

Autoevaluación remota en el paciente con artritis reumatoide: correlación con la valoración presencial.



Javier Bachiller Corral, Verónica García García, Javier Domínguez Barahona, Mónica Vázquez Díaz.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) precisa una valoración médica de la actividad inflamatoria de forma periódica para el ajuste continuo del tratamiento. La autoevaluación (aplicación de cuestionarios y autoexploración articular por el propio paciente) es un método que puede ayudar a la determinación remota de esta actividad inflamatoria.

Para ello es preciso una formación y entrenamiento breve del paciente. Esta técnica ha demostrado tener buena correlación con la valoración clínica.

OBJETIVO

Correlacionar los datos de la autoevaluación domiciliaria de pacientes con AR con la evaluación estándar por el reumatólogo a nivel hospitalario. Determinar la utilidad global y por subtipos de pacientes.

PACIENTES Y MÉTODO

Se seleccionaron todos los pacientes con AR de menos de 5 años de evolución de una consulta monográfica. La participación fue voluntaria y no se excluyeron pacientes por edad o habilidad Tecnológica. A los pacientes incluidos se les explicó y se les formó en la metodología de la autoevaluación y autoexploración en domicilio. Previo a cada visita médica programada, se les envió un cuestionario digital para recoger de forma remota los siguientes 3 datos: EVA general en la última semana (autoEVA), NAD autoexploradas (autoNAD) y NAT autoexploradas (autoNAT) de un total de 28 articulaciones. Estas variables se compararon con las variables de actividad recogidas por el médico (NAT, NAD, EVA, DAS28-VSG). La recogida de datos duro 1 año. Se utilizó RedCap para el envío de los cuestionarios y el registro de los datos.

RESULTADOS

Se incluyeron 72 pacientes con AR. La edad media fue de 49 años, 71 % eran mujeres y el tiempo medio de evolución fue de 3,2 años. Durante 1 año, estos 72 pacientes realizaron 220 visitas (3,05 visitas/paciente) con doble evaluación. La valoración remota fue siempre anterior y el tiempo medio entre ellas fue de 5,7 días. La media de las variables autoevaluadas era significativamente mas alta que las variables evaluadas por el médico (autoEVA $4,4\pm 2,4$ vs $3,8\pm 2,3$; autoNAD $4,4\pm 5,2$ vs $2,0\pm 2,4$, autoNAT $2,9\pm 4,5$ vs $1,1\pm 2,1$ y auto DAS28 $3,4\pm 1,5$ vs $2,8\pm 1,2$). Existía una buena correlación entre los datos de la exploración remota y presencial ($r=0,78$ para DAS 28 VSG Auto-DAS28 VSG). Al hacer análisis por subgrupos, el autoDAS VSG presentaba una mejor correlacion en los grupos de pacientes < 50 años, pacientes nacidos en España y pacientes en remisión clínica/baja actividad ($DAS28\leq 3,2$).

CORRELACION	NAD	NAT	EVA	DAS28 VSG	DAS 28 PCR
Auto NAD	0,52				
Auto NAT		0,52			
Auto EVA			0,65		
Auto DAS28-VSG				0,78	
AutoDAS28-PCR					0,67

Teniendo en cuenta los 4 niveles de actividad en función del DAS28 (remisión, baja actividad, moderada y alta actividad), el autoDAS 28 clasificó correctamente los pacientes en el 56 % de las visitas, y teniendo en cuenta solo dos niveles (remisión/baja actividad, moderada/alta actividad) lo hizo en el 77% de las visitas. Analizando la capacidad del AutoDAS28 VSG de detectar remisión/baja actividad, la sensibilidad fue del 68%, la especificidad del 96% y el valor predictivo positivo de 97%.

CONCLUSIONES

- La resultados medios de la autoevaluación realizada por los pacientes con AR tiende a ser mas elevada que la evaluación del médico.
- Existe una buena correlación en su conjunto aunque existe subgrupos de pacientes en los que la correlación es mayor.
- La autoevaluación presenta un alto valor predictivo positivo para detectar remisión/baja actividad y los pacientes pertenecientes a este grupo podrían ser candidatos a visitas no presenciales.