

Evaluación objetiva del enfermo en la práctica clínica

E. Batlle-Gualda

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Universidad Miguel Hernández.
Campus de San Juan. Alicante.

Hace 2 años, en el primer simposio de la Sociedad Española de Reumatología sobre artritis reumatoide (AR) celebrado en La Toja (Pontevedra), y en respuesta a la pregunta «¿cómo se debe evaluar la artritis reumatoide?», que titulaba nuestra ponencia, llegábamos a la conclusión de que era preferible realizar una evaluación clínica sistematizada de todos los enfermos y, al mismo tiempo, recomendábamos elegir el conjunto mínimo de parámetros para su puesta en práctica¹. En la actualidad existe un amplio consenso sobre la conveniencia de realizar una evaluación clínica sistematizada, más allá del contexto de los ensayos clínicos. Diferentes documentos recomiendan de forma decidida la incorporación de este tipo de evaluación a la práctica clínica diaria. Entre los más representativos merece la pena señalar las Guías de Práctica Clínica de la Artritis Reumatoide desarrolladas por la Sociedad Española de Reumatología², el Documento de Consenso sobre terapias anti-TNF³ y la actualización recientemente publicada de la Guía de Manejo de la Artritis Reumatoide del American College of Rheumatology⁴.

Sin embargo, el clínico, cuando intenta llevar a la práctica una evaluación objetiva sistematizada de sus enfermos, a menudo se pregunta qué parámetros deberá utilizar, teniendo en cuenta que suele verse sometido a una intensa presión asistencial que le obliga a maximizar aún más, si cabe, su eficiencia. Sobre este punto parece claro que lo más apropiado será incluir el conjunto mínimo de parámetros: *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*. Es bien conocido que el conjunto mínimo de parámetros es el resultado de las recomendaciones del American College of Rheumatology/OMERACT^{5,6}, con el objetivo inicial de poder evaluar la actividad de la AR de forma estandarizada en los ensayos clínicos, pero perfecta-

mente aplicable a la clínica diaria. Conviene recordar que la elección de esos parámetros se realizó evitando las redundancias y maximizando la eficiencia en las mediciones. Por tanto, cada uno de ellos debe ser contemplado como complementario de los demás. Es como si cada parámetro fuera una pieza de un rompecabezas, de forma que la suma de todos ellos permite que nos formemos una «imagen» más completa de las características de la enfermedad.

Recuentos articulares

El dolor a la presión o movilidad de las articulaciones y la tumefacción articular son componentes distintos y complementarios de la evaluación articular. Se ha demostrado, en los ensayos clínicos realizados con antiinflamatorios no esteroideos y con fármacos modificadores de la enfermedad, una discrepancia entre ambos parámetros en el 25% de los casos, es decir, algunos enfermos sólo mejoran en el número de articulaciones dolorosas pero no en el número de articulaciones tumefactas, y al revés⁵. A su vez, 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. Por último, el número de articulaciones dolorosas es más sensible para detectar cambios en los ensayos clínicos que el número de articulaciones tumefactas. Se recomienda, por tanto, recoger por separado el número de articulaciones dolorosas y el número de articulaciones tumefactas y evaluar un mínimo de 28 articulaciones. A continuación se exponen los recuentos utilizados con mayor frecuencia.

Recuento de 28 articulaciones

Es el más sencillo de todos ellos, razón por la que quizás sea el más extendido⁷. En la tabla 1 se describen las articulaciones incluidas. Entre sus ventajas cabe destacar que ha sido validado para su utilización en ensayos clínicos⁸ y es necesario para el cálculo del Disease Activity Score 28 (DAS28)⁹. Entre los inconvenientes cabe citar la falta de inclusión de las articulaciones de los tobillos y pies afectadas en más del 50% de los enfermos con AR⁸.

Correspondencia: Dr. E. Batlle-Gualda.
Sección de Reumatología.
Hospital General Universitario de Alicante.
Calle Pintor Baeza, s/n. 03010 Alicante.
Correo electrónico: enrique.batlle@wanadoo.es

TABLA 1. Articulaciones evaluadas en los recuentos de mayor uso

	NAD28	NAT44 ^b	Ritchie ^c	NAD68 ^d NAT66
Columna cervical	—	—	+M	—
Temporomandibular	—	—	+ ^a	+
Esteroclavicular	—	+	+ ^a	+
Acromioclavicular	—	+	+ ^a	+
Hombró	+	+	+	+
Codo	+	+	+	+
Muñeca	+	+	+	+
Metacarpofalangicas	+	+	+ ^a	+
Interfalangicas proximales	+	+	+ ^a	+
Interfalangicas distales	—	—	—	+
Cadera	—	—	+ M	+
Rodilla	+	+	+	+
Tobillo	—	+	+	+
Subastragalina	—	—	+ M	+ ^a
Mediotarsiana	—	—	+ M	+ ^a
Metatarsofalangicas	—	+	+	+
Interfalangicas (pie)	—	—	— +	

^aEstas articulaciones se cuantifican como si fueran una sola.^bNAT44: articulaciones tumefactas evaluadas para el DAS completo.^cEl 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 metacarpofalangianas, las interfalangianas proximales, y las mediotarsianas, metatarsofalangianas, que se evalúan como dos, derecha e izquierda.^dEn el recuento de NAD68/NAT66 la articulación subastragalina y el tarso se evalúan como una sola.

Recuento de 44 articulaciones

Lógicamente, es más completo que el anterior, al añadir las articulaciones de los tobillos y las metatarsofalangianas, además de ambas esternoclaviculares y acromioclaviculares (tabla 1). Representa un buen equilibrio entre el reducido de 28 articulaciones y el exhaustivo de 66/68, a costa de algo más de tiempo. Su popularidad se debe a que forma parte del cálculo del Disease Activity Score (DAS) completo original^{10,11}, donde se utilizó para evaluar la tumefacción articular.

Índice de Ritchie

Representa el equivalente al recuento de 44 articulaciones pero para el dolor, pues este índice no fue diseñado para evaluar la tumefacción. Incluye 53 articulaciones, si bien se puntúa sobre 26, pues algunos grupos articulares se evalúan como si fueran una sola articulación (tabla 1)¹². Se consideran grupos articulares las interfalangianas proximales derechas, interfalangianas proximales izquierdas, las metacarpofalangianas derechas, las metacarpofalangianas izquierdas, la columna cervical, las temporomandibulares, las acromioclaviculares, las esternoclaviculares, las metatarsofalangianas derechas e izquierdas. En cada articulación se evalúa el dolor a la presión o movilidad (cuello, caderas, subastragalina, mediotarsiana) según la respuesta del pa-

TABLA 2. Tiempos estimados para realizar varios recuentos articulares en 10 enfermos

Recuento	P25-P75	Diferencia con T28*
T28	24-37	
T44	32-52	8-15
T66	49-80	25-45

^aDiferencia de tiempo expresado en minutos.

P25: percentil 25; P75: percentil 75.

T28: NAT28 + NAD28.

T44: NAT44 + Ritchie.

T66: NAT66 + NAD68.

ciente y de acuerdo con la siguiente escala: 0 = ausencia de dolor; 1 = dolor; 2 = dolor y mueca; 3 = dolor, mueca y retirada de la articulación (puntuación máxima: 78). En el caso de grupos articulares, se adjudica a todo el grupo el valor más alto observado en cualquiera de las articulaciones que forman el grupo. Se utiliza para el cálculo del Disease Activity Score (DAS) completo original¹¹.

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). Este método se ha utilizado en muchos ensayos clínicos. Su principal ventaja, incluir todas las articulaciones, es a la vez su mayor inconveniente, es decir, su laboriosidad y la inclusión de articulaciones de difícil evaluación, como las interfalangianas distales de las manos y las interfalangianas proximales de los pies.

¿Cuánto tiempo se tarda?

En nuestro hospital hemos estudiado, en una muestra de 33 enfermos, cuánto tiempo se tarda en realizar los recuentos anteriormente descritos. Cuatro reumatólogos colaboraron en este ejercicio y cada uno evaluó enfermos diferentes pero con características similares (número de articulaciones tumefactas y dolorosas). Una observadora independiente midió los tiempos con la ayuda de un cronómetro y de acuerdo con un protocolo. Los médicos no llegaron a conocer sus tiempos. Todo el ejercicio se realizó de forma integrada con la consulta diaria para acercarse lo más posible a la realidad. El tiempo empleado por los cuatro reumatólogos para realizar un recuento completo (tumefactas + dolorosas) de 28 articulaciones varió (P25-P75) entre 2,30 y 3,30 min, el de 44 (para el dolor se usó el índice de Ritchie) entre 3,15 y 5,15 min, y el de 66/68 entre 5 y 7 min. Si se hace una estimación del tiempo empleado en llevar a cabo dichos recuentos a 10 enfermos en una misma mañana se obtienen los valores de la tabla 2, en la que se exponen las diferencias entre los mis-

mos. Estos datos permiten apreciar que el recuento de 44 articulaciones parece el más interesante por la información aportada en el tiempo que ocupa.

Dolor

Conviene evaluar el dolor por diversos motivos. El dolor representa, junto con la discapacidad, la principal preocupación para los enfermos pero, además, se relaciona con la actividad de la enfermedad y, en especial, con la cantidad de dolor articular. Esta última característica tiene un interés adicional, pues no suelen evaluarse todas las articulaciones en los recuentos rutinarios. Finalmente, es difícil hablar de remisión si el enfermo refiere dolor.

En nuestro hospital intentamos averiguar cuál de 4 escalas diferentes funcionaba mejor con los enfermos: escala análoga visual (línea horizontal de 100 mm con descriptores en los extremos), escala análoga numérica (igual que la anterior, pero con descriptores numéricos, 0 a 10), escala numérica (casillas marcadas del 0 a 10) y escala tipo Likert (5 niveles). Los enfermos consideraron que la escala análoga visual era la peor para explicar su dolor, la que más dificultades presentaba para su comprensión, de forma estadísticamente diferente de las otras tres. La escala Likert ocupó el primer lugar en sus preferencias, seguida de las escalas numérica y análoga numérica, sin prácticamente diferencia entre estas dos últimas. En función de la información que ofrece cada escala parece razonable elegir cualquiera de estas dos últimas. Si se presentan serias dificultades de comprensión, por ejemplo, con enfermos mayores y sin estudios, se puede usar la escala Likert.

Discapacidad

Conviene evaluar la discapacidad autopercibida con cuestionarios previamente validados. Se recomienda usar la versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)¹³. Recientemente se ha publicado una revisión donde se exponen de forma amplia las características del cuestionario y su forma de puntuación¹⁴. Para muchas personas, el concepto de discapacidad va asociado a lesión anatómica y daño estructural; sin embargo, hoy día se sabe que la discapacidad es el resultado de múltiples factores, 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 HAQ¹⁵. La utilización de perfiles de salud, que evalúan otros aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud, aportará información adicional y complementaria. En cada caso convendrá sopesar el esfuerzo que conlleva la obtención de dicha información¹⁴.

Evaluación global de la enfermedad

Conviene no confundir evaluación global de la enfermedad con evaluación global de la salud. Con cierta frecuencia se usan de forma indistinta como si fueran conceptos iguales, aunque no es así. Cuando se intenta que el enfermo evalúe de forma global su enfermedad se aconseja hacerlo con una frase única que pregunte directamente sobre la actividad de la enfermedad o de la artritis, por ejemplo, en la última semana. Algo así como: «En general, ¿cómo se ha encontrado su artritis durante la última semana?». La frase anterior difiere notablemente de la pregunta: «En general, ¿cómo se ha encontrado su salud durante la última semana?». La respuesta a esta pregunta se puede hacer con los mismos tipos de escalas que para el dolor. Es muy aconsejable que ambas escalas tengan el mismo sentido numérico, o sea, que no tener dolor y tener una artritis sin actividad sea un cero en ambas. Es interesante que el parámetro «evaluación global de la enfermedad» demuestra ser, de forma consistente, el más sensible al cambio clínico cuando se compara con los demás parámetros en los ensayos clínicos. Por ejemplo, Tugwell et al¹⁶ 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 entre metotrexato y placebo fue la evaluación global de la enfermedad efectuada por el enfermo, seguida de la evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico, la evaluación del dolor con escala análoga visual y la PCR con idénticos valores, la VSG y el número de articulaciones dolorosas también con los mismos valores y, por último, el número de articulaciones tumefactas y el HAQ. Cuando se analizó la eficiencia relativa de las mismas variables al comparar leflunomida frente a placebo se observaron hallazgos parecidos. Por último, es conveniente que médico y enfermo realicen, cada uno por separado, su propia evaluación global de la enfermedad. Diferentes datos sugieren que médico y enfermo tendrían en cuenta aspectos distintos cuando tratan de evaluar la actividad de la enfermedad. Por todo ello, parece razonable incluir ambas en la evaluación clínica sistematizada.

Reactantes de fase aguda

Parece obvio incluir tanto la VSG como la proteína C reactiva (PCR), actualmente de fácil disposición en todos los laboratorios.

Experiencia práctica

La información anterior se puede llenar de forma estructurada en una hoja de recogida de datos. En

nuestro hospital se utiliza una hoja que por un lado, y en su mitad superior, contiene 3 escalas que el enfermo debe llenar teniendo en cuenta la última semana: estado del enfermo respecto a la visita anterior, dolor y evaluación global de la enfermedad. La mitad inferior está reservada al médico, donde se ha incluido una escala de evaluación global y un homúnculo para señalar las articulaciones tumefactas y dolorosas. En el reverso de esta hoja figura el HAQ.

El procedimiento habitual consiste en ofrecer esta hoja al enfermo al final de la visita, solicitándole que la rellene en su domicilio tranquilamente el día antes de volver a la nueva cita. Se insiste en que no lo haga antes y que, cuando la rellene, piense en cómo se ha encontrado solamente durante la última semana. Es importante que el enfermo se dé cuenta de que esta información es necesaria y útil para el médico, ya que de esta forma acabará aprendiendo a llenarla. El enfermo debe ver por sí mismo que consultamos esos datos y los comparamos con las hojas de visitas anteriores. Hay que insistirle en que es como la presión arterial en el hipertenso o la glucemia en el diabético. Obviamente, si nosotros no miramos estos valores de nada servirá pedírselo al enfermo. En este sentido, conviene mostrar nuestra contrariedad y malestar si no nos proporciona esa información, y explicarle que de esa forma es mucho más difícil saber cómo se encuentra realmente. En nuestra experiencia el procedimiento funciona aceptablemente bien.

Índices de actividad

Con los parámetros anteriores conviene calcular algún índice de actividad. Nuestra recomendación, de acuerdo con el Documento de Consenso³ y las GUIPCAR², es obtener el DAS28⁹, que incluye el número de articulaciones dolorosas y tumefactas sobre 28 (NAD28, NAT28), la VSG, y la evaluación global de la enfermedad efectuada por el enfermo (EGE), puntuada de 0 a 100 mm (muy bien/sin artritis hasta muy mal/máxima artritis):

$$\text{DAS28} = 0,56 (\sqrt{\text{NAD28}}) + 0,28 (\sqrt{\text{NAT28}}) + 0,70 (\ln \text{VSG}) + 0,014 (\text{EGE})$$

En estos momentos existen diferentes herramientas que facilitan el cálculo de este índice, incluyendo calculadoras especialmente diseñadas para este fin.

Conclusión

En definitiva, la evaluación objetiva del enfermo en la clínica diaria es posible y necesaria.

En la actualidad resulta difícil imaginar un seguimiento de calidad sin una evaluación sistematizada.

Bibliografía

1. Batlle-Gualda E. ¿Cómo se debe evaluar la artritis reumatoide? *Rev Esp Reumatol* 2000;27:250-5.
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;29:51-5.
4. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. 2002 Update. *Arthritis Rheum* 2002; 46:328-46.
5. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C, Chernoff M, Fried B, et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum* 1993;36:729-40.
6. Proceedings from The Conference on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials (OMERACT). *J Rheumatol* 1993;20:526-91.
7. Fuchs HA, Brooks RH, Callahan LF, Pincus T. A simplified twenty-eight-joint quantitative articular index in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1989;32:531-7.
8. American College of Rheumatology Committee on outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum* 1994;37:463-4.
9. Van Gestel AM, Haagsma CJ, Van Riel PLCM. Validation of rheumatoid arthritis improvement criteria including simplified joint counts. *Arthritis Rheum* 1998;41:1845-50.
10. Van der Heijde DMFM, Van't Hof MA, Van Riel PLCM, Theunisse LAM, Lubberts EW, Van Leeuwen MA, 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;49:916-20.
11. Van der Heijde DMFM, Van't Hof MA, Van Riel PLCM, Van Leeuwen MA, Van Rijswijk MH, Van de Putte BA. Validity of single variables and composite indices for measuring disease activity in RA. *Ann Rheum Dis* 1992;51:177-81.
12. Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieson P, 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, Batlle-Gualda E, Reig A, Grupo para la Adapación del HAQ a la Población Española. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ): reliability, validity and transcultural equivalency. *J Rheumatol* 1993;21:16-22.
14. Batlle-Gualda E, 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, Zwijnenberg AH, Breedveld FC, Hazes JM. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. *Arthritis Rheum* 1999;42:1854-60.
16. Tugwell P, Wells G, Strand V, Maetzel A, Bombardier C, Crawford B, 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 effect in a twelve-month, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2000;43:506-14.

