



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Desarrollo y viabilidad de cuatro *checklists* para la evaluación de la comorbilidad en pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica: Proyecto GECHOI



Santos Castañeda^{a,*}, Carlos González^b, Virginia Villaverde^c, Cristina Lajas Petisco^d, María Carmen Castro^e, Fernando Jirout^f, Juan Carlos Obaya^g, Juan Carlos Hermosa^h, Carmen Suárezⁱ, Silvia García^j, María Rodero^d, Leticia León^d, Amparo López Esteban^b, Milena Gobbo^k, Laly Alcaide^l y Juan Carlos Torre-Alonso^f

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, IIS-Princesa, Cátedra UAM-ROCHE, EPID-Futuro, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

^d Servicio de Reumatología, IDISSC, Hospital Universitario Clínico de San Carlos, Madrid, España

^e Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^f Servicio de Reumatología, Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

^g Centro de Salud Alcobendas, Madrid, España

^h Centro de Salud Ciudades, Getafe, Madrid, España

ⁱ Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, Madrid, España

^j Servicio de Reumatología, Hospital Moises Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^k Positivamente Centro de Psicología, Madrid, España

^l Coordinadora Nacional de Artritis, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de noviembre de 2019

Aceptado el 3 de septiembre de 2020

On-line el 5 de diciembre de 2020

Palabras clave:

Artritis reumatoide
Espondiloartritis axial
Artritis psoriásica
Comorbilidad
Checklist
Viabilidad

R E S U M E N

Objetivo: Desarrollar y analizar la viabilidad en la práctica diaria de cuatro *checklists* relacionados con la comorbilidad, comunes para pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EspAax) y artritis psoriásica (APs).

Métodos: Se estableció un grupo multidisciplinar de expertos en comorbilidad. Se revisaron los proyectos GECHOAR, GECHOAX y GECHOAP, y se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline sobre comorbilidad en AR, EspAax y APs, para seleccionar las comorbilidades más relevantes y comunes a las tres enfermedades. Con estos resultados y los obtenidos de un grupo focal de pacientes, en una reunión de grupo nominal, los expertos generaron unos *checklists* preliminares. Estos listados preliminares se modificaron, tras una evaluación externa por una asociación de pacientes y otra de profesionales de la salud relacionados con la reumatología, para generar los *checklists* definitivos. Finalmente, se realizó un estudio transversal, en el que ocho profesionales de la salud evaluaron tres *checklists* en cinco pacientes con AR, cinco con EspAax y cinco con APs.

Resultados: Se diseñaron cuatro *checklists* de comorbilidad, tres para profesionales de la salud (uno sobre evaluación de la comorbilidad presente, otro sobre prevención/promoción de la salud y un último con los criterios de derivación a otros profesionales), y otro para pacientes. El estudio de viabilidad mostró que son sencillos, claros y útiles para su uso en la práctica clínica habitual.

Conclusiones: El uso de *checklists* específicos y comunes para pacientes con AR, EspAax y APs es factible y puede contribuir favorablemente en su pronóstico así como en la práctica clínica habitual.

© 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scastas@gmail.com (S. Castañeda).

Development and feasibility of 4 checklists for the evaluation of comorbidity in patients with rheumatoid arthritis, axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis: GECOAI Project

A B S T R A C T

Keywords:

Rheumatoid arthritis
Axial spondyloarthritis
Psoriatic arthritis
Comorbidity
Checklist
Feasibility

Objective: To develop and assess the feasibility in daily practice of four comorbidity checklists, for common use in rheumatoid arthritis (RA), axial spondyloarthritis (axSpA) and psoriatic arthritis (PsA).

Methods: A multidisciplinary panel of experts on comorbidity was established. Data from the GECOAR, GECOAX and GECOAP projects were analysed and a narrative literature review in Medline on RA, axSpA and PsA comorbidity was performed in order to select the most relevant and common comorbidities across the three diseases. With these results and those obtained from a focus group of patients, in a nominal group meeting, the experts generated preliminary checklists. These were afterwards modified by an external evaluation by two associations, a patients' association and an association of health professionals related to rheumatology. As a result, the final checklists were generated. A cross-sectional study was conducted to test the feasibility of three of the checklists in daily practice, in which eight health professionals evaluated the checklists in five patients with RA, five with axSpA and five with SpA.

Results: Four comorbidity checklists were designed, three for health professionals (one to assess current comorbidity, one on prevention/health promotion and one with the referral criteria to other health professionals), and another for patients. The feasibility study showed them to be simple, clear, and useful for use in routine clinical practice.

Conclusions: The use of specific and common checklists for patients with RA, axSpA and PsA is feasible and might contribute favorably to their prognosis as well as in daily practice.

© 2020 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EspAax) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades inflamatorias crónicas frecuentes en la población general¹⁻³.

Además, este grupo de enfermedades ha mostrado tener una elevada prevalencia de comorbilidades⁴, muchas de ellas comunes a las tres entidades, donde destacan la comorbilidad y factores de riesgo cardiovasculares (CV). Así, por ejemplo, el estudio COMORA, que fue un estudio transversal realizado en 17 países con casi 4.000 pacientes con AR, mostró una prevalencia de hipertensión arterial (HTA) del 40,4%, del 31,7% para la hipercolesterolemia o de un 15% de depresión en estos pacientes⁵. El estudio COMOSPA, similar al anterior, se realizó en 22 países y evaluó, en más de 3.000 pacientes consecutivos con EspA, la prevalencia de distintas comorbilidades⁶. Se estimó una prevalencia de HTA del 33,5%, del 29,3% para el tabaquismo, un 27,3% para hipercolesterolemia, una prevalencia del 13% de osteoporosis, del 11% para la úlcera gastroduodenal o un 4% de eventos CV. Hallazgos similares se han descrito en población española⁷. Finalmente, en pacientes con APs se han descrito prevalencias de HTA, Diabetes Mellitus (DM), obesidad o síndrome metabólico de hasta el 37%, 12%, 30% y 40%, respectivamente^{8,9}.

Pero además, distintas publicaciones han puesto de manifiesto el gran impacto de la comorbilidad en estos pacientes^{10,11}. En una cohorte prospectiva de pacientes con AR se demostró que, a mayor número de comorbilidades, peor estado funcional, independientemente de la actividad de la enfermedad¹². El estudio CARMA también objetivó en pacientes con espondilitis anquilosante y APs una asociación independiente entre la comorbilidad y un peor estado funcional¹³.

Por todo ello se han desarrollado distintos proyectos para abordar la gestión de la comorbilidad en estas enfermedades, como el proyecto GECOAR en la AR¹⁴, GECOAX en la EspAax¹⁵ y GECOAPs en la APs¹⁶, con el fin de proporcionar un marco en la gestión de la misma. Todos disponen de recomendaciones explícitas e, incluso, de otros materiales para la identificación, evaluación y manejo de la comorbilidad. El hecho de disponer de abordajes específicos puede resultar muy beneficioso en la práctica clínica ya que están muy dirigidas a cada tipo de paciente. Pero, por otro lado, la falta de

tiempo, especialmente en aquellos centros con una alta presión asistencial, puede ser un factor limitante a la hora de seguir las recomendaciones de estos documentos.

Con base en lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta que las tres enfermedades comparten muchas de las comorbilidades, el objetivo del proyecto GECOAI (Gestión de la Comorbilidad en las Artritis Inflamatorias) fue el de elaborar documentos de soporte comunes a las tres enfermedades para todos los profesionales de la salud implicados en el manejo de estas patologías y también para los pacientes, con el fin de gestionar de la manera más eficiente posible la comorbilidad asociada y disminuir así la variabilidad en su manejo en pacientes con AR, EspAax y APs.

Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un diseño mixto (cualitativo y cuantitativo). Para el desarrollo de los *checklists* se siguió la metodología de estudios cualitativos basado en la revisión narrativa de la literatura, grupo focal de pacientes y grupo nominal de expertos. Para el estudio de viabilidad se realizó un estudio observacional transversal. El proyecto se realizó de acuerdo con las normas/guías de Buenas Prácticas Clínicas y la versión actual de la Declaración revisada de Helsinki, cuenta además con el aval de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM), de OPENREUMA y de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis).

Selección de los participantes

En un primer lugar se estableció un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud con interés y experiencia en el manejo de pacientes con AR, EspAax y APs, formado por siete reumatólogos (tres de ellos los coordinadores del proyecto), dos médicos de atención primaria, un médico internista experto en comorbilidad CV, tres enfermeras y una psicóloga.

Desarrollo de los checklist

En una primera fase se revisaron los tres documentos madre¹⁴⁻¹⁶ y se realizó una revisión narrativa de la literatura en busca de artículos sobre el manejo de la comorbilidad en la AR, EspAax y APs. Se recogieron las comorbilidades a evaluar en la práctica habitual, su forma de evaluación y cadencia. Se utilizaron las *Clinical Queries* de Pubmed, así como pequeñas estrategias de búsqueda utilizando términos Mesh y texto libre. Toda esta información se presentó y discutió con los tres coordinadores del proyecto que seleccionaron aquellas comorbilidades y elementos relacionados considerados como relevantes (en relación a la prevalencia e impacto de la comorbilidad o capacidad de prevención de la misma) y transversales (comunes a las tres enfermedades). Estas fueron las alergias farmacológicas, la medicación actual y posibles problemas relacionados (tolerancia, adherencia, etc.) y la comorbilidad CV y factores de riesgo CV, infecciones y vacunas, la depresión, la osteoporosis, comorbilidad gastrointestinal y otras como la uveítis. Posteriormente, los resultados de lo anteriormente expuesto se presentaron en un grupo focal de pacientes con AR, APs y EspAax, para el que se diseñó un casillero tipológico con el fin de incluir así personas heterogéneas y representativas. El grupo focal tuvo una duración de 95 minutos y se utilizó una grabadora de audio para recopilar la discusión en detalle. Se discutieron, entre otros, los siguientes aspectos: terminología médica y del paciente en relación a las comorbilidades, su opinión sobre qué comorbilidades resultaría importante conocer y formas comprensibles para poder identificarlas y comunicarlas.

Todo lo recopilado en los pasos anteriores se abordó posteriormente en una reunión de grupo nominal en la que participó el grupo multidisciplinario de profesionales de la salud, a excepción de los tres coordinadores. Tras la revisión de todos los datos se acordó realizar tres tipos de *checklist*, uno específico para pacientes con el objetivo de facilitar la posterior evaluación por parte de los profesionales de la salud, y otros tres específicos para estos últimos, uno de evaluación de la comorbilidad actual, otro enfocado a la prevención y promoción de la salud y el último para la valoración de una posible derivación a otro profesional de la salud. Igualmente se acordaron las variables a incluir en cada *checklist* y su forma de evaluación. Con ello se procedió a su generación y maquetación preliminar para facilitar su uso en la práctica diaria.

El *checklist* de comorbilidad específico de pacientes fue analizado por ConArtritis (objetivos del mismo, contenido y claridad) y todos los *checklists* por OPENREUMA. Ambas asociaciones evaluaron los objetivos, su contenido y la claridad de los mismos. Los comentarios de las dos asociaciones fueron revisados y tenidos en cuenta por parte de los coordinadores que definieron los *checklists* finales que fueron maquetados de forma definitiva.

Estudio de viabilidad

La viabilidad en la práctica clínica, de los tres *checklists* relacionados con los profesionales de la salud, fue probada en un pequeño estudio transversal. Participaron ocho miembros del grupo multidisciplinario (cinco reumatólogos y tres enfermeras). Cada uno de ellos aplicó los tres *checklists* a 15 pacientes (cinco con AR, cinco con EspAax, y cinco con APs) de su consulta habitual. Tras ello cumplieron un cuaderno de recogida de datos específico que incluía: 1) Características del centro, servicio (incluyendo miembros y presencia de consultas monográficas de AR, EspAax y APs) y del profesional; 2) Relacionadas con los *checklists* como el tiempo de cumplimentación (en minutos); se puntuó siguiendo una escala de 0 (nada) a 10 (muy, mucho), su sencillez, amabilidad, y la utilidad general. El impacto en la mejora de la práctica diaria (evaluación de la comorbilidad, prevención de la misma y su derivación a otros profesionales de la salud) y su necesidad de revisión se contestaron

como sí/no; 3) Otros como su recomendación a otros compañeros (sí/no) y comentarios.

Análisis estadístico

Para el estudio de viabilidad se realizó un estudio descriptivo de los datos. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar y las cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Resultados

Checklists

Se generaron cuatro *checklists* relacionados con la comorbilidad, uno específico para pacientes (fig. 1) y tres para los profesionales de la salud encargados del cuidado de pacientes con AR, EspAax y APs. Uno relativo a la evaluación de la comorbilidad (fig. 2), otro para la prevención de la misma y promoción de la salud (fig. 3) y otro para la derivación a otros profesionales sanitarios (fig. 4).

El *checklist* para pacientes (fig. 1), empieza con la explicación de los objetivos que persigue el mismo y contiene 13 preguntas redactadas de forma comprensible y aprobadas por los propios pacientes. Se incluyeron aquellas comorbilidades relevantes sobre las que, tanto profesionales como pacientes, acordaron que son comprensibles y sencillas de comunicar de forma fiable. Abordan la enfermedad que padece y medicación relacionada, hábitos tóxicos (tabaco y alcohol) y, mediante preguntas directas, indirectas o escalas, se evalúa el estado de ánimo, infecciones, vacunas, patología ocular y del metabolismo óseo. También se hace alusión a las visitas a urgencias que podrían evidenciar algún episodio grave relacionado con la comorbilidad en estudio o de otro tipo.

Por otro lado, el *checklist* de evaluación de la comorbilidad para los profesionales de la salud (fig. 2) incluye, al inicio, tres espacios para texto libre sobre las alergias farmacológicas, la medicación actual y comentarios libres (si se consideran necesarios). A continuación, se encuentra el apartado para la patología cardiovascular y factores de riesgo CV. En esta parte se pueden registrar los eventos previos y variables como el peso, los hábitos tóxicos, las concentraciones de colesterol o el ejercicio habitual. También se evalúan antecedentes de neoplasia (tipo, fecha y estado), la presencia de depresión, infecciones (incluyendo su gravedad, vacunas, y serologías), y otras complicaciones relacionadas con la AR, EspAax y la APs. Al final se proporcionan una serie de indicaciones generales y sobre la cadencia de evaluación de las principales comorbilidades.

El *checklist* de prevención y promoción de la salud (fig. 3) incluye aquellas comorbilidades prevenibles (y su forma de evaluarlas/medirlas), con el fin de comprobar que se han realizado todos los procedimientos oportunos en relación a la prevención y promoción de la salud de los pacientes con este grupo de enfermedades. Entre otras están la dieta, el riesgo de fractura, higiene bucal, la adherencia al tratamiento o la evaluación del sueño y la vida social. Y, en relación con las formas de evaluarla, se incluyen preguntas directas o el uso de cuestionarios específicos como el BASDAI¹⁷, HADS¹⁸ o el Pittsburgh Sleep Quality Index¹⁹.

Finalmente, el *checklist* de derivación (fig. 4) describe los criterios que se deben tener en cuenta para derivar a un paciente con una comorbilidad determinada a otros profesionales de la salud como enfermería, otros especialistas médicos y otros profesionales como el terapeuta ocupacional o el psicólogo.

Estudio de viabilidad

Un total de ocho profesionales de la salud procedentes de siete centros diferentes participaron en este estudio, en el que se utilizaron los *checklists* en 120 pacientes. La tabla 1 muestra las

características principales de los profesionales y centros participantes. El 75% eran mujeres, con una edad media de $48 \pm 6,4$ años, procedentes de hospitales de alto nivel asistencial, con un número de reumatólogos por servicio que varió de 3-12 y un tiempo de espera media de 20 días a dos meses. El 75% de estos centros tienen una consulta monográfica de AR y la mitad (cuatro centros) para EspAax y APs.

En cuanto a los resultados del estudio de viabilidad (tabla 2), se estimó un tiempo medio de cumplimentación de $7,88 \pm 3,55$ minutos, $9,75 \pm 6,91$ minutos y $4,75 \pm 4,15$ minutos para los *checklists* de evaluación de comorbilidades, prevención y promoción de la salud y derivación, respectivamente.

La sencillez de los tres *checklists* fue alta (tabla 2), puntuaciones medias de 0 (nada) a 10 (muy/mucho) de $8,86 \pm 1,36$ (evaluación de la comorbilidad), $7,86 \pm 2,23$ (prevención y promoción de la salud) y $9,00 \pm 0,93$ (derivación), así como las puntuaciones de amenidad, claridad y utilidad (tabla 2).

Por otro lado, el 100% de los participantes consideró que el *checklist* de evaluación de la comorbilidad mejorará la práctica diaria y se lo recomendaría a los compañeros (tabla 2). Igualmente, el 63% comunicó que los *checklists* de prevención y promoción de la salud y derivación tienen un impacto positivo en la práctica diaria (para identificar nuevas comorbilidades, tener una visión más global de la misma) y el 88% lo recomendaría a sus compañeros.

CUESTIONARIO

COMORBILIDAD PACIENTE

Estimado paciente, a continuación le vamos a realizar una serie de preguntas sobre su salud. Y, en concreto, sobre las enfermedades que tenga o haya tenido.

El objetivo de este sencillo cuestionario es el de ayudar a los profesionales de la medicina y enfermería en la evaluación de su salud. Por ello, rellenar este cuestionario va a ser muy útil para que podamos planificar JUNTOS el tratamiento y el plan a seguir.

Queremos agradecerle enormemente de antemano su colaboración.

Y si tiene cualquier duda este cuestionario no dude en preguntarle a _____



1. Señale el nombre de la enfermedad por la que viene a la consulta del reumatólogo

- Artritis reumatoide
- Artritis psoriásica
- Espondilitis anquilosante
- No sabe con precisión

2. Señale si ha tenido, tiene o toma medicación para alguno de los siguientes:

- Derrame/ trombosis cerebral/ictus
- Diabetes (azúcar en la sangre elevado)
- Sangrado digestivo/ úlcera sangrante en los últimos 5 años
- Bronquitis crónica/ EPOC
- Ataque al corazón (infarto)
- Angina de pecho
- Arritmia
- Trombosis
- Tensión arterial alta
- Colesterol alto

3. ¿Cuántos minutos de ejercicio hace al día?

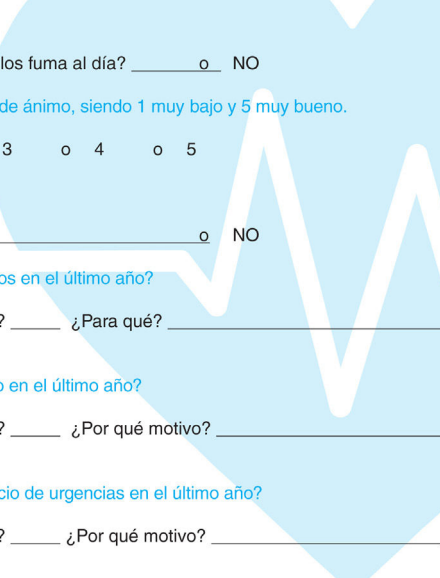
Incluyendo en ejercicio, toda actividad física, también los desplazamientos a pie.

_____ minutos

4. Indique el número de las siguientes bebidas que consume a la semana

Vino (copa) _____ Cerveza (caña) _____ Licores o copas _____

Figura 1. Cuestionario específico para pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica.

- 
5. ¿Es usted fumador?
- Sí ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____ NO
6. Indique del 1 al 5 su estado de ánimo, siendo 1 muy bajo y 5 muy bueno.
- 1 2 3 4 5
7. ¿Tiene o ha tenido cáncer?
- Sí Tipo/s _____ NO
8. ¿Ha tomado usted antibióticos en el último año?
- Sí ¿Cuántas veces? _____ ¿Para qué? _____
- NO
9. ¿Ha sido usted hospitalizado en el último año?
- Sí ¿Cuántas veces? _____ ¿Por qué motivo? _____
- NO
10. ¿Ha acudido usted al servicio de urgencias en el último año?
- Sí ¿Cuántas veces? _____ ¿Por qué motivo? _____
- NO
11. ¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas durante el último año?
- Gripe Neumococo (para neumonía)
- Hepatitis Ninguna
- Otra. Si lo recuerda, por favor, especifique cuáles _____
12. ¿Tiene usted algún problema ocular?
- NO Ojo seco Uveítis
- Otros. Por favor especifique _____
13. ¿Ha tenido alguna vez una fractura?
- Sí ¿Cuándo? _____ ¿Toma algún tratamiento por este motivo? _____
- NO

Muchísimas gracias por su colaboración.

Figura 1. (Continuación)

Tabla 2
Resultados del estudio de viabilidad de los *checklists* de los profesionales de la salud*

	Checklists		
	Evaluación comorbilidad	Prevención y promoción salud	Derivación
Tiempo (minutos) de cumplimentación [†]	7,88 ± 3,55	9,75 ± 6,91	4,75 ± 4,15
Sencillez (0-10) [†]	8,86 ± 1,36	7,86 ± 2,23	9,00 ± 0,93
Amenidad (0-10) [†]	8,57 ± 1,50	7,43 ± 1,76	7,86 ± 1,64
Claridad (0-10) [†]	9,29 ± 0,70	8,43 ± 1,40	9,43 ± 0,49
Utilidad (0-10) [†]	8,71 ± 1,39	8,14 ± 1,55	7,43 ± 1,68
Mejoría en la práctica clínica (sí)	100%	63%	63%
Recomendación a compañeros (sí)	100%	88%	88%
Necesidad revisión del <i>checklist</i> (sí)	12%	37%	25%

* Los resultados se expresan como número y porcentaje (%) a no ser que se indique otra cosa.

[†] Media ± desviación estándar.

Escalas de valoración 0-10: 0: nada; 10: muy, mucho.

Discusión

La elevada prevalencia e impacto de la comorbilidad en la AR, EspAax y APs está ampliamente contrastada^{1,10,12,13,20}.

De hecho, distintos consensos y guías de práctica clínica, tanto nacionales como internacionales, recomiendan la evaluación y manejo sistemático de la misma en los pacientes con este grupo de enfermedades²¹⁻²⁵. Sin embargo, existen datos publicados que indican que esta evaluación sería subóptima^{26,27}.

Por ello, en los últimos años se han desarrollado múltiples proyectos para revertir esta situación. En concreto, los proyectos GECOAR¹⁴, GECOAX¹⁵ y GECOAPs¹⁶, desarrollados en nuestro país, generaron un marco específico, para la correcta atención de la comorbilidad, para AR, EspAax y Aps, con el fin de mejorar la situación anteriormente descrita. En este sentido, comienzan a publicarse datos que sugieren que todas estas iniciativas están teniendo un impacto positivo en la práctica diaria, aunque todavía debemos seguir mejorando para conseguir una adecuada evaluación y manejo de la comorbilidad²⁸.



CHECKLIST

COMORBILIDADES

ALERGIAS

MEDICACIÓN ACTUAL

COMENTARIOS

Cardiovascular

Peso _____
 Talla _____
 IMC ____/____
 Perímetro abdominal ____
 TA ____/____ mm Hg
 Glucemia* _____ mg/dl
 Filtrado glomerular* _____ ml/min

Tabaco

- Sí (____ cig/día, tiempo: _____)
 Ex-fumador (tiempo: _____)
 Nunca

Ejercicio físico aeróbico (≥ 3 horas/semana)

- Sí No

Alcohol

- Sí (____ ube/sem)
 No

Diabetes

- Sí (HbA1c= _____)
 No

Colesterol*

- Total ____ mg/dl
 HDL ____ mg/dl
 LDLI ____ mg/dl
 Triglicéridos ____ mg/dl

Evento CV previo

- Sí _____
 No

Cáncer

Sí

Tipo: _____
 Fecha diagnóstico: __/__/__

Tipo: _____
 Fecha diagnóstico: __/__/__

Tipo: _____
 Fecha diagnóstico: __/__/__

Resolución/recaídas _____

No

Depresión actual o ansiedad

- Sí
 No

Infecciones

Sí
 Graves: _____

De repetición (tipo): _____

Graves: _____

De repetición (tipo): _____

No

Vacunas

- Gripe
 Neumococo
 Hepatitis
 Otras: _____

Serologías hepáticas

- VHB _____
 VHC _____

Otras complicaciones relacionadas con la enfermedad

- Uveítis
 Sd Sjögren
 Fractura/Osteoporosis
 EII
 Alteraciones sexuales
 Alteraciones sueño
 Disnea/EPID
 Arritmias/bloqueos

Otras

Indicaciones:

- Todos los elementos se recogen en cada vista salvo que se indique * que significa cadencia anual
- La presencia y tipo de cáncer se puede recoger solo una vez
- Se recogen infecciones que hayan precisado antibiótico/s. Es infección grave como aquella que precisa hospitalización.
- Las vacunas se recogerán al inicio de tratamientos y según los calendarios vacunales habituales

Figura 2. Checklist de evaluación de comorbilidades para los profesionales de la salud.

CHECKLIST

PREVENCIÓN/PROMOCIÓN DE LA SALUD

A continuación enumeramos una serie de comorbilidades prevenibles (y su forma de evaluarlas/medirlas) con el fin de comprobar que se han realizado todos los procedimientos oportunos en relación a la prevención y promoción de la salud de los pacientes.



- o **Riesgo de fractura/Insuf. Vit D**
Edad
Peso
Tabaco
Alcohol
AF y AP de fractura y localización
Caña de bambú
Niveles séricos vitamina D
- o **Riesgo cardiovascular**
SCORE si el paciente no ha presentado ningún evento cardiovascular
- o **Obesidad/sobrepeso**
IMC
- o **Sedentarismo**
Preguntar
- o **Hepatopatía**
Bioquímica hepática
- o **Gastropatía**
Preguntar
- o **Adherencia al tratamiento**
Preguntar o cuestionario específico
- o **Infecciones**
Preguntar
- o **Higiene bucal**
Preguntar
- o **Hábitos tóxicos**
Preguntar o cuestionario específico
- o **Dieta saludable**
Preguntar o cuestionario específico
- o **Estrés, depresión**
Preguntar, HADS
- o **Trastorno del sueño**
Item 6 de Pittsburgh Sleep Quality Index
- o **Fatiga**
Item 1 del BASDAI / (MFSI-SF)
- o **Vida sexual**
Preguntar o cuestionario específico
- o **Vida social**
Preguntar o cuestionario específico

Figura 3. Checklist sobre prevención y promoción de la salud en pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica.

Tabla 1
Características de los participantes del estudio de viabilidad*

Variable	N (%)
Sexo (mujeres)	6 (75)
Edad [†] (años)	48 ± 6,38
Hospital comarcal/intermedio	1 (12)
Hospital general área/alto nivel	7 (88)
Residentes (sí)	5 (63)
Consulta monográfica AR	6 (75)
Consulta monográfica EspA	4 (50)
Consulta monográfica APs	4 (50)

AR: artritis reumatoide; EspA: espondiloartritis axial; APs: artritis psoriásica.

* Los resultados se expresan como número y porcentaje (%) a no ser que se indique otra cosa.

[†] Media ± desviación estándar.

No cabe duda que la alta presión asistencial actual, de muchos centros de nuestro país, puede limitar claramente la evaluación de la comorbilidad siguiendo el marco descrito para cada

enfermedad¹⁴⁻¹⁶. Es por ello que el objetivo del proyecto GECAI fue el de darle continuidad al abordaje de la comorbilidad y generar materiales prácticos que se materializaron en forma de *checklists* sencillos y de uso común para este grupo de enfermedades.

Para este propósito, se partió de lo elaborado en los proyectos anteriores y se contó con la ayuda de la evidencia publicada, la opinión de los pacientes y con los conocimientos y experiencia de un amplio grupo multidisciplinario de expertos. Además, los *checklists* fueron evaluados por una asociación de pacientes y otra de profesionales de la salud relacionados con la reumatología y se analizó la viabilidad de tres de ellos, lo que refuerza la validez de lo presentado.

Destacamos, como una aportación novedosa de este proyecto, la generación de un *checklist* específico para pacientes. Este, como hemos comentado, se basa en la opinión de los mismos. Para su diseño se tuvo en cuenta desde su grado de comprensión del lenguaje médico, en relación con las comorbilidades, hasta su

CHECKLIST

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

A continuación describimos los especialistas y sus correspondientes criterios de derivación desde reumatología con el fin de comprobar que se han valorado.

Dependerá de su hospital.



Enfermería

- Al inicio de tratamiento subcutáneo
- Al inicio de tratamiento con terapias biológicas
- Cuando el paciente por su patología (ej. cronicidad), tratamiento (ej. monitorización frecuente) y/o factores de riesgo (ej. obesidad, tabaquismo) precise una mayor formación y educación para su auto-cuidado.

Terapia ocupacional

- Alteraciones articulares/musculares susceptibles de mejorar a través de productos de apoyo, ortes
- Necesidad de llevar a cabo modificaciones en el entorno y adaptaciones funcionales del mismo
- Discapacidad superior a la esperada en el momento evolutivo de la enfermedad — Dificultad para la realización de las actividades de la vida
- Dependencia de aparición brusca o superior a la justificable por el estadio evolutivo de la enferme-

Psicología

- Cuando la respuesta al diagnóstico, a la enfermedad, al tratamiento y/o las consecuencias psicofísicas derivadas de los mismos, no es adaptativa
- Si hay ansiedad y/o depresión severas asociadas
- Si hay problemas sexuales asociados a la enfermedad
- Ante la sospecha de cualquier tipo de trastorno

Gastroenterología

- Criterios mayores
- Rectorragia
- Diarrea crónica de características orgánicas
- Enfermedad perianal

• Criterios menores

- Dolor abdominal crónico
- Anemia ferropénica o ferropenia
- Déficit de vitamina B12
- Manifestaciones extraintestinales
- Fiebre o febrícula, sin focalidad
- Pérdida de peso no explicable
- Antecedentes familiares de EII

Se derivará al gastroenterólogo si se cumple UNO de los criterios mayores o AL MENOS DOS de los criterios menores

Oftalmología

- Ojo rojo
- Pérdida de visión

Cardiología

- Valvulopatía aórtica
- Sospecha de bloqueo aurículo-ventricular

Nutricionista

- Mal control del peso

Dermatología

Neumología

Nefrología

Figura 4. Checklist de derivación de pacientes a otros profesionales de la salud.

conocimiento de las mismas. Con base en estos factores, se organizaron las variables a incluir en el *checklist*, con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible de una forma fiable. Además de incluir un texto explicativo y justificativo sugerido por ellos. Los expertos están convencidos que este *checklist* ayudará enormemente en la posterior evaluación de la comorbilidad por parte del profesional de la salud que atiende al paciente.

También queremos poner en valor el *checklist* de prevención y promoción de la salud, también muy novedoso que, teniendo en cuenta el elevado impacto para el paciente¹⁰⁻¹³ y sistema sanitario²⁹⁻³¹, resulta crítico para la práctica diaria. Es por ello que los expertos quieren reforzar en este punto la necesidad de mayor desarrollo de iniciativas como esta, que ayuden a prevenir al máximo el desarrollo de las comorbilidades.

En relación con los *checklists* de evaluación de la comorbilidad y de derivación, destacamos su valor transversal, es decir, son *checklists* que se pueden utilizar indistintamente en las tres enfermedades mencionadas. En concreto, el de evaluación recoge las comorbilidades más relevantes (en función de su prevalencia e impacto), aunque también se deja espacio para registrar otras diferentes. Además, dependiendo de la variable se recogen otros datos descriptivos que pueden ser importantes para la práctica diaria, se acompaña de una serie de indicaciones fáciles de seguir. Destacamos también que el *checklist* de derivación está basado, entre otras cosas, en los criterios acordados en un documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre la derivación en reumatología³².

Al mismo tiempo, otra de las novedades del proyecto, que además le da un gran valor para la práctica clínica, es el estudio de

viabilidad de los *checklists* de los profesionales de la salud. Los *checklists* fueron implementados en la práctica diaria y evaluados en relación al tiempo de cumplimentación, sencillez, claridad o utilidad. Comentar que en general la valoración global de los mismos fue muy positiva. El tiempo de cumplimentación no fue excesivo y la mayoría de los profesionales consideran que puede tener un impacto positivo en la práctica habitual (por ejemplo para identificar nuevas comorbilidades, tener una visión global de las mismas o prevenirlas mejor). Curiosamente, las puntuaciones en general para el *checklist* de evaluación de la comorbilidad fueron más positivas en comparación con los otros dos. Esto se puede deber a que todavía no estamos muy familiarizados con la prevención y promoción de la salud y, en el caso de la derivación, esta puede estar sujeta a otros condicionantes relacionados en el ámbito local. Ya hemos remarcado la importancia de la prevención y promoción de la salud en nuestro día a día, además consideramos que una buena coordinación entre profesionales es fundamental para realizar un buen abordaje de la comorbilidad.

No obstante, el proyecto GECOAI presenta una serie de limitaciones. La primera limitación deriva de la elección de las variables incluidas en los *checklists*; aunque parece poco probable que falte alguna relevante ya que se parte de trabajos que ya han evaluado estos aspectos, y además los *checklist* de evaluación contemplan la posibilidad de incluir otras variables en cada consulta. También la falta de familiaridad con la prevención y promoción de la salud podría suponer una barrera en la implementación inicial de los *checklists*. Pero la limitación principal es que todavía no hemos demostrado que su uso se traduzca en mejorías en la salud de los pacientes. Sin embargo, los expertos consideran que es probable que así sea. Esto sería objeto de futuros proyectos. Por otro lado, debemos señalar algunos aspectos sobre la utilidad y limitaciones de este tipo de instrumentos en nuestra práctica clínica (muchas veces con una gran presión asistencial). Tal y como hemos descrito, disponemos no de uno, sino de tres *checklists*, que necesitan tiempo para su cumplimentación, lo que podría limitar su implementación en la práctica diaria. Sin embargo, en el estudio de factibilidad el tiempo medio empleado con su uso es razonable y disminuye según se va interiorizando. Este es precisamente el objetivo y ventaja de los *checklists*, que el clínico estandarice e incorpore de forma natural algunas herramientas de control para mejorar la gestión clínica.

En resumen, mediante el presente proyecto hemos generado cuatro *checklists* para el manejo de la comorbilidad, de uso común para pacientes con AR, EspAax y APs, sencillos y viables en cuanto a su implementación en la práctica diaria. Estamos convencidos de que con ellos contribuiremos a mejorar tanto la salud de los pacientes como la asistencia sanitaria. No obstante, será importante determinar la utilidad real de su implantación en práctica clínica dentro de unos años.

Financiación

Este proyecto fue financiado por Merck Sharp & Dohme® España y avalado por las siguientes asociaciones/sociedades: CONARTRI-TIS (Coordinadora Nacional de Artritis asociación, de pacientes que representa a las personas afectadas por AR, APs, AIJ y EspA), OPEN-REUMA (Asociación de otros profesionales sanitarios dedicados a la reumatología) y SORCOM (Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid). Merck Sharp & Dohme® no tuvo influencia ni en el desarrollo del proyecto ni en el contenido final del manuscrito.

Conflicto de intereses

MG ha colaborado como asesora o investigadora con MSD®, Abbvie®, Sanofi® y Pfizer®. SC ha recibido becas o ayudas de investigación de MSD®, Pfizer® y Roche®. Asimismo ha recibido en los

últimos años honorarios ocasionales por ponencias y/o asesorías de Abbvie®, Amgen®, BMS®, Celgene®, Gebro-Pharma®, Janssen®, Lilly®, MSD®, Pfizer®, Roche®, Stada®, Theramex® y UCB®.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Ana M. Ortiz, del Servicio de Reumatología del Hospital U. de La Princesa, Madrid, por sus comentarios y críticas constructivas a los *checklists*.

Bibliografía

- Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:88–95.
- López-Medina C, Moltó A. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of axial spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018;32:241–53.
- López Estebarán JL, Zarco-Montejo P, Samaniego ML, García-Calvo C, PREVAL Study Group. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis in psoriasis patients in Spain Limitations of PASE as a screening tool. *Eur J Dermatol*. 2015;25:57–63.
- Carmona L, González-Alvaro I, Balsa A, Angel Belmonte M, Tena X, Sanmartí R. Rheumatoid arthritis in Spain: occurrence of extra-articular manifestations and estimates of disease severity. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:897–900.
- Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis*. 2014;73:62–8.
- Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, Landewé R, van den Bosch F, Bautista Molano W, et al. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. *Ann Rheum Dis*. 2015;75:1016–23.
- Castañeda S, Martín-Martínez MA, González-Juanatey C, Llorca J, García-Yébenes MJ, Pérez-Vicente S, et al. Cardiovascular morbidity and associated risk factors in Spanish patients with chronic inflammatory rheumatic diseases attending rheumatology clinics: Baseline data of the CARMA Project. *Semin Arthritis Rheum*. 2015;44:618–26.
- Radner H, Lesperance T, Accortt NA, Solomon DH. Incidence and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors Among Patients With Rheumatoid Arthritis Psoriasis, or Psoriatic Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69:1510–8.
- Özkan SG, Yazisiz H, Behlül A, Gökbelen YA, Borlu F, Yazisiz V. Prevalence of metabolic syndrome and degree of cardiovascular disease risk in patients with Psoriatic Arthritis. *Eur J Rheumatol*. 2017;4:40–5.
- Radner H, Ramiro S, Buchbinder R, Landewé RB, van der Heijde D, Aletaha D. Pain management for inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and other spondylarthritis) and gastrointestinal or liver comorbidity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;1:CD008951.
- An J, Nyarko E, Hamad MA. Prevalence of comorbidities and their associations with health-related quality of life and healthcare expenditures in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2019;38:2717–26.
- Radner H, Smolen JS, Aletaha D. Impact of comorbidity on physical function in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:536–41.
- Fernández-Carballido C, Martín-Martínez MA, García-Gómez C, Castañeda S, González-Juanatey C, Sánchez-Alonso F, et al. Impact of comorbidity on physical function in patients with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis attending rheumatology clinics: results from a cross-sectional study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;72:822–8.
- Loza E, Lajas C, Andreu JL, Balsa A, González-Álvarez I, Illera O, et al. Consensus statement on a framework for the management of comorbidity and extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2015;35:445–58.
- González C, Curbelo Rodríguez R, Torre-Alonso JC, Collantes E, Castañeda S, Victoria Hernández M, et al. Recomendaciones para el manejo de la comorbilidad en la práctica clínica en pacientes con Espondiloartritis Axial. *Reumatol Clin*. 2017;14:346–59.
- Torre-Alonso JC, Carmona L, Moreno M, Galíndez E, Babío J, Zarco P, et al. Identification and management of comorbidity in psoriatic arthritis: evidence- and expert-based recommendations from a multidisciplinary panel from Spain. *Rheumatol Int*. 2017;37:1239–48.
- 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.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277–83.
- Hita-Contreras F, Martínez-López E, Latorre-Román PA, Garrido F, Santos MA, Martínez-Amat A. Reliability and validity of the Spanish version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int*. 2014;34:929–36.

20. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for impaired visual acuity in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009;151:37–43.
21. Wendling D, Lukas C, Prati C, Claudepierre P, Gossec L, Goupille P, et al. 2018 update of French Society for Rheumatology (SFR) recommendations about the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Joint Bone Spine.* 2018;85:275–84.
22. van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, Baraliakos X, Van den Bosch F, Sepriano A, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:978–91.
23. Ward MM, Deodhar A, Akl EA, Lui A, Ermann J, Gensler LS, et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68:282–98.
24. Roubille C, Richer V, Starnino T, McCourt C, McFarlane A, Fleming P, et al. Evidence-based Recommendations for the Management of Comorbidities in Rheumatoid Arthritis Psoriasis, and Psoriatic Arthritis: Expert Opinion of the Canadian Dermatology-Rheumatology Comorbidity Initiative. *J Rheumatol.* 2015;42:1767–80.
25. Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. 2015. Disponible en: <https://www.ser.es/espoguia/>.
26. Maese J, García De Yébenes MJ, Carmona L, Hernández-García C, Grupo de Estudio emAR II. Management of rheumatoid arthritis in Spain (emAR II) Clinical characteristics of the patients. *Reumatol Clin.* 2012;8:236–42.
27. Casals-Sánchez JL, García De Yébenes Prous MJ, Descalzo Gallego MA, Barrio Olmos JM, Carmona Ortells L, Hernández García C, et al. Characteristics of patients with spondyloarthritis followed in rheumatology units in Spain. *emAR II study.* *Reumatol Clin.* 2012;8:107–13.
28. Almodovar R, Joven B, Rodríguez Almaraz E, Melchor S, Rabadán E, Villaverde V, et al. Implementation of an assessment checklist for patients with spondyloarthritis in daily practice. *Clin Exp Rheumatol.* 2020;38:115–21.
29. Li N, Chan E, Peterson S. The economic burden of depression among adults with rheumatoid arthritis in the United States. *J Med Econ.* 2019;22:372–8.
30. Merola JF, Herrera V, Palmer JB. Direct healthcare costs and comorbidity burden among patients with psoriatic arthritis in the USA. *Clin Rheumatol.* 2018;37:2751–61.
31. Lee JS, Oh B-L, Lee HY, Song YW, Lee EY. Comorbidity, disability, and healthcare expenditure of ankylosing spondylitis in Korea: A population-based study. *PLoS One.* 2018;13:e0192524.
32. Gobbo M, Marco E, López Medina S, Ortega García P, Zubizarreta C, Inhiesta I, et al. Criterios de derivación de reumatología a Rehabilitación y Fisioterapia. *Reumatol Clin.* 2013;9(Espec Cong 1):1.