

## INTRODUCCIÓN

En la evaluación de la actividad inflamatoria de la Artritis Reumatoide (AR), se incluyen datos subjetivos aportados por el paciente, como el EVA (escala visual analógica) de dolor y el EVA global de la actividad de la enfermedad. En la práctica clínica habitual, los pacientes tienden a sobreestimar estos datos, obteniéndose como resultado valores más altos en los índices de actividad de la AR.

## OBJETIVO

Determinar las razones más frecuentes por las que los pacientes con AR sobreestiman el EVA de dolor y el EVA global.

## MÉTODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con AR atendidos de forma consecutiva en la consulta de enfermería de Reumatología en un hospital de tercer nivel. La medición del EVA de dolor y el EVA global de la enfermedad se realizó mediante una escala visual analógica numerada del 0 al 10, (0= ausencia de dolor/inactividad y 10=dolor insoportable/enfermedad muy activa en la última semana). Tras una explicación inicial se recoge una primera calificación y posteriormente una segunda tras realizar una explicación exhaustiva por parte de enfermería sobre posibles factores de confusión. Aquellos pacientes que cambiaron su respuesta recibieron un cuestionario con una serie de motivos que podían justificar el cambio, siendo posible la respuesta múltiple.

## CONCLUSIÓN

El dolor articular que el paciente percibe en el momento de la evaluación es la principal causa de sobreestimación tanto del EVA de dolor como el global de la actividad de la AR.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 56 pacientes, el 76.8% fueron mujeres. La edad media fue de 62,7  $\pm$  9,9 años, y el tiempo medio de evolución de la AR fue de 13  $\pm$  9,8 años. El 64.3% de los pacientes (36) cambió su respuesta. Los principales motivos por los que sobreestimaron el EVA de dolor y el EVA global de la enfermedad se recogen en la Figura 1.

Un 55.6% (31) refirió haber calificado su EVA de dolor en función de las articulaciones dolorosas que presentaba en ese momento y no haberlo comparado con el “máximo dolor imaginable”. El siguiente motivo más frecuente fue valorar el EVA global considerando fundamentalmente el dolor presente en ese momento, y no el conjunto de sintomatología de la AR. El tercer motivo (14.3%) fue puntuar el EVA de dolor, en base solo al dolor que era el percibido en ese momento y no al valor medio de la última semana.

**Figura 1.** Principales motivos de cambio en la calificación del EVA global y EVA dolor en AR.

