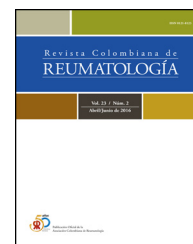




Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Artículo de reflexión

Valoración de limitaciones en reumatología. Herramientas más utilizadas en la práctica



M. Teófila Vicente-Herrero^{a,*}, Santiago Delgado Bueno^b,
M. Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre^c y Luisa Capdevila García^d

^a Medicina del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Grupo Correos, Valencia, España

^b Medicina Forense, Instituto Médico-Legal Abascal, Madrid, España

^c Medicina del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Grupo Correos, Albacete, España

^d Medicina del Trabajo y Medicina de Familia, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, MAPFRE, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de junio de 2018

Aceptado el 17 de octubre de 2018

On-line el 24 de noviembre de 2018

Palabras clave:

Enfermedades reumáticas

Cuestionarios

Valoración

Limitaciones

R E S U M E N

Introducción: Las enfermedades reumáticas son patologías de alta prevalencia, impacto y repercusión, caracterizadas por dolor y limitación funcional. Para valorar la limitación, la historia clínica es el punto de partida, junto con las pruebas específicas necesarias, según el tipo de padecimiento. De forma complementaria, se recomienda el uso de herramientas clinimétricas.

Objetivo: Comparar algunas herramientas o cuestionarios usados en las enfermedades reumáticas más prevalentes, revisando la bibliografía para destacar sus aportes y su utilidad en la labor del médico con finalidad clínica o pericial.

Método: Se revisan las características básicas de los cuestionarios y herramientas más usadas en: osteoartritis, artritis reumatoide y artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y lupus eritematoso sistémico. Se revisa en Medline la experiencia de los autores con algunos cuestionarios en función de la patología y de sus diversos usos.

Resultados: Los cuestionarios se utilizan en su mayoría para la valoración de la calidad de vida, la discapacidad y la evolución clínico-terapéutica de los pacientes. No hay acuerdo entre los autores sobre si existe prioridad en el uso de algún cuestionario concreto por patología y se tiende a combinar varios. Los cuestionarios genéricos más utilizados son SF-36, NHP y EQ-5D. Por enfermedades: en artritis reumatoide, HAQ y DAS28; en osteoartritis, WOMAC y Knoos; en Lupus, SLEDAI y BICLA, y en espondilitis, BASDAI y ASDAS.

Conclusiones: En reumatología los cuestionarios son de uso habitual y resultan de utilidad de forma complementaria a la historia clínica y a las pruebas específicas. La elección por el profesional médico se basa en su experiencia y en la adecuación al objetivo buscado.

© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mtvh@ono.com, grupo.gimt@gmail.com, correoteo@gmail.com (M.T. Vicente-Herrero).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.10.003>

0121-8123/© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Assessment of limitations in rheumatology. Tools most used in practice**A B S T R A C T**

Keywords:
Rheumatological diseases
Questionnaires
Assessment
Limitations

Introduction: Rheumatic diseases are high prevalence, high impact and repercussion pathologies characterised by pain and functional limitation. To assess the limitation, the starting point is the clinical history, together with the specific tests required according to the type of condition. The use of complimentary clinometric tools is recommended.

Objective: To compare some tools or questionnaires used in the most prevalent rheumatic diseases, and a review of the literature to highlight their contributions and usefulness in medical practice by the clinician or expert.

Method: A review is made of the basic characteristics of the questionnaires and the most used tools in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and systemic lupus erythematosus. The experience of the authors is reviewed in Medline, with some questionnaires depending on the pathology and its various uses.

Results: The questionnaires are used mainly to assess the quality of life, disability, and clinical-therapeutic evolution of patients. There is no agreement among the authors on whether there is a priority in the use of a specific questionnaire by pathology, and there is a tendency to combine several. The most commonly used generic questionnaires are SF-36, NHP and EQ-5D. For diseases: in rheumatoid arthritis, the HAQ and DAS28; in osteoarthritis, WOMAC and Knoos; in lupus, SLEDAI and BICLA; and in spondylitis, BASDAI and ASDAS.

Conclusions: In rheumatology, questionnaires are commonly used, and are useful as a complement to the clinical history and specific tests. The choice by the medical professional is based on their experience and on the adaptation to the objective sought.

© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U.

All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades reumáticas constituyen un conjunto de dolencias médicas del aparato locomotor que afectan básicamente a articulaciones, tendones, músculos y ligamentos. De ellas hacen parte las enfermedades metabólicas del hueso y las denominadas enfermedades del tejido conectivo o colagenosis¹.

En todos los países de mundo constituyen un grupo de enfermedades de alto impacto sociosanitario y muestran incidencia y prevalencia crecientes. En España, ejemplo de ello es el estudio EPISER (1998-1999), de la Sociedad Española de Reumatología, cuyos resultados muestran que todas ellas inciden negativamente en las puntuaciones de los cuestionarios de función y calidad de vida, existiendo diferencias significativas frente a otras enfermedades crónicas. Las que se asocian a una peor calidad de vida por la limitación física son la artritis reumatoide (AR), la artrosis de rodilla y la lumbalgia. El 20,6% de la población española consume antiinflamatorios no esteroideos (AINE) regularmente y el 33% consulta anualmente al médico por problemas osteomusculares. Las enfermedades osteomusculares están relacionadas con el 50,7% de las incapacidades laborales².

La epidemiología de estas enfermedades es muy variable. Tomando como referencia el estudio EPISER, la osteoartritis radiológica afectaría a más del 70% de los mayores de 50 años, con un porcentaje algo mayor en mujeres y diferencias según la zona corporal: en las manos, la prevalencia de osteoartritis sintomática sería del 6,2%, más frecuente en mujeres, con

una relación 2:1 o mayor; en la rodilla, del 10,2%, afectando por igual a ambos sexos; en la cadera, en mayores de 40 años, estaría por debajo del 5%, sin claras diferencias por sexos, aunque tiende a ser más frecuente en hombres, y la degeneración discal asociada a espondiloartrosis (en al menos un disco) muestra cifras cercanas al 80% en hombres y al 75% en mujeres mayores de 50 años. Las cifras de hiperuricemia halladas en EPISER están en torno al 10%, dato relevante teniendo en cuenta que aproximadamente el 10% de los individuos con hiperuricemia desarrollan gota, más frecuente en hombres. El porcentaje de individuos que presentan AR se estima en el 0,5%, con diferencias según sexos, siendo del 0,6% en mujeres y del 0,2% en hombres. En espondiloartritis (EspA), la prevalencia de lumbalgia de características inflamatorias es del 1,8%, siendo mayor en hombres. Para artritis psoriásica (ApS) la prevalencia encontrada es de 1,5%, también más frecuente en hombres. En el caso del lupus, la prevalencia es de 91 casos por 100.000 habitantes. La polimialgia reumática en mayores de 50 años en España se sitúa en 18,7 casos por 100.000 habitantes, con una incidencia significativamente mayor en mujeres; finalmente, el síndrome de Sjögren primario muestra una prevalencia del 3%.

Los cambios sociodemográficos y de estilo de vida en los últimos 16 años justifican una actualización, por lo que está en marcha el estudio EPISER 2016, que permitirá comparaciones con estudios de otros países y con el EPISER 2000³.

La mayoría de todos estos procesos reumáticos se caracterizan por dolor y limitación funcional causada o agravada por procesos mecánicos o degenerativos, en relación con sobrecargas, movimientos repetidos, envejecimiento y por fenómenos

inflamatorios relacionados con procesos autoinmunes. En cualquier caso, la mayor parte de las enfermedades tienden a una evolución progresiva que lleva al paciente a reducir su movilidad, la capacidad de desplazamiento y la interrelación social, afectando a las actividades cotidianas más elementales.

En algunos países, como Alemania, se han realizado estimaciones comparativas de los costes directos e indirectos de: AR, espondilitis anquilosante (EA), ApS y lupus eritematoso sistémico (LES) en función de distintos aspectos, entre los que se destaca el estado funcional. Los autores concluyen que los costes son altos para estas enfermedades, aumentan con su duración y son fuertemente dependientes del estado funcional, siendo tanto más elevados cuanto mayor es la discapacidad que ocasionan⁴. Coinciden con esta valoración los trabajos de otros investigadores que incluyen tanto costes directos (de consulta, farmacológicos, hospitalarios, rehabilitación) como indirectos (absentismo laboral) con importantes costes para estas enfermedades sin que se observen grandes diferencias entre ellas⁵.

Entre los costes indirectos se destacan los laborales, y algunos países, como Portugal, han valorado el impacto de intervenciones para evitar o mitigar la jubilación anticipada en pacientes con enfermedades reumáticas, destacando el peso de la investigación como herramienta fundamental⁶. También se destaca en otros trabajos el papel de la actividad rehabilitadora en enfermedades como AR, EspA, osteoartritis de cadera y rodilla y su importancia para mejorar la salud de las personas y reducir su discapacidad y su impacto en el lugar de trabajo, que tendrá un efecto asociado en su calidad de vida y la de sus familias⁷. En conjunto, son el dolor, las limitaciones funcionales y las pocas oportunidades de adaptación laboral las que se asocian con la mayor presencia de bajas por enfermedad⁸.

La medida del impacto de una enfermedad requiere una valoración integral que abarque diferentes aspectos: calidad de vida, repercusión personal, comorbilidades asociadas y valoración de esta repercusión por las limitaciones en el ámbito laboral. Si bien el punto de partida es la historia clínica, junto con el apoyo de las pruebas complementarias específicas necesarias según la patología concreta, para completar la valoración se recomienda el uso de herramientas/cuestionarios orientados al paciente o al médico. Dada su variedad, es importante, de un lado, conocer los cuestionarios disponibles y, de otro, los aportes de cada uno para ajustarse con efectividad a los objetivos buscados⁹.

Por todo ello, es objetivo de este trabajo revisar en la bibliografía médica algunas de las herramientas o cuestionarios más utilizados en la evaluación de las enfermedades reumáticas más prevalentes y destacar los aportes de cada cual para facilitar la labor del médico no habituado a su uso y que ha de valorar las limitaciones con finalidad clínica o pericial.

Método

Se realiza una revisión de los cuestionarios y herramientas informatizadas de valoración en los 4 bloques de patologías reumáticas más relevantes: osteoartritis, AR y ApS, EspA y LES. Se revisa en Medline la experiencia de distintos autores con

dichos cuestionarios en función de cada patología y en sus diversos usos para valoración.

Resultados

La [tabla 1](#) muestra los cuestionarios multidimensionales más utilizados, especialmente para la valoración global de la calidad de vida y los aspectos diferenciadores en cada uno de ellos: el SF-36, el NHP y el EQ-5D.

La [tabla 2](#) muestra los principales cuestionarios utilizados en reumatología en función de cada patología. Para AR: *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ-DI), DAS28, SDAI y CDAI, RAPID 3, AIMS/AIMS2; para ApS: CPDAI, PsAQoL, VITACORA, PsAJAI, DAPSA, AMDF; para osteoartritis: WOMAC, KOOS, AUSCAN, MHAQ; para EA: IFD, BASFI, HAQ-S, BASMI, BASDAI, ASDAS, ASQoL, PGI, MEI, MASES, ASAS 20%, ASAS 40%, mSASSS, SASSS, BASRI, SPARCC, ASspiMRI-a, Método de Berlín para RM; para LES: SLEDAI, ECLAM, SF-36, BILAG, SLAM, LAI, SDI (SLICC).

Discusión

Las enfermedades reumáticas suponen una problemática de salud pública, y por su evolución hacia la cronicidad conllevan repercusión tanto sanitaria como económica, social, personal y laboral. Si bien el criterio general en todos los países coincide en la necesidad de incrementar la investigación en este campo, en la mayoría de ellos, incluida España, existe de forma tradicional una insuficiente contribución en publicaciones y estudios a la literatura reumatológica internacional, y los existentes son de carácter principalmente descriptivo¹⁰. Esta necesidad de investigación se mantiene especialmente por la complejidad de las enfermedades autoinmunes, en las que, a pesar de los avances terapéuticos obtenidos, aún quedan muchas preguntas abiertas para el futuro que ayuden a un mejor manejo clínico, terapéutico y de sus implicaciones y su impacto¹¹.

Uno de los puntos de mayor complejidad es el de la valoración funcional de las limitaciones asociadas a la enfermedad y su repercusión multidimensional, donde cobran especial importancia los cuestionarios como apoyo complementario a la historia clínica y pruebas complementarias específicas, tanto más si se considera que la multimorbilidad puede alterar considerablemente el funcionamiento y la calidad de vida diaria, y que el hecho de tener una enfermedad reumática empeora estos resultados¹², a lo que se añade el hecho de que las enfermedades reumáticas se asocian a un incremento de factores de riesgo por otras enfermedades o eventos adversos¹³.

El curso clínico dinámico de las afecciones reumáticas hace necesaria una recopilación regular de información sobre el estado de salud del paciente para controlar la actividad de la enfermedad y su estado funcional. Por ello, en algunos trabajos se destaca el papel de las medidas de resultados informadas por el paciente como pieza clave en la evaluación de los síntomas, para valorar el funcionamiento y la salud, cruciales para el inicio y control evolutivo del tratamiento en algunas enfermedades como la EspA¹⁴.

Tabla 1 – Principales cuestionarios genéricos utilizados en reumatología y características específicas

Short-Form 36 (SF-36) ^{a,36}	Cuestionario autoaplicado, de 36 preguntas agrupadas en 8 escalas, se valora en rango de 0 a 100 Existen versiones abreviadas, de 12 ítems (SF-12)³⁷ y de 8 ítems (SF-8)³⁸ Valora la calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades reumáticas y permite establecer comparaciones entre distintas enfermedades y con la población general Disponible en español
Short-Form Late-Life Function and Disability Instrument (SF-LLFDI)	Cuestionario con 3 subescalas, una de función y 2 de discapacidad. Puntúa de 5 a 1 en cada escala. El rango de puntuación global final oscila entre 31 y 155 Valora discapacidad, especialmente en personas mayores Disponible en español
Nottingham Health Profile (NHP) ³⁹	Cuestionario en 2 partes; solo la primera se usa habitualmente, y esta consiste en 38 preguntas agrupadas en 6 subescalas y se valora en el rango de 0 a 100 Las preguntas son de respuesta binaria (sí/no) y tiene problemas de ponderación y efecto techo y suelo significativos Tiene menor uso que el SF-36 en las enfermedades reumáticas
EuroQoL 5D ⁴⁰	Cuestionario sencillo de uso; incluye 5 preguntas con 3 niveles de respuesta cada una, referidas a sus 5 dimensiones Muy utilizado en los análisis de coste-utilidad

^a Dispone de herramienta informatizada (calculadora SF 36: <http://www.ugr.es/~abfr/sf36/>).

Entre los cuestionarios genéricos con validez usados para la valoración de enfermedades reumáticas se destaca el SF-36, validado en español, de gran uso y con experiencia probada en los estudios de investigación¹⁵, del que hay disponibles versiones cortas con 12 y 8 ítems, y también el SF-LLFDI, del que existe una versión validada al español y es uno de los pocos cuestionarios que evalúa discapacidad y función, aunque su uso se centra en población mayor o geriátrica, y con un enfoque específico en la valoración de discapacidad¹⁶.

La recomendación de uso de los distintos cuestionarios por los autores está en función de su experiencia de aplicación. De este modo, en algunos trabajos se afirma la bondad del uso del HAQ, del que existe una versión traducida y validada en español, para la evaluación digital y para la retroalimentación gráfica de las medidas de resultado informadas por los pacientes; de este modo resultaría un método que podría aumentar el empoderamiento y la participación de los pacientes en su propio proceso de atención, apoyado con el uso de dispositivos móviles integrados en la infraestructura hospitalaria¹⁷.

Las distintas versiones del HAQ se usan comúnmente para medir el funcionamiento físico en múltiples enfermedades reumáticas, pero no ha habido una demostración clara de que alguna versión de HAQ sea en realidad genérica. Así, el HAQ-II, del que existe una versión validada al español en Argentina, se puede utilizar en diferentes patologías reumáticas, y las puntuaciones se pueden interpretar de manera similar en pacientes con distintas enfermedades¹⁸. El HAQ-DI se encuentra traducido para poblaciones de habla hispana y conserva las características del índice original, por lo que puede utilizarse para evaluar el resultado en pacientes hispanohablantes con AR¹⁹.

El MDHAQ/RAPID3 es un cuestionario validado al español para población de habla hispana de evaluación de salud multidimensional/evaluación de rutina de los datos del índice del paciente y se desarrolló a partir del HAQ. Incluye escalas no encontradas en el HAQ que registran actividades complejas: calidad del sueño, ansiedad, depresión, recuento autoinformado de articulaciones, fatiga, lista de síntomas, rigidez

matutina, estado del ejercicio, historial médico reciente, historia social y datos demográficos. Ofrece al paciente un sitio web seguro, administrado y protegido por contraseña, para almacenar el historial médico completado en el eMDHAQ, en lugar de diferentes cuestionarios de admisión en diferentes entornos médicos²⁰. En estudios de correlación realizados con RAPID-3 se obtiene una alta correlación con las herramientas utilizadas regularmente para la evaluación de la actividad de AR en los pacientes, pero la facilidad de su aplicación favorece su uso rutinario, ya que no requiere resultados de laboratorio ni recuentos de articulaciones²¹.

El deterioro asociado a enfermedades reumáticas como la AR requiere del uso de cuestionarios para su medición. El DAS28 es un cuestionario validado y uno de los más utilizados en la práctica, aunque hay que considerar que existe interrelación entre las evaluaciones del médico y los niveles de deterioro informados por los pacientes con AR, sin descartar el peso de factores ambientales²². Algunos estudios han utilizado varios de los cuestionarios de forma complementaria o comparativa, como por ejemplo en AR, valorando la actividad de la enfermedad (DAS28). La prueba cronometrada de «levántate y anda» (*timed up-and-go* [TUG]) presenta buena fiabilidad interobservador e intraobservador, adecuada validez de constructo al relacionarlo con el test de velocidad de la marcha o el índice de Barthel, y puede predecir el riesgo de caídas con sensibilidad y especificidad superiores al 80%. La evaluación de la función del hombro (*Constant Shoulder Function Assessment* [SFA]), la escala analógica visual del dolor (VAS), el HAQ, el cuestionario de evaluación global de la actividad por el paciente (*Patient Global Assessment* [PGA]) y el cuestionario McMaster Toronto Arthritis Patient Preference Questionnaire [MACTAR]) se usan como métodos de ayuda para identificar las discapacidades y fijar metas individualizadas en la rehabilitación, promoviendo la adherencia del paciente²³.

En el caso de las EA, la comparativa realizada por algunos autores afirma que BASDAI —que en su versión española ha mostrado ser fiable y se correlaciona con la actividad de la enfermedad— es útil para valorar el dolor de espalda actual,

Tabla 2 – Principales cuestionarios utilizados en reumatología y utilidad para valoración

Enfermedad reumatológica	Cuestionario y utilidad en valoración
Artritis reumatoide	• HAQ-DI^{a,b} (HAQ-Disability Index)^{a,c} Valoran capacidad funcional. Han sido validados en numerosos países, incluyendo España, y se utilizan de forma rutinaria en la mayoría de ensayos clínicos y registros de AR. Se han realizado versiones simplificadas de 8 a 10 preguntas, denominadas MHAQ (<i>Modified HAQ</i>), MDHAQ (<i>Multidimensional HAQ</i>) y HAQ-II, este con mejores propiedades clinimétricas que el HAQ, pero con mayor efecto techo y suelo • DAS28^{a,d}. DAS (<i>Disease Activity Score</i>) Valora actividad con índices articulares extensos y hay una versión reducida a 28 articulaciones (DAS28); permite clasificar la actividad clínica en diferentes estadios (remisión, baja actividad, actividad moderada o alta actividad) • SDAI y CDAI Para valoración global de actividad/actividad clínica. Se suman el número de articulaciones dolorosas y tumefactas por el médico y el paciente. Están extensamente validados y tienen propiedades clinimétricas iguales o mejores que el DAS28, pero son mucho más fáciles de usar en la práctica diaria • RAPID 3 (<i>Routine Assessment of Patient Index Data</i>) Para valoración clínica diaria (funcional, dolor, salud). Está disponible en español, se correlaciona con DAS28 y CDAI y se muestra tan informativo como estos índices. Es apropiado para la valoración clínica diaria del paciente • AIMS (<i>Arthritis Impact Measurement Scale</i>)/AIMS2 Son cuestionarios específicos para valoración de movilidad, actividad física, destreza, rol social, actividad social, actividades de la vida diaria, dolor, depresión y ansiedad. A pesar de ser herramientas válidas y sensibles al cambio, su uso ha quedado relegado para la investigación por su sistema de puntuación complejo y el consumo de tiempo que conlleva
Artritis psoriásica	• CPDAI (<i>Composite Psoriatic Disease Activity Index</i>) De valoración global, es el más recomendable cuando se desea valorar todos los aspectos de ApS, ya que incluye valoración de piel, dactilitis, entesitis y raquis • PsAQoL (<i>Psoriatic Arthritis Quality of Life</i>) Es el más utilizado para valorar calidad de vida en esta patología. Consta de 20 preguntas y está validado en inglés • Cuestionario VITACORA De valoración global y específico de ApS con 35 preguntas de 5 niveles de respuesta. Ha sido validado en España • PsAJAI (<i>Psoriatic Arthritis Joint Activity Index</i>) De valoración de actividad, índice validado muy similar a los que se muestran a continuación (DAPSA, AMDF) • DAPSA (<i>Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis</i>) De valoración de la actividad, equiparable al previo • AMDF (<i>Average Magnitude Difference Function</i>) De valoración de actividad, también validado y equiparable a los anteriores
Lupus eritematoso sistémico	• SLEDAI^{a,e} y sus modificaciones Es un índice multidimensional global numérico, validado, breve, fiable y sencillo de aplicar, incluso para los no expertos • ECLAM (<i>European Consensus Lupus Activity Measurement</i>) Valora la actividad de la enfermedad. Muy sencillo de calcular y con validez demostrada • SF-36 Es el cuestionario genérico más utilizado en valoración de calidad de vida con distintas versiones y validado al español • BILAG (<i>British Lupus Isles Assessment Group Index</i>) Valora la gravedad de la enfermedad con buena consistencia interobservadores • SLAM (<i>Systemic Lupus Activity Measure</i>) Índice global válido y sencillo • LAI (<i>Lupus Activity Index</i>) De muy fácil manejo y que requiere poco tiempo (1 min) • SDI (SLICC [<i>Systemic Lupus International Collaborating Clinics</i>]/ACR Damage Index) Especialmente indicado para valorar el daño crónico
Osteoartritis/artrosis	• WOMAC De calidad de vida, la versión en español es un instrumento válido, confiable y receptivo en pacientes con artrosis de cadera o rodilla • KOOS (<i>Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score</i>) Para valoración de rodilla y validado en español. Mejora significativamente los resultados de otras escalas en las áreas de función física y dolor

Tabla 2 (continuación)

Enfermedad reumatológica	Cuestionario y utilidad en valoración
Espondilitis anquilosante	• AUSCAN y m-SACRAH Para valoración de la mano, validados al español; son útiles para valorar la afección de las manos en las enfermedades reumáticas, con buena capacidad discriminativa. El AUSCAN es mejor aceptado por los pacientes • MHAQ De valoración funcional global, es autoadministrado por el paciente. La modificación reducida del HAQ (de 20 a 8 AVD). Incluye preguntas sobre la satisfacción del paciente percibida con respecto a las AVD y cambio percibido en el grado de dificultad • IFD (Índice Funcional de Dougados) De capacidad funcional. Tiene buenas propiedades clinimétricas, aunque una capacidad discriminativa y una sensibilidad algo inferior al BASFI • BASFI (<i>Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index</i>) De capacidad funcional para la valoración de la función física disponible en hispanohablantes • HAQ-S (<i>HAQ for Spondyloarthropathies</i>) De capacidad funcional, tiene mayor capacidad para capturar las limitaciones funcionales y un papel importante para medir la rotación del cuello en el manejo clínico y el seguimiento de la espondilitis • BASMI (<i>Ankylosing Spondylitis Metrology Index</i>) De valoración de metrología-movilidad. Es uno de los principales factores asociados con la función física • BASDAI De actividad de la enfermedad y disponible en español. Es de utilidad en investigación clínica y para evaluar el curso de la actividad de la enfermedad en los pacientes • ASDAS (<i>Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score</i>)^{a,f} Muestra un rendimiento adecuado para la actividad de la enfermedad; sin embargo, sus propiedades psicométricas no presentan ventajas sobre BASDAI en términos de validez de criterio, sensibilidad al cambio o capacidad discriminativa • ASQoL (<i>Ankylosing Spondylitis Quality of Life</i>) De valoración de calidad de vida, la versión en español es válida, fiable y factible de aplicar en nuestro medio para medir la calidad de vida de los pacientes • PGI (<i>Patient Generated Index</i>) Complejo en su manejo, con propiedades clinimétricas aceptables, reproducibilidad suficiente, moderada sensibilidad y correlación con otras medidas • MEI (<i>Mander Enthesitis Index</i>) Para valoración de artritis periférica, evalúa 66 entesis, estableciendo una graduación del dolor a la presión, lo que lo hace complicado a la hora de aplicarlo en la práctica clínica • MASES (<i>Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis</i>) Para valoración de entesitis/dolor, evalúa en 13 entesis la presencia o ausencia de dolor • Criterios de respuesta ASAS (ASAS 20) Valoran la respuesta terapéutica y se definen como una mejora de al menos un 20% y una mejora absoluta de al menos 10 unidades en una escala de 0-100 en como mínimo 3 de los siguientes dominios: evaluación global del paciente, evaluación del dolor, función (BASFI) e inflamación (últimas 2 preguntas de BASDAI) • ASAS 40, 50 y 70 se definen como lo anteriormente dicho con mejoras de al menos el 40, el 50 y el 70%, respectivamente • mSASSS Valora el daño estructural. Muestra buena correlación intraobservador en columna cervical y lumbar, y buena sensibilidad al cambio en el tiempo de seguimiento del paciente (alrededor de un año) • SASSS (<i>Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score</i>) Se usa para la valoración radiológica, utiliza la radiografía de columna lumbar lateral y se relaciona con las características clínicas. Tiene capacidad de cambiar con el tiempo. Baja exposición radiológica y útil en la evaluación longitudinal de pacientes con esta patología • BASRI (<i>Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index</i>) Es un método confiable para calificar los cambios radiográficos en pacientes con esta enfermedad, de la que es específico, sensible al cambio, válido, simple y rápido de realizar

Tabla 2 (continuación)

Enfermedad reumatológica	Cuestionario y utilidad en valoración
	• SPARCC (Spondyloarthritis Research Consortium of Canada) Valora la RM. Muestra buena concordancia intraobservador y entre observadores • ASSpiMRI-a (Ankylosing Spondylitis spine MRI score for activity) Valora la RM y utiliza el gadolinio de forma estándar. Muestra buena concordancia intraobservador y entre observadores • Método de Berlín para RM Se basa en el ASSpiMRI-a eliminando el uso de gadolinio. No incluye las erosiones como parte de la puntuación final de cada unidad vertebral, puntúa todas las vértebras desde C2 hasta S1
Referencia: Sociedad Española de reumatología (SER). Disponible en: https://www.ser.es/profesionales/que-hacemos/investigacion/herramientas/catalina ; Jose Pedro Martínez. Escalas y medidas de uso en reumatología. Disponible en: http://articulos.sld.cu/reumatologia/archives/4394	
^a Dispone de herramienta informatizada:	
^b http://www.4s-dawn.com/HAQ/HAQ-DI.html	
^c https://www.rheumakit.com/en/calculators/haq-di	
^d https://www.das-score.nl/das28/DAScalculators/dasculators.html	
^e https://qxmd.com/calculate/calculator_335/sledai-2k	
^f http://www.asas-group.org/clinical-instruments/asdas_calculator/asdas.html	

que Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS-CRP y ASDAS-ESR) han mostrado una buena correlación con la actividad de la enfermedad y en el dolor de espalda y dactilitis actual, y que la PCR es la única variable que discrimina con éxito a los pacientes con EspA con y sin inflamación de la articulación axial, aunque tiene poca precisión y, por ello, recomiendan el uso de estas herramientas tradicionales, junto con la resonancia magnética, para complementar aquellos casos en que sea necesaria una evaluación más precisa de la enfermedad²⁴. Otros estudios previos ya habían realizado comparativas similares, mostrando que la capacidad discriminativa de ASDAS-CRP / ASDAS-ESR y BASDAI era similar en pacientes con EspA no radiológica y EA, y que el ASDAS-CRP funciona de forma similar en EspA no radiológica y EA. El rendimiento del ASDAS para discriminar la baja y alta actividad de la enfermedad y los valores de corte son bastante similares en pacientes con ambas patologías²⁵. Se han realizado validaciones de versiones mexicanas en español de BASDAI, BASFI y DFI que han mostrado confiabilidad, validez y capacidad de respuesta adecuadas a los cambios y que los hacen aconsejables para la evaluación clínica de pacientes hispanohablantes con EA²⁶.

En enfermedades como el LES, los diversos cuestionarios proporcionan información algo diferente y siempre complementaria: en la actividad de la enfermedad, el Systemic Lupus Erythematosus Responder Index (SRI) —que comprende criterios de 3 índices diferentes internacionalmente validados: SELENA-SLE Disease Activity Index (SELENA-SLEDAI), Physician Global Assessment (PGA) y British Isles Lupus Assessment Group (BILAG)— y el BILAG-based Combined Lupus Assessment (BICLA) —también un índice compuesto que originalmente fue derivado por consenso de expertos de los índices de actividad de la enfermedad— proporcionan información sobre la respuesta clínica más completa, ya que integran la evaluación global del lupus, la evaluación sistémica, la evaluación global del médico y el fracaso del tratamiento, definido como un aumento en la dosis de esteroide o inmunosupresor. El Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000 (SLEDAI-2K), versión modificada de SLEDAI, y el Responder Index 50 (SRI-50), derivado de SLEDAI-2K y muy útil para identificar mejoras

clínicamente importantes en descriptores de laboratorio activos en un tiempo eficiente, pueden ser más prácticos para obtener la respuesta en la práctica clínica. El BILAG 2004 puede dar resultados algo mejores que los anteriores, aunque es una herramienta útil para controlar la actividad de la enfermedad en niños y adolescentes. La comparativa muestra que las diversas herramientas disponibles para evaluar la actividad de la enfermedad y el daño en el lupus tienen enfoques particularmente diferenciados en su uso²⁷.

En los pacientes con osteoartritis la herramienta más utilizada es el índice de osteoartritis de Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC), con versión disponible en español, que presenta unas propiedades métricas adecuadas para su uso por vía telefónica en la población con osteoartritis de cadera y de rodilla. Además, la versión reducida del cuestionario WOMAC, con 11 ítems, presenta unas propiedades métricas mejores que el original. Es un cuestionario ampliamente utilizado para valorar la satisfacción del paciente en cirugía traumatológica después de artroplastias de rodilla²⁸ y de cadera²⁹, al igual que en intervenciones en deportistas³⁰. En esta enfermedad, algunos estudios resaltan la importancia de la validación de las medidas de resultado de salud comprobando si los ítems exhiben un funcionamiento diferencial (DIF) en los distintos subgrupos, y con ello conllevan sesgos; esto se observa en la exploración del DIF en el formato WART WOMAC en una población con osteoartritis del Reino Unido con respecto a factores demográficos, sociales, clínicos y psicológicos. En este trabajo se concluye que para la subescala de funcionamiento físico de WOMAC sería recomendable analizar los datos teniendo en cuenta el posible impacto de los ítems DIF, al igual que para la subescala de WOMACpain en personas con osteoartritis de cadera, cuando las comparaciones de edad son de interés primario³¹.

Debido a que con los cuestionarios cortos se consigue un mejor cumplimiento del paciente y mejores tasas de respuesta, es muy útil tener una versión abreviada de WOMAC con las mismas buenas propiedades psicométricas que la versión original. El formulario corto de WOMAC en español es válido, confiable y receptivo. Debido a su simplicidad y a su facilidad de aplicación, la forma abreviada es una buena

alternativa al cuestionario WOMAC original y mejoraría aún más su aceptabilidad y utilidad en la investigación clínica, en ensayos clínicos y en la práctica diaria³².

Para la evaluación de la osteoartritis de rodilla, la adaptación del KOOS al español es una herramienta válida y útil para valorar la calidad de vida, con propiedades psicométricas similares a la del WOMAC, y permite discriminar la condición del paciente en un momento particular y también evaluar los cambios a lo largo del tiempo³³.

Finalmente, en la valoración del impacto de estas complejas enfermedades, donde el dolor es pieza fundamental, se recomienda incluir la valoración de trastornos emocionales (ansiedad, estrés crónico, depresión del estado de ánimo) por medio de herramientas específicas³⁴.

Como conclusión, se puede afirmar que los cuestionarios son una herramienta muy útil que permite evaluar grandes poblaciones con relativa facilidad. A pesar de la percepción generalizada de que las encuestas son fáciles de realizar, para obtener resultados significativos una encuesta necesita una planificación extensa, tiempo y esfuerzo³⁵. Los resultados que aportan estarán en dependencia de la facilidad en su manejo por parte del profesional y de la adecuada adaptación del cuestionario a la patología y objetivo buscado, siendo necesario utilizar en ocasiones varios cuestionarios y siempre teniendo como punto de partida la historia clínica del paciente y la información complementaria de las pruebas objetivas específicas de cada enfermedad reumática.

Financiación

Este trabajo no ha contado con financiación

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Batlle Gualda E. Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Alperi López M, Balsa Criado A, Blanco Alonso R, Hernández Cruz B, Meduna Luezas J, Muños Farnández S, editores. *Manual SER de enfermedades reumáticas*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.
- Seoane Mato D, Sánchez Piedra C, Silva Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatol Clin*. 2017; <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.06.009>, pii: S1699-258X(17)30168-7.
- Huscher D, Merkesdal S, Thiele K, Zeidler H, Schneider M, Zink A, German Collaborative Arthritis Centres. Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:1175-83.
- Kvamme MK, Lie E, Kvien TK, Kristiansen IS. Two-year direct and indirect costs for patients with inflammatory rheumatic joint diseases: Data from real-life follow-up of patients in the NOR-DMARD registry. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51:1618-27.
- Laires PA, Gouveia M, Canhão H. Interventions aiming to reduce early retirement due to rheumatic diseases. *Acta Reumatol Port*. 2017;42:240-8.
- Gobelet C, Luthi F, al-Khodairy AT, Chamberlain MA. Work in inflammatory and degenerative joint diseases. *Disabil Rehabil*. 2007;29:1331-9.
- Geuskens GA, Hazes JM, Barendregt PJ, Burdorf A. Work and sick leave among patients with early inflammatory joint conditions. *Arthritis Rheum*. 2008;59:1458-66.
- Landewé RB, van der Heijde D. Optimisation of rheumatic disease assessments in clinical trials, clinical care, and long-term databases. *Clin Exp Rheumatol*. 2014;32 5 Suppl 85: S-2-6.
- Ruiz MT, Álvarez-Dardet C, Bruno ML, Bolumar F, Pascual E. Rheumatology research. An analysis of the situation in Spain. *Med Clin (Barc)*. 1990;94:773-6.
- Giacomelli R, Afeltra A, Alunno A, Baldini C, Bartoloni Bocci E, Berardicurti O, et al. International consensus: What else can we do to improve diagnosis and therapeutic strategies in patients affected by autoimmune rheumatic diseases (rheumatoid arthritis, spondyloarthritis, systemic sclerosis, systemic lupus erythematosus, antiphospholipid syndrome and Sjogren's syndrome)? The unmet needs and the clinical grey zone in autoimmune disease management. *Autoimmun Rev*. 2017;16:911-24.
- Loza E, Jover JA, Rodríguez L, Carmona L, EPISER Study Group. Multimorbidity: Prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Semin Arthritis Rheum*. 2009;38: 312-9.
- Loza E, Jover JA, Rodríguez-Rodríguez L, Carmona L, EPISER Study Group. Observed and expected frequency of comorbid chronic diseases in rheumatic patients. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:418-21.
- Kiltz U, Boonen A, Braun J, Richter JG. Electronic assessment of disease activity and functioning in patients with axial spondyloarthritis: Challenges and unmet needs. *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34 5 Suppl 101:S57-61.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2015;19:135-50.
- Abizanda P, López Jiménez M, López Torres J, Atienzar Núñez P, Naranjo JM, McAuley E. Validation of the Spanish version of the Short-Form Late-Life Function and Disability Instrument. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:893-9.
- Catarinella FS, Bos WH. Digital health assessment in rheumatology: Current and future possibilities. *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34 5 Suppl 101:S2-4.
- Taylor WJ, Parekh K. Rasch analysis suggests that health assessment questionnaire II is a generic measure of physical functioning for rheumatic diseases: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16:108.
- Cardiel MH, Abello-Bañfi M, Ruiz-Mercado R, Alarcón-Segovia D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: Validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index (Spanish HAQ-DI). *Clin Exp Rheumatol*. 1993;11:117-21.
- Pincus T. Electronic multidimensional health assessment questionnaire (eMDHAQ): Past, present and future of a proposed single data management system for clinical care, research, quality improvement, and monitoring of long-term outcomes. *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34 5 Suppl 101: S17-33.

21. Muñoz J, Giraldo R, Santos A, Bello-Gualteros J, Rueda J, Saldarriaga E, et al. Correlation between rapid-3, DAS28, CDAI and SDAI as a measure of disease activity in a cohort of Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2017;36:1143-8.
22. Kabul EG, Aslan UB, Başakçı Çalık B, Taşçı M, Çobankara V. Exploring the relation between impairment rating by DAS-28 and body function, activity participation, and environmental factors based on ICF hand core set in the patient with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2018;38:1267-301275, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-018-4060-y>.
23. Alemo Munters L, Brodin N, Löfberg E, Stråt S, Alexanderson H. Disabilities of importance for patients to improve—using a patient preference tool in rheumatoid arthritis. *Disabil Rehabil*. 2014;36:1762-7.
24. Tsang HHL, Chung HY. The discriminative values of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, C-Reactive Protein, and Erythrocyte Sedimentation Rate in Spondyloarthritis-Related Axial Arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2017;23:267-72.
25. Cardiel MH, Londoño JD, Gutiérrez E, Pacheco-Tena C, Vázquez-Mellado J, Burgos-Vargas R. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) and the Dougados Functional Index (DFI) in a Spanish speaking population with spondyloarthropathies. *Clin Exp Rheumatol*. 2003;21:451-8.
26. Kilic E, Kilic G, Akgul O, Ozgocmen S. Discriminant validity of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis: A cohort study. *Rheumatol Int*. 2015;35:981-9.
27. Rao V, Gordon C. Advances in the assessment of lupus disease activity and damage. *Curr Opin Rheumatol*. 2014;26:510-9.
28. Clement ND, Bardgett M, Weir D, Holland J, Gerrand C, Deehan DJ. Three groups of dissatisfied patients exist after total knee arthroplasty: early, persistent, and late. *Bone Joint J*. 2018;100-B:161-9, <http://dx.doi.org/10.1302/0301-620X.100B2.BJJ-2017-1016.R1>.
29. Schmitz PP, van Susante JLC, Hol A, Brokelman R, van Loon CJM. No decline in high patient satisfaction after total hip arthroplasty at long-term follow-up. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1007/s00590-018-2243-6>.
30. Antosh IJ, Svoboda SJ, Peck KY, García EJ, Cameron KL. Change in KOOS and WOMAC Scores in a Young Athletic Population With and Without Anterior Cruciate Ligament Injury. *Am J Sports Med*. 2018;46:1606-16.
31. Pollard B, Johnston M, Dixon D. Exploring differential item functioning in the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:265.
32. Bilbao A, Quintana JM, Escobar A, las Hayas C, Orive M. Validation of a proposed WOMAC short form for patients with hip osteoarthritis. *Health Qual Life Out*. 2011;9:75.
33. Martín Fernández J, García Maroto R, Sánchez Jiménez FJ, Bau González A, Valencia-García H, Gutiérrez Teira B, et al. Validation of the Spanish version of the Oxford knee score and assessment of its utility to characterize quality of life of patients suffering from knee osteoarthritis: A multicentric study. *Health Qual Life Out*. 2017;15:186.
34. Torta R, Pennazio F, Ieraci V. Anxiety and depression in rheumatologic diseases: The relevance of diagnosis and management. *Reumatismo*. 2014;66:92-7.
35. Jones TL, Baxter MA, Khanduja V. A quick guide to survey research. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013;95:5-7.
36. Alonso J, Prieto I, Antó JM. The Spanish version of SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results. *Med Clin*. 1995;104:171-6. Disponible en: http://sechc.es/files/investigacion/calidad-vida/sf_36_fid276.pdf.
37. Alonso J, Prieto I, Antó JM. Cuestionario de salud SF-12. 2003. Disponible en: <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12.CUESTIONARIO.pdf>.
38. Alonso J, Prieto I, Antó M. Versión Española del SF-36v2. Health Survey © 1996, 2000. Disponible en: http://sechc.es/files/investigacion/calidad-vida/sf_36_fid276.pdf.
39. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *Am J Public Health*. 1990;80:704-8.
40. Herdman M, Badia X, Serra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:425-30.