

Guía de práctica clínica para la Detección Temprana, Diagnóstico y Tratamiento de pacientes con Espondiloartritis Periférica (EspAp) de la Asociación Colombiana de Reumatología “ASOREUMA”

Este documento debe citarse:

Guía de práctica clínica para la detección Temprana, Diagnóstico y Tratamiento de pacientes con Espondiloartritis Periférica de la Asociación Colombiana de Reumatología. Bogotá D.C.; 2021. Disponible en <https://www.asoreuma.org> y como artículo original publicado en el órgano de difusión de la Asociación Colombiana de Reumatología.

Grupo desarrollador

GRUPO DE ESTUDIO DE ESPONDILOARTRITIS

ASOCIACION COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA (ASOREUMA)

Líderes de la Guía

Lina María Saldarriaga Rivera, MD, Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Hospital Universitario San Jorge, Facultad de Medicina Universidad Tecnológica de Pereira. Institución Universitaria Visión de las Américas. Clínica Los Rosales, Pereira. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Wilson Bautista Molano MD, PhD. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Hospital Universitario Fundación Santa fe de Bogotá, Universidad El Bosque, Bogotá. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Expertos temáticos

Alejandro Junca Ramírez, MD. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Colsanitas, IPS Especializada. Bienestar IPS. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Andrés Ricardo Fernández Aldana, MD. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Inmunar S.A.S Envigado, Ibagué. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Daniel Gerardo Fernández Ávila, MD, MSc. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Hospital Universitario San Ignacio. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Diego Alejandro Jaimes, MD, MSc. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Universidad de la Sabana. Clínicos IPS Bogotá. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Edwin Antonio Jáuregui Cuartas, MD, MSc. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Clínica Riesgo de Fractura S.A CAYRE IPS Bogotá. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Juan Sebastián Segura Charry, MD. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Clínica Medilaser Neiva, Huila, Clínicos IPS Bogotá. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

María Consuelo Romero. Bacterióloga, MSc, PhD. Servicio de Reumatología Hospital Militar Central. Grupo Inmunología Celular y Molecular Universidad del Bosque. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología

Oscar Jair Felipe, MD. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Medicarte S.A. Clínica las Vegas. Miembro de la Asociación Colombiana Reumatología.

Representantes de los pacientes

María Teresa Castellanos.

Julieth Samanta Buitrago.

Representante de la Fundación Espondilitis Anquilosante en Colombia

Representantes de la sociedad

Yuri Romero. Antropólogo

Representantes Ministerio de Salud y Protección Social

Gloria Villota. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Rodrigo Restrepo. Oficina de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Nubia Bautista. Oficina de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Indira Caicedo. Oficina de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Instituto de Evaluación de Tecnologías “IETS”

Adriana Robayo MD, FETP. Directora ejecutiva. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Kelly Patricia Estrada Orozco. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Ani Cortez. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Lorena del Pilar Mesa. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Javier Salamanca. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Expertos Metodológicos.

Esta Guía de Práctica Clínica fue desarrollada bajo la asesoría metodológica de la empresa de consultoría Evidentias SAS. Soluciones Integrales para la Investigación en Salud (Evidentias). En su conducción participaron:

María Ximena Rojas Reyes. Enfermera, Magister en Epidemiología Clínica. PhD en Investigación Biomédica. Evidentias SAS.

José Ricardo Pieschacón Reyes. Médico. Magister en Epidemiología Clínica. Evidentias SAS.

Barbarita Mantilla. Médica, especialista en Medicina Interna. Magister en Epidemiología Clínica. Consultor Independiente.

Olga Milena García. Médica, especialista en Medicina Interna y Epidemiología. Magister en Epidemiología Clínica (cand). Consultor Independiente.

Andrés Gempeler Rojas. Médico, Internista. Magister en Epidemiología Clínica (cand). Consultor Independiente.

Luz Ángela Torres. Médica. Experta en estrategias de búsqueda e identificación de estudios clínicos. Consultor Independiente.

Juan Camilo Rosas. Médico. Experto en estrategias de búsqueda e identificación de estudios clínicos. Consultor Independiente.

[Pares revisores](#)

Mario Humberto Cardiel Ríos MD, MSc. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Centro de Investigación Clínica de Morelia SC, Morelia, Michoacán, México. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Universidad Nacional Autónoma de México. McMaster University, Hamilton, ON, Canadá.

Enrique Roberto Soriano MD, MSc. Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Jefe de la Sección Reumatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Profesor titular en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires y Director de la Maestría en Investigación Clínica de dicho Instituto. Expresidente de PANLAR (Asociación Panamericana de Reumatología) y Ex presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología, miembro del Comité Directivo del Grupo de Investigación y Evaluación de Psoriasis y Artritis Psoriásica (GRAPPA).

[Declaración de conflictos de interés](#)

Todos los miembros del grupo desarrollador y demás involucrados en el desarrollo de esta GPC, realizaron la declaración de conflictos de interés y completaron el formato definido por el Ministerio de Salud Nacional para este fin. Igualmente, todos los participantes de la reunión del panel para el proceso de consenso de las recomendaciones realizaron la declaración de intereses usando el mismo formato. Los pares que revisaron el documento de la GPC antes de su publicación y diseminación igualmente declararon sus potenciales conflictos. Cada una de las declaraciones fue evaluada por los dos coordinadores de la GPC. Para ninguna de las preguntas y recomendaciones de la GPC, se manifestó algún conflicto de interés por parte de los participantes que impidiera su votación o participación.

Financiación

El desarrollo de esta GPC fue posible gracias al apoyo irrestricto de las siguientes entidades que en su conjunto financiaron su realización:

ABBVIE

AMGEN

JANSSEN

NOVARTIS

PFIZER

Declaración de independencia editorial

El trabajo técnico del proceso para el desarrollo de esta GPC fue realizado de manera independiente por el grupo desarrollador de la guía. Las entidades financiadoras realizaron un seguimiento a la elaboración del documento, sin embargo, no tuvieron ninguna injerencia en el contenido del mismo.

Contenido

1.	Introducción	8
2.	Alcance de la GPC	13
3.	Objetivos de la GPC	13
4.	Usuarios	14
5.	Población a quien va dirigida la GPC y ámbito asistencial.....	14
	Grupos que se consideran	14
	Grupos que no se toman en consideración	14
6.	Preguntas que responde esta GPC en Espondiloartritis Periférica	15
7.	Recomendaciones de la GPC para Espondiloartritis Periférica	16
8.	Metodología	24
8.1.	Proceso de conformación del GDG	24
8.2.	Participación de pacientes.....	25
8.3.	Declaración y análisis del conflicto de interés	25
8.4.	Elaboración de preguntas	26
8.5.	Definición y gradación de desenlaces.....	26
8.6.	Identificación y evaluación de GPC previamente desarrolladas	27
8.6.1.	Búsqueda de GPC basadas en evidencia	27
8.6.2.	Evaluación de las GPC en Espondiloartritis.....	28
8.6.2.	Desarrollo de la guía.....	30
8.6.3.	Búsqueda de evidencia para desarrollar las recomendaciones	31
8.6.4.	Fuentes de información.....	31
8.6.5.	Selección de la evidencia.....	32
8.7.	Proceso de evaluación de la calidad de la evidencia	32
8.8.	Formulación de recomendaciones.....	33
8.8.1.	Metodología del panel de expertos.....	34
8.8.2.	Graduación de la fuerza de la recomendación.....	36
8.8.3.	Fase de evaluación y validación de la Guía	37
8.8.4.	Actualización de la Guía.....	38
9.	Funciones de los actores del sistema.....	38
9.1.	Superintendencia Nacional de Salud.....	38
9.2.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	38

9.3.	Instituto de Evaluación de tecnologías en Salud (IETS).....	39
9.4.	Empresas promotoras de Salud (EPS)	39
9.5.	Prestadores de Servicios de Salud (IPS)	40
9.6.	Profesionales de la salud	40
9.7.	Asociaciones de usuarios y de pacientes	40
10.	Priorización de las recomendaciones	41
11.	Barreras, facilitadores y estrategias para solucionar las barreras.....	41
12.	Implementación y estrategias de difusión	42
12.1.	Difusión de las estrategias	43
13.	Anexos	44
13.1.	Anexo 1 Búsqueda de evidencia para soportar recomendaciones.....	44
13.2.	Anexo 2. Participantes consenso de expertos.....	44
	Siglas y abreviaturas	58
	REFERENCIAS.....	60

1. Introducción

Espondiloartritis es un término genérico que integra un grupo de condiciones inflamatorias interrelacionadas que comparten características clínicas, genéticas, epidemiológicas, fisiopatológicas, radiográficas, y de respuesta terapéutica. Según el patrón clínico de presentación, pueden ser predominantemente periférica o axial:

Periféricas (EspAp):

- Artritis psoriásica (APs)
- Artritis reactiva
- Espondiloartritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Espondiloartritis indiferenciada

Axiales:

- Espondiloartritis Axial radiográfica (Espondilitis anquilosante -EA)
- Espondiloartritis Axial No radiográfica (EspAax-nr)

La espondiloartritis periférica como un subtipo de espondiloartritis, es una patología inflamatoria crónica cuya presentación clínica está determinada por la presencia de artritis (oligoartritis de predominio en miembros inferiores), entesitis (sitios donde un tendón, ligamento o la cápsula articular se inserta en el hueso) y / o dactilitis (dedos en salchicha). Los criterios de clasificación de ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis International Society*) modificaron de forma sustancial el enfoque fenotípico, también conocido como el "concepto de espondiloartritis", por un sistema de clasificación más definido para la presentación periférica en relación con la sintomatología predominante(1). El término espondiloartritis periférica se usa indistintamente con algunos de sus subtipos como artritis psoriásica, artritis reactiva y espondiloartritis indiferenciada. Aunque siendo el rasgo característico de espondiloartritis periférica, los síntomas periféricos (artritis, entesitis y dactilitis) no son patognomónicos, ya que pueden ocurrir igualmente en pacientes con espondiloartritis axial (2).

Los datos relacionados con los patrones de presentación clínica en espondiloartritis periférica, distintos de los extrapolados en los estudios de artritis psoriásica, son escasos. El retraso diagnóstico es más corto en relación con espondiloartritis axial, porque los pacientes con manifestaciones periféricas suelen presentar signos inflamatorios clínicamente objetivos (artritis y/o dactilitis). La edad de inicio de síntomas es más tardía en comparación con espondiloartritis axial y la distribución por género es igual en ambos géneros (3)(45). Dentro de las manifestaciones típicas de espondiloartritis periférica, la dactilitis constituye un sello distintivo en artritis psoriásica (4).

Dentro de las manifestaciones extra articulares, la psoriasis es la más frecuente (43-53%), seguida de enfermedad inflamatoria intestinal (4-17%) y uveítis anterior aguda (2-6%). El dolor lumbar inflamatorio, que constituye una característica prevalente en pacientes con espondiloartritis axial, también ha sido reportado en un 12,5% en pacientes con artritis psoriásica y hasta en un 21% en espondiloartritis periférica (5).

La Artritis Psoriásica (Aps) es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema musculoesquelético, generalmente asociada a psoriasis, que puede afectar a las articulaciones periféricas, las del esqueleto axial (columna vertebral y sacro ilíacas), las entesis (sitios de inserción de ligamentos al hueso), vainas tendinosas y tejidos blandos (dactilitis), piel, uñas y otros órganos (intestino, ojo). Sus variadas formas de presentación y de manifestaciones tanto musculoesqueléticas como cutáneas hacen que su manejo sea más complejo y necesite la colaboración de varios especialistas, fundamentalmente reumatólogos y dermatólogos (6) (7) Los criterios de clasificación ampliamente utilizados para Artritis Psoriásica son los criterios CASPAR, los cuales fueron publicados en 2006 (8).

La artritis reactiva, (AR) consiste en una inflamación aséptica de la membrana sinovial, tendones y/o fascias, desencadenadas por una infección a distancia, generalmente de localización gastrointestinal, vías urinarias, o a nivel de vías respiratorias. Las AR secundarias a una infección urogenital son conocidas como artritis reactivas adquiridas sexualmente, anteriormente denominadas con el síndrome de Reiter, que fue descrito inicialmente como la tríada de artritis, uretritis y conjuntivitis. Además, puede acompañarse de lesiones mucocutáneas (queratodermia blenorragica, vulvitis, balanitis o úlceras orales),

uveítis, afectación cardíaca y/o neurológica. La mayoría de las ocasiones las AR ocurren en sujetos genéticamente predispuestos. Los pacientes suelen presentar manifestaciones clínicas compartidas con las espondilo artropatías por lo que se incluyen genéricamente dentro de este grupo de enfermedades (9).

La Espondiloartritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal, se ha descrito en pacientes con enfermedades intestinales crónicas, sobre todo con colitis ulcerativa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), quienes presentan diferentes formas clínicas de artritis, con afectación articular axial o periférica, con un incremento de la permeabilidad intestinal. En el 5 al 10% de pacientes con espondiloartritis axial se ha documentado EC o CU, aunque se ha encontrado inflamación subclínica intestinal (ileocolonoscopia) en el 25-49% de los pacientes, y lesiones histopatológicas de intestino en el 50-60%. Estas evidencias han permitido sugerir que un trastorno en la barrera entre el intestino y el sistema circulatorio sanguíneo puede estar involucrado en la patogenia de estas enfermedades, que han sido incluidas en el grupo de las espondiloartritis por presentar manifestaciones clínicas compartidas. (10).

En cuanto a la Espondiloartritis indiferenciada, los pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos establecidos para las distintas entidades del grupo, pero sí presentan unos rasgos comunes que las identifican con las espondilo artropatías reciben el diagnóstico de espondilo artropatía indiferenciada. Para ello deben cumplir los criterios propuestos por Amor o por el Grupo Europeo para el Estudio de las Espondilo artropatías. El espectro de manifestaciones clínicas de estos pacientes, su gravedad y su pronóstico son muy variables, cursando con una oligoartritis generalmente asimétrica con afección predominante en extremidades inferiores, una entesopatía, manifestaciones cutáneas y oftalmológicas. Algunos pacientes con espondilo artropatía indiferenciada evolucionan a formas definidas de espondilo artropatía, mientras que otros permanecen como una forma indiferenciada durante años. (11).

Las patologías agrupadas dentro del término genérico de espondiloartritis son, en su conjunto, enfermedades relativamente frecuentes, las cuales corresponden alrededor del 15% de las consultas y diagnósticos de reumatología. Se trata, por lo tanto, de enfermedades con una gran repercusión socio laboral, puesto que afectan principalmente a individuos jóvenes,

activos económicamente y en pleno rendimiento laboral. Además, son condiciones complejas de abordar, tanto para el médico de atención primaria o no especialista, lo cual se refleja en demoras en el diagnóstico.

La espondiloartritis en general tiene una prevalencia de 0,9-1,7% (12) y dentro de este porcentaje, la prevalencia relativa de espondiloartritis periférica está sobre el 25%, con cifras muy similares en los diferentes estudios europeos: cohorte belga Be-Giant (28,5%), cohorte holandesa (26,8%), y la cohorte española Esperanza (22,8%) (13)(5)(3). En Colombia, el estudio más recientemente realizado en una cohorte de pacientes con espondiloartritis, encontró una frecuencia de espondiloartritis periférica del 37.2% de acuerdo a los criterios de clasificación de ASAS(14). Esta mayor frecuencia de predominio periférico es concordante con los hallazgos de otros estudios realizados en Colombia(15)(16) así como en Latinoamérica (17). En línea con lo anterior, varios estudios han publicado una alta frecuencia de artritis (72%) y entesitis (57%) (14) en pacientes con diagnóstico de espondiloartritis, los cuales son concordantes con hallazgos en pacientes mexicanos mestizos (artritis periférica 66% y entesitis 47%) en quienes se observa un mayor predominio de síntomas en miembros inferiores (18). Un estudio adelantado en pacientes brasileiros con espondiloartritis reporta que un 54% (43) cursan con entesitis. Respecto a la artritis psoriásica, aunque la información de datos de prevalencia en Latinoamérica es muy escasa, un estudio argentino reporta una prevalencia de 74 (95% CI 57, 94) 100.000 individuos, siendo similar a lo reportado en otros estudios de Europa y Estados Unidos (19).

La información disponible en la literatura en relación con objetivos de tratamiento, carga de la enfermedad y búsqueda de nuevas modalidades de tratamiento en espondiloartritis se encuentran focalizadas principalmente en espondiloartritis axial y/o artritis psoriásica, esta última considerada como el prototipo de las manifestaciones periféricas. El tratamiento de los pacientes con espondiloartritis periférica constituye un desafío debido al carácter heterogéneo de las manifestaciones clínicas y los subtipos incluidos en la definición. No solo se encuentra un abordaje terapéutico diferencial basado en las principales manifestaciones clínicas de presentación (artritis, entesitis o dactilitis), sino también la presencia de manifestaciones extra articulares (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal y uveítis) las cuales influyen significativamente en las decisiones terapéuticas en un paciente individual (2). En relación con lo anterior, en la literatura biomédica se encuentra escasa información sobre

la percepción de los pacientes con manifestaciones periféricas en Latinoamérica (20) respecto a su enfermedad y las opciones de tratamiento .

El objetivo principal del tratamiento en espondiloartritis es maximizar la calidad de vida relacionada con la salud a largo plazo mediante el control de los signos y síntomas (dolor, rigidez matinal, fatiga) y la inflamación (actividad de la enfermedad), junto con la prevención del daño estructural progresivo (cambios osteo proliferativos y osteo destructivos en articulaciones periféricas) y la preservación de la función (movilidad espinal), y la participación social (actividad y productividad). En este contexto, el manejo óptimo requiere una combinación de modalidades de tratamiento tanto no farmacológico como farmacológico(21).

Varias recomendaciones internacionales de manejo se encuentran disponibles en la literatura (22)(23) incluyendo las recomendaciones de manejo de GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis)(25), así como una adaptación de estas recomendaciones recientemente realizada para su aplicación en el escenario de países con escasos recursos (26). Sin embargo, estas guías y adaptaciones se han realizado con énfasis en el manejo terapéutico de artritis psoriásica principalmente.

En la actualidad, el sistema de salud en Colombia ofrece una escasa cobertura en el plan de beneficios de salud para esta patología. De ahí su potencial impacto en el manejo actual de estos pacientes en el sistema de salud colombiano, con retraso en la dispensación y autorización de los medicamentos e interconsultas, algunos de ellos con tratamientos de alto costo. Todo lo anterior genera demoras que impactan en el curso natural de la enfermedad, con la posterior aparición de complicaciones, secuelas y finalmente discapacidad funcional y laboral.

Aunque son varios los tratamientos que han sido aprobados en estudios experimentales de fase III, varias de estas opciones terapéuticas aún se consideran “*off label*” o “sin indicación” para pacientes con espondiloartritis periférica no psoriásica. Esta situación, unida a la mayor frecuencia de manifestaciones periféricas observadas en los pacientes que han sido descritas previamente, muestran la necesidad de tener unas recomendaciones específicas de diagnóstico y manejo terapéutico en pacientes con espondiloartritis periférica en el contexto nacional.

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) busca homogenizar conductas de prevención, diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con espondiloartritis periférica a nivel nacional. Es desarrollada por la Asociación Colombiana de Reumatología (ASOREUMA) como parte de su propósito de posicionarse como entidad académico-científica líder en el área de enfermedades reumáticas. Es la primera GPC que se desarrolla, publica e implementa en Colombia, dirigida a pacientes con espondiloartritis periférica, como resultado de un intenso trabajo de un grupo de reumatólogos, metodólogos, pacientes, sociedad civil, y entidades gubernamentales como el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (IETS) y el Ministerio de Salud y Seguridad Social de Colombia. La GPC en EspAp se suma y complementa a las guías internacionales de más uso en el país para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, como son la European League Against Rheumatism (EULAR) (22) y Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA) (25).

2. Alcance de la GPC

Esta guía de práctica clínica está dirigida a los profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes con EspAp, tomadores de decisiones en salud tanto en el medio asistencial como en las aseguradoras, pagadores del gasto en salud y entidades gubernamentales que generan de políticas en salud.

La presente Guía de Práctica Clínica pretende lograr la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de EspAp.

3. Objetivos de la GPC:

Desarrollar una Guía de Práctica Clínica enfocada en el diagnóstico, manejo y tratamiento de espondiloartritis periférica (EspAp)

Formular recomendaciones específicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de EspAp dirigida a la comunidad médica

Sensibilizar al cuerpo médico acerca de la identificación y sospecha clínica de pacientes con EspAp

Optimizar la derivación oportuna de pacientes al reumatólogo con sospecha de EspAp

Establecer los parámetros clínicos para el enfoque diagnóstico del paciente con oligoartritis periférica, entesitis y dactilitis

Homogenizar el manejo de pacientes con EspAp

Promover un inicio temprano de tratamiento para pacientes con EspAp (especialmente en los dominios de artritis periférica, entesitis y dactilitis).

Trasladar al escenario clínico las recomendaciones contenidas en la guía de práctica clínica para pacientes con diagnóstico de EspAp

Mejorar la calidad de vida, el desempeño laboral y social de pacientes con EspAp

Disminuir la variabilidad clínica en el tratamiento de los pacientes con esta patología contribuyendo al uso racional y pertinente de recursos destinados a la atención de pacientes con EspAp

4. Usuarios

La presente Guía brinda recomendaciones para el manejo de pacientes con espondiloartritis periférica por parte de médicos en todos los niveles de atención.

Los profesionales que utilicen la GPC serán médicos habilitados para el ejercicio de su profesión en Colombia incluyendo reumatólogos y especialidades afines en la atención de pacientes con EspAp.

5. Población a quien va dirigida la GPC y ámbito asistencial

Individuos mayores de 18 años con diagnóstico o sospecha diagnóstica de EspAp

Grupos que se consideran

Pacientes con espondiloartritis periférica

Pacientes con artritis psoriásica

Pacientes con artritis reactiva

Pacientes con espondiloartritis relacionada a enfermedad inflamatoria intestinal

Pacientes con espondiloartritis axial y manifestaciones periféricas

Grupos que no se toman en consideración

En esta Guía no se contemplan los pacientes con las siguientes características:

Pacientes menores de 18 años de edad con diagnóstico de EspAp

Pacientes embarazadas con diagnóstico de EspAp

Pacientes con otras enfermedades reumatológicas asociadas

Pacientes con efectos secundarios y/o adversos del tratamiento

6. Preguntas que responde esta GPC en Espondiloartritis Periférica

1. **Pregunta 1.** ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica, se debe usar AINES o DMARDs convencionales como primera opción de tratamiento farmacológico, dada su efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?
2. **Pregunta 2.** ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica se debe usar Glucocorticoides (locales o sistémicos) dada su efectividad (control de enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad y calidad de vida, progresión radiográfica) y seguridad (eventos adversos)?
3. **Pregunta 3.** ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y falla a DMARDs convencionales, se debe usar como primera opción de terapia biológica un anti TNF α o un anti IL-17 o un anti IL12-23 o inhibidores JAK, dada su efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?
4. **Pregunta 4.** ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y falla a primera línea con DMARDs Biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK), cuál DMARDs Biológico se debe usar como siguiente opción de tratamiento, considerando la efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?
5. **Pregunta 5.** ¿En el tratamiento de pacientes adultos con Espondiloartritis y uveítis asociada como manifestación extra articular, se debe usar DMARDs convencionales dada su efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?
6. **Pregunta 6.** ¿En el tratamiento de pacientes adultos con Espondiloartritis y uveítis asociada como manifestación extra articular, se debe usar DMARDs Biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK) dada su

efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?

7. **Pregunta 7.** ¿En el tratamiento de pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y enfermedad inflamatoria intestinal asociada, se debe usar DMARDs convencionales dada su efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y perfil de seguridad (eventos adversos)?
8. **Pregunta 8.** ¿En el tratamiento de pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y enfermedad inflamatoria intestinal asociada, se debe usar DMARDs Biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL12-23, inhibidores JAK) dada su efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y perfil de seguridad (eventos adversos)?
9. **Pregunta 9.** ¿Para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica, es útil (características operativas de la prueba*) el uso de las escalas de clinimetría: "Disease Activity Score-28 (DAS 28)" vs "Disease Activity for Psoriatic Arthritis (DAPSA)" vs "Minimal disease activity (MDA) "?
10. **Pregunta 10.** ¿En el tratamiento de pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica, el uso de terapia combinada de MTX y DMARDs biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK), es más efectivo (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguro (eventos adversos) que el uso de monoterapia con DMARDs biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK)?

7. Recomendaciones

7.1. Recomendación 1.

Recomendación	En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica se recomienda en forma condicional, como primera línea de tratamiento el uso de DMARDs convencionales (metotrexato, sulfasalazina).
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la

	intervención con DMARDs convencionales
Certeza de la Evidencia	⊕⊕ Baja
Justificación	El panel por consenso considera que el balance de los efectos favorece a la intervención con DMARDs convencionales, dado el efecto potencial sobre la mejoría de los pacientes y las no diferencias en cuanto a eventos adversos al compararlos con el placebo.

Consideración de subgrupos

Recomendación	En pacientes con artritis psoriásica se sugiere usar como primera línea de tratamiento el metotrexato
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor del metotrexato
Certeza de la Evidencia	⊕⊕ Baja

7.2. Recomendación 2.

Recomendación	En pacientes con EspAp se recomienda no usar glucocorticoides sistémicos
Fuerza de la Recomendación	Recomendación fuerte en contra del tratamiento
Certeza de la Evidencia	⊕ Muy baja
Justificación	El panel por consenso considera que, el balance de los efectos va en contra del uso de glucocorticoides sistémicos, dados los conocidos efectos indeseables de su uso y la muy baja evidencia sobre sus beneficios en esta patología. Adicionalmente, considera a que a pesar de la poca evidencia, los glucocorticoides se utilizan con frecuencia en estos pacientes, por lo que por lo que esta recomendación, permite reducir la variabilidad del enfoque terapéutico en EspAp, optimizar y racionalizar los costos de atención, lograr diagnósticos oportunos y remisiones tempranas al reumatólogo, y así acercar el manejo y el diagnóstico a estándares de óptima calidad,

Consideración de subgrupos

Recomendación	En pacientes con artritis psoriásica se recomienda no usar glucocorticoides sistémicos
Fuerza de la Recomendación	Recomendación fuerte en contra del tratamiento
Certeza de la Evidencia	⊕⊕ Baja
Justificación	El panel considera que en pacientes con artritis psoriásica tratados con glucocorticoides sistémicos, la suspensión de los mismos puede ocasionar una reactivación de las lesiones dérmicas de la psoriasis. Adicionalmente, considera los efectos deletéreos de la ingesta de glucocorticoides por periodos prolongados de tiempo evidenciados en varios otros estudios.

Consideración de subgrupos

Recomendación	En pacientes con EspAp que presentan monoartritis/oligoartritis, dactilitis o entesitis se recomienda en forma condicional las inyecciones locales con glucocorticoides como complemento a la terapia sistémica con DMARDs
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la intervención
Certeza de la Evidencia	⊕ Muy baja

7.3. Recomendación 3

Recomendación	En pacientes con EspAp que presentan falla terapéutica o intolerancia a DMARDs convencionales, se recomienda el inicio de terapia con un anti TNFα o un anti IL17A
Fuerza de la Recomendación	Recomendación fuerte a favor de la intervención
Certeza de la Evidencia	⊕⊕⊕ Moderada

Consideraciones de subgrupos

Recomendación	En pacientes con artritis psoriásica que presentan falla terapéutica o intolerancia a DMARDs
----------------------	--

	convencionales, se recomienda el inicio de terapia con anti TNF α o con un anti IL17A o un anti IL 12-23 o un anti PDE4 o un inhibidor JAK (tofacitinib)
Fuerza de la Recomendación	Recomendación fuerte a favor de la intervención
Certeza de la Evidencia	⊕⊕⊕ Moderada
Recomendación	En pacientes con artritis psoriásica y compromiso cutáneo, que presentan falla terapéutica o intolerancia a DMARDs convencionales, se recomienda el inicio de terapia con un agente que tenga mayor efecto sobre las manifestaciones cutáneas como el ixekizumab o el secukinumab
Fuerza de la Recomendación	Recomendación fuerte a favor de la intervención
Certeza de la Evidencia	⊕⊕⊕ Moderada

7.4. Recomendación 4

Recomendación	En pacientes adultos con EspAp y falla a primera línea con DMARDs Biológicos (bDMARDs) se sugiere usar como siguiente opción de tratamiento otro bDMARD (ya sea del mismo o diferente mecanismo de acción) o a un inhibidor JAK
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la intervención
Certeza de la Evidencia	⊕⊕⊕ Moderada
Justificación	El panel considera que, a pesar del balance de efectos favorable hacia el tratamiento con otro bDMARD, la evidencia encontrada sólo aplica a artritis psoriásica, no se cuenta evidencia sobre todas las posibles comparaciones y para algunas provienen de análisis de subgrupos con un

	número bajo de participantes, aunque en todos los casos los análisis de seguridad de las terapias evaluadas son adecuados.
Punto de Buena Práctica	La decisión de cambio o discontinuación de la terapia con un primer bDMARD debe realizarse de acuerdo con el análisis objetivo de la actividad de la enfermedad, a partir de herramientas de clinimetría válidas.

7.5. Recomendación 5

Recomendación	En pacientes adultos con EspAp y uveítis anterior (asociada como manifestación extra articular), se recomienda de forma condicional el uso de metotrexato o sulfasalazina con el objetivo de reducir las exacerbaciones.
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la opción
Certeza de la Evidencia	⊕⊕ Baja
Justificación	El panel considera que actualmente existe una falta de evidencia sólida sobre el uso de inmunomoduladores en pacientes con espondiloartritis y uveítis anterior, pero la evidencia disponible muestra potencial efectividad del MTX y de la sulfasalazina en prevenir las agudizaciones de la uveítis anterior y mejorar la agudeza visual. Siendo seguro en estos pacientes.

Consideraciones de subgrupos

Recomendación	En pacientes adultos con EspAp y uveítis anterior que no responde al manejo con
----------------------	---

	inmunomoduladores, se recomienda de forma condicional, el uso de azatioprina con el objetivo de controlar la inflamación ocular
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la opción
Certeza de la Evidencia	⊕⊕ Baja

7.6. Recomendación 6

Recomendación	En pacientes adultos con EspAp y uveítis (asociada como manifestación extra articular), con indicación de DMARDs Biológicos, se recomienda de forma condicional, el tratamiento con anti TNF α con el objetivo de reducir la tasa de uveítis anterior aguda.
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la intervención.
Certeza de la Evidencia	⊕ Muy Baja
Justificación	El panel considera que el balance de los efectos favorece a la intervención con anti TNF α (sus potenciales beneficios superan los riesgos). Adicionalmente, consideró que la monoterapia con anti TNF α (etanercept) no muestra diferencias clínicamente relevantes con respecto a los efectos deseables e indeseables (infecciones serias o eventos hepáticos), cuando se compara con la terapia combinada de MTX y anti TNF α (etanercept).

7.7. Recomendación 7

Recomendación	En pacientes con EspAp y enfermedad inflamatoria intestinal asociada, se recomienda el inicio de tratamiento con DMARDs convencionales
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la intervención.
Certeza de la Evidencia	⊕ Muy Baja
Justificación	El panel por consenso considera que el balance de los efectos favorece el uso de esta intervención, dados sus potenciales beneficios (moderados) y los bajos efectos indeseables observados con estas terapias en los muchos otros manejos en los que se utilizan (evidencia indirecta).

7.8. Recomendación 8

Recomendación	En pacientes con EspAp y enfermedad inflamatoria intestinal asociada, que no responden al manejo con DMARDs convencionales, se recomienda el uso de un anti TNFα sobre el tratamiento con otros DMARDs biológicos tipo anti IL-17 o anti IL-12-23
Fuerza de la Recomendación	Recomendación fuerte a favor de la intervención
Certeza de la Evidencia	Sobre IL-17 ⊕⊕⊕ Moderada Sobre IL-12-23 ⊕ Muy baja
Justificación	El panel por consenso considera que a pesar de la falta de estudios en la población de interés (EspAp y enfermedad inflamatoria intestinal asociada), la evidencia indirecta soporta la

	efectividad y seguridad de la terapia biológica en pacientes con espondilo artropatías. Esta recomendación va en consonancia con las recomendaciones de otras guías de práctica clínica internacionales en el manejo de la enfermedad.
Punto de Buena Práctica	Dentro del grupo de inhibidores de TNF α , se sugiere preferir el uso de anticuerpos monoclonales sobre los DMARD biológicos de receptor soluble . Certeza de la evidencia Moderada

7.9. Recomendación 9

Recomendación	En pacientes con artritis psoriásica se recomienda evaluar la actividad de la enfermedad con DAPSA por su adecuada capacidad de discriminar la actividad de la enfermedad.
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la intervención.
Certeza de la Evidencia	⊕⊕⊕ Moderada
Justificación	El panel tuvo en consideración que DAPSA se enfoca principalmente en la enfermedad articular periférica y puede reflejar con precisión cambios en este dominio. Sin embargo, dado que no mide otros dominios de la enfermedad, se podría perder la documentación de actividad, es así como se ha descrito alta actividad de la enfermedad en piel en pacientes en remisión evaluada por DAPSA con un importante impacto en la calidad de

	vida. Teniendo en cuenta que la evidencia no permite establecer superioridad del MDA sobre el DAPSA, como punto de buena práctica se sugiere el uso de dos los índices.
--	---

Punto de Buena Práctica	Se sugiere complementar la evaluación DAPSA con la escala MDA.
--------------------------------	--

7.10. Recomendación 10

Recomendación	En pacientes con artritis psoriásica, se recomienda de forma condicional el uso combinado de metotrexato con DMARDs biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL-12-23)
Fuerza de la Recomendación	Recomendación condicional a favor de la intervención.
Certeza de la Evidencia	$\oplus\oplus$ B α α
Justificación	El panel por consenso considera el balance de los efecto favorece a la intervención de terapia combinada. El uso de metotrexato puede verse asociado a mayor retención del biológico, adicionalmente puede favorecer la optimización de la dosis de este.

8. Metodología

8.1. Proceso de conformación del GDG

El Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) estuvo conformado por un grupo de médicos reumatólogos expertos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la espondiloartritis periférica quienes forman parte del grupo de Espondiloartritis de ASOREUMA, los representantes de pacientes y un antropólogo como representante de la sociedad civil. Todas

las sesiones del panel contaron con el acompañamiento de representantes del Ministerio de Salud y protección Social y del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

La GPC de Espondiloartritis Periférica fue liderada por la Dra. Lina María Saldarriaga, reumatóloga representante del Grupo de Estudio en Espondiloartritis de ASOREUMA.

El desarrollo de la GPC tuvo el acompañamiento metodológico de la empresa de consultoría Evidentias SAS. Soluciones Integrales para la Investigación en Salud, aportó un grupo de expertos metodológicos conformado por profesionales de la salud especializados con estudios de doctorado y maestría en ciencias clínicas y epidemiología. Evidentias SAS apoyó los procesos de planeación, conducción y generación final de recomendaciones.

La GPC, se realizó siguiendo los lineamientos de la “Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano”(27).

8.2. Participación de pacientes

Dos pacientes incluido un representante de la Fundación de Espondilitis Anquilosante en Colombia, participaron de manera activa y voluntaria en cada una de las etapas del desarrollo de la guía. Su aporte fue esencial al momento de identificar y graduar los desenlaces, desarrollar las preguntas de la Guía y elaborar las recomendaciones de esta. Sus contribuciones y aportes junto al realizado por parte del representante de la sociedad civil (antropólogo), fueron también determinantes para la identificación de los valores y preferencias frente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

8.3. Declaración y análisis del conflicto de interés

La declaración de conflictos de interés de cada uno de los miembros del Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) se realizó desde el inicio del proceso de elaboración de la GPC y por los demás participantes antes de iniciar las reuniones en las que tomaron parte. Para establecer los conflictos de interés de los integrantes del grupo se utilizó el formato para declaración de intereses de la Guía de Guías antes mencionado. Cada integrante fue evaluado, de acuerdo con este formato, por parte de los coordinadores de la GPC designados por el GDG, para establecer

su participación o no dentro del grupo desarrollador de la guía (disponible para consulta en la ASOREUMA). La declaración de conflictos de los coordinadores de la GPC fue evaluada por el presidente de ASOREUMA.

8.4. Elaboración de preguntas

Las preguntas preliminares fueron formuladas y priorizadas por el GDG durante la reunión del día 4 de Octubre de 2019 en las instalaciones de ASOREUMA.

Para definición de las preguntas clínicas se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Existencia de controversia en el manejo o falta de lineamientos claros en el país.
- Evidencia reciente proveniente de estudios de investigación, que demostrara la efectividad de las intervenciones en evaluación para desenlaces finales en salud relacionados con espondiloartritis, como: Control de enfermedad /remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad, calidad de vida, progresión radiográfica y seguridad (eventos adversos), entre otros.
- Existencia de más de una intervención para la misma condición en salud.

Una vez definida la lista de preguntas clínicas, éstas se formularon en formato PICO (según la población, la intervención, el comparador y los desenlaces de interés), y fueron sometidas nuevamente a consideración del GDG y de los pacientes.

Las preguntas PICO fueron sometidas a un proceso de priorización por parte del GDG, siguiendo la metodología Delphi para alcanzar consenso. Fueron en total dos rondas de consulta que se realizó en forma virtual por correo electrónico. En esta ronda, sobre cada PICO, se pidió a los miembros del GDG que listara los desenlaces sobre los cuales tomaría la decisión de recomendar o no la intervención terapéutica, prueba diagnóstica o acción de prevención.

8.5. Definición y gradación de desenlaces

La gradación de los desenlaces de interés para cada pregunta a responder en la Guía se realizó durante una reunión presencial del GDG, el 4 de Octubre de 2019 en las instalaciones de ASOREUMA. Se siguió para ello la metodología propuesta por el GRADE (The Grading of

Recommendations Assessment, Development and Evaluation) working group (GRADEwg).

Los criterios de priorización usados se presentan en la tabla 1. (28)

Tabla 1 Calificación de la importancia de los desenlaces- aproximación GRADE

Puntuación	Importancia
7-9	Desenlace crítico, es clave para la toma de decisiones
4-6	Importante no crítico, no es clave en la toma de decisiones
1-3	No importante, se recomienda no incluirlo en la tabla de evaluación de resultados. No juega un papel en el proceso de elaboración de recomendaciones.

Después de la votación, los desenlaces evaluados como críticos e importantes no críticos, fueron incluidos en las preguntas clínicas definitivas y utilizados para la definición de los criterios de búsqueda y selección de la evidencia. (material suplementario disponible en <https://www.asoreuma.org>)

8.6. Identificación y evaluación de GPC previamente desarrolladas

8.6.1. Búsqueda de GPC basadas en evidencia

Una vez definidas las preguntas que respondería la Guía, se adelantó una búsqueda encaminada a identificar las GPC en espondiloartritis periférica que habían sido desarrolladas, con el fin de evaluar la pertinencia de adaptar o adoptar algunas de sus recomendaciones en los casos que la GPC cumpliera los criterios de alta calidad deseados para una GPC y respondiera preguntas similares. La tabla 2 muestra la estrategia de búsqueda seguida para este fin.

Tabla 2 Estrategia de búsqueda para identificación de GPC en espondiloartritis

Bases de datos consultadas	PUBMED/MEDLINE, EMBASE, EPISTEMONIKOS, Scientific Electronic Library Online (SciELO), y Google Scholar
Términos de búsqueda	((("spondylarthritis"[mesh] or spondylarthritis[tiab] or spondyloarthritis[tiab]) or ("spondylarthropathies"[mesh]) or (spondylarthropath*[tiab] or spondyloarthropath*[tiab]) or ("spondylitis"[mesh] or spondylitis[tiab]) or ("spondylitis, ankylosing"[mesh] or ankylosing spondyl*[tiab]) or (axial joint disease*[tiab] or enthesitis[tiab]) or ("sacroiliitis"[mesh] or

	sacroilitis[tiab] or sacroiliitis[tiab] or sacroileitis[tiab]) or (peripheral arthritis[tiab]))
Límites	Pacientes Adultos Publicada en español, inglés o francés Fecha de publicación 5 años anteriores
Criterios de selección	Publicación corresponde a recomendaciones generadas como parte de una Guía de práctica clínica basada en evidencia. GPC para el manejo de pacientes adultos con Espondiloartritis axial o espondiloartritis periférica Publicada en los últimos 5 años (2014 en adelante) Publicación o acceso al reporte completo de la GPC

La búsqueda en MEDLINE arrojó un total de 41.801 referencias, 8451 publicadas en los últimos 5 años en cualquiera de los idiomas seleccionados. Después de depurar por duplicados, se excluyeron 8403 con base en el título y el resumen por no cumplir los criterios de selección. Las 48 referencias restantes fueron evaluadas en texto completo, 36 fueron excluidas debido a que no correspondían a una GPC, o se refería a otro tópico diferente a las EspA. Estas búsquedas se completaron en Google Scholar buscando identificar documentos de GPC que no hubiesen sido publicados en revistas indexadas. Finalmente se identificaron 12 GPC en espondiloartritis que cumplieron los criterios de selección para revisión y evaluación.

8.6.2. Evaluación de las GPC en Espondiloartritis

Se conformó un grupo de cuatro miembros del grupo desarrollador y un metodólogo de Evidencias SAS, que realizó la evaluación de las GPC identificadas (la tabla 3 muestra las GPC evaluadas), siguiendo el instrumento AGREE II (29). El promedio de calificación de la calidad global de las GPC fue de 65 %. (ver tabla 3).

Tabla 3 GPC seleccionadas para evaluación con el instrumento AGREE II

Título	País	Organización	Año de publicación
Portuguese recommendations for the use of biological therapies in patients with axial spondylarthritis - 2016 update (30)	Portugal	Portuguese Society of Rheumatology	2017
2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations	Europa	ASAS-EULAR	2017

Título	País	Organización	Año de publicación
for axial spondylarthritis (21)			
BSR and BHPR guideline for the treatment of axial spondylarthritis (including ankylosing spondylitis) with biologics. (31)	UK	BSR and BHPR Standards, Guidelines and Audit Working Group.	2017
Treating axial spondylarthritis and peripheral spondylarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: (24)	Europa	EULAR	2018
2014 Update of the Canadian Rheumatology Association/spondylarthritis research consortium of Canada treatment recommendations for the management of spondylarthritis. (32)	Canadá	Canadian Rheumatology Association/spondylarthritis	2015
Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondylarthritis (33)	Francia	French Society for Rheumatology (SFR)	2014
Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis (25)	GRAPPA	Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 GRAPPA	2016
2018 APLAR axial spondylarthritis treatment recommendations. (34)	Asia Pacifico	Asia Pacific League of Associations for Rheumatology	2019
2019 ACR (American College of Rheumatology) Update of the Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondylarthritis. (23)	USA	American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/spondylarthritis Research and Treatment Network	2019
Spondylarthritis in over 16s: diagnosis and management NICE (35)	UK	NICE (National Institute for Health and Care Excellence - UK)	2017
Recommendations of the Mexican College of Rheumatology for the	México	Mexican College of	2019

Título	País	Organización	Año de publicación
Management of Spondylarthritis. (36)		Rheumatology	
ESPOGUIA development group. Clinical Practice Guideline for Patients with Axial Spondyloarthritis and Psoriatic Arthritis. Update. (6)	España	Spanish Society of Rheumatology.	2017

Tabla 4. Puntajes y rangos de la evaluación según la herramienta Agree II (37)

Dominios Agree II	Puntaje promedio (%)	Rango (%)
Alcance y Propósito	86	67 - 96
Participación de las partes interesadas	71	22 - 93
Rigor en el desarrollo	61	29 - 82
Claridad en la presentación	79	68 - 86
Aplicabilidad	48	21 - 71
Independencia Editorial	72	19 - 92
Evaluación Global	65	21 - 83
Recomendaría la Guía*?	62	0 - 100*

* 0 a 24% No la recomendaría, 25 a 75% la recomendaría con modificaciones 76% a 100 la recomendaría

8.6.2. Desarrollo de la guía

Ninguna de las 12 GPC abordó la totalidad de las preguntas definidas por el GDG. Las GPC que cubrieron algunas de las preguntas de interés y cumplían con la rigurosidad deseada (según evaluación de este dominio por AGREE II) fueron tenidas en cuenta para desarrollar las recomendaciones cuando no se encontró evidencia que permitiera dar respuesta a la misma. En tal caso, la recomendación dada por la GPC fue puesta en consideración del panel para ser adaptada para la presente GPC. En la mayoría de los casos se procedió a desarrollar las preguntas de Novo.

8.6.3. Búsqueda de evidencia para desarrollar las recomendaciones

Como ejercicio inicial se generó una estrategia de búsqueda altamente sensible para identificar las publicaciones relacionadas con la condición de interés “espondiloartritis”.

Términos de búsqueda para espondiloartritis	(("spondylarthritis"[mesh] or spondylarthritis[tiab] or spondyloarthritis[tiab]) or ("spondylarthropathies"[mesh]) or (spondylarthropath*[tiab] or spondyloarthropath*[tiab]) or ("spondylitis"[mesh] or spondylitis[tiab]) or ("spondylitis, ankylosing"[mesh] or ankylosing spondyl*[tiab]) or (axial joint disease*[tiab] or enthesitis[tiab]) or ("sacroiliitis"[mesh] or sacroilitis[tiab] or sacroiliitis[tiab] or sacroileitis[tiab]) or (peripheral arthritis[tiab]))
---	---

A partir de esta definición de la condición, se desarrollaron estrategias de búsquedas específicas para cada PICO (Ver anexo 1). Para cada pregunta se diseñaron al menos tres estrategias de búsqueda complementarias: una búsqueda enfocada a la identificación de evidencia para evaluar el efecto de la intervención o prueba diagnóstica y la seguridad de la misma, otra búsqueda para identificar estudios de costos y evaluaciones económicas que permitieran informar al panel sobre el potencial impacto económico de la intervención y por último una búsqueda diseñada para identificar estudios sobre valores y preferencias de los pacientes. Para cada una de estas búsquedas, las estrategias definidas inicialmente para cada PICO se complementaron con filtros de alta sensibilidad para identificación del estudio de interés (p.ej. revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios de costos y análisis económicos, estudios de calidad de vida y valoración de preferencias) (Ver anexo 1). Las búsquedas fueron realizadas un experto en búsquedas de Evidencias SAS.

8.6.4. Fuentes de información

Las búsquedas se adelantaron en el metabuscador OVID incluyendo las bases de datos PUBMED/MEDLINE, EMBASE, EPISTEMONIKOS y LILACs - Scientific Electronic Library Online (SciELO). Cuando la búsqueda no arrojó evidencia relevante para responder la pregunta, se adelantó búsqueda manual por revisión de referencias, consulta a páginas de sociedades científicas y consulta a expertos del GDG.

8.6.5. Selección de la evidencia

Los títulos y resúmenes de las búsquedas fueron revisados por dos evaluadores que aplicaron los criterios de selección de forma independiente. Una vez completada la selección se comparó en busca de desacuerdos. Un tercer evaluador resolvió discrepancias cuando se presentaron. Los criterios de inclusión genéricos que se tuvieron en cuenta fueron:

- Incluir la población objetivo de interés para cada PICO.
- Incluir la intervención de interés para cada PICO.
- Incluir el comparador de interés para cada PICO.

Y los siguientes criterios de exclusión:

- No estar escrita en inglés, español o francés.

8.7. Proceso de evaluación de la calidad de la evidencia

Los estudios identificados para cada PICO fueron evaluados en su calidad metodológica por epidemiólogos expertos del grupo de Evidencias. Las revisiones sistemáticas se evaluaron siguiendo la herramienta AMSTAR 2 (38) los experimentos clínicos aleatorios se evaluaron con el instrumento de riesgo de sesgo de la Colaboración Cochrane RoB (39), los estudios de diagnóstico y las revisiones sistemáticas de pruebas diagnósticas con la herramienta QUADAS2 (40), los estudios de costos con la lista de chequeo de Drummond recomendada para la evaluación de estudios de análisis económico (41). La evaluación de la calidad de los estudios de valores y preferencias se realizó siguiendo las recomendaciones del GRADE wg para este tipo de evidencia (42).

La evaluación de la calidad metodológica de los estudios, en conjunto con las estimaciones de efecto observadas en cada caso para los desenlaces definidos como críticos e importantes, sirvieron para aportar a la evaluación de la calidad global de la evidencia que se realizó siguiendo la aproximación GRADE. De acuerdo con esta aproximación, la certeza que se puede tener en la evidencia sobre cada desenlace depende de cinco aspectos: el riesgo de sesgo de los estudios, la precisión de las estimaciones, la consistencia de los resultados a través de los estudios que reportan sobre el mismo desenlace, la aplicabilidad directa de la evidencia con respecto a la pregunta que se está respondiendo, y el potencial sesgo de publicación (43). Según sea el resultado de la evaluación de cada uno de estos aspectos, la aproximación GRADE propone cuatro niveles de certeza (tabla 5).

A partir de la evaluación de la evidencia, siguiendo los lineamientos de la aproximación GRADE se elaboraron perfiles de evidencia y tablas de resumen de hallazgos que incluyeron los principales desenlaces definidos como de interés para cada pregunta (44). Estas tablas hacen parte del protocolo de cada pregunta (material suplementario disponible en <https://www.asoreuma.org>)

Tabla 5. Niveles de certeza en la evidencia de acuerdo a la aproximación GRADE

Niveles de Evidencia	Significado	Representación Gráfica
Alto	Se tiene gran confianza en que el verdadero efecto se encuentra cerca del estimativo del efecto	⊕⊕⊕⊕
Moderado	Es probable que el verdadero efecto se encuentre cerca del estimativo, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente	⊕⊕⊕○
Bajo	El verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente al estimativo del efecto.	⊕⊕○○
Muy Bajo	Es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto.	⊕○○○

8.8. Formulación de recomendaciones

El grupo metodológico de Evidencias, estuvo a cargo de realizar la búsqueda y evaluación de la evidencia para cada pregunta PICO definida por el GDG. Para cada pregunta se preparó un protocolo de desarrollo que incluyó: la pregunta PICO, los desenlaces, estrategia de búsqueda, descripción de los resultados de la búsqueda, breve reseña de los estudios identificados para cada aspecto de interés y su calidad metodológica y la tabla de resumen de hallazgos GRADE. Adicionalmente cada protocolo incluyó el formato de “evidencia a las decisiones” (EtD) sugerido por el GRADEwg (45). Este formato permite recopilar la evidencia, así como la información adicional que el panel puede necesitar para formular las recomendaciones con base en los aspectos de:

- Tamaño del efecto y certeza global en la evidencia (perfil GRADE)
- Valores y preferencias de las personas sobre los desenlaces principales
- Balance entre los beneficios y los riesgos

- Los recursos requeridos para implementar la estrategia a recomendar
- El impacto económico (balance de costos vs beneficios)
- El impacto en las inequidades en salud
- La aceptación por parte de los implicados
- La factibilidad de su implementación

Adicionalmente, el formato EtD permite consignar el juicio que el panel da sobre cada aspecto y sobre el balance final acerca de las consecuencias potenciales de la recomendación (consecuencias deseables vs indeseables) (45).

Cada protocolo una vez completado por Evidencias, fue revisado por un experto reumatólogo del GDG asignado por los coordinadores de la GPC para esta tarea. Los comentarios y adiciones sugeridas por el experto fueron tenidas en cuenta por el grupo de Evidencias para realizar una nueva versión del protocolo que fue enviado finalmente a todos los miembros del GDG para su revisión.

Los artículos enviados por los expertos como información complementaria fueron evaluados en su calidad metodológica por el grupo de Evidencias y de acuerdo a esta evaluación la información obtenida fue asignada a las columnas de “evidencia” o “información adicional” del EtD.

Los miembros del GDG representantes de pacientes y expertos en equidad fueron contactados por los coordinadores de la GPC durante el proceso de preparación del EtD con antelación suficiente para obtener de ellos la información pertinente a estos dos aspectos para cada pregunta. Los formatos EtD hacen parte de los protocolos de cada pregunta como documentación del proceso de generación de las recomendaciones.

Todos los miembros del GDG recibieron el total de protocolos desarrollados para cada pregunta de la GPC en un mensaje de correo electrónico que motivaba a leer la información y preparar con antelación, tanto la información adicional que consideraran pertinente como la votación (juicio) que darían a cada aspecto contemplado en el formato EtD. Este envío se realizó con al menos 8 días de antelación a la reunión de recomendaciones.

8.8.1. Metodología del panel de expertos

Siguiendo la metodología de consenso formal de la “Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social de Salud colombiano” se escogió la modalidad de Panel de Expertos facilitando así la discusión de la evidencia para la

construcción de las recomendaciones. El panel de expertos estuvo conformado por 12 miembros del grupo de estudio en Espondiloartritis de ASOREUMA. Se seleccionó un coordinador para la GPC de Espondiloartritis Axial y otro coordinador para la GPC de Espondiloartritis Periférica.

Para generar las recomendaciones se realizaron dos reuniones virtuales los días 10 y 11 de Septiembre de 2020, de cuatro horas cada una, a través de la plataforma de Google Meet. A las reuniones asistieron además del panel de expertos, los representantes de los pacientes, el representante de la sociedad, los representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, los representantes del Instituto de Evaluación de Tecnologías y los consultores del grupo de Evidencias. Las reuniones fueron lideradas por los dos expertos metodólogos del grupo de Evidencias.

Los pasos que se siguieron para la formulación de las recomendaciones de esta GPC fueron:

- Se envió el protocolo finalizado de cada una de las preguntas de la GPC de EspAp a los miembros del GDG.
- Se aseguró que en la fecha de reunión pudieran asistir tanto la totalidad de los miembros del panel de expertos, como todos los demás miembros del GDG (representantes de pacientes, sociedad y de las entidades gubernamentales de interés).
- En la reunión virtual, el grupo metodológico de Evidencias presentó de manera resumida la evidencia sobre los aspectos de efectividad, seguridad, consumo de recursos, costos y valores de los pacientes para cada pregunta que soportaba la recomendación propuesta.
- Se estableció una discusión abierta con la participación de todos los asistentes a la reunión. Durante cada reunión del panel se realizó la votación sobre cada aspecto evaluado e incluido en el EtD.
- Finalmente, luego de la discusión y los ajustes pertinentes a la recomendación, esta se sometió a votación través del sistema de votación electrónico Mentimeter® que mantiene anónimo el voto.
- Antes de votar cada una de las recomendaciones, se verificó el estatus de conflictos de interés de los miembros para la votación. Ante el potencial conflicto de interés, el/la involucrado/a se abstenía de votar.

- Se estableció como margen para aceptar la recomendación después de su discusión, una votación del 50% +1 de votos, del total de personas habilitadas para votar en cada una de las preguntas.
- En los casos en que no se encontró evidencia proveniente de la investigación sobre el efecto de las intervenciones en los desenlaces de interés (graduados como críticos e importantes previamente), el panel votó con base en la información incluida en el EtD sobre los demás aspectos y de acuerdo con su experticia en el tema, hasta llegar a un consenso.
- Posterior a la votación, el grupo de Evidencias, en colaboración con los coordinadores de la guía, se encargaron de generar el formato EtD definitivo e incorporar los ajustes necesarios a los protocolos de cada pregunta según los aportes adicionales de los panelistas (cuando fueron pertinentes). También se incluyó el juicio final al que llegó el panel sobre cada aspecto considerado durante la reunión de recomendaciones.
- Los protocolos finales fueron puestos a disposición de los miembros del panel de la GPC después de la reunión, para su revisión final y aprobación.
- Las reuniones fueron grabadas en audio y video para posterior referencia (grabación disponible a solicitud)

8.8.2. Graduación de la fuerza de la recomendación

Para la graduación de las recomendaciones se siguió la metodología GRADE (28). Con base en el juicio que se obtuvo sobre cada uno de los aspectos presentados en el EtD y el balance entre riesgos y beneficios (basado en la discusión de las consecuencias deseables y no deseables de las intervenciones a recomendar), el panel formuló las recomendaciones de acuerdo con los criterios propuestos por el GRADEwg que se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Fuerza y dirección de las recomendaciones

Fuerza y dirección de la recomendación	Definición
Recomendación fuerte a favor	Los beneficios de la intervención superan claramente los efectos indeseables.
Recomendación condicional (ó débil) a favor	Los beneficios de la intervención probablemente superan los efectos indeseables.
Recomendación condicional (o débil) en contra	Los efectos indeseables de la intervención probablemente superan los beneficios.
Recomendación fuerte en contra	Los efectos indeseables de la intervención claramente superan los beneficios.

8.8.3. Fase de evaluación y validación de la Guía

Los procesos de evaluación externa y validación son pasos fundamentales para la validez, legitimidad, confiabilidad e implementación de la GPC. El GDG realizó las actividades que permitieron la inclusión de opiniones de los diferentes actores y tomadores de decisiones. Actividades:

- Socialización del alcance, objetivos y preguntas clínicas contenidas en la guía a través de la publicación en la página web de ASOREUMA.
- Participación y votación en las reuniones virtuales.
- Socialización de las recomendaciones de la guía de EspAp mediante su publicación en la página web de ASOREUMA y anuncios en redes sociales y de profesionales invitando a su revisión.

De esta forma, tanto actores como tomadores de decisiones tuvieron la oportunidad de revisar y comentar el contenido de la guía de EspAp.

Una vez completado un mes de su publicación, el documento completo de la Guía de EspAp se envió para revisión por pares externos con todos los ajustes sugeridos durante el proceso de socialización.

Los aspectos de la retroalimentación dada por los expertos evaluadores fueron revisados e incorporados en su totalidad.

La versión final de la GPC para EspAp, así como los resultados de su evaluación por pares han sido presentados al IETS para obtener su aval como Guía nacional.

8.8.4. Actualización de la Guía

Se propone actualizar esta GPC cada dos años a partir de su publicación, si hay evidencia nueva que cambien en una u otra dirección alguna de las recomendaciones inicialmente propuestas. De no haber evidencia nueva, se revisará de nuevo en dos años.

9. Funciones de los actores del sistema

9.1. Superintendencia Nacional de Salud

- Realizar inspección, vigilancia y control a las EPS, prestadores y profesionales independientes, respecto a la implementación de la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con EspAp, en relación al manejo integral, reducción de barreras de acceso y atención de quejas, reclamos.

9.2. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

- Acompañar el proceso de desarrollo de la GPC para EspAp
- Acompañar el desarrollo de recomendaciones finales de la GPC
- Incorporar a los procesos de habilitación y acreditación de las instituciones de salud, el cumplimiento y seguimiento de la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de espondiloartritis axial en población adulta.
- Definir en conjunto con el IETS y el GDG los indicadores de seguimiento a la implementación de la GPC para pacientes adultos con EspAp, estableciendo mecanismos de recolección de datos y procesamiento de los mismos.
- Verificar el reporte oportuno por parte de las EPS de los indicadores relacionados con el diagnóstico y manejo de la EspAp en pacientes adultos.
- Divulgar la GPC a través de distintos medios con distinta población blanco, prefiriendo la utilización de medios virtuales.
- Difundir las GPC a las asociaciones de pacientes con EspAp.

- Trabajar en pro de disminuir las barreras para la implementación de las recomendaciones de las GPC, especialmente en el tema de autorizaciones médicas.
- Incorporar los datos necesarios para la construcción de indicadores de detección precoz, tratamiento y seguimiento pacientes adultos con EspAp, en el sistema de información en salud SISPRO, definiendo las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema en la obtención de los mismos.
- Seguimiento y evaluación a indicadores de las EPS en cuanto a diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento a los pacientes con EspAp.
- Participar en los procesos de actualización de la guía

9.3. Instituto de Evaluación de tecnologías en Salud (IETS)

- Asistir a los diferentes actores del SGSSS, para favorecer la implementación exitosa de la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con EspAp
- Apoyar al Ministerio de la protección social y al GDG en el proceso de implementación y monitoreo de la GPC para pacientes adultos con EspAp.
- Participar en los procesos de actualización de la guía

9.4. Empresas promotoras de Salud (EPS)

- Promover la conformación y la articulación en red de las IPS de diferentes niveles de atención para garantizar la atención integral de los pacientes adultos con EspAp.
- Mantener sistemas de información que permitan recolectar los datos para calcular los indicadores de implementación de la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con EspAp y reportar a la cuenta de alto costo.
- Reportar oportunamente en la cuenta de alto costo los indicadores relacionados con el diagnóstico y manejo de pacientes con EspAp.
- Ofrecer incentivos a las instituciones que contribuyan con la implementación efectiva de la GPC.

- Facilitar el acceso a este documento a los profesionales de la salud que atiendan pacientes adultos con EspAp.
- Vigilar el cumplimiento de la implementación de la GPC, por parte de los prestadores que conforman su red de servicios.
- Detectar y corregir las barreras administrativas que impidan la atención integral a los pacientes adultos con EspAp.
- Garantizar el seguimiento a pacientes adultos con EspAp.

9.5. Prestadores de Servicios de Salud (IPS)

- Diseñar y ejecutar el plan de implementación institucional de la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con EspAp.
- Facilitar el acceso a este documento a los profesionales de la salud que atiendan pacientes adultos con EspAp.
- Reportar de manera oportuna los indicadores a la EPS, relacionados con el diagnóstico y manejo de la EspAp en pacientes adultos.

9.6. Profesionales de la salud

- Implementar las recomendaciones establecidas en la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con EspAp
- Participar en los cursos de educación continuada en relación con la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con EspAp.
- Contribuir a la generación de una cultura de prestación de servicios en la que la utilización de la GPC se convierta en un mecanismo de garantía de calidad.

9.7. Asociaciones de usuarios y de pacientes

- Apoyar la implementación de la GPC para la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes adultos con EspAp
- Verificar el cumplimiento de la atención integral y autorizaciones dadas a los pacientes adultos con EspAp, detectando e informando a las EPS las fallas evidenciadas en la prestación del servicio

- Socializar con los pacientes los contenidos de la GPC para pacientes adultos con EspAp.
- Participar en los procesos de actualización de la GPC para pacientes adultos con EspAp.

10. Priorización de las recomendaciones

De acuerdo con los criterios y los pasos propuestos por la guía metodológica, se debe hacer un ejercicio de priorización de las recomendaciones. Sin embargo, el grupo desarrollador consideró que, al decidir las preguntas por resolver en esta guía, ya se había llevado a cabo un ejercicio de priorización; por tanto, volver a hacerlo sobre las recomendaciones podría limitar, más que favorecer, la utilidad y el impacto de la presente guía. Ante ello, se tomó la decisión de no priorizar las recomendaciones, sino, más bien, trabajar en pro de implementarlas en su totalidad.

11. Barreras, facilitadores y estrategias para solucionar las barreras

En el contexto de implementación de GPC, se pueden considerar como barreras aquellos factores que impiden, limitan o dificultan que las recomendaciones planteadas puedan llevarse al escenario de práctica clínica y que tanto los profesionales de la salud como los pacientes se adhieran a ellas. Pueden estar relacionadas con los aspectos metodológicos en su construcción y elaboración o relacionadas con el contexto en el cual se van a implementar. Así mismo, se consideran facilitadores a aquellos factores que promueven los cambios y favorecen la implementación de la guía.

Tanto las barreras como los facilitadores se relacionan con las características propias de las guías, creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y de los pacientes, o con las circunstancias locales e institucionales en las cuales se inicia el proceso de implementación de las GPC.

Se identifican como principales barreras en la aplicación de las recomendaciones las siguientes:

- Restricciones de los pacientes al acceso a los servicios de salud, ya sea por falta oportuna de atención, por demoras en autorizaciones, por fallas en afiliación, por restricciones económicas o capacidad de pago, por negación de autorizaciones o

por negaciones de la prestación de servicios y entrega de medicamentos para el tratamiento de EspAp.

- Desconocimiento de la EspAp en cuanto al diagnóstico y manejo por parte del primer nivel de atención.
- Barreras durante el proceso de referencia y contrarreferencia de EspAp entre las especialidades a fines.

Entre las intervenciones dirigidas a superar barreras el GDG propone:

- Distribución de materiales educativos impresos y digitales
- Actividades académicas formativas con participación de líderes locales de opinión
- Actividades de socialización con la participación de pacientes
- Difusión en medios de comunicación masivos
- Materiales escritos en revistas científicas y en publicaciones académicas de orden nacional
- Coordinación con el IETS para definir acciones tendientes a mejorar la implementación de la GPC.

12. Implementación y estrategias de difusión

Según la Guía Metodológica para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano(27), el objetivo de una GPC no es reemplazar el juicio clínico en cada contexto específico y tampoco tiene como fin limitar o restringir la práctica clínica.

La implementación de una GPC debe considerar el desarrollo de metodologías y técnicas propias de incorporación en un servicio de salud (ejemplo: en una comunidad). El hecho de desarrollar una GPC basada en la evidencia aplicable en un contexto local, no es suficiente para que sea implementada en la práctica clínica. Trasladar las recomendaciones de las GPC a las decisiones realizadas en entornos clínicos implica procesos encaminados a modificar el comportamiento de los usuarios de la guía. Los prestadores de servicios de salud y los pacientes seguirán las recomendaciones contenidas en las GPC si las conocen adecuadamente y tienen la habilidad para aplicarlas.

El GDG como grupo de estudio de espondiloartritis en ASOREUMA, trabajará en el plan de implementación de esta GPC en concordancia con los lineamientos nacionales para la implementación de GPC del MinSalud. Así mismo, establecerá un plan como sociedad científica, para elaborar junto con los otros actores del sistema, especialmente con el Min Salud y el IETS, las herramientas que sean pertinentes para facilitar la implementación de las recomendaciones a lo largo del territorio nacional. Entre las herramientas previstas se incluyen por ejemplo algoritmos de manejo EspAp, y protocolos de tratamiento de pacientes adultos con EspAp entre otros. Por último, se buscará definir un plan de seguimiento y evaluación del proceso de implementación que permita evaluar el impacto de la GPC en los desenlaces de los pacientes con EspAp en el país.

12.1. Difusión de las estrategias

El proceso de difusión de una GPC se relaciona con todos los procesos de distribución de información que permiten dar a conocer el documento. En este sentido, las actividades más frecuentemente realizadas son las siguientes: reuniones o eventos académicos a nivel institucional, local o nacional incluyendo diferentes asociaciones científicas, montaje en portales online, envío de copias impresas y presentación en medios masivos de comunicación. Se pretende socializar la GPC en el marco del Congreso Colombiano de Reumatología y Congreso de la Asociación Centroamericana, Caribe y Andina de Reumatología (ACCAR).

Monitoreo, seguimiento y evaluación del proceso de implementación (evaluación de desenlaces)

Como parte del plan de implementación se generarán indicadores que permitan el monitoreo del cumplimiento de todas las recomendaciones formuladas. Los indicadores de monitoreo, seguimiento y evaluación del proceso de implementación (evaluación de desenlaces) se definirán en conjunto con el MinSalud y el IETS una vez se definan las actividades de implementación de la GPC.

13. Anexos

13.1. Anexo 1 Búsqueda de evidencia para soportar recomendaciones

13.2. Anexo 2. Participantes consenso de expertos

Anexo 1 Búsqueda de evidencia para soportar recomendaciones

Pregunta 1. ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica, cuál es la primera opción de tratamiento farmacológico (AINES o DMARDs convencionales) considerando su efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?

Estrategia de búsqueda:

POBLACIÓN Search : (((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies)) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondyloarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis)) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word]))
INTERVENCIÓN ((("Hydroxychloroquine"[Mesh] OR "hydroxychloroquine"[All Fields]) OR ("Cyclosporine"[Mesh] OR "cyclosporine"[All Fields]) OR ("Leflunomide"[Mesh] OR "leflunomide"[All Fields]) OR (methotrexate[MeSH Terms] OR "methotrexate"[All Fields] OR "MTX"[All Fields]) OR (sulphasalazine[All Fields] OR "sulfasalazine"[MeSH Terms] OR "sulfasalazine"[All Fields]) OR ("DMARDs"[All Fields] OR (((("Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action] OR "Antirheumatic Agents"[MeSH Terms]) OR ("antirheumatic"[All Fields] AND "agents"[All Fields])) OR "Antirheumatic Agents"[All Fields]) OR "dmard"[All Fields]) OR "dmards"[All Fields]) OR "dmard s"[All Fields])) OR ("Antirheumatic Agents"[MeSH Terms] OR "Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action])) OR ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields]) AND ((("alex dent ;"[Journal] OR "adj"[All Fields]) AND (((("modifiable"[All Fields] OR "modified"[All Fields]) OR "modifier"[All Fields]) OR "modifiers"[All Fields]) OR "modifies"[All Fields]) OR "modify"[All Fields]) OR "modifying"[All Fields])))) OR (non steroidal anti inflammatory agent[tiab] OR non steroidal anti inflammatory agents[tiab] OR (non steroidal anti inflammatory agent[tiab] OR non steroidal anti inflammatory agents[tiab]) OR aspirin like agents[tiab] OR (anti inflammatory analgesic[tiab] OR anti inflammatory analgesics[tiab]) OR (non steroidal antirheumatic agent[tiab] OR non steroidal antirheumatic agents[tiab]) OR (non steroidal antirheumatic agent[tiab] OR non steroidal antirheumatic agents[tiab])) OR "anti-inflammatory agents, non-steroidal"[mesh]))
FILTROS EFECTIVIDAD Para identificar RS: (systematic review[TI]) OR (((((((systematic adj review.tw.) OR data adj synthesis.tw.) OR systematic review meta-analysis) OR review meta-analysis) OR meta-analysis) OR meta-analysis) OR network meta-analysis) OR meta-analysis [ti]) Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.
FILTRO COSTOS Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost

effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES
((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti]) OR Patient Perception[ti]) OR Patient values[ti]))

Pregunta 2. ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica son eficaces (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad y calidad de vida, progresión radiográfica) y seguros (eventos adversos) los glucocorticoides (locales o sistémicos)?

Estrategia de búsqueda:

POBLACION
Search : (((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies)) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondyloarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis)) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word]))
INTERVENCION
Search: (((((((((((steroids) OR(steroids[MeSH Terms])) OR(steroids[Title/Abstract])) OR(steroids[Text Word])) OR (glucocorticoid)) OR (glucocorticoid[MeSH Terms])) OR (glucocorticoid[Text Word])) OR (glucocorticoid[Title/Abstract])) OR (corticosteroid)) OR (corticosteroid[MeSH Terms])) OR (corticosteroid[Text Word])) OR (corticosteroid[Title/Abstract])) OR (Glucocorticoids[Title/Abstract])) OR (Glucocorticoids[Text Word])) OR (Glucocorticoids[MeSH Terms])) OR (Glucocorticoids) OR "glucocortic*" [tiab] OR "corticosteroid*" [tiab] OR "corticosterone" [tiab] OR "Prednisolone"[Mesh] OR "prednisolone" [tiab] OR "predniso*" [tiab] OR "Prednisone"[Mesh] OR "prednisone" [tiab]))
FILTRO EFECTIVIDAD
Para identificar RS: (systematic review[TI]) OR (((((((systematic adj review.tw.) OR data adj synthesis.tw) OR systematic review meta-analysis) OR review meta-analysis) OR meta-analysis) OR meta-analysis) OR network meta-analysis) OR meta-analysis [ti]) Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.
FILTRO COSTOS
Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES

((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti]) OR Patient Perception[ti]) OR Patient values[ti]))

Pregunta 3. ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y falla a DMARDs convencionales, cuál es la primera opción de tratamiento con terapia biológica (anti TNFα anti IL-17 o anti IL 12-23 o inhibidores JAK), considerando su efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?

Estrategia de búsqueda:

POBLACION

Search : (((((((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies)) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis)) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word])) AND (((((non response) OR (treatment failure)) OR (unresponsive)) OR ((non-response) OR (non-responders) OR ("Treatment Failure"[Mesh]) OR ("treatment"[All Fields] AND "failure"[All Fields]) OR "treatment failure"[All Fields])))) AND (((NSAID) OR ("Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal"[Mesh] OR "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal" [Pharmacological Action]))))

INTERVENCION

((("Infliximab"[Mesh] OR "Infliximab"[All Fields] OR "remicade"[tiab] OR "inflectra"[tiab] OR "remsima"[tiab]) OR ("Abatacept"[Mesh] OR "Abatacept"[All Fields]) OR ("Adalimumab"[Mesh] OR "Adalimumab"[All Fields] OR "humira"[tiab]) OR ("Interleukin 1 Receptor Antagonist Protein"[Mesh] OR "anakinra"[tiab] OR "kineret"[tiab]) OR ("Certolizumab Pegol"[Mesh] OR "Certolizumab Pegol"[All Fields] OR "certolizumab*" [All Fields] OR "cimzia"[tiab]) OR ("Etanercept"[Mesh] OR "etanercept"[tiab] OR "enbrel"[All Fields]) OR ("golimumab" [Supplementary Concept] OR "golimumab"[tiab]) OR ("Rituximab"[Mesh] OR "rituximab"[tiab] OR "rituxan"[tiab]) OR ("tocilizumab" [Supplementary Concept] OR "tocilizumab"[tiab]) OR ("tofacitinib" [Supplementary Concept] OR "tofacitinib"[tiab] OR "Janus Kinase Inhibitors"[Mesh] OR "JAK inhibitors"[tiab]) OR ("Ustekinumab"[Mesh] OR "ustekinumab"[tiab] OR "stelara"[tiab]) OR ("Receptors, Interleukin-17/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "Interleukin-17 inhibitors"[tiab] OR "anti IL-17"[tiab] OR "anti-IL17") OR ("Interleukin-12/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "Anti- IL-12"[tiab] OR "anti-IL12"[tiab] OR "anti-interleukin-12"[tiab] OR "Interleukin-23/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "Anti-IL-23"[tiab] OR "anti-IL23"[tiab] OR "anti-interleukin-23"[tiab]) OR ("Tumor Necrosis Factor-alpha/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "tumor necrosis factor-alpha antagonists"[tiab] OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitors"[tiab] OR "anti-tumor necrosis factor- alpha"[tiab] OR "anti-tnf alpha"[tiab] OR "anti-tnf"[tiab]))

FILTRO EFECTIVIDAD

Para identificar RS: (systematic review[TI]) OR (((((((systematic adj review.tw.) OR data adj synthesis.tw) OR systematic review meta-analysis) OR review meta-analysis) OR meta-analysis) OR meta-analysis) OR network meta-analysis) OR meta-analysis [ti])

Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.

FILTRO COSTOS

Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))

FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES

((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti]) OR Patient Perception[ti]) OR Patient values[ti]))

Pregunta 4. ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y falla a primera línea con DMARDs Biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK), cuál es la siguiente opción de tratamiento, considerando la efectividad (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguridad (eventos adversos)?

Estrategia de búsqueda:

POBLACION

((((((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondyloarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Text Word]))

AND

(((((non response) OR (treatment failure)) OR (unresponsive)) OR ((non-response) OR (non-responders) OR ("Treatment Failure"[Mesh] OR ("treatment"[All Fields] AND "failure"[All Fields]) OR "treatment failure"[All Fields]))))

AND

((("Infliximab"[Mesh] OR "Infliximab"[All Fields] OR "remicade"[tiab] OR "inflectra"[tiab] OR "remsima"[tiab]) OR ("Abatacept"[Mesh] OR "Abatacept"[All Fields]) OR ("Adalimumab"[Mesh] OR "Adalimumab"[All Fields] OR "humira"[tiab]) OR ("Interleukin 1 Receptor Antagonist Protein"[Mesh] OR "anakinra"[tiab] OR "kineret"[tiab]) OR ("Certolizumab Pegol"[Mesh] OR "Certolizumab Pegol"[All Fields] OR "certolizumab*" [All Fields] OR "cimzia"[tiab]) OR ("Etanercept"[Mesh] OR "etanercept"[tiab] OR "enbrel"[All Fields]) OR ("golimumab"

[Supplementary Concept] OR "golimumab"[tiab]) OR ("Rituximab"[Mesh] OR "rituximab"[tiab] or "rituxan"[tiab]) OR ("tocilizumab" [Supplementary Concept] OR "tocilizumab"[tiab]) OR ("tofacitinib" [Supplementary Concept] OR "tofacitinib"[tiab] OR "Janus Kinase Inhibitors"[Mesh] OR "JAK inhibitors"[tiab]) OR ("Ustekinumab"[Mesh] OR "ustekinumab"[tiab] OR "stelara"[tiab]) OR ("Receptors, Interleukin-17/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "Interleukin-17 inhibitors"[tiab] OR "anti IL-17"[tiab] OR "anti-IL17") OR ("Interleukin-12/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "Anti-IL-12"[tiab] OR "anti-IL12"[tiab] OR "anti-interleukin-12"[tiab] OR "Interleukin-23/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "Anti-IL-23"[tiab] OR "anti-IL23"[tiab] OR "anti-interleukin-23"[tiab]) OR ("Tumor Necrosis Factor-alpha/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "tumor necrosis factor-alpha antagonists"[tiab] OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitors"[tiab] OR "anti-tumor necrosis factor-alpha"[tiab] OR "anti-tnf alpha"[tiab] OR "anti-tnf"[tiab]))
INTERVENCIÓN
Se dejo abierta
FILTRO EFECTIVIDAD
No se uso filtro para RS por no arrojar resultados al incluirlo en la búsqueda. Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.
FILTRO COSTOS
(((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost- effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES
((((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti]) OR Patient Perception[ti]) OR Patient values[ti]))

Pregunta 5. ¿Para pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y uveítis, son los DMARDs convencionales eficaces (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguros (eventos adversos)?

Estrategia de búsqueda:

POBLACIÓN
Search : (((((((uveitis) OR (chorioretinitis)) OR (anterior uveitis[MeSH Terms])) OR (posterior uveitis[MeSH Terms])) OR (intermediate uveitis[MeSH Terms])) OR (chorioretinitis[MeSH Terms])) OR (((((((uveitis) OR (chorioretinitis)) OR (anterior uveitis[MeSH Terms])) OR (posterior uveitis[MeSH Terms])) OR (intermediate uveitis[MeSH Terms])) OR (chorioretinitis[MeSH Terms])) AND (((((((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies)) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondyloarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis)) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR

(peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word])
INTERVENCIÓN Search (((("DIMARDS"[All Fields] OR (((("Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action] OR "Antirheumatic Agents"[MeSH Terms]) OR ("antirheumatic"[All Fields] AND "agents"[All Fields])) OR "Antirheumatic Agents"[All Fields]) OR "dmard"[All Fields]) OR "dmards"[All Fields]) OR "dmard s"[All Fields])) OR ("Antirheumatic Agents"[MeSH Terms] OR "Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action])) OR ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields]) AND ((("alex dent j"[Journal] OR "adj"[All Fields]) AND (((("modifiable"[All Fields] OR "modified"[All Fields]) OR "modifier"[All Fields]) OR "modifiers"[All Fields]) OR "modifies"[All Fields]) OR "modify"[All Fields]) OR "modifying"[All Fields])))) OR (((((leflunomide) OR (LFM)) OR (((((cyclosporine[MeSH Terms]) OR (cyclosporin[MeSH Terms])) OR (cyclosporine)) OR (cyclosporin)) OR (CCP))) OR (((((((antimalarial drugs[MeSH Terms]) OR (drugs, antimalarial[MeSH Terms])) OR (antimalarials[MeSH Terms])) OR (antimalarials)) OR (hydroxychloroquine[MeSH Terms])) OR (Hydroxychloroquine)) OR (HCQ)) OR (chloroquine[MeSH Terms])) OR (chloroquine)) OR (CLQ))) OR (methotrexate[MeSH Terms] OR "methotrexate"[All Fields] OR "MTX"[All Fields])) OR (sulphasalazine[All Fields] OR "sulfasalazine"[MeSH Terms] OR "sulfasalazine"[All Fields]))
FILTRO EFECTIVIDAD No se uso por arrojar muy pocos resultados al incluirlo en la búsqueda
FILTRO COSTOS Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES ((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti]) OR Patient Perception[ti]) OR Patient values[ti]))

Pregunta 6. ¿Para pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica y uveítis, son los DMARDs Biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK) eficaces (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguros (eventos adversos)?

Estrategia de búsqueda:

POBLACIÓN ((((((((uveitis) OR (chorioretinitis)) OR (anterior uveitis[MeSH Terms])) OR (posterior uveitis[MeSH Terms])) OR (intermediate uveitis[MeSH Terms])) OR (chorioretinitis[MeSH Terms])) OR (((((((uveitis) OR (chorioretinitis)) OR (anterior uveitis[MeSH Terms])) OR (posterior uveitis[MeSH Terms])) OR (intermediate uveitis[MeSH Terms])) OR (chorioretinitis[MeSH Terms])) AND (((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR
--

(spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies)) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis)) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word])
INTERVENCIÓN (((((("DIMARDS"[All Fields] OR ((((((("Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action] OR "Antirheumatic Agents"[MeSH Terms]) OR ("antirheumatic"[All Fields] AND "agents"[All Fields])) OR "Antirheumatic Agents"[All Fields]) OR "dmard"[All Fields]) OR "dmards"[All Fields]) OR "dmard s"[All Fields])) OR ("Antirheumatic Agents"[MeSH Terms] OR "Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action])) OR ((("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields]) AND ((("modifiable"[All Fields] OR "modified"[All Fields]) OR "modifier"[All Fields]) OR "modifiers"[All Fields]) OR "modifies"[All Fields]) OR "modify"[All Fields]) OR "modifying"[All Fields])))) OR ((((((((((Anti TNFα) OR (Anti-TNFα)) OR (tumoral necrosis factor inhibitors)) OR (TNFα -α)) OR (TNFα -alpha)) OR (tumor necrosis factor alpha)) OR (Infliximab)) OR (adalimumab)) OR (certolizumab pegol)) OR (etanercept)) OR (golimumab))) OR (((("ustekinumab"[tw] or stelara[tiab] or cnto 1275[tiab] or cnto-1275[tiab]) or (actemra[tiab] or atlizumab[tiab]) or (tocilizumab[tiab]) or ("tocilizumab"[supplementary concept]) or (idec-c2b8*[tiab] or idec c2b8*[tiab] or gp2013[tiab]) or ("rituximab"[tw] or mabthera[tiab] or rituxan[tiab]) or (anakinra[tiab]) or (bms-224818[tiab] or bms 224818[tiab] or lea29y[tiab] or nulojix[tiab] or orencia[tiab] or bms 188667[tiab] or bms-188667[tiab] or bms 188667[tiab] or ctla-4-lg*[tiab] or ctla4-lg*[tiab] or ctla4 lg*[tiab]) or ("abatacept"[tw] or belatacept[tiab]) or ("secukinumab"[supplementary concept] or cosentyx[tiab] or ain 457[tiab] or ain457[tiab] or ain- 457[tiab])) or (secukinumab[tiab]) or (kineret[tiab])))) OR (((((((Anti-interleukin-12) OR (anti- interleukin-23)) OR (anti IL 12/23)) OR (interleukin 12/23 inhibitors)) OR (interleukin-12/23 antagonists)) OR (interleukin-23 antagonists)) OR (ustekinumab))) OR (((((((Anti-interleukin-12) OR (anti-interleukin-23)) OR (anti IL 12/23)) OR (interleukin 12/23 inhibitors)) OR (interleukin-12/23 antagonists)) OR (interleukin-23 antagonists)) OR (ustekinumab))))
FILTRO EFECTIVIDAD Para identificar RS: (systematic review[TI]) OR (((((((systematic adj review.tw.) OR data adj synthesis.tw) OR systematic review meta-analysis) OR review meta-analysis) OR meta-analysis) OR meta-analysis) OR network meta-analysis) OR meta-analysis [ti]) Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.
FILTRO COSTOS Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES ((((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti]) OR Patient Perception[ti]) OR Patient values[ti]))

Pregunta 7. ¿Para pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, son los DMARDs convencionales eficaces (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguros (eventos adversos)?

Estrategia de búsqueda:

POBLACIÓN Search : (((((((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis)) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word])) AND (((((((inflammatory bowel disease) OR (bowel diseases, inflammatory[MeSH Terms])) OR (Crohn's disease)) OR (ulcerative colitis)) OR (colitis, ulcerative[MeSH Terms])) OR (chronic intestinal inflammation)) OR (inflammatory intestinal disease)) OR (IBD)))
INTERVENCIÓN (((("DIMARDS"[All Fields] OR (((("Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action] OR "Antirheumatic Agents"[MeSH Terms]) OR ("antirheumatic"[All Fields] AND "agents"[All Fields])) OR "Antirheumatic Agents"[All Fields]) OR "dmard"[All Fields]) OR "dmards"[All Fields]) OR "dmard s"[All Fields])) OR ("Antirheumatic Agents"[MeSH Terms] OR "Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action])) OR (("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields]) AND (("alex dent j"[Journal] OR "adj"[All Fields]) OR (((("modifiable"[All Fields] OR "modified"[All Fields]) OR "modifier"[All Fields]) OR "modifiers"[All Fields]) OR "modifies"[All Fields]) OR "modify"[All Fields]) OR "modifying"[All Fields])))) OR (((((leflunomide) OR (LFM)) OR (((cyclosporine[MeSH Terms]) OR (cyclosporin[MeSH Terms])) OR (cyclosporine)) OR (cyclosporin)) OR (CCP))) OR (((((((antimalarial drugs[MeSH Terms]) OR (drugs, antimalarial[MeSH Terms])) OR (antimalarials[MeSH Terms])) OR (antimalarials)) OR (hydroxychloroquine[MeSH Terms])) OR (Hydroxychloroquine)) OR (HCQ)) OR (chloroquine[MeSH Terms])) OR (chloroquine)) OR (CLQ))) OR (methotrexate[MeSH Terms] OR "methotrexate"[All Fields] OR "MTX"[All Fields])) OR (sulphasalazine[All Fields] OR "sulfasalazine"[MeSH Terms] OR "sulfasalazine"[All Fields]))))
FILTRO EFECTIVIDAD Para identificar RS: (systematic review[TI]) OR (((((((systematic adj review.tw.) OR data adj synthesis.tw.) OR systematic review meta-analysis) OR review meta-analysis) OR meta-analysis) OR meta-analysis) OR network meta-analysis) OR meta-analysis [ti]) Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.
FILTRO COSTOS Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))

Pregunta 8. ¿Para pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, son los DMARDs Biológicos (anti TNF α , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK) eficaces (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguros (eventos adversos)?

POBLACION

AND

INTERVENTION

53

antagonists)) OR (interleukin-23 antagonists)) OR (ustekinumab)))))
FILTRO EFECTIVIDAD Para identificar RS: (systematic review[TI]) OR (((((((systematic adj review.tw.) OR data adj synthesis.tw) OR systematic review meta-analysis) OR review meta-analysis) OR meta-analysis) OR meta-analysis) OR network meta-analysis) OR meta-analysis [ti]) Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.
FILTRO COSTOS Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti] OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti] OR cost effectiveness [ti] OR cost analysis[ti] OR cost utility[ti] OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES ((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti] OR Patient Perception[ti] OR Patient values[ti]))

Pregunta 9. ¿Cuál es la utilidad (características operativas de la prueba*) de las escalas de clinimetría (1- DAS 28 - "Disease Activity Score-28", 2- DAPSA - "Disease Activity for Psoriatic Arthritis", 3- MDA - "minimal disease activity") para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica?

Estrategia de búsqueda:

POBLACIÓN ((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies)) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis)) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word]))
INTERVENCIÓN -PRUEBA DIAGNOSTICA Search (("dapsa"[All Fields] or "das28"[All Fields] or "das-28"[All Fields] or "das 28"[All Fields] or "mda"[All Fields] or "Severity of Illness Index"[Mesh]))
FILTRO DE PRUEBA DIAGNOSTICAS ((((((((diagnostic test) OR (diagnostic test[MeSH Terms])) OR (diagnostic test[Text Word])) OR (diagnostic test accuracy)) OR (accuracy [MeSH Terms])) OR (diagnostic test[Title/Abstract])) OR (test performance))) OR (sensitivity adj test)) OR (specificity adj test)
FILTRO COSTOS Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-

effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti] OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti] OR cost effectiveness [ti] OR cost analysis[ti] OR cost utility[ti] OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES
((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti] OR Patient Perception[ti] OR Patient values[ti]))

Pregunta 10. ¿En pacientes adultos con Espondiloartritis Periférica, el tratamiento combinado de MTX y terapia con DMARDs biológicos (Anti TNFα , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK), es más eficaz (control enfermedad, remisión/baja actividad de síntomas, mejoría de escalas de funcionalidad) y seguro (eventos adversos) que el tratamiento con terapia con DMARDs biológicos (anti TNFα , anti IL-17, anti IL 12-23, inhibidores JAK) en monoterapia?

Estrategia de búsqueda:

POBLACION
((((((((((((((("Spondylarthritis") OR ("Spondylarthritis"[MeSH Terms])) OR ("Spondylarthritis"[Title/Abstract])) OR ("Spondylarthritis"[Text Word])) OR (spondyloarthritis[Text Word])) OR (spondyloarthritis)) OR (spondyloarthritis[MeSH Terms])) OR (spondyloarthritis[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies) OR (spondylarthropathies[MeSH Terms])) OR (spondylarthropathies[Title/Abstract])) OR (spondylarthropathies[Text Word])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylarthropath*[Title/Abstract])) OR (spondylitis[MeSH Terms])) OR (spondylitis[Title/Abstract])) OR (Arthritis, Psoriatic[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis) OR (peripheral spondylarthritis[MeSH Terms])) OR (peripheral spondylarthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis[Title/Abstract])) OR (psoriatic arthritis"[Text Word]))
INTERVENCION
(methotrexate[MeSH Terms] OR "methotrexate"[All Fields] OR "MTX"[All Fields])) AND ((((("DMARDS"[All Fields] OR (((("Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action] OR "Antirheumatic Agents"[MeSH Terms]) OR ("antirheumatic"[All Fields] AND "agents"[All Fields])) OR "Antirheumatic Agents"[All Fields]) OR "dmard"[All Fields]) OR "dmards"[All Fields]) OR "dmard s"[All Fields])) OR ("Antirheumatic Agents"[MeSH Terms] OR "Antirheumatic Agents"[Pharmacological Action])) OR (("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields]) AND ("alex dent j"[Journal] OR "adj"[All Fields]) AND (((("modifiable"[All Fields] OR "modified"[All Fields]) OR "modifier"[All Fields]) OR "modifiers"[All Fields]) OR "modifies"[All Fields]) OR "modify"[All Fields]) OR "modifying"[All Fields])))) OR (((((((((((Anti TNFα) OR (Anti-TNFα)) OR (tumoral necrosis factor inhibitors)) OR (TNF -α)) OR (TNF-alpha)) OR (tumor necrosis factor alpha)) OR (Infliximab)) OR (adalimumab)) OR (certolizumab pegol)) OR (etanercept)) OR (golimumab))) OR (((("ustekinumab"[tw] or stelara[tiab] or cnto 1275[tiab] or cnto-1275[tiab]) or (actemra[tiab] or atlizumab[tiab]) or (tocilizumab[tiab]) or ("tocilizumab"[supplementary concept]) or (idec-c2b8*[tiab] or idec c2b8*[tiab] or gp2013[tiab]) or ("rituximab"[tw] or mabthera[tiab] or rituxan[tiab]) or (anakinra[tiab]) or (bms-224818[tiab] or bms 224818[tiab] or lea29y[tiab] or nulojix[tiab] or orenzia[tiab] or bms 188667[tiab] or bms-188667[tiab] or bms 188667[tiab] or ctla4-4- lg*[tiab] or ctla4-lg*[tiab] or ctla4 lg*[tiab]) or ("abatacept"[tw] or belatacept[tiab]) or ("secukinumab"[supplementary concept] or cosentyx[tiab] or ain-457[tiab] or ain457[tiab] or ain-

457[tiab])) or (secukinumab[tiab] or (kineret[tiab])))) OR ((((((Anti-interleukin-12) OR (anti-interleukin-23)) OR (anti IL 12/23)) OR (interleukin 12/23 inhibitors)) OR (interleukin-12/23 antagonists)) OR (interleukin-23 antagonists)) OR (ustekinumab))) OR ((((((Anti-interleukin-12) OR (anti-interleukin-23)) OR (anti IL 12/23)) OR (interleukin 12/23 inhibitors)) OR (interleukin-12/23 antagonists)) OR (interleukin-23 antagonists)) OR (ustekinumab))))
FILTRO DE PRUEBA DIAGNOSTICAS Para identificar RS: (systematic review[TI]) OR (((((((systematic adj review.tw.) OR data adj synthesis.tw.) OR systematic review meta-analysis) OR review meta-analysis) OR meta-analysis) OR meta-analysis) OR network meta-analysis) OR meta-analysis [ti]) Para identificar RCTs: randomized controlled trial.pt. OR controlled clinical trial.pt. OR randomized.ab. OR placebo.ab. OR clinical trials as topic.sh. OR randomly.ab. OR trial.ti.
FILTRO COSTOS Search (((((cost) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR cost effectiveness analysis) OR cost-effectiveness) OR cost utility analysis) OR cost-saving) OR cost saving analysis) OR cost-utility) OR cost-utility [ti]) OR cost effectiveness) OR cost adj effectiveness) OR cost-effectiveness [ti]) OR cost effectiveness [ti]) OR cost analysis[ti]) OR cost utility[ti]) OR cost [ti]))
FILTRO VALORES Y PREFERENCIAS PACIENTES ((patient preference) OR "Patient Preference"[Mesh]) OR Patient Perception) OR Patient values) OR Patient adj values) OR Patient adj preference) OR Patient adj perception) OR Patient adj experience) OR Patient Preference [ti]) OR Patient Perception[ti]) OR Patient values[ti]))

Anexo 2 Participantes reuniones de consenso y generación de recomendaciones

Invitados y asistentes a las reuniones de discusión de Recomendaciones para las GPC de EspAp	Rol	Fecha de la Reunión	
		10-sep-20	11-sep-20
		Asistió	Asistió
María Teresa Castellanos	Paciente		
Julieth Samantha Buitrago	Paciente	X	
Yuri Romero (antropólogo-equidad)	Representante Sociedad civil		X
Gloria Villota	Representante Minsalud	X	X
Indira Caicedo	Representante Minsalud		X
Kelly Patricia Estrada Orozco	Representante IETs	X	
Lorena del Pilar Mesa	Representante IETs		X
Alejandro Junca Ramírez	Panel de Expertos	X	X
Andrés Ricardo Fernández Aldana	Panel de Expertos	X	X
Daniel Gerardo Fernández Ávila	Panel de Expertos	X	X
Diego Alejandro Jaimes	Panel de Expertos	X	X
María Consuelo Romero	Panel de Expertos	X	X
Oscar Jair Felipe	Panel de Expertos	X	
Juna Sebastián Segura Charry	Panel de Expertos	X	X
Edwin Antonio Jauregui Cuartas	Panel de Expertos		
Lina María Saldarriaga	Panel de Expertos	X	X
Wilson Bautista Molano	Panel de Expertos	X	X
Julio Perdomo ASOREUMA	Informática	X	X
Milena García	Consultor Evidencias	X	
Barbarita Mantilla	Consultor Evidencias		X
Andrés Gémpler	Consultor Evidencias		X
María Ximena Rojas	Consultor Evidencias	X	X
José Ricardo Pieschacón	Consultor Evidencias	X	X

Siglas y abreviaturas

ACR	A merican C ollege of R heumatology (Colegio Americano de Reumatología)
AGREE II	The A ppraisal of G uidelines for R esearch & E valuation Instrument II (Instrumento para evaluar Guías de práctica clínica)
AINES	A ntiinflamatorios N o e steroideos
AMSTAR	A ssessing the M ethodological Q uality of S ystematic R everies (instrumento para evaluar calidad de revisiones sistemáticas)
anti IL 12-23	Medicamentos inhibidores de la interleucina 12-23
anti IL 17	Medicamentos inhibidores de la interleucina 17
Inhibidor JAK	J anus K inase Inhibitor (Medicamentos inhibidores de la Janus Quinasa)
anti TNFα	Medicamentos inhibidores del factor de Necrosis Tumoral Alpha (anti TNFα)
APLAR	A sia P acific L eaue of A sociations for R heumatology (Liga de asociaciones de reumatología de Asia Pacífico)
APs	A rtritis P soriásica
ASAS EULAR	A Sessment in A nkylosing S pondylitis (AS) E uropean L eaue A gainst R heumatism
ASOREUMA	Asociación Colombiana de Reumatología
BHPR	B ritish H ealth P rofessionals in R heumatology
BSR	B ritish S ociety of R heumatology
CASPAR	C lassification criteria for P soriatic A rthritis (criterios de clasificación para artritis psoriásica (Disease-modifying antirheumatic drugs) Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales
cDMARDs	
bDMARDs	(Disease-modifying antirheumatic drugs) Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos
DAPSA	Disease Activity for Psoriatic Arthritis (Evaluación de actividad de la enfermedad para artritis psoriásica)
DAS 28	D isease A ctivity S core-28 (instrumento para evaluar actividad de la Artritis reumatoidea utilizando 28 articulaciones)
DLI	D olor L umbar I nflamatorio
DMARDs	D isease- m odifying antirheumatic d rugs (Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad)
EA	E spondiloartritis A nquilosante
EBM	E vidence B ased M edicine (Medicina basada en la evidencia)
ECA	E nsayo C línico A leatorizado
EMBASE	E xcerpta M edica data B ASE

EPS	Entidad Promotora de Salud
EspA	Espondiloartritis
EspAax	Espondiloartritis Axial
EspAax-nr	Espondiloartritis Axial no radiográfica
EspAp	Espondiloartritis Periférica
ESPOGUIA	Guía Española de práctica clínica para pacientes con espondiloartritis axial y artritis psoriásica
EtD	Evidence to Decision (Formato de la evidencia a las recomendaciones)
EULAR	European League Against Rheumatism (Liga Europea contra el reumatismo)
GDG	Grupo Desarrollador de la Guía
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GRAPPA	Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
iPDE4	4 Phosphodiesterase inhibitor (inhibidor de Fosfodiesterasa 4)
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
LILACS	Literatura Latinoamericana de Información en Ciencias de la Salud.
MDA	Minimal Disease Activity
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MTX	Metotrexato
NICE	National Institute for Clinical Excellence
OVID	Offshore Vessel Inspection Database
PICOT	Población, Intervención, Comparador, Desenlace (Outcome), Tipo de estudio / Tiempo
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RSL	Revisión Sistemática de la Literatura
SFR	French Society for Rheumatology. (Sociedad Francesa de Reumatología)
SISPRO	Sistema de Información de la Protección Social
SSZ	Sulfasalazina

REFERENCIAS

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe 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* [Internet]. 2011 Jan 1;70(1):25–31. Available from: <http://ard.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ard.2010.133645>
2. Carron P, De Craemer AS, Van Den Bosch F. Peripheral spondyloarthritis: A neglected entity - State of the art. *RMD Open*. 2020;6(1).
3. del Río-Martínez P, Navarro-Compán V, Díaz-Miguel C, Almodóvar R, Mulero J, De Miguel E. Similarities and differences between patients fulfilling axial and peripheral ASAS criteria for spondyloarthritis: Results from the Esperanza Cohort. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2016;45(4):400–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2015.09.001>
4. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, Gutierrez M, Bakewell C. Dactylitis: A hallmark of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2018;48(2):263–73.
5. De Winter JJ, Paramarta JE, De Jong HM, Van De Sande MG, Baeten DL. Peripheral disease contributes significantly to the level of disease activity in axial spondyloarthritis. *RMD Open*. 2019;5(1):1–8.
6. Cañete Crespillo J. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. *Soc Española Reumatol* [Internet]. 2015;1–206. Available from: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/04/GPC_-Tratamiento_EspAax_APs_DEF.pdf
7. Rahman P. Epidemiology of Psoriatic Arthritis. *Psoriatic React Arthritis A Companion to Rheumatol*. 2007;64(2):1–3.
8. 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(8):2665–73.
9. Espinosa LR. Artritis reactiva Memorias del XII congreso Colombiano de Medicina Interna. In 1993. p. 134–9.
10. Collantes Estévez E. El intestino en la patogenia de las espondiloartritis. *Reumatol Clin*. 2007;3(EXTRA.2):29–32.

11. Alonso-ruiz IHYA, Reumatología S De, Cruces H De, Vizcaya B. ESPONDILOARTROPATIAS INDIFERENCIADAS. 2006;7:47–55.
12. Reveille JD, Witter JP, Weisman MH. Prevalence of axial spondylarthritis in the United States: Estimates from a cross-sectional Survey. *Arthritis Care Res.* 2012;64(6):905–10.
13. Varkas G, Cypers H, Van Praet L, Carron P, Raeman F, Gyselbrecht L, et al. OP0263 First Results from “Be-Giant”: Baseline Characteristics of an Early Spondyloarthritis Cohort: Table 1. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(Suppl 2):161.1-161.
14. Bautista-Molano W, Landewé RBM, Londoño J, Romero-Sanchez C, Valle-Oñate R, van der Heijde D. Analysis and performance of various classification criteria sets in a Colombian cohort of patients with spondyloarthritis. *Clin Rheumatol.* 2016;35(7):1759–67.
15. Londoño JD, . LAG, , Luis Alberto Ramírez PS, Ávila5 M, Santos AM, , Consuelo Romero RRV. Caracterización de las espondiloartropatías y determinación de factores de mal pronóstico en una población de pacientes colombianos. *Rev Colomb Reumatol.* 2005;12(3):195-207S.
16. Márquez J, Pinto L CD. Hospital Pablo Tobón Uribe Spondyloarthropathies. A cohort description. *Rev Colomb Reum [Internet].* 2010;17(2):80–85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232010000200002
17. Saad CGS, Gonçalves CR, Sampaio-Barros PD. Seronegative arthritis in Latin America: A current review. *Curr Rheumatol Rep.* 2014;16(9).
18. Burgos-Vargas R, Naranjo A CJ et al. Ankylosing spondylitis in the Mexican mestizo: patterns of disease according to age at onset. *J Rheumatol [Internet].* 1989;16(2):186–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2787404/>
19. Soriano ER, Rosa J. Update on the treatment of peripheral arthritis in psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2009;11(4):270–7.
20. Soriano ER, Zazzetti F, Alves Pereira I, Maldonado Cocco J, Feijó Azevedo V, Guerra G, et al. Physician-patient alignment in satisfaction with psoriatic arthritis treatment in Latin America. *Clin Rheumatol.* 2020;39(6):1859–69.
21. van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, Baraliakos X, Van den Bosch F, Sepriano A, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis [Internet].* 2017 Jun;76(6):978–91. Available from:

- <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2016-210770>
22. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, De Wit M, McInnes I, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(6):S700–12.
 23. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, Dubreuil M, Yu D, Khan MA, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 2019 Oct 22;71(10):1599–613. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.41042>
 24. Smolen JS, Schöls M, Braun J, Dougados M, FitzGerald O, Gladman DD, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2018 Jan;77(1):3–17. Available from: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2017-211734>
 25. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, Soriano ER, Laura Acosta-Felquer M, Armstrong AW, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 2016 Mar;n/a-n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/art.39573>
 26. Elmamoun M, Eraso M, Maharaj A, Chandran V, Coates L, Adebajo A, et al. OP0312 International league of associations for rheumatology (ILAR) treatment recommendations for psoriatic arthritis in resource-poor countries. 2018;203.1-203.
 27. Orden LY, Carrasquilla G, Director G, Médico DP, Cristina A, Alvarez P, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano MARZO DE 2014 REVISORES PARES NACIONALES REVISORES PARES INTERNACIONALES. 2014;154.
 28. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* [Internet]. 2008;336(7650):924–6. Available from: <https://www.bmj.com/content/336/7650/924>
 29. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica.

Available from: <http://www.guiasalud.es>

30. Duarte C, Sousa-Neves J, Águeda A, Ribeiro P, Daniel A, Eugénio G, et al. Portuguese Recommendations for the use of biological therapies in patients with rheumatoid arthritis- 2016 update. *Acta Reumatol Port* [Internet]. 2017;42(2)(Apr-Jun):112–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28535544>
31. Hamilton L, Barkham N, Bhalla A, Brittain R, Cook D, Jones G, et al. BSR and BHPR guideline for the treatment of axial spondyloarthritis (including ankylosing spondylitis) with biologics. *Rheumatology* [Internet]. 2017 Feb;56(2):313–6. Available from: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-lookup/doi/10.1093/rheumatology/kew223>
32. Rohekar S, Chan J, Tse SML, Haroon N, Chandran V, Bessette L, et al. 2014 Update of the Canadian Rheumatology Association/Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Treatment Recommendations for the Management of Spondyloarthritis. Part II: Specific Management Recommendations. *J Rheumatol* [Internet]. 2015 Apr;42(4):665–81. Available from: <http://www.jrheum.org/lookup/doi/10.3899/jrheum.141001>
33. Wendling D, Lukas C, Paccou J, Claudepierre P, Carton L, Combe B, et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Jt Bone Spine* [Internet]. 2014 Jan;81(1):6–14. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297319X13002881>
34. Tam LS, Wei JC, Aggarwal A, Baek HJ, Cheung PP, Chiowchanwisawakit P, et al. 2018 APLAR axial spondyloarthritis treatment recommendations. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 2019 Mar 28;22(3):340–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1756-185X.13510>
35. Spondyloarthritis in Over 16s: Diagnosis and Management. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553609/>
36. Reyes-Cordero G, Enríquez-Sosa F, Gomez-Ruiz C, Gonzalez-Diaz V, Castillo-Ortiz JD, Duran-Barragán S, et al. Recomendaciones del Colegio Mexicano de Reumatología para el manejo de las espondiloartritis. *Reumatol Clínica* [Internet]. 2019 Jul; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1699258X19300804>
37. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med*

- Assoc J [Internet]. 2010 Dec 14;182(18):E839–42. Available from:
<http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.090449>
38. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:1–9.
 39. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343(7829):1–9.
 40. Higgins, J. PT., Sterne, J. AC., Savovic, J., Page, M. J., Hróbjartsson, A., Boutron, I., Reeves, B. & E. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. 2016. 29–31 p.
 41. Wijnen B, Van Mastrigt G, Redekop W, Majoie H, De Kinderen R, Evers SMAA. How to prepare a systematic review of economic evaluations for informing evidence-based healthcare decisions: data extraction, risk of bias, and transferability (part 3/3). *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* [Internet]. 2016;16(6):723–32. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1080/14737167.2016.1246961>
 42. Zhang Y, Coello PA, Guyatt GH, Yepes-Nuñez JJ, Akl EA, Hazlewood G, et al. GRADE guidelines: 20. Assessing the certainty of evidence in the importance of outcomes or values and preferences—inconsistency, imprecision, and other domains. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2019;111:83–93. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.05.011>
 43. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6.
 44. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383–94.
 45. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ* [Internet]. 2016 Jun 30;i2089. Available from:
<http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.i2089>