



Original

## ¿Cómo son los pacientes con artritis reumatoide de reciente comienzo en España? Descripción de la cohorte PROAR

Virginia Villaverde García<sup>a</sup>, Alejandro Balsa<sup>b,\*</sup>, Loreto Carmona<sup>c</sup>, Raimon Sanmartí<sup>d</sup>, Jesús Maese<sup>c</sup>, Dora Pascual<sup>e</sup>, José Ivorra<sup>f</sup> y Grupo Proar

<sup>a</sup> Unidad de Reumatología, Hospital de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital La Paz, Madrid, España

<sup>c</sup> Unidad de Investigación, Fundación Española de Reumatología, Madrid, España

<sup>d</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>e</sup> Servicio de Inmunología, Hospital La Paz, Madrid, España

<sup>f</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Dr. Peset, Valencia, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 4 de marzo de 2008

Aceptado el 3 de septiembre de 2008

On-line el 9 de marzo de 2009

#### Palabras clave:

Artritis

Estudios de cohortes

Diagnóstico precoz

Enfermedades autoinmunitarias

### RESUMEN

**Fundamento y objetivo:** Identificación de factores presentes en la artritis de reciente comienzo que puedan ayudar a predecir el desarrollo o no de artritis reumatoide (AR). Descripción de las características clínicas de una cohorte de AR de inicio.

**Pacientes y método:** Cohorte de inicio prospectiva de 5 años de duración en 34 servicios de reumatología españoles formada por pacientes con oligoartritis y poliartritis de menos de 1 año de evolución no tratados previamente. A todos los pacientes se les realizó al inicio una valoración de la actividad inflamatoria, capacidad funcional y factores de riesgo de AR. Además se realizaron radiografías de manos y pies y determinaciones de factor reumatoide (FR) y de anticuerpos anti-CCP. Tras 3 años, se evaluó el diagnóstico definitivo y las variables que determinaron la evolución hacia AR.

**Resultados:** Se incluyó a 171 pacientes, de los que 161 (94,2%) acabaron cumpliendo criterios diagnósticos de AR, la mayoría (157; 97,5%) en la visita inicial. Los factores relacionados con el diagnóstico de AR fueron: el FR positivo (*odds ratio* [OR] = 8,5; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1-69,8), los anti-CCP (OR = 8,5; IC del 95%, 0,96-75,7) y el DAS28 (OR = 1,9; IC del 95%, 1,1-3,3). El 65% de los pacientes presentaban erosiones en la visita basal.

**Conclusiones:** Tanto la extensión de la afección articular como tener un FR positivo y anticuerpos anti-CCP permiten predecir la evolución a AR. El daño radiológico, en muchos pacientes, ya está al inicio, por lo que es más importante un tratamiento contundente precoz que esperar a tener un diagnóstico de AR.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## What are patients with early rheumatoid arthritis like in Spain? Description of the PROAR cohort

### ABSTRACT

**Objective:** To identify factors present in recent onset arthritis that may help to predict rheumatoid arthritis (RA), and to describe a cohort of recent onset RA.

**Patients and method:** A 5 year prospective cohort of patients with early oligo and polyarthritis (< 1 year of evolution) from 34 rheumatology units, was studied. Sociodemographic, clinical features and RA risk factors were recorded. Rheumatoid factor (RF), anti-CCP determinations and radiographs of hands and feet were analyzed too. After three years, a diagnosis of certainty and the variables that determined the evolution to RA, were evaluated.

**Results:** One hundred and seventy one patients were included; 161 (94.2%) fulfilled RA diagnostic criteria; most of them (157; 97.5%) in the first visit. Factors associated with RA diagnosis were: positive RF, anti-CCP and DAS-28; 65% of the patients had radiological erosions in the first visit.

**Conclusions:** Positive RF, anti-CCP and the disease activity are predictive factors of RA. Radiological damage exists very early in most of patients, that's why it is more important to treat the disease aggressively instead than achieving an RA diagnosis of certainty.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

#### Keywords:

Arthritis

Cohort studies

Early diagnosis

Autoimmune diseases

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abalsa.hulp@salud.madrid.org (A. Balsa).

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta, sobre todo, a las articulaciones y produce un gran deterioro de la capacidad funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de la mortalidad<sup>1</sup>. Clínicamente la AR es muy heterogénea, con importantes diferencias no sólo entre pacientes, sino también en el mismo paciente en distintas fases de la evolución, lo que explica la dificultad de describir el curso natural de la enfermedad y, por lo tanto, la dificultad de predecir su evolución, aspecto de gran importancia si se quiere alterar de forma eficaz su curso<sup>1-3</sup>.

La intervención precoz en el curso de la AR y la estrategia terapéutica utilizada en la actualidad parecen haber influido de manera sustancial en la historia natural de la enfermedad a largo plazo<sup>4,5</sup>. Sin embargo, resulta difícil determinar qué pacientes con AR responderán adecuadamente a diversos regímenes terapéuticos. Esta circunstancia ha motivado el interés creciente en la búsqueda y la identificación de factores, presentes al inicio del proceso, que puedan predecir una enfermedad más grave, para tratarla de forma más agresiva y eficaz<sup>6</sup>. La decisión de usar o no estas estrategias, potencialmente más tóxicas y caras, debe basarse en el pronóstico de cada paciente en concreto.

La mayoría de los estudios pronósticos de la AR o de las artritis de reciente comienzo se han realizado en población americana o del norte de Europa<sup>4-7</sup>. Se ha apuntado que en países del área mediterránea la AR puede ser una enfermedad más benigna<sup>8,9</sup>, por lo que se necesitan estudios sobre factores pronósticos en las artritis de inicio en nuestro país, con el fin de establecer pautas de diagnóstico y tratamiento que redunden en una mejor atención del paciente y consigan mejorar su calidad de vida.

El estudio de los factores pronósticos de enfermedad grave en la artritis reumatoide de reciente comienzo (PROAR), promovido por la Sociedad Española de Reumatología, es una oportunidad única para conocer la relación entre los factores sociodemográficos, clínicos y serológicos y la evolución de la enfermedad: aparición o no de remisiones y su duración, alteración de la capacidad funcional, aparición y progresión de las lesiones radiológicas y la necesidad de cirugía articular. En este trabajo, se describen las características basales de las artritis de inicio en nuestro país y se evalúan los factores que podrían ser útiles en la predicción de AR en pacientes con artritis de reciente comienzo.

## Pacientes y métodos

El proyecto PROAR es un estudio longitudinal multicéntrico de 5 años de duración de una cohorte de pacientes con AR de corta evolución, cuyo objetivo es determinar el efecto de variables independientes en la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional y el deterioro radiológico.

Todos los centros con atención especializada en reumatología de nuestro país fueron invitados a participar por medio de una carta personalizada al jefe de la unidad, de los que 34 aceptaron. En cada uno de los centros participantes, se seleccionó a un reumatólogo responsable.

El protocolo del estudio fue aprobado por el CEIC del hospital del investigador principal y los pacientes incluidos dieron su consentimiento a participar en el estudio. Todo el protocolo se ajustó a los principios de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus modificaciones posteriores.

Se incluyó a pacientes con oligoartritis o poliartritis de menos de 1 año de evolución, cumplieren o no los criterios del American College of Rheumatology (ACR) de 1987 de AR<sup>10</sup> de entrada, que no hubieran sido tratados previamente con fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad y que no estuvieran en

tratamiento corticoideo en el momento de su inclusión. Se excluyó del análisis a los pacientes con un diagnóstico de artritis microcristalina o infecciosa.

El reclutamiento de los pacientes, que tuvo lugar durante 1 año, se basó en un muestreo consecutivo de los primeros 5 pacientes nuevos que llegaran a la consulta de los reumatólogos participantes y que cumplieran los criterios de inclusión. Por tratarse de un proceso de baja incidencia y de pacientes en su primera visita, el tipo de muestreo se considera probabilístico.

## Variables y grupos de estudio

Los datos de los pacientes fueron recogidos en formularios estandarizados durante visitas protocolizadas con cadencia semestral. En la visita basal, se recogieron las características de los pacientes que podían influir en el análisis de las variables principales: sexo, edad, duración desde el inicio de los síntomas, tratamiento médico que recibían o habían recibido, enfermedades concomitantes, nivel de estudios, clase social (se recogió la última profesión y la del cónyuge y se cruzaron con las tablas preparadas de la Sociedad Española de Epidemiología para la categorización de la clase social, a partir de la última ocupación profesional<sup>11</sup>), situación laboral en el momento de la recogida de datos, hábito tabáquico (en el momento de la recogida de los datos e historial previo y la duración), historia ginecológica (número de gestaciones, abortos e hijos nacidos vivos, edad de menarquia y menopausia y el uso y la duración de tratamiento hormonal sustitutivo y anticonceptivos) e historia de transfusiones (número, motivo y año de realización).

En la visita basal y cada 6 meses se determinó el dolor articular y la valoración general de la enfermedad por el paciente y el médico, mediante una escala visual analógica (EVA), el número de articulaciones dolorosas (índices de 52 y 28 articulaciones) e inflamadas (índices de 44 y 28 articulaciones), la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), por el método habitual en cada centro y posterior conversión a unidades comunes en mg/dl, y el factor reumatoide (FR) en U/ml. Se definió una AR como seropositiva con una sola determinación positiva del FR, mientras que para considerarla seronegativa se debía comprobar que todas las demás determinaciones fueran negativas. La actividad inflamatoria se cuantificó por el DAS28, que es una medida agrupada a partir de los recuentos articulares, la evaluación de la enfermedad por el paciente y la VSG (Disease Activity Score)<sup>12,13</sup>. La medición de la capacidad funcional se realizó por medio de la autoaplicación del cuestionario Health Assessment Questionnaire (HAQ) en su versión española validada<sup>14</sup>, que puntúa la capacidad funcional del paciente en una escala de 0 a 3 (capacidad total a incapacidad absoluta) y la clase funcional de la ACR<sup>15</sup> (de I a IV, de mejor a peor).

Para cuantificar el daño articular, se utilizó el método radiológico de Sharp, modificado por Van der Heijde et al<sup>16</sup>. La puntuación máxima de erosión de todas las articulaciones de ambas manos es 160 y de los dos pies, 120. La puntuación máxima del pinzamiento del espacio articular en todas las articulaciones de ambas manos es 120 y en ambos pies, 48. Se evaluaron las radiografías de manos y pies de todos los pacientes, de forma centralizada por un experto, realizadas en el momento basal y anualmente.

Se recogió suero de los pacientes en todas las visitas para determinación de los anticuerpos contra péptidos citrulinados (anti-CCP). La determinación se realizó de forma centralizada en el Laboratorio de Inmunología del Hospital La Paz mediante el CCP-kit mark 2 de Eurodiagnóstica, un ELISA de segunda generación (máximo detectable, 1.600 U/ml; mínimo detectable, 25 U/ml).

También en cada visita se recogieron las manifestaciones extraarticulares de la AR (subluxación atlo-axoidea, nódulos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3383628>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3383628>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)