

Pregunta 3: En los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, ¿cuál es el mejor índice para estratificar la actividad de la enfermedad?

Introducción

En la AR, la actividad de la enfermedad representa el grado de inflamación del proceso fisiopatológico propio de la enfermedad (18). En la actualidad, la medición de la actividad de la enfermedad es utilizada para la toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente con AR, este tipo de manejo ha demostrado resultados positivos principalmente en relación con la progresión de la enfermedad y la discapacidad física (19).

La actividad de la enfermedad en la AR es clasificada como: baja, moderada o alta según los puntos de corte de varias escalas de actividad que se han elaborado para este fin. Existe una variación en las recomendaciones entre los diferentes organismos internacionales sobre que escala debería usarse para la medición de actividad de la enfermedad. El ACR recomienda la medición de actividad de enfermedad con alguna de las siguientes escalas *Patient Activity Scale (PAS)*, *Routine Assessment of Patient Index Data 3 (RAPID-3)*, *Clinical Disease Activity Index (CDAI)*, *Disease Activity Score 28 (DAS28)*, y *Simplified Disease Activity Index (SDAI)* (20). Por otro lado, el EULAR recomienda escalas tales como: DAS28, CDAI y el SDAI (21).

La diversidad de instrumentos para evaluar la actividad de enfermedad y la falta de recomendaciones formales sobre el uso de una escala en particular probablemente contribuyen a una variabilidad entre las estratificaciones de actividad de enfermedad, y sea una limitante para optimizar el manejo de los pacientes con AR.

Con el objetivo de homogeneizar el manejo del paciente con AR, es pertinente definir una escala que sea la más adecuada a nuestro contexto, sencilla, rápida de aplicar y sobretodo tenga una adecuada capacidad discriminativa para identificar la actividad de la enfermedad de los pacientes; por tal motivo, el GEG-Local decidió elaborar esta pregunta.

Formulación de la PICO para responder esta pregunta clínica

Para responder a la pregunta clínica se formuló la siguiente pregunta PICO:

PICO N°	Paciente / Problema	Prueba Índice / Prueba de Referencia	Desenlaces
3	Pacientes con AR	Escalas: <ul style="list-style-type: none"> • DAS28 • CDAI • SDAI • PAS • PAS-II • RAPID3 	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación o exactitud diagnóstica • SROC • AUC • LR + • LR – • DOR • Sensibilidad • Especificidad • Progresión • Precisión • Concordancia • Validez de constructo

Búsqueda de RS para la PICO N° 3

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**).

Luego de realizar la búsqueda sistemática, se encontró tres RS que respondieran la pregunta. Anderson et al. (2012) (22) para los desenlaces de confiabilidad y validez; Gaujoux-Viala et al. (2012) (23) para los desenlaces de reproductibilidad, validez de constructo, sensibilidad, y concordancia; y Toledano et al. (2017) (24) para el desenlace de validez aparente.

Ninguna de las RS encontradas realizó un MA debido a la poca cantidad de estudios para cada uno de los desenlaces y por los diferentes comparadores que se tenían para una misma intervención. Es por este motivo, que se realizó un análisis crítico cualitativo de la evidencia encontrada.

Resumen de la Evidencia por desenlaces priorizados:

PICO 3: Comparación de índices

- Reproductibilidad
 - Para este desenlace se tomó en cuenta la RS de Gaujoux-Viala et al. (23) reportando una reproductibilidad intraobservador similar entre todos los índices, con valores de 0.82-0.92, 0.88, y 0.89 para las escalas de DAS28, SDAI y CDAI, respectivamente.

- Validez de constructo
 - Se tomó en cuenta la RS de Gaujoux-Viala et al. (23) para los índices de DAS28, SDAI y SDAI, y la RS de Toledano et al. (24) para el índice de PAS.
 - Al comparar la escala SDAI con el DAS28 se encontraron valores de correlación entre 0.84 a 0.93, cifras similares a los reportados entre la comparación entre CDAI y el DAS28 (0.89)
 - Se reportó que el índice PAS contaba con una adecuada validez de constructo para la evaluación de actividad de enfermedad con una correlación fuerte con el DAS, pero siendo poco clara al reportar gravedad de la enfermedad.

- Concordancia
 - Para este desenlace se tomó en cuenta sólo la RS de Gaujoux-Viala et al. (23) que incluye la evaluación de la concordancia entre el SDAI-DAS28 y CDAI-DAS28.
 - Se reporta una concordancia de respuesta entre el SDAI y el DAS28 de 80% con valores kappa para detectar actividad baja de 0.68.
 - Para la comparación entre el CDAI y DAS28 se reportó una concordancia de 74% con valores kappa para detectar actividad baja de 0.67.

- Tiempo de administración
 - Se utilizó la RS de Anderson et al. (22) para abordar este desenlace, la cual evaluó las escalas PAS II, RAPID 3, CDAI, SDAI y DAS28.
 - Se encontró que el tiempo promedio para que el paciente sea evaluado por los parámetros de la escala fue <1.5 minutos para el PAS II, aproximadamente 1.5

min. para el RAPID 3, y aproximadamente 10 segundos para el CDA, SDAI y DAS28.

- El tiempo promedio para evaluar los parámetros de la escala por el médico fue <30 segundos para el PAS II y RAPID 3, <2 min. para el CDAI, aproximadamente 2 min. para el SDAI, y de 3 a 5 minutos para el DAS28.
- Sólo la escala SDAI y DAS28 cuentan con resultados de laboratorio que necesitan ser evaluados.
- **Aceptabilidad**
 - Se utilizó la RS de Anderson et al. (22) para abordar este desenlace priorizado, encontrando que tanto la escala PAS II y RAPID 3 son aceptables por sus componentes individuales, mientras que el CDAI, SDAI y DAS28 tiene una excelente aceptabilidad por todos sus componentes.

Análisis Cualitativo de la Evidencia Global

- En general analizando toda la evidencia clínica, no encontró diferencias significativas en los desenlaces críticos priorizados entre las diferentes escalas de medición de actividad de enfermedad (22-24). Por tal motivo el GEG-Local consideró que la elección de la escala para medir actividad de la enfermedad debería elegirse en función a otros ítems, tales como sencillez, rapidez, factibilidad, uso de recursos, etc.

Certeza global de la Evidencia

Según la valoración de la certeza de la evidencia de los desenlaces críticos, se determinó que la certeza global para esta recomendación fue BAJA (**Anexo N° 5**)

De la evidencia a la Recomendación

Para la elaboración de la recomendación se siguió la metodología GRADE: Marcos EtD (**Anexo N° 5**)

Dirección y fuerza de la recomendación:

- **Dirección de la Recomendación:** El GEG consideró que la evidencia muestra que no existe diferencia en la concordancia y validez de constructo entre los índices de DAS28, CDAI, y SDAI, con buena aceptación por los profesionales de salud para todos los índices; sin embargo, se tomó en cuenta que el CDAI es un índice cuyo tiempo de realización es considerablemente menor que el SDAI y DAS28. Por estos motivos se decidió realizar una **recomendación a favor** del uso del CDAI.
- **Fuerza de la Recomendación:** El GEG toma en cuenta que la certeza de la evidencia fue baja, y que no se encontraron diferencias en los desenlaces entre los índices, por esta razón se emite una **recomendación condicional** para el uso de CDAI.

Planteamiento y justificación de puntos de BPC:

- Se consideró que, debido a que en muchos centros de atención primaria no cuentan con médicos reumatólogos podría haber falencias en la evaluación del examen articular, parámetro incluido dentro del CDAI. Por este motivo, la utilización de escalas enfocadas

únicamente en el paciente podría subsanar esta barrera. La escala RAPID III además de contar con una versión en español, en una RS se evidenció que cuenta con una buena precisión para evaluar la actividad de la enfermedad, que es factible de ser usada en el punto de atención y que es aceptable para la mayoría de los reumatólogos (22).

Formulación de las Recomendaciones y puntos de BPC

PICO 3

Recomendación:

- En paciente con AR, se sugiere usar la escala CDAI como herramienta para evaluar la actividad de la enfermedad.

Recomendación: Condicional a favor

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

Punto de BPC

- En pacientes con AR que alcanzaron los objetivos terapéuticos, es factible que el médico reumatólogo indique su contrarreferencia al primer nivel de atención. En dicho contexto, un médico de primer nivel podría utilizar la escala RAPID 3 para la monitorización de la actividad de la enfermedad por ser una escala más sencilla y de fácil aplicación.