
	Incidencia ajustada	Incidencia cruda	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Guaviare	1,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Huila	8,6	8,2	0,2	0,2	0,0	0,0
La Guajira	1,9	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Magdalena	4,3	4,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Meta	15,3	14,4	0,2	0,1	0,0	0,0
Nariño	11,0	10,5	0,2	0,2	0,0	0,0
Norte de Santander	15,9	15,3	0,1	0,1	0,0	0,0
Putumayo	4,0	3,4	0,1	0,1	0,0	0,0
Quindío	10,5	11,3	0,3	0,3	0,0	0,0
Risaralda	10,4	11,0	0,3	0,3	0,0	0,1
Archipiélago de San Andrés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santander	5,1	5,3	0,1	0,1	0,0	0,0
Sucre	8,2	7,9	0,1	0,1	0,0	0,0
Tolima	6,4	6,5	0,1	0,1	0,0	0,0
Valle del Cauca	8,3	8,6	0,2	0,2	0,0	0,0
Vaupés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total general	10,4	10,4	0,2	0,2	0,0	0,0

Ilustración 5. Prevalencia de AR por departamento



3.1.2 Incidencia

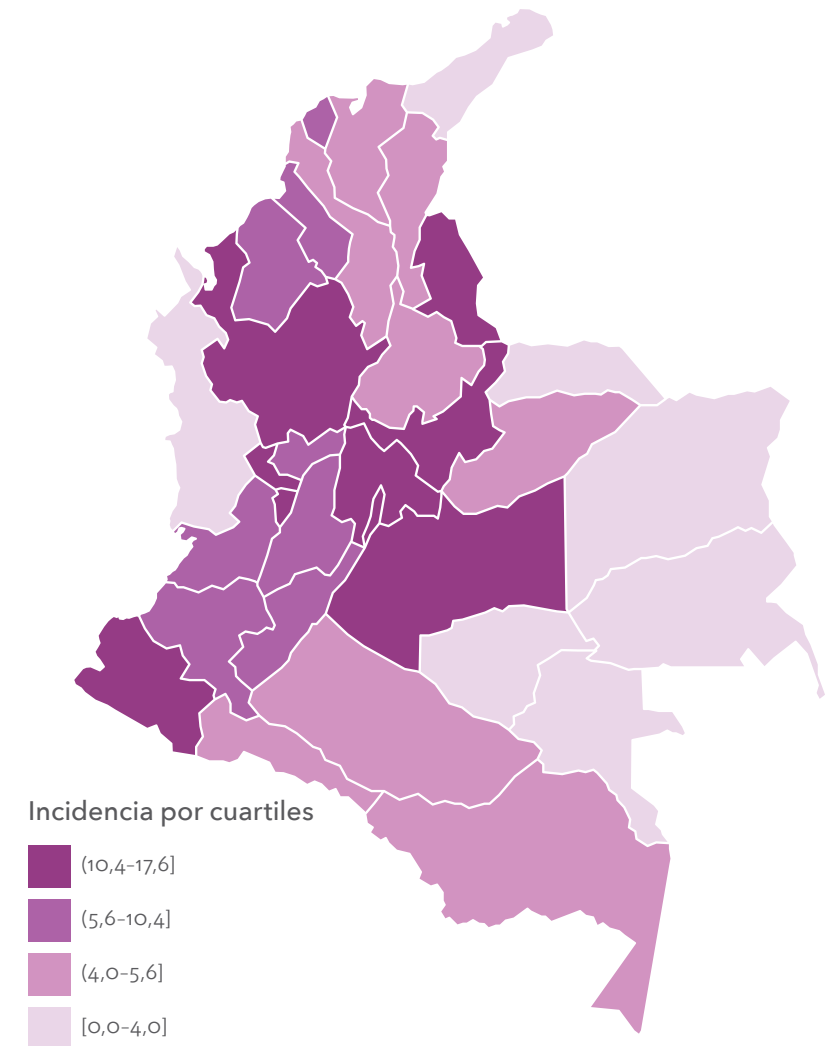
El estudio epidemiológico Rochester provee los datos más recientes de incidencia de AR en Estados Unidos. Entre 1995 y 2007, 41 personas por 100.000 habitantes fueron diagnosticados con AR anualmente, desde 1995 a 2007 las tasas incrementaron 2,5% por año en mujeres, pero hubo una pequeña reducción (0,5%) entre los hombres (13).

En Colombia la incidencia para el periodo de reporte fue de 10,4 casos por cada 100.000 habitantes. Los departamentos con mayor incidencia fueron

Bogotá, Córdoba y Meta (>15 por cada 100.000 habitantes), seguidos por Norte de Santander, Boyacá y Nariño (ver tabla 2).

La zona de los litorales, Guajira, Chocó, Vaupés, Vichada, Guainía y Guaviare no reporta casos de incidencia de AR en el periodo (ver ilustración 6); es importante establecer si en realidad no se tienen casos en estos departamentos, o evaluar si por ser zonas dispersas, el acceso a los servicios de salud es de mayor dificultad y no se realiza diagnóstico de AR.

Ilustración 6. Incidencia de AR por departamento

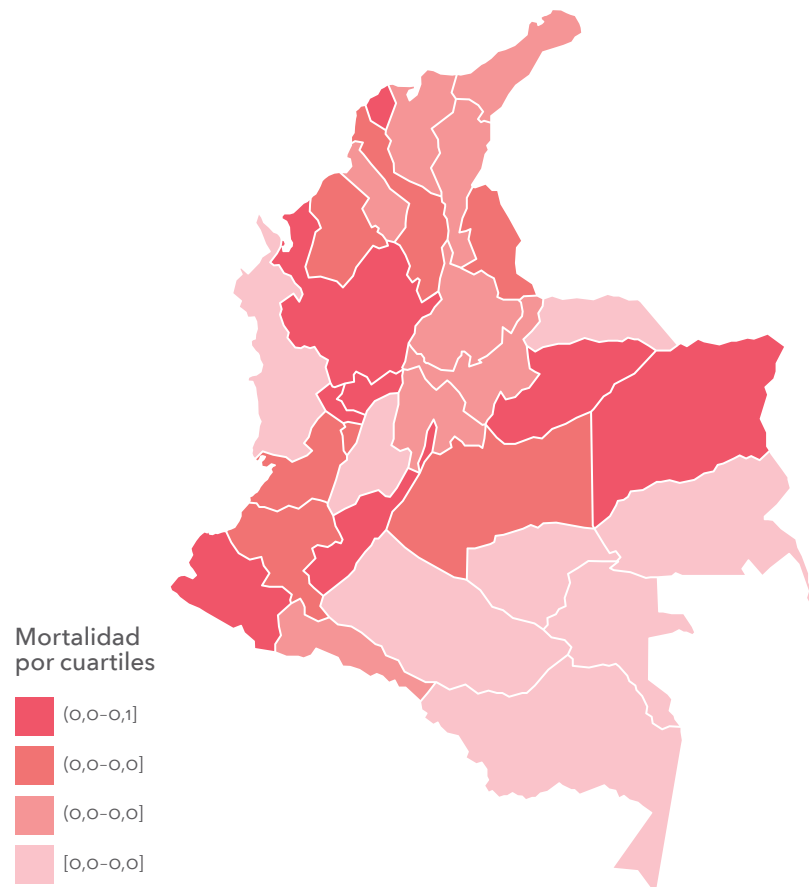


3.1.3 Mortalidad

El estudio realizado por Michaud et al en 2016, comparó las tasas de mortalidad provenientes de diferentes registros de información; estas tasas estandarizadas tuvieron una variación de 0,42 (CORRONA) a 0,8 (NOAR) (14).

En Colombia fueron reportados 1.012 pacientes muertos en el periodo, cuya mortalidad representa 0,0 fallecidos por cada 100 habitantes; menor que la reportada en los registros anteriormente mencionados. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Antioquia y Bogotá D.C. (ver tabla 2), seguidos de Vichada, Casanare, Huila, Nariño, Risaralda y Quindío (ver ilustración 7). Es de anotar que siendo el primer reporte a la CAC puede existir un sub registro de casos y que el número de pacientes muertos pudo ser mayor en el periodo.

Ilustración 7. Mortalidad de pacientes con AR por departamento



3.2 Prevalencia, incidencia y mortalidad en la población BDUA

La prevalencia e incidencia y mortalidad fueron ajustadas por los registros de población afiliada al BDUA con corte a 30 de junio de 2016.

3.2.1 Prevalencia BDUA

La prevalencia fue de 0,2 casos por cada 100 afiliados al BDUA; igual a la prevalencia para el país (Población DANE). Las aseguradoras con mayor prevalencia (>0,3 casos por cada 100 afiliados) en orden ascendente fueron EPS023, EPS016, EPS003, EPS012 y EAS027 (ver tabla 3); estas aseguradoras pertenecen al régimen contributivo, las primeras tres primeras tienen presencia a nivel nacional, y gran número de afiliados. La EPS012 tiene presencia en el departamento del valle una de los departamentos con alta prevalencia a nivel nacional (0,2).

Tabla 3. Incidencia, prevalencia y mortalidad de la población afiliada al BDUA por asegurador

Cód. Entidad	Incidencia x 100.000 afiliados al BDUA		Prevalencia * 100 afiliados al BDUA		Mortalidad * 100 afiliados al BDUA	
	Incidencia ajustada	Incidencia cruda	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCF007	8,25	6,06	0,07	0,07	0	0
CCF009	0	0	0,11	0,12	0	0
CCF015	2,69	2,47	0,04	0,04	0	0
CCF023	0	0	0,02	0,02	0	0
CCF024	6,86	6,1	0,18	0,17	0	0
CCF027	6,47	5,76	0,14	0,13	0	0
CCF033	6,87	6,75	0,07	0,07	0	0
CCF049	13,38	13,67	0,07	0,07	0	0
CCF053	0	0	0,03	0,03	0	0
CCF055	1,44	1,2	0,03	0,03	0	0
CCF102	0	0	0,01	0,01	0	0
EAS016	3,51	10,22	0,24	0,47	0	0
EAS027	19,5	19,5	0,32	0,58	0,01	0,04

Cód. Entidad	Incidencia x 100.000 afiliados al BDUA		Prevalencia * 100 afiliados al BDUA		Mortalidad * 100 afiliados al BDUA	
	Incidencia ajustada	Incidencia cruda	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
EPS001	5,56	6,54	0,24	0,3	0,01	0,01
EPS002	1,4	1,42	0,29	0,23	0	0
EPS003	41,2	35,36	0,37	0,34	0	0
EPS005	9,82	9,6	0,27	0,28	0	0
EPS008	11,72	10,75	0,29	0,27	0	0
EPS010	5,18	4,65	0,27	0,23	0,01	0
EPS012	32,74	28,99	0,35	0,35	0	0
EPS016	13,9	12,18	0,39	0,38	0,01	0,01
EPS017	16,79	13,71	0,17	0,14	0	0
EPS018	14,63	11,64	0,31	0,28	0	0
EPS022	2,46	2,74	0,1	0,11	0	0
EPS023	66,09	60,12	0,45	0,42	0	0
EPS025	0,77	0,81	0,13	0,12	0	0
EPS033	0	0	0,07	0,05	0	0
EPS037	12,82	15,66	0,22	0,32	0,01	0,01
EPSI01	6,94	4,2	0,05	0,03	0	0
EPSI02	3,23	2,72	0,06	0,05	0	0
EPSI03	1,8	1,68	0,03	0,03	0	0
EPSI04	3,71	3,51	0,02	0,01	0	0
EPSI05	19,34	16,19	0,09	0,08	0	0
EPSI06	2,32	1,91	0,05	0,04	0	0
EPSS03	4,98	4,9	0,08	0,09	0	0
EPSS33	4,28	3,97	0,06	0,06	0	0

Cód. Entidad	Incidencia x 100.000 afiliados al BDUA		Prevalencia * 100 afiliados al BDUA		Mortalidad * 100 afiliados al BDUA	
	Incidencia ajustada	Incidencia cruda	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
EPSS34	1,45	1,44	0,06	0,06	0	0
EPSS40	3,38	3,42	0,12	0,13	0	0
EPSS41	1,8	1,69	0,01	0,01	0	0
ESS002	0,31	0,28	0,01	0,01	0	0
ESS024	2,48	2,2	0,05	0,04	0	0
ESS062	5,32	4,87	0,11	0,11	0	0
ESS076	1,95	1,74	0,02	0,02	0	0
ESS091	8,95	8,52	0,05	0,06	0	0
ESS118	0,49	0,49	0,06	0,06	0	0
ESS133	1,38	1,33	0,03	0,02	0	0
ESS207	12,61	10,87	0,12	0,11	0	0
Total	10,64	10,64	0,19	0,19	0	0

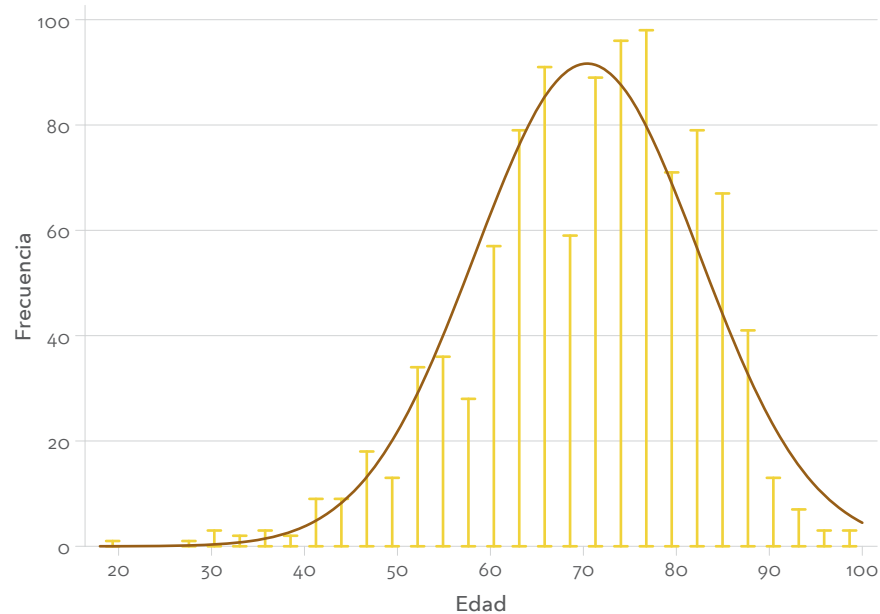
3.2.2 Incidencia BDUA

La incidencia ajustada fue de 10,6 casos por cada 100.000 afiliados al BDUA, ligeramente mayor al dato nacional que fue de 10,4 casos por cada 100.000 habitantes. Las aseguradoras con mayor incidencia en el periodo (>30 casos por cada 100.000 afiliados) fueron EPS023, EPS003 y EPS012, datos muy superiores a los registrados a nivel nacional; siendo más cercanos a los datos de incidencia de Estados Unidos que fue de 40 por cada 100.000 habitantes (ver tabla 3).

3.2.3 Mortalidad BDUA

Fueron reportados 984 casos de personas fallecidas pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado. La mortalidad fue de 0,00 casos por cada 100 afiliados; en las EPS037 EPS016 y EAS017 se encuentra la mayor mortalidad (0,1) (ver tabla 3), es de anotar que en estas entidades se identificó un número importante de población mayor de 60 años, que presenta la mayor mortalidad con diagnóstico de AR (ver ilustración 8).

Ilustración 8. Edad de pacientes fallecidos con diagnóstico de AR



4. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AR

4.1 Diagnóstico

Los criterios de clasificación para AR de acuerdo con la guías del ACR y EULAR en el año 2010 plantean un puntaje mínimo que incluye criterios clínicos, pruebas hematológicas y duración de los síntomas (15) (ver tabla 4).

Tabla 4. Criterios de clasificación de AR 2010 ACR/EULAR

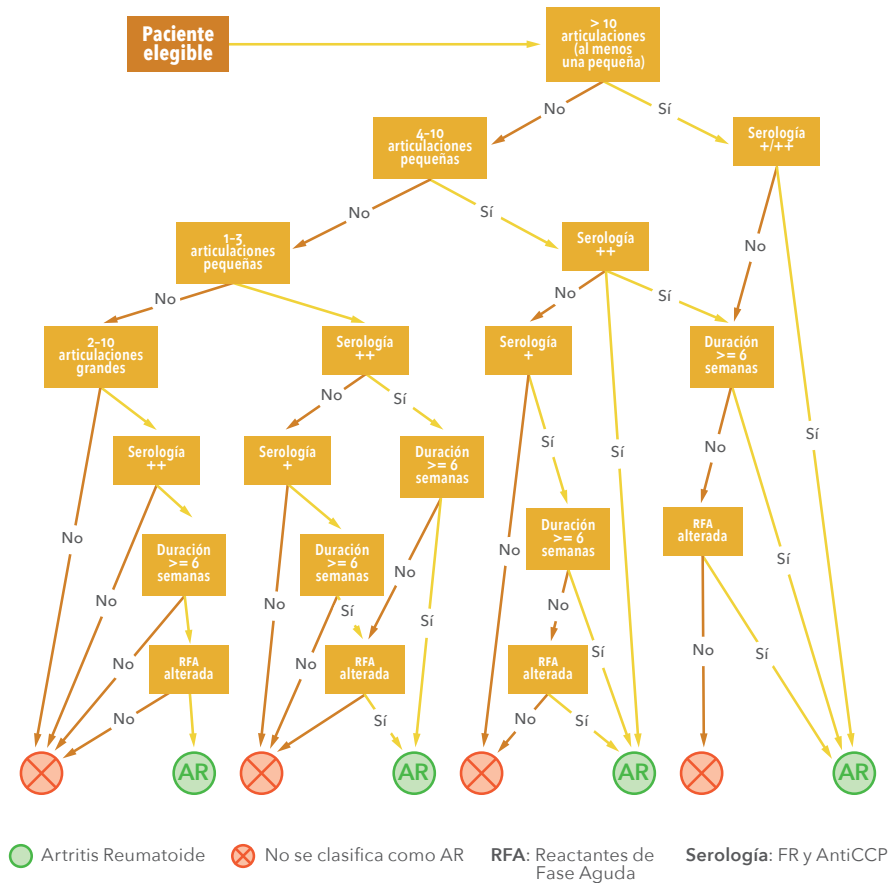
	Puntaje
A. Articulaciones relacionadas*	
1 Articulación grande	0
2-10 Articulaciones grandes	1
1- 3 Articulaciones pequeñas (Con o sin compromiso de una articulación grande)	2
4-10 Articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)	3
>10 Articulaciones (por lo menos una articulación pequeña comprometida)	5
B. Pruebas séricas (Por lo menos el resultado de una prueba se necesita para clasificación)	
FR negativo y AntiCCP negativo	0
FR bajo positivo o AntiCCP bajo positivo	2
FR positivo elevado ó AntiCCP positivo elevado	3
C. Reactantes de fase aguda (Por lo menos el resultado de una prueba se necesita para clasificación)	
PCR normal y VSG normal	0
PCR alterada ó VSG alterada	1
D. Duración de los síntomas	
< 6 semanas	0
>= 6 semanas	1

* Cualquier articulación inflamada o sensible (excluyendo DIP de manos y pies, 1ª MTP, 1ª CMC). Evidencia adicional de MRI / US Pueden utilizarse para la confirmación de los hallazgos clínicos.

Fuente: Criterios de Clasificación de la AR ACR/EULAR 2010.

Con base en los mismos criterios se planteó un algoritmo para confirmar el diagnóstico de AR, de gran utilidad en la práctica clínica (ver ilustración 9).

Ilustración 9. Algoritmo para clasificación definitiva de AR



Fuente: Adaptado de: Criterios de Clasificación de la AR ACR/EULAR 2010.

En Colombia, de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica (GPC) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la AR entre los estudios para confirmar el diagnóstico y categorizar la severidad, se recomienda el uso de Anti Cuerpos Anticitulina (Anti CCP), y Factor Reumatoide (FR) IgM. Adicionalmente, con un grado de recomendación débil a favor se sugiere el uso de Proteína C

Reactiva y de la Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) para ayudar a confirmar el diagnóstico (1).

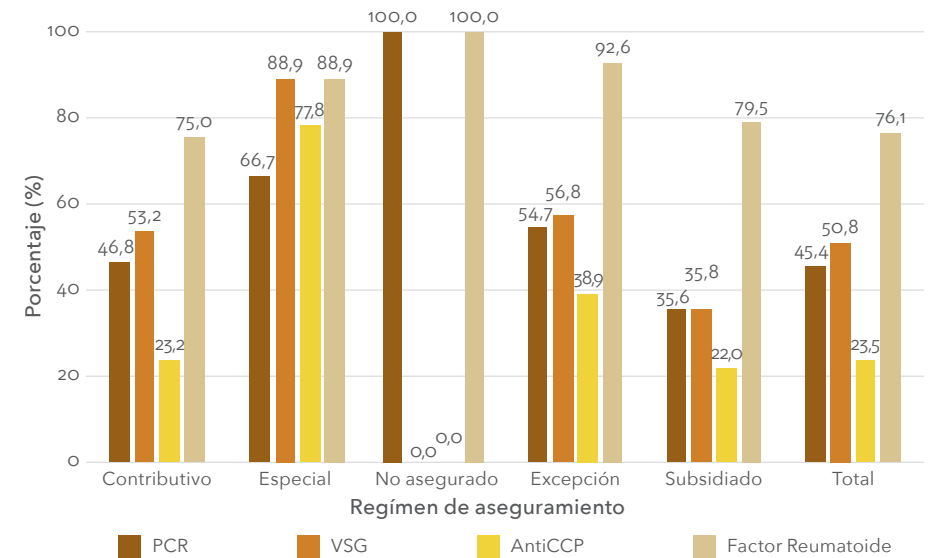
4.1.1 Estudios de apoyo para la confirmación del diagnóstico

En los 3.709 pacientes diagnosticados en el periodo, dentro de los paraclínicos más usados se encontró el FR (76%), seguido por la VSG (51%); mientras que el Anti CCP es el estudio menos utilizado (24%). Es de anotar que este estudio no se encuentra incluido en el POS, sin embargo es de utilidad en el diagnóstico y pronóstico de la AR ya que tiene un mayor nivel de especificidad que el FR (16).

En el régimen especial se observa el mayor uso de AntiCCP (78%) como ayuda de confirmación diagnóstica; se observa un porcentaje similar de uso entre los regímenes subsidiado y el contributivo (22% y 23% respectivamente) (ver ilustración 10).

La VSG es un reactante de fase aguda que se incrementa por procesos inflamatorios y el aumento no es específico por la AR, en la práctica se utiliza como factor pronóstico de la enfermedad y es utilizado en la determinación del DAS28 (1). Un estudio de cohorte evidenció que los pacientes con PCR > 50 mg/l tuvieron una mayor posibilidad de tener un diagnóstico final de AR; cabe resaltar, que ningún reactante de fase aguda puede confirmar por sí solo un diagnóstico (1).

Ilustración 10. Proporción de uso de ayudas diagnósticas para confirmar AR por régimen de aseguramiento



De acuerdo con los datos reportados, del total de pacientes incidentes (3.709), el 23,86% no tiene información de estudios de confirmación diagnóstica (AntiCCP y/o FR); por otro lado, llama la atención que el 28,9% tiene FR negativo sin estudio de AntiCCP, lo cual podría dar lugar a un diagnóstico de AR seronegativa si está relacionado con otros criterios (sinovitis, duración de los síntomas, rigidez matutina, RNM y/o ecografía) o un diagnóstico errado de AR (14) (ver tabla 5).

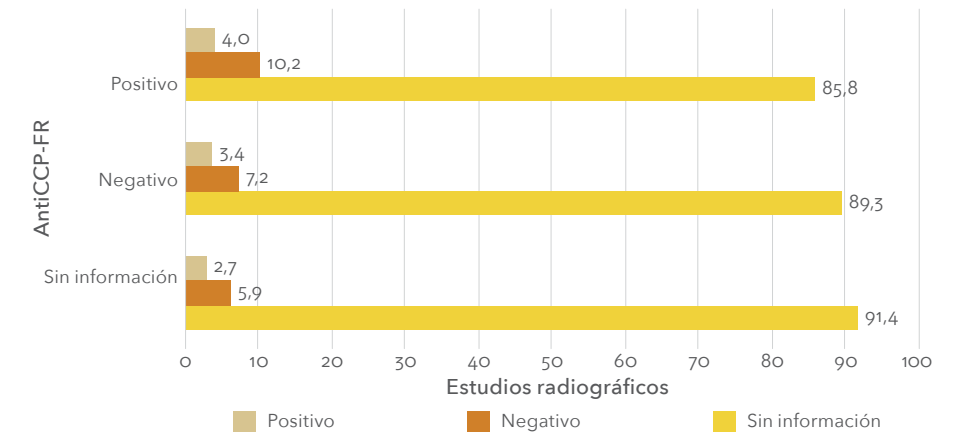
Tabla 5. Resultado de AntiCCP y FR al diagnóstico*

AntiCCP y FR	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	885	23,86
FR negativo AntiCCP negativo	210	5,66
FR negativo AntiCCP positivo	96	2,59
FR positivo AntiCCP negativo	161	4,34
FR positivo AntiCCP positivo	293	7,9
FR negativo sin estudio de AntiCCP	1.074	28,96
FR positivo sin estudio de AntiCCP	990	26,69
Total	3.709*	100

*Información solo en incidentes.

Adicionalmente, al revisar los resultados de AntiCCP o FR con estudios radiográficos de pies y/o manos, se observa que del total de pacientes con AntiCCP o FR con resultado negativo, el 89% no tiene estudios radiográficos, el 7% tiene resultados negativos para erosión y el 3% tiene resultados de estudios radiográficos con erosiones (ver ilustración 11). Los estudios radiográficos de pies y manos son sugeridos para la confirmación diagnóstica y pronóstica en la AR temprana (1).

Ilustración 11. Uso de AntiCCP, FR y estudios radiográficos al diagnóstico



En la actualidad, entre las nuevas técnicas de confirmación diagnóstica está el ultrasonido, que tiene la capacidad de detectar erosiones tempranas con el fin de iniciar tratamiento oportuno y evitar daños óseos progresivos. Otro medio diagnóstico utilizado es la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) que detecta la inflamación y destrucción articular especialmente en aquellos casos donde es difícil establecer su diagnóstico (1).

Dado que la sintomatología y otras pruebas de confirmación diagnóstica no son objeto de reporte a la CAC, la presente información no descalifica la veracidad del diagnóstico; por el contrario pretende describir las prácticas frente al uso de estas pruebas y las recomendaciones a nivel nacional e internacional para definir el diagnóstico de la AR; ofreciendo al país información reciente y de calidad para la toma de decisiones, que permitan fortalecer los procesos de gestión de los aseguradores y prestadores.

4.1.2 Comorbilidades al diagnóstico

Varios estudios han evidenciado que la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales se incrementa en pacientes con AR (17). De acuerdo con la información reportada en el SGSSS en Colombia el 22,6% de los pacientes recientemente diagnosticados con AR presentan HTA y el 40% presenta malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad), siendo las comorbilidades más comunes al momento del diagnóstico (ver tabla 6). Varios factores de riesgo tradicionales, como dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensión arterial (HTA), inactividad física, edad avanzada, antecedentes familiares de ECV, el tabaquismo y el IMC alterado son predictores de ECV en pacientes con AR, sobre los cuales se debe hacer un manejo en conjunto con la AR para mitigar el impacto sobre la morbilidad por ECV y mortalidad en estos pacientes (1) (18).

Tabla 6. Comorbilidades identificadas al diagnóstico*

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
HTA	839	22,6
DM	238	6,4
ECV	90	2,4
ERC	155	4,2
Osteoporosis	265	7,1
Sjögren	161	4,3
Bajo peso	94	2,5
Obesidad	452	12,2
Sobrepeso	1.032	27,8
Total Incidentes	3.709	100

*Información de pacientes incidentes.

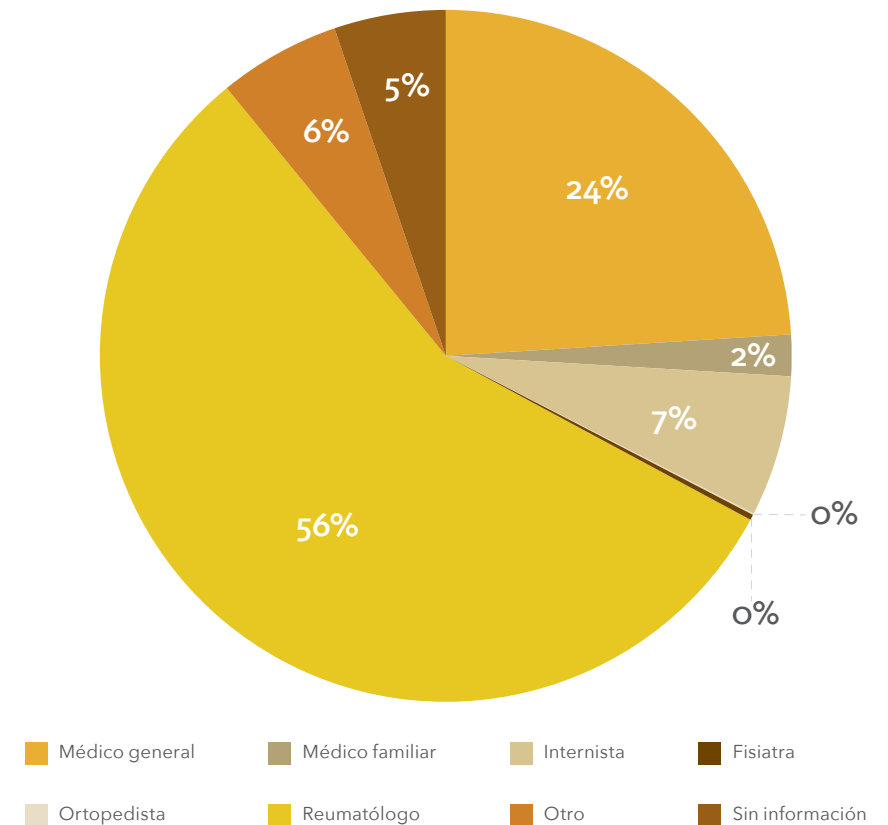
4.2 Atención de la AR

Esta enfermedad representa una enorme carga económica para la sociedad en términos de costos médicos directos e indirectos que incluyen salarios perdidos y tiempo de cuidadores; costos intangibles del dolor, fatiga, disminución de autoestima u otros problemas psicológicos. Los costos médicos atribuibles a la AR en el año 2005 en Estados Unidos de acuerdo con los datos del MEPS –*Medical Expenditure Panel Survey*–, fueron de 22,3 billones de dólares (\$2.085 por persona). MEPS es una encuesta nacional representativa de población civil no institucionalizada (19).

4.2.1 Consulta con especialistas

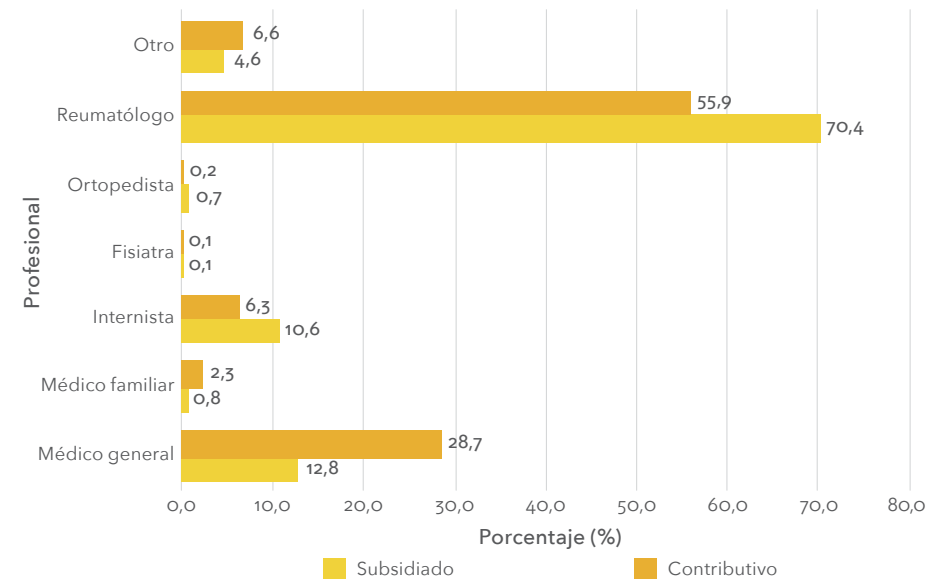
Para el 56% de los casos reportados de pacientes prevalentes, el reumatólogo es quien realiza la atención de la AR, seguido del médico general 24% (ver ilustración 12).

Ilustración 12. Porefesional que realiza la atención de la AR



De acuerdo con la GPC del país, los pacientes con AR temprana deben ser atendidos de forma integral (Reumatología, ortopedia, fisioterapia, terapia física y ocupacional, psicología, enfermería y profesionales relacionados) (1). El porcentaje de pacientes que no tienen manejo por reumatología podría dar lugar a un fenómeno de bajo acceso a la consulta con reumatología, tal y como ocurre en otros países donde los tiempos de espera para acceder a consulta con especialista excede los tiempos de referencia para enfermedad reumática (20). El 70% de los pacientes reportados por el régimen subsidiado tienen manejo por reumatólogo, mientras en el régimen contributivo el porcentaje es de 55%; por otro lado, en cuanto al manejo por medicina general, el 28,6% es tratado por estos profesionales en el régimen contributivo, cifra muy superior a la reportada por el régimen subsidiado 12,8% (ver ilustración 13).

Ilustración 13. Profesional que realiza la atención de la AR por régimen de aseguramiento



En cuanto a las consultas con reumatólogo la mediana fue de una consulta al año, respecto a las consultas con internista y médico familiar por AR la mediana es menor a una por año, (ver tabla 7), solamente el 5% de la población ha tenido más de 4 atenciones con médico familiar e internista al año.

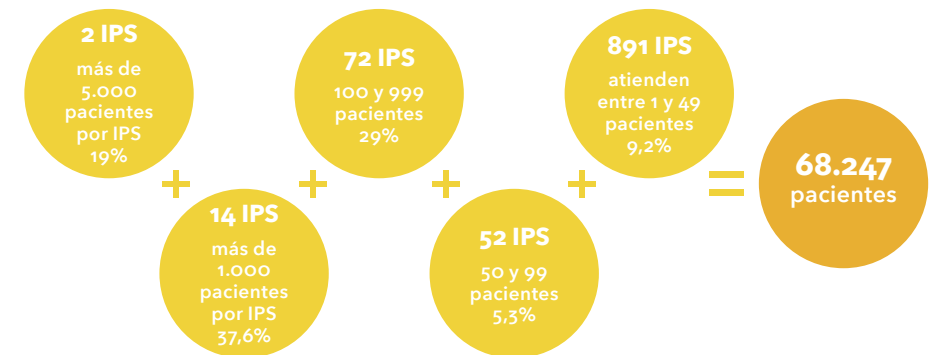
Tabla 7. Número de consultas con especialista al año por AR

Percentiles	Médico Familiar	Internista	Reumatólogo
1%	0	0	0
5%	0	0	0
10%	0	0	0
25%	0	0	0
50%	0	0	1
75%	0	0	3
90%	1	1	4
95%	3	2	5
99%	7	4	8

4.2.2 IPS de atención

De acuerdo con los datos reportados en el periodo, se observa que la atención de los pacientes con AR se realizó en 1.742 IPS a nivel nacional. Cabe resaltar que en tan solo 2 IPS se concentra el 19% de toda la población con AR reportada, por el contrario, la atención del 19% de la población se distribuye en 1.525 IPS que atienden entre 1 y 49 pacientes (ver ilustración 14). Estas 1.525 IPS incluyen Centros de Atención Primaria (CAP), Empresas Sociales del Estado (ESE) de los diferentes niveles de atención, clínicas y centros de atención privados. En la tabla 19 se listan las 25 IPS con mayor concentración de pacientes a nivel nacional.

Ilustración 14. Concentración de pacientes por IPS



4.2.3 Estudio de pronóstico y seguimiento

Dentro de los estudios de seguimiento para determinar la actividad de la enfermedad y evaluar la efectividad terapéutica o ajustes que se deban hacer a los tratamientos ofrecidos; el CDAI, el DAS28 (ESR o CRP), PAS, PAS-II, RAPID-3 y SDAI reflejan el nivel de actividad; son sensibles a los cambios; discriminan entre los niveles bajos, moderados y altos de actividad de esta patología; son factibles de realizar en el punto de atención; y son aceptables para la mayoría de los reumatólogos en ejercicio (21) (22).

De acuerdo con la Resolución 1.393 de 2015, en Colombia se solicita para reporte a la CAC el valor de DAS 28 y HAQ como estudios de seguimiento; así mismo en la GPC de AR expedida por el MSPS se "recomienda que la actividad de la enfermedad sea evaluada mensualmente hasta alcanzar baja actividad o remisión (estrategia de control estrecho y sostenido) en los pacientes con artritis reumatoide temprana" (1).

En este orden de ideas, todos los pacientes con diagnóstico de AR (incluye todos los prevalentes) deberían tener seguimiento de actividad de la enfer-

medad y HAQ por lo menos una vez en el periodo de reporte; sin embargo, según los datos reportados solamente el 39,8% de los casos tienen datos de seguimiento de DAS28, y únicamente el 21,3% cuenta con datos de seguimiento por HAQ (ver tabla 8). Esto podría explicarse por dos fenómenos; el no reporte o sub registro de los datos completos a la CAC, sub registro en la historia clínica o no realización del DAS28 y HAQ por parte de los profesionales que efectúan la atención de los pacientes con AR, esta situación se puede analizar como un indicador de gestión de la enfermedad por parte de las IPSs y EAPB. Es importante resaltar, que para la realización del DAS28 se requiere el conteo de articulaciones inflamadas por parte del profesional que realiza la atención y la VSG, un examen incluido en el POS (1).

Tabla 8. Indicadores de seguimiento de la enfermedad

Estudio	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
DAS28			
Sin seguimiento	41.056	60,16	60,16
Seguimiento en el periodo	27.191	39,84	100
HAQ			
Sin seguimiento	53.728	78,73	78,73
Seguimiento en el periodo	14.519	21,27	100
Total	68.247	100	

Del total de pacientes con datos de seguimiento por DAS28 la distribución se encuentra en la mayoría de casos con resultado menor a 5, en los regímenes contributivo y excepción la mayoría de los datos están por debajo de 4, para todos los regímenes solo unos pocos casos se encuentran por encima de 5 (ver ilustración 15), es decir, del total de pacientes con datos de DAS28, el 70,2% se encuentra con una actividad baja de la enfermedad y solamente el 7,3% tiene actividad severa (ver tabla 9).

Por otro lado, en los pacientes incidentes la concentración de casos aumenta en el rango de 2 a 5 especialmente en el régimen subsidiado (ver ilustración 16); esto muestra un mejor resultado de actividad de la enfermedad en los pacientes más antiguos en los regímenes contributivo y subsidiado.

Ilustración 15. Resultado DAS-28 por régimen de aseguramiento en pacientes prevalentes

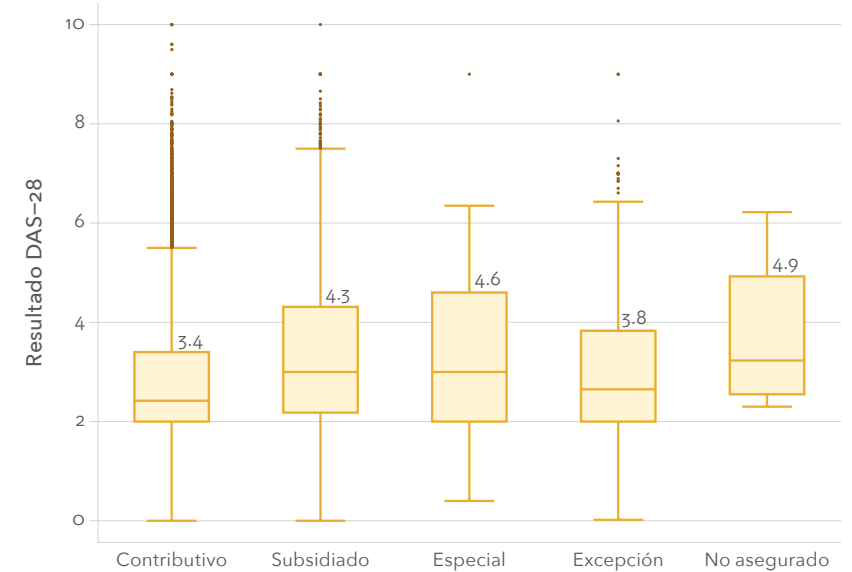


Ilustración 16. Resultado DAS-28 por régimen de aseguramiento en pacientes incidentes

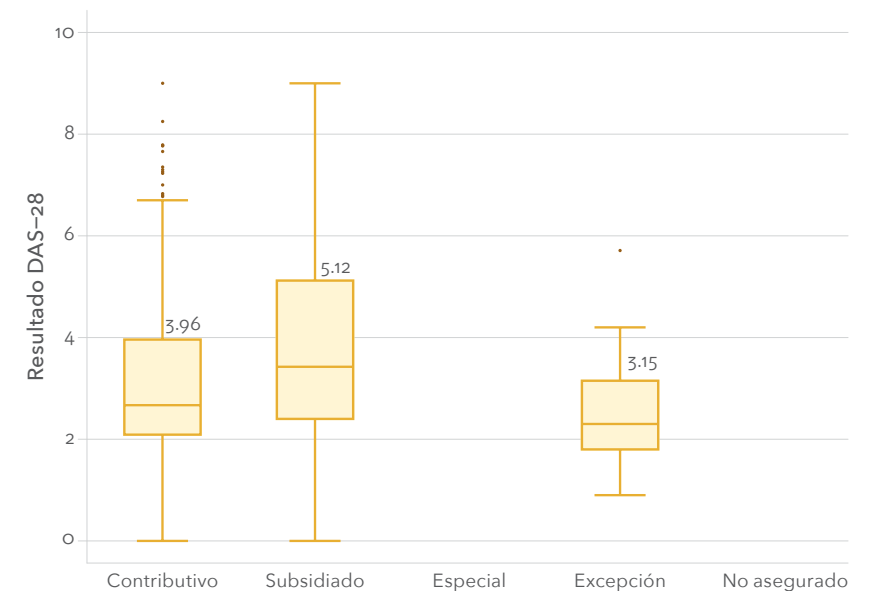


Tabla 9. Actividad de la enfermedad

Actividad enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Leve	19.081	70,17	70,17
Moderada	6.114	22,49	92,66
Severa	1.996	7,34	100
Total	27.191	100	

4.2.4 Hospitalizaciones

En 2010 se presentaron en Estados Unidos 9.100 hospitalizaciones con AR como diagnóstico principal con gastos hospitalarios totales de \$ 374 millones de dólares (de carga media de \$41.000 dólares por persona). Las mujeres y las personas mayores de 45 años y más, representaron la mayor parte de estas estancias.

En Colombia, en el periodo de reporte; del total de pacientes prevalentes con datos reportados, se encontró que la media es de cero hospitalizaciones al año; siendo más frecuente entre los 50 a 59 años (ver ilustración 17), en este grupo de edad los adultos tienen más comorbilidades, lo cual podría aumentar la estancia hospitalaria y el riesgo de complicaciones; la mayor cantidad de hospitalizaciones por año se observa en pacientes con diagnóstico de malnutrición por exceso, osteoporosis e hipertensión arterial adicional al diagnóstico de AR (ver ilustración 18). Estos hallazgos generan un llamado a los prestadores de servicios y aseguradores, para garantizar un manejo integral de los pacientes con esta patología con el fin evitar complicaciones, reducir la estancia hospitalaria anual y su duración; esperando esta gestión se traduzca en mejor calidad de vida para los pacientes y menores costos para el sistema de salud.

En el sexo femenino se observa la mayor frecuencia; sumado a esto en el grupo de mujeres entre los 30 y 44 años el número de hospitalizaciones es en promedio entre 2 y 4 al año, número importante en este grupo de edad que pertenece al grupo de personas económicamente activa y edad reproductiva, lo cual comprende una gran carga económica, social y familiar; para el individuo y la sociedad y por ende para el sistema de salud (ver ilustración 17).

Las personas con AR experimentan mayores pérdidas funcionales que aquellas sin artritis en varios campos de la actividad humana incluyendo la vida laboral, el ocio y las relaciones sociales. La pérdida de trabajo entre las personas con AR es más alta que en los trabajadores de servicios, y menor entre que los que están en puestos de trabajo con pocas exigencias físicas (23).

Ilustración 17. Número de hospitalizaciones al año por grupo de edad y sexo prevalentes

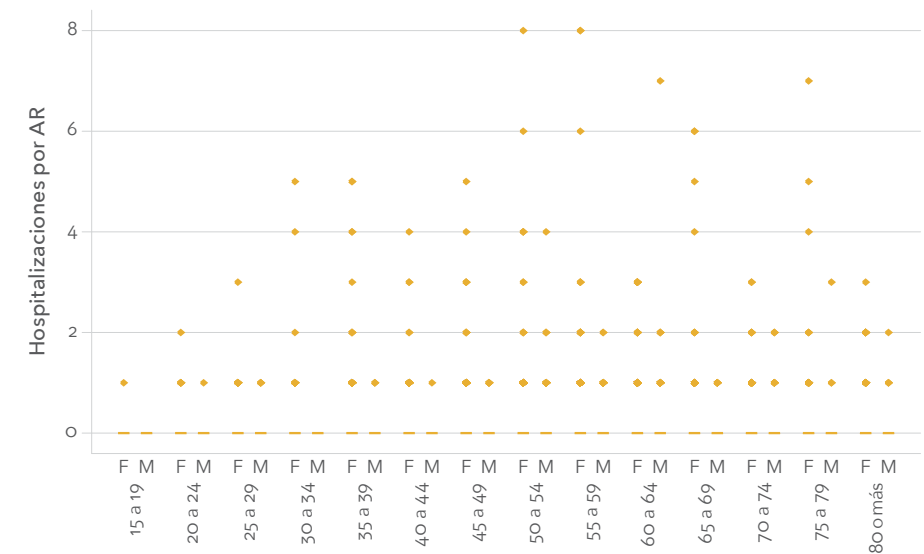
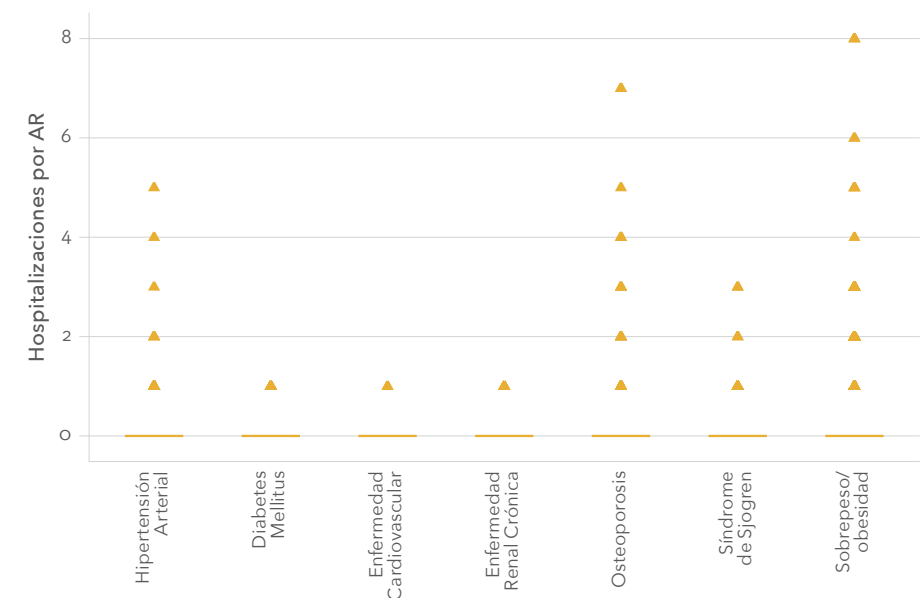


Ilustración 18. Número de hospitalizaciones y comorbilidades al diagnóstico de incidentes



4.3 Medicamentos en el tratamiento de la AR

El mayor costo directo en la atención de AR está dado por el precio de los medicamentos, especialmente los DMARD de tipo biológico (24), esto representa una preocupación importante para los actores del sistema en términos económicos dados los costos de los nuevos medicamentos; Según el estudio realizado por Caballero en el año 2004, el costo de la terapia biológica mensual en promedio oscila entre 2 y 3 millones de pesos (alrededor de 1.000 dólares mensuales o 12.000 dólares al año), mientras que los DMARD sintéticos pueden costar alrededor de 300.000 pesos mensuales (100 dólares) (25). De acuerdo con las recomendaciones de la GPC de AR en Colombia en la primera línea de medicamentos para el tratamiento de la AR se encuentran los DMARD convencionales, en monoterapia o combinada antes del inicio de la terapia biológica (1).

En el año 2008 fueron reglamentados los Comités Técnico Científicos CTC y se estableció el procedimiento de recobro al FOSYGA por suministro de medicamentos, prestaciones de salud y servicios médicos no incluidos en el POS bajo la Resolución 3099 de 2008 expedida por el MSPS (26). En esta resolución se instaura el procedimiento de recobro al FOSYGA por parte de las empresas aseguradoras por los gastos incurridos en medicamentos no cubiertos en el plan de beneficios u otras acciones ordenadas por fallos de tutelas.

Dado el aumento en los recobros realizados al FOSYGA, en el año 2009, bajo el Decreto 4975 se declaró el estado social de emergencia en materia de salud por la imposibilidad financiera del sistema para cubrir eventos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios (27); a partir de esta declaración se han realizado inclusiones de medicamentos y servicios en el plan de beneficios, actualmente la mayoría de sDMARD y bDMARD se encuentran incluidos en el POS para manejo de la AR, no están incluidos para manejo de otras enfermedades musculo esqueléticas (28).

En el presente capítulo se describe el uso de analgésicos, DMARD convencional y Biológico como tratamiento de la AR en el país en el periodo reportado.

4.3.1 Uso de analgésicos y antiinflamatorios

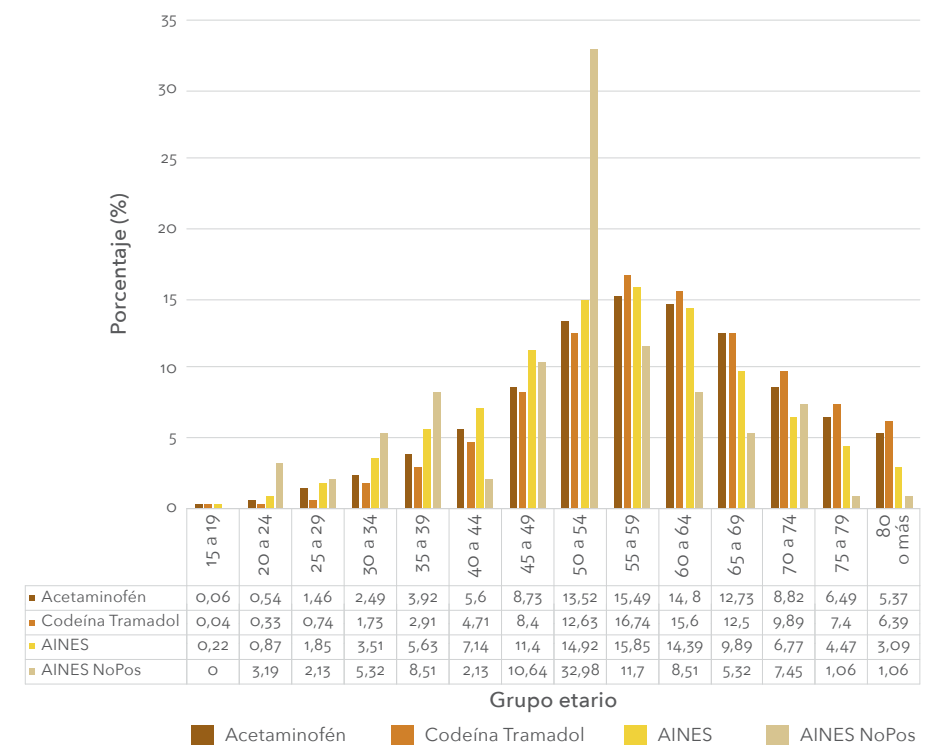
En Colombia el 52% (35.208) de los pacientes con AR (68.247) recibe analgésicos como parte del tratamiento; de acuerdo con los datos reportados a la CAC. Los más usados son los analgésicos no opioides (acetaminofén y dipirona) (43,9%), seguidos de los AINES (40,4%); y en menor proporción se encuentran los analgésicos opioides (15,4%) (ver tabla 10). Estos datos son consistentes con el estudio alemán PROCLAIR, donde se evaluó el tratamiento para dolor y depresión en pacientes con AR; encontrando un rango

de manejo con analgésicos (no opioides) entre 44% al 76% y de 6% a 33% (opioides) en pacientes con dolor moderado a severo respectivamente (29). En este periodo, se muestra un consumo bajo de AINES NoPOS, 0,27% (ver tabla 10) frente otros tipos de analgésicos.

Tabla 10. Frecuencia de uso de analgésicos

Analgésicos	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Analgésicos no opioides	15.448	43,88	43,88
Analgésicos opioides	5.431	15,43	59,3
AINES	14.235	40,43	99,73
AINES NoPOS (Celecoxib)	94	0,27	100
Total	35.208	100	

Ilustración 19. Frecuencia de uso de analgésicos por grupo de edad en pacientes prevalentes



Aunque el consumo de aines no pos es bajo frente a los otros analgésicos, al momento de verificar los datos por edad se encuentra un uso superior de Celecoxib en pacientes de 50 a 54 años (32,98%), y en los menores de 35 años con respecto a los otros analgésicos en su mismo grupo de edad y comparado con otros segmentos de edad. Sin embargo, el consumo de analgésicos es más frecuente en los mayores de 50 años; el mayor consumo de opioides se observa entre los 50 y 69 años (ver ilustración 19).

4.3.2 Uso de glucocorticoides

Los efectos benéficos de los glucocorticoides se consideran como benéficos en el tratamiento de enfermedades inflamatorias. En la AR, estos fármacos son ampliamente utilizados porque reducen eficazmente los signos y síntomas y ejercen efectos modificadores de la enfermedad (30)(31); sin embargo, a largo plazo su uso se ve afectado por los efectos secundarios no deseados (32).

De acuerdo con la información reportada a la CAC, se observa que el 48,8% de la población se encuentra en tratamiento con glucocorticoides, de los cuales el 80,9% (26.947) se encuentran con tratamiento combinado con sDMARD siendo el más frecuente la combinación con Metotrexate (ver tabla 11). Es de anotar que un porcentaje importante de la población (9%) no registra información sobre el uso o no de este tipo de medicamentos.

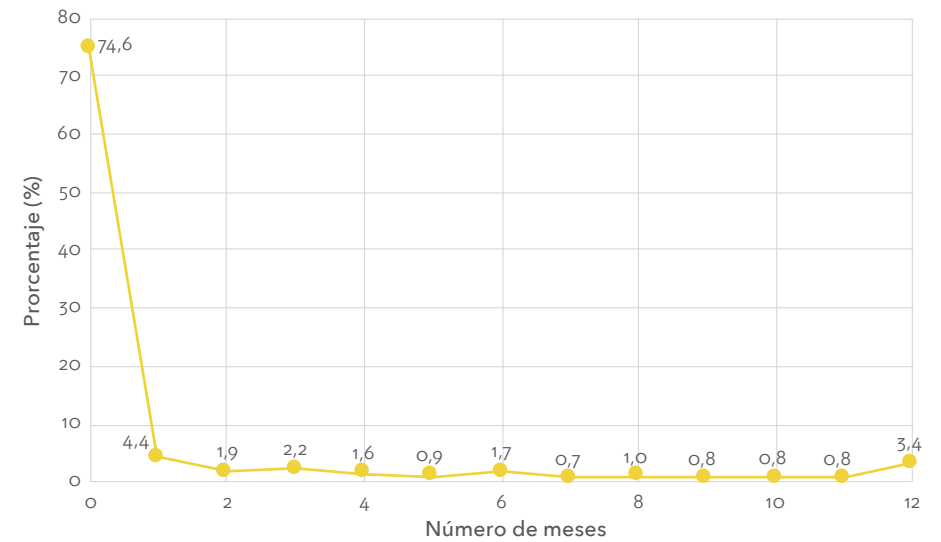
Tabla 11. Frecuencia de uso de glucocorticoides en pacientes con AR*

Uso de Corticoides	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Sin información	6.122	8,97	8,97
Sin corticoides	28.820	42,23	51,2
Con corticoides	33.305	48,8	100
Total	68.247	100	100
En combinación con sDMARD	26.947	80,9	80,9
Sin sDMARD	6.358	19,09	100
Total	33.305	100	100

*Información en pacientes prevalentes

Al revisar el tiempo de uso de glucocorticoides a dosis de 10 mg/día o mayores, se evidencia que el 74,5% utilizó esta dosis menos de 1 mes, sin embargo, el 11,6% continua con esta dosis por más de 3 meses (ver ilustración 20, tabla 20), lo cual es considerado como uso prolongado por aparición de efectos adversos (15).

Ilustración 20. Frecuencia del tiempo de uso de glucocorticoides



4.3.4 Uso de DMARD

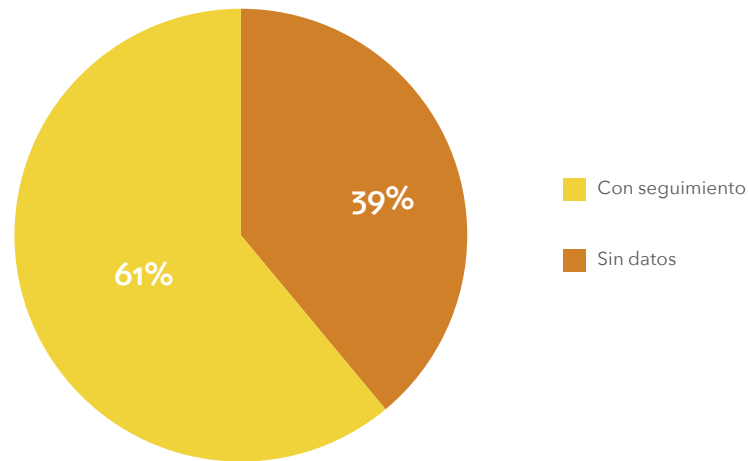
El inicio temprano de medicamentos modificadores de la enfermedad ha sido recomendado para obtener mejores resultados en su progresión, sin embargo, previo al inicio de DMARDs convencional, biológico o sintético contra dianas específicas, es necesario evaluar:

- Hemograma completo
- Pruebas de función renal (uroanálisis, creatinina) y
- Pruebas de función hepática (alanino aminotransferasa, aspartato aminotransferasa)

En los pacientes con AR en el momento del diagnóstico y previo al inicio de la terapia modificadora, es pertinente revisar el estado de vacunación; Se debe evaluar la inclusión de influenza estacional, esquema contra hepatitis B, hepatitis A, neumococo y herpes zoster GPC (1).

De acuerdo con el reporte, del total de pacientes diagnosticados en el periodo (3.709); 2.954 fueron tratados con algún tipo de DMARD (biológico o sintético) (79,6%); de los cuales el 39% no cuenta con datos de estudios de Hemoglobina, creatinina, parcial de orina y/o ALT al diagnóstico (ver ilustración 21). No se realizó este análisis para pacientes prevalentes dado que los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad no disponen de esta información.

Ilustración 21. Proporción de pacientes incidentes tratados con DMARD con o sin seguimiento de paraclínicos al diagnóstico



4.3.4.1 DMARD sintéticos

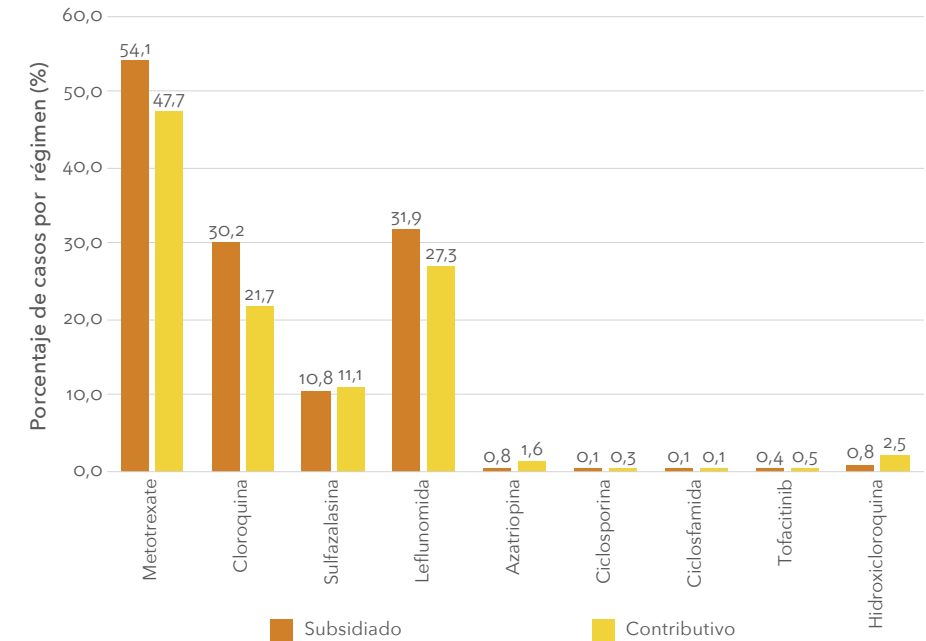
Se desarrolló un análisis descriptivo bivariado sobre la frecuencia de uso de cada uno de los medicamentos clasificados como sDMARD en el país, de acuerdo con el reporte realizado a la CAC en este periodo en pacientes prevalentes. Las diferencias de proporciones del uso de cada medicamento por régimen de afiliación fueron evaluadas usando el test exacto de Fisher dada la inequidad en la distribución por régimen.

El 65,1% de los pacientes con diagnóstico de AR fueron tratados con algún tipo de sDMARD. El Metotrexate ha sido ampliamente recomendado por la GPC de Colombia y a nivel internacional como primera opción de tratamiento para la AR solo o combinado, (1) (33), de acuerdo con los datos reportados a la CAC es el sDMARD de mayor uso en el país. En el régimen subsidiado el uso es superior que en el régimen contributivo (54,1% versus 47,7% respectivamente) $p < 0,000$ (ver ilustración 23, tabla 12).

Tabla 12. Frecuencia de uso de sDMARD

sDMARD	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Sin tratamiento con sDMARD	23.797	34,87	34,87
En tratamiento actual con sDMARD	44.450	65,13	100
Total	68.247	100	

Ilustración 22. Porcentaje de uso de sDMARD por régimen de aseguramiento



De igual manera, frente al uso de antimalaricos (Cloroquina), la diferencia entre los regímenes contribuido y subsidiado es de 8,5 puntos porcentuales; en la forma de Hidroxicloroquina medicamento no incluido en el plan de beneficios el uso es relativamente bajo en ambos regímenes sin embargo es superior en el contributivo 2,5% que en el subsidiado 0,8% $p < 0,05$ (ver ilustración 22, tabla 13).

Así mismo, se encontraron diferencias significativas en el uso de Leflunomida y Ciclosporina entre regímenes ($p < 0,05$), el mayor uso se evidencia en el subsidiado (ver ilustración 22, tabla 13). La frecuencia de uso de sDMARD por entidad se muestra en la tabla 21.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el régimen respecto al uso de Ciclofosfamida y Sulfasalazina ($p > 0,05$); la Sulfasalazina es el tercer DMARD más utilizado para el tratamiento de la AR en Colombia.

El uso de inhibidores de la janus kinasa (Tofacitinib) es relativamente bajo ($< 1\%$) en comparación con otros tipos de sDMARD, este medicamento no se encuentra incluido en el plan de beneficios al igual que la Hidroxicloroquina.

De acuerdo con las recomendaciones del ACR en 2015, Metotrexate Sulfasalazina, Hidroxicloroquina o Leflunomida son medicamentos usados como monoterapia en el tratamiento de la AR, o en terapia combinada (15).

Tabla 13. Frecuencia de uso de sDMARD por régimen de aseguramiento

POS-No POS	sDMARD	Subsidiado		Contributivo		Valor p
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
POS	Metotrexate	5.875	54,1	25.674	47,7	0,000
	Cloroquina	3.281	30,2	11.661	21,7	0,000
	Sulfasalazina	1.174	10,8	5.968	11,1	0,420
	Leflunomida	3.464	31,9	14.718	27,3	0,000
	Azatioprina	82	0,8	861	1,6	0,000
	Ciclosporina	11	0,1	166	0,3	0,000
	Ciclofosfamida	15	0,1	77	0,1	0,518
NO POS	Tofacitinib	42	0,4	290	0,5	0,046
	Hidroxicloroquina	89	0,8	1.328	2,5	0,000
Total casos de AR por régimen		10.863	100	53.829	100	

4.3.4.2 DMARD biológicos (bDMARD)

Para el tratamiento de la AR, están disponibles múltiples tipos de bDMARD, sin embargo para el uso de estas moléculas hay que tener en cuenta algunos aspectos; dado que modulan la respuesta inmune por ejemplo, las infecciones son una gran preocupación (34). Por ello se debe realizar el tamizaje de tuberculosis y la vacunación antes del inicio de estos medicamentos (1,33).

De acuerdo con los datos reportados del total de pacientes incidentes reciben bDMARD solamente el 5,36% y 8,64% de los prevalentes reportan tamizaje de TB antes del inicio de la terapia biológica (ver ilustración 23).

Ilustración 23. Proporción de pacientes con tamizaje de TB antes del inicio de la terapia biológica

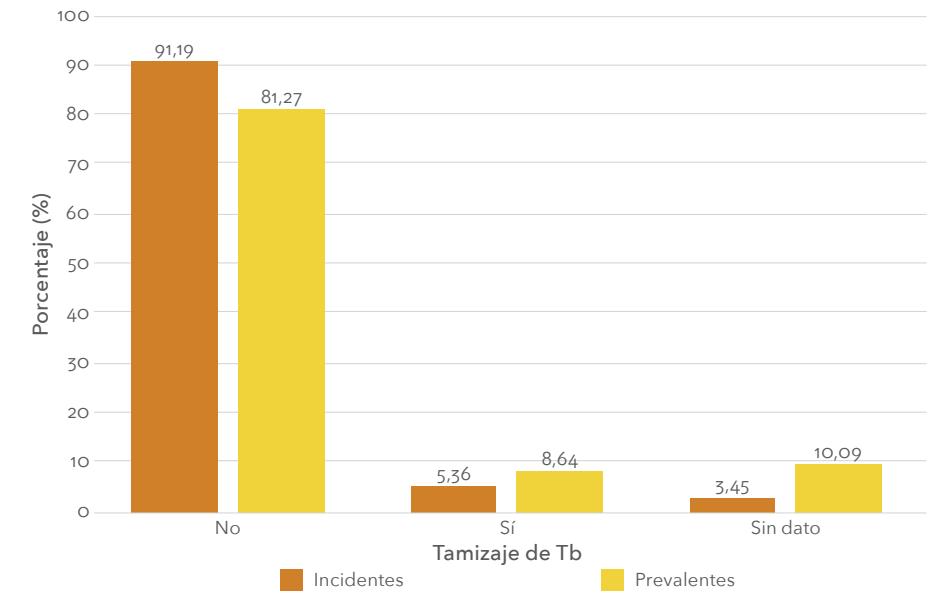


Tabla 14. Clasificación de los bDMARD

Antagonista del receptor IL-6	Tocilizumab
Anti CD 20	Rituximab
Anti TNF	Etanercept
	Infliximab
	Adalimumab
	Golimumab
Modulador de células T	Certolizumab
	Abatacept

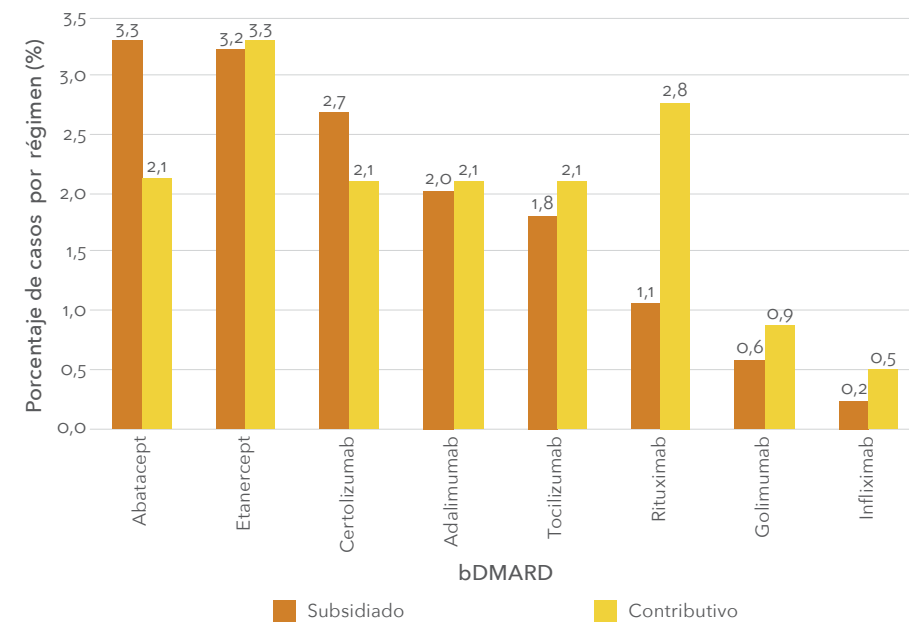
Fuente: Adaptado de Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs. PSAP. 2014.

Actualmente, un total de 10.571 pacientes 15,5% del total de personas con diagnóstico de AR, se encuentran en tratamiento con algún tipo de bDMARD, los Anti TNF son el grupo más utilizado; sin embargo, los moduladores de células T (Abatacept) son los bDMARD de mayor uso en el régimen subsidiado (3,3%) frente al contributivo (2,1%); por el contrario en el régimen contributivo el uso de AntiCD-20 (Rituximab) es mucho más frecuente (2,8%) que en el subsidiado (1,1%) $p < 0.05$ (ver ilustración 24, tabla 15).

De acuerdo con los datos del MSPS el costo máximo permitido de Rituximab en el país es de \$3.320.270 y de Abatacept \$2.146.783 (35) estos precios varían de acuerdo con su presentación; La vía de administración del Abatacept puede ser IV o SC, el Rituximab se administra IV únicamente (34). Las diferencias en precios, vías de administración y tipos de contratación pueden ser una hipótesis sobre las diferencias en el uso de estos dos bDMARD entre regímenes.

En segundo lugar de uso se observan los Anti TNF de los cuales el Etanercept es el más frecuente en ambos regímenes; el tercero más frecuente en el régimen subsidiado es el Certolizumab 2,7%; mientras en el contributivo el uso de Abatacept, Certolizumab, Adalimumab y Tocilizumab no presenta variaciones 2,1%.

Ilustración 24. Frecuencia de uso de bDMARD por régimen de aseguramiento

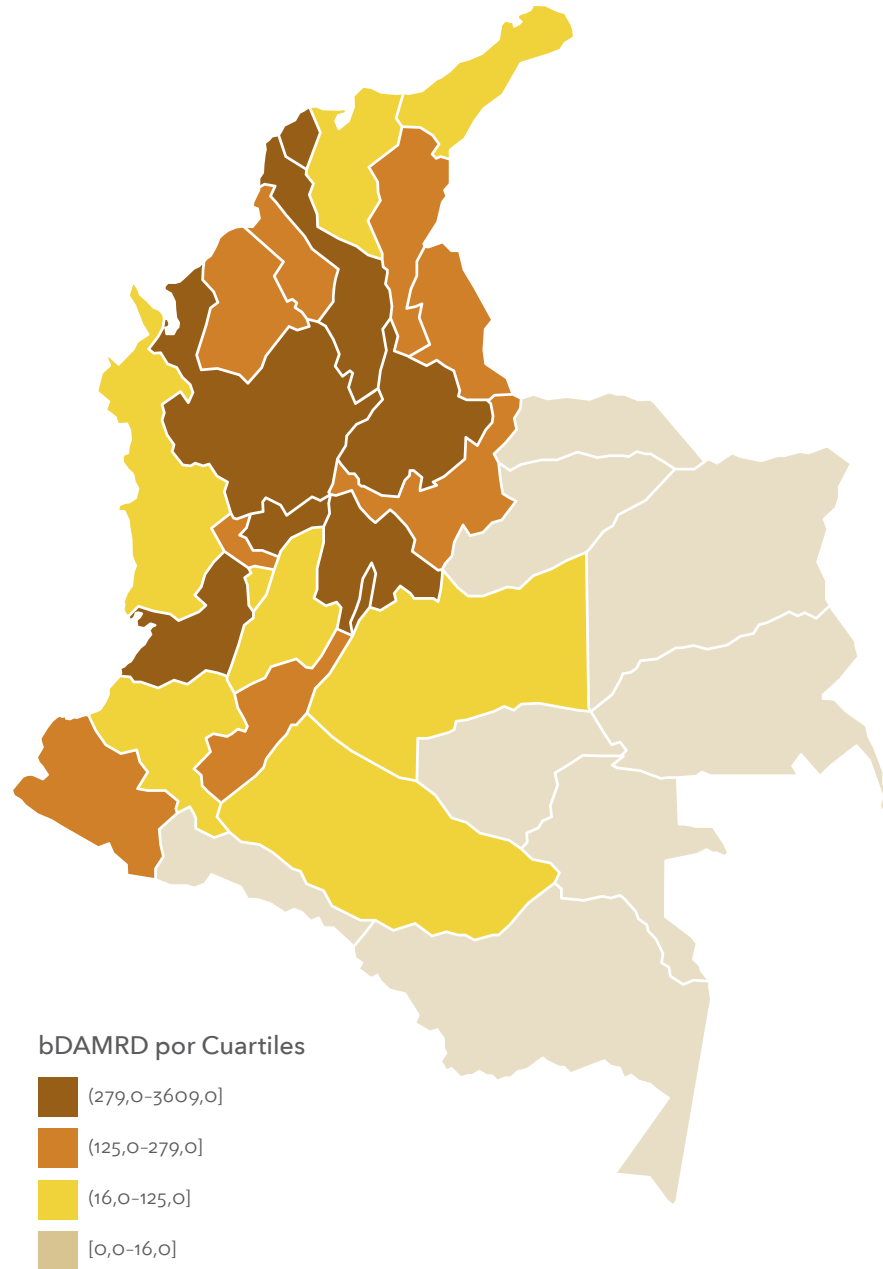


No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre regímenes en el uso de Etanercept y Adalimumab (ver tabla 15). Los bDMARD menos reportados son Infliximab y Golimumab, sin embargo, el uso de es más frecuente en el régimen contributivo. Por otro lado, al revisar los datos por entidad se observa que las entidades RES009, RES014 y REUE04 pertenecientes al régimen especial son las que registran mayor uso de bDMARD (>50% de su población con diagnóstico de AR); Así mismo en el régimen contributivo las entidades EPS001, EPS017, EPS033 y EAS016 registran los mayores porcentajes de uso (>30%). Las entidades del régimen subsidiado con una frecuencia de uso de bDMARD mayor al 30%, fueron CCF023, CCF033, CCF049, CCF102, CCF009, EPS102, EPS101, EPS104, ESS133 (ver tabla 22).

Tabla 15. Frecuencia de uso de bDMARD por régimen de aseguramiento

bDMARD	Subsidiado		Contributivo		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Etanercept	350	3,2	1.789	3,3	0,630
Infliximab	27	0,2	271	0,5	0,000
Adalimumab	222	2	1.141	2,1	0,634
Abatacept	359	3,3	1.154	2,1	0,000
Rituximab	117	1,1	1.503	2,8	0,000
Golimumab	65	0,6	483	0,9	0,002
Tocilizumab	198	1,8	1.133	2,1	0,059
Certolizumab	288	2,7	1.142	2,1	0,001
Total de casos de AR por régimen	10.863	100	53.829	100	

Ilustración 25. Frecuencia de uso de bDMARD por departamento



Los departamentos con mayor frecuencia de uso de bDMARD en país fueron Bogotá, Cundinamarca, Valle, Antioquia, Caldas, Santander, Bolívar y Atlántico; los del sur occidente del país como Amazonas, Putumayo, Vaupés, Guainía, Guaviare y Vichada, no reportan uso de bDMARD (ver ilustración 25).

TABLAS Y ANEXOS

Edad y sexo

Tabla 16. Distribución de edad en AR

Variable	Obs	Media	Desv. Est.	Min	Max
Edad	68.247	56,88	13,48	15	104

Tabla 17. distribución por Sexo y grupo etario

Grupo etario	F	M	Total
	Obs.		
15 a 19	79	18	97
20 a 24	451	76	527
25 a 29	1.037	169	1.206
30 a 34	1.921	309	2.230
35 a 39	3.020	450	3.470
40 a 44	3.899	620	4.519
45 a 49	5.837	1.024	6.861
50 a 54	8.127	1.413	9.540
55 a 59	8.931	1.584	10.515
60 a 64	8.078	1.535	9.613
65 a 69	6.307	1.383	7.690
70 a 74	4.279	997	5.276
75 a 79	2.965	719	3.684
80 o más	2.441	578	3.019
Total	57.372	10.875	68.247

Reporte por entidad

Tabla 18. Reporte de casos por entidad

Régimen de aseguramiento	Código EPS	Frecuencia	Porcentaje	Cum.	
Contributivo	EASo16	46	0,07	2,34	
	EASo27	252	0,37	2,71	
	EPSoo1	520	0,76	3,6	
	EPSoo2	4.076	5,97	9,57	
	EPSoo3	13.686	20,05	29,63	
	EPSoo5	3.732	5,47	35,09	
	EPSoo8	2.607	3,82	38,91	
	EPSo10	4.568	6,69	45,61	
	EPSo12	708	1,04	46,65	
	EPSo16	8.825	12,93	59,58	
	EPSo17	1.957	2,87	62,44	
	EPSo18	2.101	3,08	65,52	
	EPSo23	1.886	2,76	69,04	
	EPSo33	46	0,07	69,34	
	EPSo37	8.819	12,92	82,26	
	Especial	EMPo17	18	0,03	2,73
		EMPo23	8	0,01	2,74
EMPo29		64	0,09	2,84	
RESoo6		5	0,01	99,56	
RESoo7		62	0,09	99,65	
RESoo8		154	0,23	99,88	
RESoo9		8	0,01	99,89	

Régimen de aseguramiento	Código EPS	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Especial	RESo11	35	0,05	99,94
	RESo12	6	0,01	99,95
	RESo14	14	0,02	99,97
	REUEo4	4	0,01	99,98
	REUEo5	9	0,01	99,99
	REUEo9	6	0,01	100
Excepción	RESoo1	421	0,62	95,6
	RESoo2	262	0,38	95,98
	RESoo3	399	0,58	96,57
	RESoo4	2.041	2,99	99,56
No Asegurado	5000	29	0,04	0,04
	11001	7	0,01	0,05
	13000	1	0	0,05
	19000	1	0	0,06
	50000	1	0	0,06
Subsidiado	CCFo07	98	0,14	0,2
	CCFo09	92	0,13	0,34
	CCFo15	166	0,24	0,58
	CCFo23	17	0,02	0,6
	CCFo24	668	0,98	1,58
	CCFo27	180	0,26	1,85
	CCFo33	53	0,08	1,92
	CCFo49	60	0,09	2,01
	CCFo53	29	0,04	2,05

Régimen de aseguramiento	Código EPS	Frecuencia	Porcentaje	Cum.	
Subsidiado	CCFo55	137	0,2	2,26	
	CCF102	10	0,01	2,27	
	EPSo22	518	0,76	66,28	
	EPSo25	154	0,23	69,27	
	EPSIo1	41	0,06	82,32	
	EPSIo2	74	0,11	82,43	
	EPSIo3	78	0,11	82,54	
	EPSIo4	12	0,02	82,56	
	EPSIo5	167	0,24	82,81	
	EPSIo6	20	0,03	82,83	
	EPSSo3	765	1,12	83,96	
	EPSS33	530	0,78	84,73	
	EPSS34	600	0,88	85,61	
	EPSS40	1.714	2,51	88,12	
	EPSS41	53	0,08	88,2	
	ESSo02	38	0,06	88,26	
	ESSo24	622	0,91	89,17	
	ESSo62	1.506	2,21	91,37	
	ESSo76	122	0,18	91,55	
	ESSo91	136	0,2	91,75	
	ESS118	800	1,17	92,92	
	ESS133	332	0,49	93,41	
	ESS207	1.071	1,57	94,98	
	Total	68.247	100		

Atención de la AR

Tabla 19. IPS agrupadas con mayor concentración de pacientes con AR

Nombre IPS*	Frecuencia	Porcentaje
Art Medica S.A.S.	7.856	11,5
Biomab I P S	5.040	7,4
Medicarte S.A.	3.958	5,8
EPS Sanitas S.A.	2.662	3,9
Riesgo De Fractura S.A.	2.540	3,7
IPS Especializada S.A.	2.183	3,2
Clínicos Programas De Atención Integral S.A.S IPS Sigla Clínicos Programas S.A.S IPS	2.158	3,2
Coomeva EPS	1.768	2,6
Estudio E Inversiones Medicas S A Esimed S A	1.654	2,4
Clínica De Artritis Temprana S.A.S.	1.537	2,3
SaludCoop EPS	1.431	2,1
Corporación Nuestra IPS	1.294	1,9
Salud Total EPS	1.251	1,8
Sinergia Global En Salud SAS	1.099	1,6
Caja De Compensación Familiar Del Valle Del Cauca - Comfamiliar Andi	1.082	1,6
Promosalud Del Sinú Ltda	1.069	1,6
Neovid SAS	883	1,3
Virrey Solis IPS S.A.	853	1,2
Orlando Antonio Villota Paredes	767	1,1
Corporación IPS Occidente	739	1,1
Caja De Compensación Familiar Compensar	731	1,1
Organización Clínica General Del Norte S.A.	515	0,8
Corporación IPS Comfamiliar Camacol Coodan	484	0,7
Javier Ramírez Figueroa	478	0,7
Fundación Santa Fe De Bogotá	467	0,7
Otras	23.748	34,8
Total general	68.247	100

* Las IPS que aparecen como EPS corresponden a instituciones encontradas de esta forma en el REPS y hacen referencia a IPS propias de estas entidades.

Diagnóstico

Tabla 20. Estudios al diagnóstico en pacientes incidentes

Estudios de Diagnóstico				
	Factor reumatoideo		Anti CCP	
	Obs	%	Obs	%
Negativo	899	39,99	298	42,63
Positivo	1.349	60,01	401	57,37
Total Observaciones	2248		699	

Medicamentos

Tabla 21. Tiempo de uso de glucocorticoides a dosis mayor de 10mg/día

Número de meses	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
0	24.830	74,55	74,55
1	1.455	4,37	78,92
2	615	1,85	80,77
3	731	2,19	82,96
4	525	1,58	84,54
5	310	0,93	85,47
6	574	1,72	87,19
7	230	0,69	87,88
8	320	0,96	88,85
9	255	0,77	89,61
10	258	0,77	90,39
11	264	0,79	91,18
12	1.138	3,42	94,6
Sin información	1.800	5,4	100
Total	33.305	100	

Tabla 22. Frecuencia de uso de sDMARD por entidad

Régimen de aseguramiento	Código EPS	sDMARD		Total
		Frecuencia	Porcentaje	
No Asegurado	5000	20	68,97	29
	11001	4	57,14	7
	13000	1	100	1
	19000	0	0	1
	50000	1	100	1
Contributivo	EASo16	33	71,74	46
	EASo27	207	82,14	252
	EPSoo1	394	75,77	520
	EPSoo2	3.405	83,54	4.076
	EPSoo3	6.769	49,46	13.686
	EPSoo5	2.970	79,58	3.732
	EPSoo8	2.248	86,23	2.607
	EPSo10	3.946	86,38	4.568
	EPSo12	585	82,63	708
	EPSo16	5.224	59,2	8.825
	EPSo17	1.767	90,29	1.957
	EPSo18	1.627	77,44	2.101
	EPSo23	1.784	94,59	1.886
	EPSo33	31	67,39	46
	EPSo37	7.214	81,8	8.819
Subsidiado	CCFo07	85	86,73	98
	CCFo09	88	95,65	92
	CCFo15	112	67,47	166

Régimen de aseguramiento	Código EPS	sDMARD		Total
		Frecuencia	Porcentaje	
Subsidiado	CCFo23	14	82,35	17
	CCFo24	313	46,86	668
	CCFo27	161	89,44	180
	CCFo33	51	96,23	53
	CCFo49	38	63,33	60
	CCFo53	27	93,1	29
	CCFo55	100	72,99	137
	CCF102	10	100	10
	EPSO22	415	80,12	518
	EPSO25	46	29,87	154
	EPSIo1	37	90,24	41
	EPSIo2	65	87,84	74
	EPSIo3	74	94,87	78
	EPSIo4	11	91,67	12
	EPSIo5	142	85,03	167
	EPSIo6	16	80	20
	EPSSo3	634	82,88	765
	EPSS33	364	68,68	530
	EPSS34	449	74,83	600
	EPSS40	1.634	95,33	1.714
	EPSS41	48	90,57	53
	ESSOo2	31	81,58	38
	ESSO24	562	90,35	622
	ESSO62	1.182	78,49	1.506

Régimen de aseguramiento	Código EPS	sDMARD		Total
		Frecuencia	Porcentaje	
Subsidiado	ESSO76	114	93,44	122
	ESSO91	106	77,94	136
	ESS118	511	63,88	800
	ESS133	302	90,96	332
	ESS207	737	68,81	1.071
Exepción	RESOo1	215	51,07	421
	RESOo2	165	62,98	262
	RESOo3	333	83,46	399
	RESOo4	1.641	80,4	2.041
	RESOo6	4	80	5
Especial	RESOo7	35	56,45	62
	RESOo8	95	61,69	154
	RESOo9	6	75	8
	RESO11	33	94,29	35
	RESO12	6	100	6
	RESO14	14	100	14
	REUEo4	3	75	4
	REUEo5	8	88,89	9
	REUEo9	3	50	6
	EMPO17	12	66,67	18
	EMPO23	7	87,5	8
	EMPO29	41	64,06	64
Total		49.330	72,28	68.247

Tabla 23. frecuencia de uso de bDMARD por Entidad

Régimen de aseguramiento	Código	bDMARD		Total
	Entidad	Frecuencia	Porcentaje	
No Asegurado	5000	11	37,93	29
	11001	0	0	7
	13000	0	0	1
	19000	0	0	1
	50000	0	0	1
	Subsidiado	CCFo07	29	29,59
CCFo09		30	32,61	92
CCFo15		42	25,3	166
CCFo23		6	35,29	17
CCFo24		43	6,44	668
CCFo27		5	2,78	180
CCFo33		21	39,62	53
CCFo49		21	35	60
CCFo53		1	3,45	29
CCFo55		29	21,17	137
CCF102		3	30	10
EPSo22		73	14,09	518
EPSo25		1	0,65	154
EPSIo1		13	31,71	41
EPSIo2		29	39,19	74
EPSIo3		11	14,1	78
EPSIo4		4	33,33	12
EPSIo5		10	5,99	167
EPSIo6		2	10	20
EPSSo3		130	16,99	765
EPSS33	76	14,34	530	

Régimen de aseguramiento	Código	bDMARD		Total
	Entidad	Frecuencia	Porcentaje	
Subsidiado	EPSS34	67	11,17	600
	EPSS40	161	9,39	1.714
	EPSS41	6	11,32	53
	ESSoo2	1	2,63	38
	ESSo24	104	16,72	622
	ESSo62	145	9,63	1.506
	ESSo76	20	16,39	122
	ESSo91	26	19,12	136
	ESS118	63	7,88	800
	ESS133	115	34,64	332
	ESS207	306	28,57	1.071
	EASo16	14	30,43	46
	EASo27	28	11,11	252
	Contributivo	EPSoo1	227	43,65
EPSoo2		674	16,54	4.076
EPSoo3		1.320	9,64	13.686
EPSoo5		843	22,59	3.732
EPSoo8		617	23,67	2.607
EPSo10		715	15,65	4.568
EPSo12		55	7,77	708
EPSo16		807	9,14	8.825
EPSo17		604	30,86	1.957
EPSo18		312	14,85	2.101
EPSo23		385	20,41	1.886
EPSo33		14	30,43	46
EPSo37		1.704	19,32	8.819

Régimen de aseguramiento	Código	bDMARD		Total
	Entidad	Frecuencia	Porcentaje	
Excepción	RES001	20	4,75	421
	RES002	75	28,63	262
	RES003	102	25,56	399
	RES004	371	18,18	2.041
Especial	RES006	1	20	5
	RES007	8	12,9	62
	RES008	26	16,88	154
	RES009	5	62,5	8
	RES011	5	14,29	35
	RES012	0	0	6
	RES014	7	50	14
	REUE04	2	50	4
	REUE05	2	22,22	9
	REUE09	0	0	6
Especial	EMPo17	3	16,67	18
	EMPo23	1	12,5	8
	EMPo29	20	31,25	64
Total		10.571	15,49	68.247

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social M. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Artritis Reumatoide. Vol. 26, Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Bogotá, Colombia; 2014.
2. Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* 2005;4(3):130-6.
3. Hazes JMW, Coulie PG, Geenen V, Vermeire S, Carbonnel F, Louis E, et al. Rheumatoid arthritis and pregnancy: evolution of disease activity and pathophysiological considerations for drug use. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2011;50(11):1955-68. Disponible en: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/50/11/1955.full>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1393 de 2015 [Internet]. Colombia; 2015 p. 14. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Resolucion_1393_de_2015-ARTRITIS.pdf
5. Uhlig T, Moe RH, Kvien TK. The Burden of Disease in Rheumatoid Arthritis. *Pharmacoeconomics.* 2014;32(9):841-51.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE Estadísticas por temas [Internet]. [cited 2017 Mar 10]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-departamentales>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto Número 2561 de 2014 [Internet]. [cited 2017 Mar 10]. Disponible en: http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2014/Decretos2014/DECRETO_2561_DEL_12_DE_DICIEMBRE_DE_2014.pdf
8. Corrona Registries: Rheumatoid Arthritis | Corrona [Internet]. [cited 2017 Apr 24]. Available from: <https://www.corrona.org/registries/rheumatoid-arthritis>
9. Mariette X, Gottenberg J-E, Ravaud P, Combe B. Registries in rheumatoid arthritis and autoimmune diseases: data from the French registries. *Rheumatology* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2017 Apr 24];50(1):222-9. Disponible en: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-lookup/doi/10.1093/rheumatology/keq368>
10. Rudan I, Sidhu S, Papan A, Meng S-J, Xin-Wei Y, Wang W, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in low- and middle-income countries: A systematic review

- and analysis. *J Glob Health* [Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Mar 3];5(1):10409. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25969732>
11. Scublinsky D, Venarotti H, Citera G, Messina OD, Scheines E, Rillo O, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Argentina: a capture-recapture study in a city of Buenos Aires province. *J Clin Rheumatol* [Internet]. 2010 Oct [cited 2016 Aug 10];16(7):317-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20859227>
 12. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. 2015;29(3):86-9.
 13. Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, Therneau TM, Gabriel SE. Is the incidence of rheumatoid arthritis rising?: results from Olmsted County, Minnesota, 1955-2007. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2010 Jun [cited 2016 Aug 10];62(6):1576-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191579>
 14. Michaud K, Berglind N, Franzén S, Frisell T, Garwood C, Greenberg JD, et al. Can rheumatoid arthritis (RA) registries provide contextual safety data for modern RA clinical trials? The case for mortality and cardiovascular disease. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Apr 24];75(10):1797-805. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26857699>
 15. Singh JA, Saag KG, Louis Bridges SJ, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. [cited 2017 Mar 3]; Disponible en: <http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR 2015 RA Guideline.pdf>
 16. Moreno M DS. Anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) para el diagnóstico de artritis reumatoide en pacientes mayores de 16 años en Colombia. Bogotá D.C.: IETS; 2016.
 17. Barbhaiya M, Solomon DH. Rheumatoid Arthritis and Cardiovascular Disease: Update on Treatment Issues. [cited 2017 Mar 28]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4836607/pdf/nihms777830.pdf>
 18. Baghdadi LR, Woodman RJ, Shanahan EM, Mangoni AA, Silman A. The Impact of Traditional Cardiovascular Risk Factors on Cardiovascular Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Reboldi G, editor. *PLoS One* [Internet]. 2015 Feb 17 [cited 2017 Mar 28];10(2):e0117952. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0117952>
 19. Kawatkar AA, Jacobsen SJ, Levy GD, Medhekar SS, Venkatasubramaniam K V, Herrinton LJ. Direct medical expenditure associated with rheumatoid arthritis in a nationally representative sample from the medical expenditure panel survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. 2012 Nov [cited 2016 Aug 9];64(11):1649-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22674912>

20. Widdifield J, Bernatsky S, Thorne JC, Bombardier C, Jaakkimainen RL, Wing L, et al. Wait times to rheumatology care for patients with rheumatic diseases: a data linkage study of primary care electronic medical records and administrative data. *C open* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 29];4(2):E205-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27398365>
21. Anderson J, Caplan L, Yazdany J, Robbins ML, Neogi T, Michaud K, et al. Rheumatoid Arthritis Disease Activity Measures: American College of Rheumatology Recommendations for Use in Clinical Practice. [cited 2017 Mar 30]; Disponible en: http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/RA Disease Activity Measures ACR Recommendations for Use in Clinical Practice_Paper.pdf
22. Solomon DH, Reed GW, Kremer JM, Curtis JR, Farkouh ME, Harrold LR, et al. Disease activity in rheumatoid arthritis and the risk of cardiovascular events. *Arthritis Rheumatol (Hoboken, NJ)* [Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Mar 3];67(6):1449-55. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/art.39098>
23. Yelin E, Lubeck D, Holman H, Epstein W. The impact of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: the activities of patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared to controls. *J Rheumatol* [Internet]. 1987 Aug [cited 2016 Aug 10];14(4):710-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3668977>
24. Hu H, Luan L, Yang K, Li S-C. Burden of rheumatoid arthritis from a societal perspective: A prevalence-based study on cost of illness for patients with rheumatoid arthritis in China. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 2017 Feb 17 [cited 2017 Mar 1]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28211251>
25. Caballero C. Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2004 [cited 2017 Apr 6];11(3):225-31. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237369127_Artritis_reumatoide_como_enfermedad_de_alto_costo
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3099 de 2008. [Internet]. MSPS; 2008 [cited 2017 Apr 6]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_3099_DE_2009.pdf
27. Corte Constitucional. Decreto 4975 de 2009. [Internet]. 2009 [cited 2017 Apr 6]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38291>
28. Ministerios de Salud y Protección Social. MSPS. Resolución número 6408 de 2016. Por la cuál se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la unidad de Pago por Capacitación (UPC) [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 19]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/normatividad2016/Resolución_6408_de_2016.pdf

29. Jobski K, Luque Ramos A, Albrecht K, Hoffmann F. Pain, depressive symptoms and medication in German patients with rheumatoid arthritis-results from the linking patient-reported outcomes with claims data for health services research in rheumatology (PROCLAIR) study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 31]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/pds.4202>
30. Strehl C, van der Goes MC, Bijlsma JWJ, Jacobs JWG, Buttgerit F. Glucocorticoid-targeted therapies for the treatment of rheumatoid arthritis. *Expert Opin Investig Drugs* [Internet]. 2017 Feb 3 [cited 2017 Apr 20];26(2):187-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28043173>
31. Kirwan JR, Bijlsma JW, Boers M, Shea B. Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis. In: Kirwan JR, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cited 2017 Apr 20]. p. CD006356. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253590>
32. Spies CM, Bijlsma JW, Burmester G-R, Buttgerit F. Pharmacology of glucocorticoids in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Pharmacol* [Internet]. 2010 Jun [cited 2017 Apr 20];10(3):302-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20202903>
33. American College of Rheumatology. A Proposed Revision to the ACR20: The Hybrid Measure of American College of Rheumatology Response. *Arthritis Rheum*. 2007;57(2):193-202.
34. Rachel A. Burke, Pharm. D., BCACP; and Nicole D. White PD. Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs. *PSAP* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 11]; Disponible en: https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p14b2_m1ch.pdf
35. Termómetro-de-precios-de-referencia-internacional-de-medicamentos [Internet]. [cited 2017 Apr 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/herramienta-interactiva-de-consulta-de-precios-regulados-de-medicamentos.aspx>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Hacienda y Crédito Público



Libertad y Orden