

# ¿Cómo se debe Evaluar al Paciente con Artritis Reumatoide en la Práctica Clínica?

Carlos Fuentealba P.

S. Reumatología - Medicina Interna,

Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Profesor Agregado de Medicina, Universidad de Chile

En la actualidad existe amplio consenso sobre la conveniencia de realizar una evaluación clínica sistematizada (1-4) de todos los enfermos con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, cuando se intenta llevar a la práctica clínica una evaluación objetiva sistematizada cabe preguntarse qué parámetros deben utilizarse.

Al respecto, el conjunto mínimo de parámetros más apropiado debe incluir (5):

- a) recuentos del número de articulaciones dolorosas y tumefactas
- b) dolor
- c) evaluación global de la enfermedad efectuada por el enfermo y el evaluador
- d) discapacidad
- e) reactantes de fase aguda, y
- f) radiografías.

El conjunto mínimo de parámetros es el resultado de las recomendaciones del American College of Rheumatology/OMERACT (6, 7), con el objetivo inicial de evaluar en forma estandarizada la actividad de la AR en los ensayos clínicos, pero perfectamente aplicable a la clínica diaria.

## RECIENTOS ARTICULARES

El dolor a la presión o movilidad de las articulaciones y la tumefacción articular son componentes distintos y complementarios de la evaluación articular. Algunos enfermos sólo mejoran el número de articulaciones dolorosas, pero no el de articulaciones tumefactas, y al revés. El dolor a la presión y/o movilidad de las articulaciones se relaciona muy bien con la evaluación del dolor, mientras que la tumefacción articular se

relaciona mejor con el grado de inflamación articular medido con los reactantes de fase aguda. El número de articulaciones dolorosas es más sensible para detectar cambios en los ensayos clínicos que el número de articulaciones tumefactas.

Por lo anterior se recomienda cuantificar tanto las articulaciones dolorosas como las tumefactas, y evaluar un mínimo de 28 articulaciones.

Los recuentos utilizados con mayor frecuencia son:

### a) Recuento de 28 articulaciones

Es el más simple y más usado (8). En la Tabla 1 se describen las articulaciones incluidas. Ha sido validado para su utilización en ensayos clínicos (9) y es necesario para el cálculo del Disease Activity Score 28 (DAS28) (10). Inconveniente: no incluye las articulaciones de los tobillos y pies, afectadas en más del 50% de los enfermos con AR.

### b) Recuento de 44 articulaciones

Agrega las articulaciones de los tobillos, metatarsfalángeas, esternoclaviculares y acromioclaviculares (Tabla 1). Forma parte del cálculo del Disease Activity Score (DAS) completo original (11), donde se utilizó para evaluar tumefacción articular.

### c) índice de Ritchie

Fue diseñado para evaluar dolor articular. Incluye 53 articulaciones, si bien se puntúa sobre 26, pues algunos grupos articulares se evalúan como si fueran una sola articulación (Tabla 1) (12). Considera grupos articulares a las interfalángeas proximales derechas, las interfalángeas proximales izquierdas, las metacarpofalángeas derechas, las metacarpofalángeas izquierdas,

la columna cervical, las temporomandibulares, las acromioclaviculares, las esternoclaviculares, las metatarsofalángicas derechas e izquierdas. En cada articulación se evalúa el dolor a la presión o movilidad según la respuesta del paciente: 0 = ausencia de dolor; 1 = dolor; 2 = dolor y mueca; 3 = dolor, mueca y retirada de la articulación. Puntaje máximo: 78.

**d) Recuento de 66/68 articulaciones**

Es el recuento más completo. Incluye la evaluación del dolor a la presión en 68 articulaciones, y de la tumefacción, en 66 (se excluye la cadera) (Tabla 1). Inconveniente: laboriosidad e inclusión de articulaciones de difícil evaluación, como IFD manos e IFP pies.

**TABLA 1.**  
**ARTICULACIONES EVALUADAS EN LOS RECuentOS DE MAYOR USO**

	<b>NAD28</b>	<b>NAT44*</b>	<b>Ritchie**</b>	<b>NAD68 NAT66***</b>
Columna cervical	-	-	+ M	-
Temporomandibular	-	-	+ #	+
Esternoclavicular	-	+	+ #	+
Acromioclavicular	-	+	+ #	+
Hombro	+	+	+	+
Codo	+	+	+	+
Muñeca	+	+	+	+
Metacarpofalángicas	+	+	+ #	+
Interfalángicas proximales	+	+	+ #	+
Interfalángicas distales	-	-	-	+
Cadera	-	-	+ M	+
Rodilla	+	+	+	+
Tobillo	-	+	+	+
Subastragalina	-	-	+ M	+}#
Mediotarsiana	-	-	+ M	+}
Metatarsofalángicas	-	+	+	+
Interfalángicas (pie)	-	-	- +	+

# : Estas articulaciones se cuantifican como si fueran una sola.

NAT44\* : Articulaciones tumefactas evaluadas para el DAS completo.

\*\* : El índice de Ritchie cuantifica (0-3) la presencia de dolor a la presión o movilidad (M). Aunque se evalúan 53 articulaciones, el cálculo se hace sobre 26 grupos articulares. Estas articulaciones se cuantifican como una sola, excepto las metacarpofalángicas, las interfalángicas proximales, y las mediotarsianas, metatarsofalángicas, que se evalúan como dos, derecha e izquierda.

\*\*\* : En el recuento de NAD68/NAT66, la articulación subastragalina y el tarso se evalúan como una sola.

**DOLOR**

El dolor articular y su cantidad se relacionan con la actividad de la enfermedad. Las escalas más utilizadas para cuantificarlo son: a) escala análoga visual (EVA) (0-100 mm). b) escala tipo Likert (5 niveles).

**DISCAPACIDAD**

Es recomendable evaluar la discapacidad autopercibida con cuestionarios previamente validados, siendo el Health Assessment Questionnaire (HAQ) el más utilizado (13, 14).

La discapacidad es el resultado de múltiples factores: lesión anatómica, daño estructural, actividad inflamatoria de la enfermedad, etc., siendo la actividad inflamatoria de la enfermedad el más importante de ellos. Factores como el dolor, la fatiga o el número de articulaciones tumefactas son determinantes más importantes que el daño radiográfico en el grado de discapacidad observado con el HAQ (15).

### EVALUACION GLOBAL DE LA ENFERMEDAD

Se recomienda que el médico y el paciente realicen, por separado, su propia evaluación global de la enfermedad.

Cuando se solicita al enfermo que evalúe de forma global su enfermedad, se recomienda utilizar una frase única que pregunte directamente sobre la actividad de la enfermedad o de la artritis, por ejemplo, “¿como se ha encontrado su artritis durante la ultima semana?”. La respuesta se puede hacer con los mismos tipos de escalas que para el dolor. Este parámetro sería el más sensible al cambio clínico cuando se compara con los demás parámetros en los ensayos clínicos. Por ejemplo, Tugwell *et al.* (16) analizaron la eficiencia relativa de las variables utilizadas en un ensayo clínico que evaluaba la eficacia de leflunomida frente a metotrexato y placebo. La variable con mayor capacidad para detectar diferencias fue la evaluación global de la enfermedad efectuada por el enfermo, seguida de la evaluación global de la enfermedad hecha por el médico, la evaluación del dolor con escala análoga visual y la proteína C reactiva (PCR), la VHS y el número de articulaciones dolorosas y, por último, el número de articulaciones tumefactas y el HAQ.

### REACTANTES DE FASE AGUDA

Es aconsejable la medición de la VHS y la PCR.

### INDICES DE ACTIVIDAD

Con los parámetros anteriores se puede calcular algún índice de actividad. En la actualidad el más recomendable (2, 3) sería el DAS28 (10), que evalúa dolor y tumefacción en 28 articulaciones, VHS, y la evaluación global de la enfermedad efectuada por el enfermo (Tabla 2). Recientemente EULAR ha desarrollado criterios de mejoría individual AR utilizando el DAS28 (Tabla 3).

Actualmente calcular el DAS28 es fácil con calculadoras y software para computadoras de bolsillo especialmente diseñadas.

### COMENTARIO

Para lograr un seguimiento de calidad debe evaluarse en forma sistematizada al enfermo con AR en la clínica diaria. El monitoreo sistemático y regular de la actividad inflamatoria en la AR ayuda a determinar si: ¿la terapia elegida es necesaria y efectiva, la inflamación reumatoídea está bajo control, existe sobretratamiento, se necesita tratamiento “agresivo”, se necesita ajustar dosis DMARD / Terapias Biológicas?

**TABLA 2.**  
**FORMULARIO DAS28**

Nombre Paciente.....		Fecha Nacimiento ...-...-.....		
Nombre Observador.....		Fecha .....-.....-.....		
		<b>Izquierda</b>		<b>Derecha</b>
		<b>Tumefacción</b>	<b>Dolor</b>	<b>Tumefacción</b>
				<b>Dolor</b>
Hombro				
Codo				
Muñeca				
MCF	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
IFP	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Rodilla				
Subtotal				
Total	Tumefacción		Dolor	
No actividad enfermedad		Alta actividad enfermedad		
Tumefacción (0-28)				
Dolor (0-28)				
VHS (mm 1ª h)				
EVA actividad enfermedad-paciente (0-100 mm)				
<b>DAS28 = 0,56*÷(t28) + 0,28*÷(sw28) + 0,70*Ln(ESR) + 0,014*GH</b>				

**TABLA 3.**  
**CRITERIOS MEJORIA INDIVIDUAL AR – EULAR UTILIZANDO EL DAS28**

DAS final	mejoría >1,2	mejoría > 0,6-1,2	mejoría ≤ 0,6
≤ 2,4	buena respuesta		
~ 2,4 – £ 3,7		respuesta moderada	
y 3,7			sin respuesta

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Batle-Gualda E. ¿Cómo se debe evaluar la artritis reumatoide? Rev Esp Reumatol 2000; 27:250-255.
2. Grupo GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Artritis Reumatoide en España. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 2001.
3. Miembros del panel (Comité de expertos de la SER). Actualización del consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la terapia con agentes inhibidores del TNF en la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol 2002; 29:51-55.
4. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. 2002 Update. Arthritis Rheum 2002; 46:328-346.
5. Batle-Gualda E. Evaluación objetiva del enfermo en la práctica clínica. Rev Esp Reumatol 2002; 29:78-81.
6. Felson DT, Anderson JJ, Borres M et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. Arthritis Rheum 1993; 36:729-740.
7. Proceedings from The Conference on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials (OMERACT). J Rheumatol 1993; 20:526-591.
8. Fuchs HA, Brooks RH, Callahan LF et al. A simplified twenty-eight-joint quantitative articular index in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1989; 32:531-537.
9. American College of Rheumatology Committee on outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials. Arthritis Rheum 1994; 37:463-464.
10. Van Gestel AM, Haagsma CJ, Van Riel PLCM. Validation of rheumatoid arthritis improvement criteria including simplified joint counts. Arthritis Rheum 1998; 41:1845-1850.
11. Van der Heijde DMFM, Van't Hof MA, Van Riel PLCM et al. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. Ann Rheum Dis 1990; 49:916-920.
12. Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. Q J Med 1968; 37:393-406.
13. Esteve-Vives J, Batle-Gualda E, Reig A, Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ): reliability, validity and transcultural equivalency. J Rheumatol 1993; 21:216-2122.
14. Batle-Gualda E y Chalmeta Verdejo C. Calidad de vida en la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol 2002; 29:1 (Supl):9-21.
15. Drossaers-Bakker KW, De Buck M, Van Zeben D et al. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. Arthritis Rheum 1999; 42:1854-1860.
16. Tugwell P, Wells G, Strand V et al. Clinical improvement as reflected in measures of function and health-related quality of life following treatment with leflunomide compared with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: sensitivity and relative efficiency to detect a treatment effected in a twelve-month, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum 2000; 43:506-514.