



Original

## Evaluación de la actividad de la artritis reumatoide en la atención clínica habitual. Concordancia entre la autoclimimetría y la evaluación clínica con los índices de actividad: DAS28, CDAI y SDAI

Gabriel Horta-Baas<sup>a,\*</sup>, Arturo Pérez Bolde-Hernández<sup>a</sup>, María Fernanda Hernández-Cabrera<sup>a</sup>, Imelda Vergara-Sánchez<sup>b</sup> y María del Socorro Romero-Figueroa<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Regional 220, Instituto Mexicano del Seguro Social, Toluca, Estado de México, México

<sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Hospital General Regional 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, Yucatán, México

<sup>c</sup> Coordinación de Investigación en Salud, Delegación Estado de México Poniente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Toluca, Estado de México, México

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de diciembre de 2016

Aceptado el 16 de febrero de 2017

On-line el xxx

#### Palabras clave:

Resultados comunicados por los pacientes

Autoevaluación

Artritis reumatoide

Concordancia

Clinimetría

### R E S U M E N

**Introducción y objetivo:** Para lograr el control de la artritis reumatoide (AR) es necesario poder evaluar de forma objetiva su actividad. El *American College of Rheumatology* (ACR, «Colegio Americano de Reumatología») recomienda para este propósito índices de actividad que pueden ser realizados por el paciente (PAS-II y RAPID-3) y la evaluación médica con estudios de laboratorio (DAS28 y SDAI) o sin ellos (CDAI). Nuestro objetivo fue analizar la concordancia entre la autoclimimetría y la clinimetría realizada por el médico.

**Pacientes y método:** Estudio transversal analítico en 126 pacientes con AR. La concordancia fue evaluada mediante el coeficiente  $\kappa$  ponderado y por el coeficiente  $\alpha$  de Krippendorff.

**Resultados:** El PAS-II y el RAPID-3 presentaron una correlación significativa con las variables incluidas en el *core set* del ACR/EULAR. La concordancia entre el PAS-II y el CDAI-SDAI fue buena ( $\kappa$ : 0,6,  $\alpha$ : 0,61-0,62), y moderada con el DAS28-VSG ( $\kappa$ : 0,53,  $\alpha$ : 0,56). La concordancia entre el RAPID-3 y el CDAI-SDAI fue moderada ( $\kappa$ : 0,55-0,57,  $\alpha$ : 0,50-0,51), y moderada con el DAS28-VSG ( $\kappa$ : 0,55,  $\alpha$ : 0,53). Al categorizar la actividad en remisión/baja actividad frente a actividad moderada/grave la concordancia favoreció al PAS-II (0,59 frente a 0,34;  $p=0,012$ ).

**Conclusión:** La buena concordancia entre el PAS-II y el SDAI apoya su uso en la práctica clínica, especialmente si no se dispone de biomarcadores de inflamación o de la posibilidad del recuento articular. Sin embargo, para recomendar su aplicación sistemática en la práctica clínica es necesario realizar estudios longitudinales que evalúen su sensibilidad al cambio.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Evaluation of the activity of rheumatoid arthritis in clinical practice. Agreement between self-rated clinimetric evaluation and clinical evaluation with activity indexes: DAS28, CDAI and SDAI

#### A B S T R A C T

**Introduction and objective:** To achieve control of rheumatoid arthritis (RA) it is necessary to be able to evaluate its activity. The American College of Rheumatology (ACR) recommends for this purpose indexes of activity that can be performed by the patient (PAS-II and RAPID-3) and IA including medical evaluation with laboratory studies (DAS28 and SDAI) or without them (CDAI). The objective was to analyze the concordance between self-rated clinimetric evaluation and clinimetric evaluation performed by the physician.

#### Keywords:

Patient-reported outcomes

Self-assessment

Rheumatoid arthritis

Agreement

Clinimetrics

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabho@hotmail.com (G. Horta-Baas).

**Patients and method:** Analytical cross-sectional study in 126 patients with RA. The agreement was evaluated through the weighted  $\kappa$  coefficient and the Krippendorff's  $\alpha$  coefficient.

**Results:** The PAS-II and RAPID-3 significantly correlated with all variables included in the core set of measures recommended by the ACR/EULAR. The agreement between PAS-II and CDAI-SDAI was good ( $\kappa$ : 0.6,  $\alpha$ : 0.61-0.62), and moderate with DAS28-ESR ( $\kappa$ : 0.53,  $\alpha$ : 0.56). The concordance between RAPID-3 and CDAI-SDAI was moderate ( $\kappa$ : 0.55-0.57,  $\alpha$ : 0.50-0.51), and moderate with DAS28-ESR ( $\kappa$ : 0.55,  $\alpha$ : 0.53). When categorizing the activity in remission/low activity vs. moderate/severe activity, the agreement was greater with the PAS-II (0.59 vs. 0.34;  $P$  = .012).

**Conclusion:** The good concordance between PAS-II and SDAI supports their use in clinical practice, especially if biomarkers of inflammation or the possibility of joint count are not available. However, in order to recommend its routine application in clinical practice, it is necessary to perform longitudinal studies that assess its responsiveness.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmunitaria de etiología desconocida, que se caracteriza por inflamación articular. Afecta a entre el 0,2 y el 2% de la población mundial, y principalmente se presenta en sujetos en edad laboral. Sin un buen control puede producir destrucción articular, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. Debido a que en la mayoría de los pacientes la inflamación articular fluctúa con el tiempo, e incluso se presentan brotes de inflamación a pesar del tratamiento, el médico debe valorar continuamente la actividad del paciente para evitar su progresión. En los últimos años se dispone de medicamentos más eficaces para el control de la inflamación, y la posibilidad de obtener una remisión completa o, por lo menos, una baja actividad en los sujetos con AR de larga evolución se ha convertido en una realidad y en el objetivo fundamental de la atención de estos pacientes. Bajo esta premisa se publicó en el 2010 la estrategia *treat to target* para la AR<sup>1</sup>, la cual se basa en llevar al paciente al control de su enfermedad teniendo un objetivo terapéutico bien identificado (remisión clínica-baja actividad), debiendo realizar los ajustes apropiados en el tratamiento hasta lograrlo<sup>2</sup>.

Para evaluar si se obtiene este objetivo es imprescindible poder medir la actividad de la enfermedad. Sin embargo, a causa de que se carece de un estándar de oro, la evaluación de la actividad se basa en índices clínicos formados a partir de la información obtenida durante la evaluación clínica estándar. Estos índices de actividad (IA) parten de un modelo en el cual las variables observadas (síntomas del paciente, examen físico y pruebas de laboratorio) causan la variable latente (actividad de la enfermedad). El empleo de los IA permite un enfoque práctico en el ámbito clínico, ya que caracterizan al proceso que conduce a la progresión de la enfermedad y permiten tomar decisiones sobre el tratamiento. Dentro de estos IA existen 2 cuestionarios de autorreporte que son recomendados por el *American College of Rheumatology* (ACR, «Colegio Americano de Reumatología») para su empleo en la práctica clínica<sup>3</sup>, que no requieren estudios de laboratorio ni la necesidad de un conteo articular, y que pueden ser útiles en la medición de la actividad de la enfermedad y en el ajuste del tratamiento. El objetivo del estudio fue analizar el grado de concordancia entre 2 IA autorreportados (*Patient Activity Scale-II* [PAS-II] y *Routine Assessment of Patient Index Data-3* [RAPID-3]) y los derivados de la evaluación clínica (*Disease Activity Score with 28-joint counts* [DAS28], *Simplified Disease Activity Index* [SDAI] y *Clinical Disease Activity Index* [CDAI]).

## Pacientes y métodos

Previa aceptación por el comité local de ética e investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó un estudio transversal analítico en el que se incluyeron, mediante un muestreo no

probabilístico de casos consecutivos, 126 pacientes mayores de 18 años evaluados en la consulta externa de Reumatología de un hospital de segundo nivel de atención durante junio a septiembre de 2016, que aceptaran su participación mediante firma de consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron: que supieran leer y escribir, cumplieran con los criterios de clasificación de AR del ACR, sin restricciones por el tratamiento empleado, y que contaran con determinación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y/o proteína C reactiva (PCR). Los criterios de exclusión fueron: coexistencia de cualquier otra enfermedad reumática, presencia de algún proceso infeccioso, insuficiencia renal crónica y embarazo.

Los pacientes fueron evaluados durante su atención habitual por 3 reumatólogos. A cada sujeto se le pidió que antes de la evaluación médica contestaran los índices de autoevaluación y una escala visual análoga para evaluar la intensidad del dolor; posteriormente, en el momento de la consulta, cada reumatólogo realizó el conteo articular y dio su calificación de la valoración global de la enfermedad en formatos especialmente diseñados para el estudio. Los médicos, al evaluar el CDAI, SDAI y DAS28, desconocían el resultado del PAS-II y RAPID-3.

Ciento veintiséis pacientes ingresaron en el estudio; ningún paciente fue eliminado. El RAPID-3 y el CDAI fueron obtenidos en los 126 sujetos, un paciente no respondió el PAS-II, 6 pacientes carecían de la determinación de la PCR y 20 de la VSG. Se comprobó que los datos perdidos de la muestra fueron al azar (ji cuadrado de Little 0,88), y en cada análisis de concordancia se excluyeron del análisis. El 88,1% fueron mujeres, la edad media de los pacientes fue de  $48,9 \pm 11,6$  años (mínimo 20 y máximo 79 años), la duración de la enfermedad varió de 1 a 348 meses, con una mediana de 60 meses (rango intercuartílico de 100), el 73% no tenía ninguna comorbilidad. Las comorbilidades diagnosticadas más frecuentes fueron: hipertensión arterial (11%), diabetes mellitus (3,1%) y osteoporosis (3,1%). El 95% de los sujetos seguía tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, el 57% empleaba glucocorticoides (mediana 2,5 mg de prednisona o su equivalente), el 19% empleaba tratamiento biológico, y de los fármacos modificadores de la enfermedad, los más empleados fueron metotrexato, leflunomida y sulfasalazina (tabla 1).

## Índices de actividad empleados

De los índices recomendados para el empleo en la práctica clínica por el ACR se evaluaron 5; se excluyó el PAS por ser de una longitud mayor que el PAS-II.

*PAS-II.* Está compuesto por 3 variables que requieren aproximadamente 2 min para su cálculo, tiene una confiabilidad aceptable, no cuenta con evaluación de la estabilidad en el tiempo, una validez aceptable (contenido, criterio) y una sensibilidad al cambio aceptable<sup>3</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5680621>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5680621>

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