



ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica de artritis reumatoide con recomendaciones sobre la salud del pie



Laura Ramos Petersen, José Miguel Morales Asencio, Silvia García Mayor y Gabriel Gijón Noguero*^{*}

Departamento de Enfermería y Podología, Universidad de Málaga, Málaga, España

Recibido el 29 de septiembre de 2016; aceptado el 24 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 18 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Artritis reumatoide;
Guía práctica clínica;
Evaluación;
Pie

Resumen

Introducción: La deformidad y el dolor del pie son casi omnipresentes (90%) en la artritis reumatoide (AR), debido a la interacción entre inflamación y biomecánica anormal. Las intervenciones no farmacológicas (ortesis, calzado) tienen un papel importante pero permanecen siendo un área descuidada. Las guías de práctica clínica (GPC) tienen recomendaciones para el cuidado del paciente, que consiguen disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Hay varias GPC generales para tratar a pacientes con AR, pero no para la patología del pie. El objetivo de este trabajo es desarrollar GPC que cubran el tratamiento no farmacológico de la patología del pie en pacientes con AR.

Método: Revisión de la literatura científica para identificar todas las GPC sobre la AR y el pie, entre 1975-2016. El instrumento usado para evaluar las GPC fue el AGREE II.

Resultados: Con respecto a la calidad global, la mejor GPC es la NICE (puntuación 6/7) siendo las guías: GUIPCAR y Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis, las que tienen las puntuación más bajas. En relación a las recomendaciones del pie, no en todas las GPC aparecen, la guía Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis no presenta, siendo las guías que tienen más la HAS y la Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis.

Conclusión: La guía de AR general más recomendable es la guía NICE. Hay además otras tres GPC recomendables: la guía RACGP, la guía SIGN, y la guía Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis.

© 2016 Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. 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: gagijon@uma.es (G. Gijón Noguero).

KEYWORDS

Rheumatoid Arthritis;
Clinical Practice
Guidelines;
Analysis;
Foot

Analysis of quality of clinical practice guidelines of rheumatoid arthritis guidelines in reference of foot

Abstract

Introduction: Deformity and foot pain are almost omnipresent (90%) in rheumatoid arthritis (RA), due to the interaction between inflammation and abnormal biomechanical. Non-pharmacological interventions (insoles, footwear) have an important role but it is still a careless area. Clinical practice guidelines (CPG) have recommendations for patient care, reducing variability in clinical practice. There are several general CPG to treat patients with RA, but not for foot pathology. The aim of this work is to develop CPG meeting the demand of non-pharmacological treatment of foot pathology in patients with RA.

Method: Review of the scientific literature to identify all CPG of RA and foot, between 1975-2016. The instrument used to evaluate the CPG was the AGREE II.

Results: In relation to the overall quality, the best CPG is NICE CPG (score 6/7) and GUIPCAR and Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis CPG have the lowest score. In relation to the recommendations of the foot, not all CPG have them (Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis CPG no) and those with more are the HAS and Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis CPG.

Conclusion: In general, the best CPG in AR is NICE CPG. There are also three other recommended GPC: RACGP, SIGN and non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis GPC.

© 2016 Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. 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 deformidad y el dolor del pie son casi omnipresentes en la artritis reumatoide (AR) y los resultados son deterioros considerables tanto físicos como psicosociales¹⁻⁷, como pueden ser: prevalencia de la neuropatía por la sensibilidad reducida⁸, desarrollándose úlceras en el 10% de los pacientes⁹, alto impacto psicosocial con respecto a su propia imagen, su sexualidad y sus relaciones personales¹⁰⁻¹³, ganancia de peso y aumento de fatiga¹⁴⁻²⁰ y deformidades destacando hallux valgus y metatarsus primus varus²¹.

La prevalencia del dolor de pies aumenta con la duración de la enfermedad, afectando al 90% de los pacientes durante el curso de su enfermedad a pesar del avance en tratamientos farmacológicos^{2,22-24}, incluso en pacientes con remisión de la enfermedad (disease activity score 28 < 2,6) y un 99% de los que toman anti-TNF, con frecuencia tienen enfermedad activa residual en el pie. De hecho, una gran cohorte europea de 848 pacientes con AR de 8 años de seguimiento, informó que el 29% de los pacientes en remisión tienen sensibilidad y el 31% una articulación del pie hinchada²⁵.

La patología del pie no es el límite de la enfermedad establecida, sino que es el principal signo de una temprana AR, ocupando un segundo lugar tras la presentación en las manos, y decir que encontramos erosiones en las radiografías primero en el pie que en las manos²⁶⁻²⁸.

La patología del pie se explica a través de la compleja interacción entre la inflamación y la anormal carga mecánica de las estructuras que soportan la carga²⁹⁻³¹. Las intervenciones mecánicas y otras no farmacológicas, como ortesis, calzado o autocuidados, tienen un papel importante en el

manejo de la patología del pie en los casos en los que los pacientes tienen la enfermedad sistémica controlada³²⁻³⁵. Esto, sin embargo, permanece siendo un área descuidada en el cuidado del paciente y hay falta de guías de práctica clínica (GPC) que cubran el tratamiento no farmacológico de la patología del pie en pacientes con AR.

Las GPC están compuestas por recomendaciones destinadas a optimizar el cuidado del paciente. Estas recomendaciones surgen de una revisión sistemática de la evidencia y la evaluación de los riesgos y beneficios de las alternativas de las opciones de cuidado³⁶. Las GPC son poderosos instrumentos para mejorar la calidad del cuidado gracias a que disminuye la variabilidad en la práctica clínica y facilita la toma de decisiones de los proveedores del cuidado de la salud y los pacientes³⁷.

El desarrollo de las GPC requiere un enfoque sistemático que incluye cinco fases:

1) Elaboración, 2) adaptación, 3) actualización, 4) evolución, 5) implementación. Así se logra la delimitación de las áreas de incertidumbre y el ámbito de aplicación, la elaboración de las preguntas PICO (Pacientes, Intervención, Comparación, Resultado y ajustes), se resume la literatura encontrada y se elaboran las recomendaciones.

Actualmente, hay varias GPC disponibles que aconsejen a los profesionales sanitarios en el manejo en general de pacientes con AR, pero hay una falta de GPC que aconsejen sobre el manejo clínico de la patología del pie en pacientes con AR. Las recomendaciones para el cuidado del pie que aparecen en GPC de AR son escasas, muy genéricas, obsoletas o con pobre desarrollo metodológico.

El propósito de este trabajo es la evaluación mediante el instrumento Appraisal of Guidelines for Research &

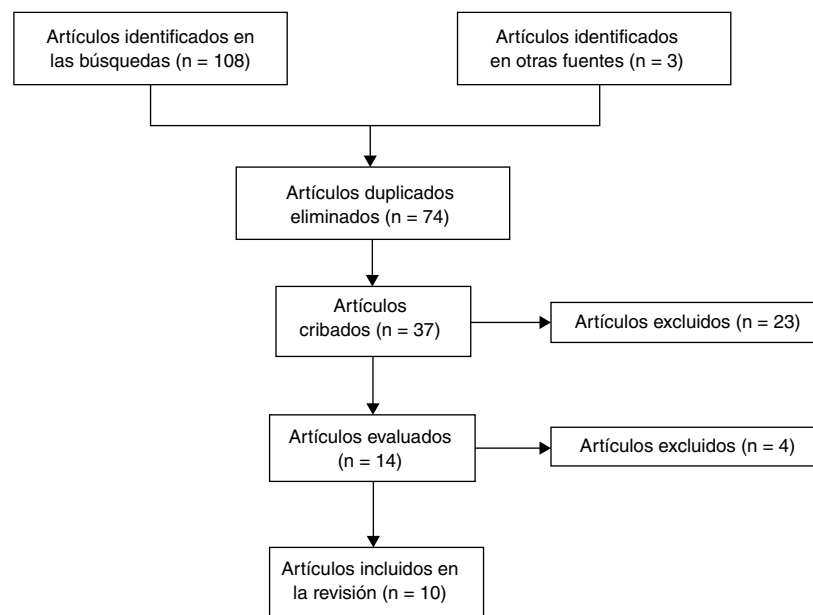


Figura 1 Flujograma de PRISA sobre la revisión sistemática literaria.

Evaluation (AGREE II) de las GPC de AR en general y que presenten recomendaciones sobre el cuidado y tratamiento del pie en estos pacientes.

Material y método

Se realizó una revisión de la literatura científica para identificar todas las posibles guías clínicas sobre la AR y el pie.

Consultando los principales buscadores y bases de datos biomédicas: Medline-Pubmed, Scopus, Cochrane Library®, Cinahl, Embase, Web of Science y Google Academy. De manera paralela se identificaron guías de práctica clínica en webs específicas en el área de las guías como NICE³⁸, SIGN³⁹, Royal College of Nursing.

El periodo de búsqueda estuvo comprendido entre 1975 a 2016, incluyendo aquellos artículos o guías publicados desde dicho año hasta junio de 2016. Las palabras clave empleadas, junto con los elementos booleanos «and», «or» y «not», fueron: rheumatoid arthritis, guide, foot y en español pie, artritis reumatoide y guía clínica.

Se ha seguido la siguiente estrategia de búsqueda (fig. 1):

El instrumento usado para evaluar las GPC fue el AGREE II⁴⁰, el cual se desarrolló para examinar la variabilidad en la calidad de las guías, evaluando el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía. El AGREE original⁴¹ ha sido refinado, surgiendo el nuevo AGREE II, que incluye un nuevo manual del usuario.

El objetivo del AGREE II es ofrecer un marco para:

1. Evaluar la calidad de las guías.
2. Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías.
3. Establecer qué información y cómo debe ser presentada en las guías.

Hay 23 ítems en el AGREE II, que se dividen en 6 dominios: Dominio 1. Alcance y objetivo

4. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).
5. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
6. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.

Dominio 2. Participación de los implicados

7. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
8. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).
9. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Dominio 3. Rigor en la elaboración

10. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
11. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
12. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.
13. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
14. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
15. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
16. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.

17. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Dominio 4. Claridad de la presentación

18. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
19. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
20. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

Dominio 5. Aplicabilidad

21. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.
22. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.
23. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.
24. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.

Dominio 6. Independencia editorial

25. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.
26. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Finalmente, el análisis de los resultados se hará puntuando la calidad global de la guía, finalizando su recomendación o no de la misma.

Cada guía fue evaluada por 2 evaluadores (LRP y GGN).

Cada uno de los ítems del AGREE II y los dos ítems de la evaluación global están graduados mediante una escala de 7 puntos (desde el 1 «muy en desacuerdo» hasta el 7 «muy de acuerdo»). El manual del usuario del AGREE II proporciona indicaciones sobre cómo puntuar cada ítem utilizando la escala de puntuación e incluye también 3 secciones adicionales para facilitar aún más la evaluación por parte del usuario.

Para cada uno de los seis dominios del AGREE II se calcula una puntuación de calidad. Las puntuaciones de los seis dominios son independientes y no deben ser agregadas en una única puntuación de calidad. Las puntuaciones de los dominios se calculan sumando todos los puntos de los ítems individuales del dominio y estandarizando el total, como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio.

Aunque las puntuaciones de los dominios pueden ser útiles para comparar guías y para recomendar su empleo, el Consorcio no ha establecido puntuaciones mínimas o patrones de puntuación entre dominios que diferencien entre guías de alta y baja calidad. Estas decisiones deben hacerse por el usuario y guiadas por el contexto en el cual se utilice el AGREE II.

Análisis de los datos

Se calcularon, para cada guía, las puntuaciones medias de cada uno de los seis dominios del AGREE II de acuerdo

con las recomendaciones de los elaboradores. Las puntuaciones fueron estandarizadas con porcentajes sobre la puntuación máxima posible para cada dominio utilizando la siguiente fórmula: $([\text{puntuación obtenida} - \text{mínima puntuación posible}] / [\text{máxima puntuación posible} - \text{mínima puntuación posible}] \times 100)$.

Como se sugiere en las instrucciones para el uso del instrumento AGREE II, solamente un nivel de calidad no se deriva para cada directriz de las puntuaciones de los dominios individuales. Cada dominio de la herramienta AGREE II es independiente del otro, ya que se cree que es inapropiado combinar los resultados en un único nivel de calidad. Además, se analizaron las variables antes mencionadas y se resumieron para cada guía.

Resultados

De un total de 108 artículos encontrados, y después de depurar las búsquedas y analizar las guías, se evaluaron un total de 10 GPC con la herramienta AGREE II, y respondiendo a sus 2 últimas preguntas globales, podemos observar que la guía con mayor puntuación de la calidad global es la guía NICE (puntuación de 6 sobre 7), obteniendo una puntuación del 100% en 3 de los 6 dominios, pudiéndose recomendar la guía.

Por otro lado, las guías GUIPCAR y Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis, obtienen la menor puntuación de la calidad global (3 sobre 7), y no son unas guías recomendables.

En una comparación entre todas las guías, no hay ningún dominio en el que todas hayan sacado una puntuación del 100%. El dominio en el que se han obtenido mejores puntuaciones es el dominio 4 (*claridad de la presentación*). Los dominios con peores puntuaciones son los dominios 5 (*aplicabilidad*) y 6 (*independencia editorial*) (tabla 1).

Con respecto a las recomendaciones relacionadas con el tratamiento y cuidado del pie, no en todas las GPC aparecen (tabla 2). La única guía que no presenta estas recomendaciones es la guía Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis.

Por otro lado, las guías con mayor número de estas recomendaciones son las guías HAS y Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis, presentando la primera 16 recomendaciones, y la segunda 25. Ambas guías muestran una puntuación de 4 sobre 7 en la puntuación global de la guía.

Anteriormente se resaltó que la guía NICE era la guía con mejor calidad global, pero en relación con las recomendaciones del pie, solamente presenta 2 de ellas, al igual que la guía SIGN y la GUIPCAR, cuyas puntuaciones globales de calidad han sido 4 sobre 7 en el caso de la guía SIGN y 3 sobre 7 en el caso de la GUIPCAR.

En el caso de las guías Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion and British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first two years), el número de recomendaciones del pie se reduce a 1. Ambas con una puntuación de la calidad global de 4 sobre 7.

Tabla 1 Puntuación obtenida en cada dominio de las GPC

	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Domino 5	Domino 6
NICE ³⁸	21	21	28	18	22	14
SIGN ³⁹	14	11	28	19	15	3
HAS ⁴²	20	8	30	8	10	4
GUIPCAR ⁴³	8	14	22	12	11	8
Guidelines for the management of the foot health problems associated with RA ⁴⁴	15	17	30	20	11	2
Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis ⁴⁵	14	12	12	18	13	6
Nonpharmacological treatments in early RA ⁴⁷	21	13	30	14	4	4
British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of RA (the first 2 years) ⁴⁸	15	10	28	13	13	2
Non-drug treatment (excluding surgery) in RA ⁴⁶	15	12	33	17	8	8
RACGP ⁴⁹	13	11	37	19	5	5

Discusión

Del total de 10 guías analizadas se observa que en el dominio 4, las guías habían logrado la más alta puntuación. Esto se debe a que en general, la mayoría de las guías presentaban las recomendaciones de forma clara, con el propósito que se quiere alcanzar y la población a la que va dirigida, y en los casos necesarios, las distintas opciones, con sus respectivas situaciones clínicas apropiadas. También, en todas las guías (exceptuando la HAS)⁴², las recomendaciones se identifican fácilmente, resaltando en negrita o reunidas en tablas o esquemas.

Los dominios 5 y 6 son los que han alcanzado una puntuación más baja. Los resultados en el dominio 5 se deben a que: en ninguna de las guías aparece información suficiente sobre los factores facilitadores y barreras para implementar las recomendaciones, en la mayoría (excepto las guías NICE, la GUIPCAR y Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis)^{38,43,44} no aparecen herramientas y recursos para facilitar la aplicación, tampoco en ninguna (excepto la guía NICE)³⁸ se ha recogido información sobre los costes derivados de la implementación y no hay criterios (excepto en las guías NICE y Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis)^{38,45} para evaluar la implementación de las recomendaciones. Estas guías se centran más en describir las recomendaciones que en cómo aplicarlas.

Los resultados en el dominio 6 se deben a que ninguna de las guías (excepto la NICE) declara cuál es el origen de la entidad financiadora, ni si esta ha interferido en la elaboración de la guía, ni tampoco se detallan los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía. En algunas circunstancias, los miembros del grupo elaborador pueden tener conflictos de intereses, como por ejemplo: que la financiación esté a manos de una compañía farmacéutica. Por eso es importante la declaración explícita de todos los miembros del grupo.

Por otro lado, centrándonos en los resultados de las recomendaciones para el tratamiento y cuidado de los pies en

los pacientes con AR, podemos decir que una recomendación común es que estos pacientes tienen derecho a una revisión y evaluación periódica de sus pies.

La guía NICE³⁸, la guía HAS⁴², la guía SIGN³⁹, la guía GUIPCAR⁴³, la guía Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis⁴⁶ y la guía Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis⁴⁴, en sus recomendaciones dan importancia al calzado terapéutico y a las ortesis funcionales en este tipo de pacientes, que necesitan analgesia y corrección. La guía HAS⁴² y la Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis⁴⁶, apoyan que esta recomendación sea con aparatos ortopédicos personalizados, hechos a medida, por parte de un profesional. La guía GUIPCAR⁴³ recomienda ortesis duras para mejorar el dolor en el retropié en las fases iniciales de la enfermedad.

Las guías HAS⁴², Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis⁴⁶ y Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis⁴⁴, incluyen dentro de sus recomendaciones el tratamiento de las anomalías ungueales e hiperqueratosis, y excepto la guía Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis⁴⁴, se apoya que esta recomendación se tiene que llevar a cabo por un podólogo.

La guía Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis⁴⁴ tiene otras recomendaciones que el resto de guías no presentan, como por ejemplo: el manejo de la úlcera solamente se puede dar por un grupo multidisciplinario; hay que ponerse en contacto de inmediato con la enfermera reumatóloga del paciente si este está siendo tratado con terapia biológica y desarrolla una úlcera y/o infección; considerar la terapia con inyección de esteroides para focalizadas inflamaciones de las articulaciones, viéndose esta como un complemento a la gestión podológica; los pacientes tendrán que volver a evaluar sus necesidades de calzado tras la cirugía del pie; y que es necesaria una derivación urgente en los siguientes casos: rotura tendinosa, artritis séptica y sospecha de cáncer de piel que afecta al hueso.

Tabla 2 Resumen de las recomendaciones disponibles de los tratamientos para el dolor de pies en pacientes con AR

GPC	Recomendaciones
NICE ³⁸	<p>Todas las personas con AR y problemas de pie obligatoriamente tienen que tener acceso al podólogo para la evaluación y revisión periódica de la salud de sus pies necesaria.</p> <p>Las ortesis funcionales y calzado terapéutico obligatoriamente tienen que estar disponibles para todas las personas con AR si está indicado</p>
HAS ⁴²	<p>2.2.8 Tratamiento específico del pie:</p> <p>El padecimiento de dolor de pies es muy común en la AR y justifica que elijamos una atención terapéutica no farmacológica específica individual pragmáticamente.</p> <p>Recomendaciones:</p> <p><i>Las ortesis podológicas y calzado terapéutico:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Está recomendado incluir en la práctica médica una evaluación con regularidad de los pies, del calzado y de las ortesis, por parte de un profesional. 2. Aparatos ortopédicos personalizados son recomendados en los casos en los que hay dolor de pies en carga o que hay trastornos de los pies en estática, por parte de un profesional. 3. Un seguimiento adecuado del pie y de las ortesis es recomendable debido a la gran fragilidad de un pie con problemas reumatológicos, especialmente de las ortesis correctoras, por parte de un profesional. <p>Las ortesis plantares están indicadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Para la analgesia (nivel de evidencia 4). 5. Para la corrección cuando las deformidades son reductibles en carga, por parte de un profesional. 6. Para paliar en los casos que hay que aliviar las zonas con patologías o zonas dolorosas, por parte de un profesional. 7. Las ortesis deben ser hechas a medida, eventualmente termoformadas o termomoldeadas, en material no rígido, por parte de un profesional. 8. Las ortesis para los dedos de los pies a medida pueden ser preventivas, correctoras o paliativas con el fin de hacer la elección posible por parte del profesional. 9. La renovación de la prescripción de las ortesis del pie con receta debe basarse en una evaluación objetiva del cumplimiento y el beneficio individual (reducción del dolor, mantener o mejorar la capacidad funcional). 10. Son recomendados los zapatos de serie más anchos o zapatos hechos a medida cuando los pies están deformados y duelen o dificultan calzarse (grado C). 11. Con las ortesis se reducen el dolor en la marcha y mejoran las capacidades funcionales (nivel de evidencia 4). 12. Los zapatos terapéuticos en serie de uso prolongado están indicados después del fracaso de otros tipos de calzado. De un modo paliativo cuando el padecimiento de los pies se mejora, los zapatos terapéuticos a medida pueden prescribirse. <p><i>Actos de quiropodia:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los pacientes de AR deben ser informados de las pautas de higiene de los pies, así como de la indicación de cuidados podológicos. Se debe recibir los consejos de calzado por parte de un profesional. 2. Se recomienda el uso de un podólogo para tratar las anomalías ungueales y las hiperqueratosis de los pies en el caso de pacientes con AR. 3. Este cuidado debe hacerse con prudencia y asepsia rigurosa debido al riesgo de infección importante y de las dificultades frecuentes de cicatrización en estos pacientes. 4. En 2007, el acceso a la atención podológica es susceptible de verse obstaculizada debido a las tarifas muy por debajo al coste real por el paciente
SIGN ³⁹	<p>La importancia de la presentación de un calzado apropiado para la comodidad, movilidad y estabilidad está reconocida en la práctica clínica, pero hay poca evidencia respecto a ello para apoyarlo en pacientes con temprana AR.</p> <p>Hay algo de evidencia con respecto a la eficacia de las ortesis en el nivel de bienestar y en la longitud y velocidad de la zancada. La derivación podológica se tiene que ofrecer a todos los pacientes</p>

Tabla 2 (continuación)

GPC	Recomendaciones
GUIPCAR ⁴³ Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis ⁴⁵	<p>El dolor de antepié puede mejorar con ortesis duras y blandas. Las ortesis duras mejoran el dolor en el retropié en las fases iniciales de la enfermedad. El uso de un modelo especial puede prevenir la evolución y progresión del hallux valgus. Zapatos con anchuras especiales pueden mejorar los resultados [A]. Los estudios sobre ortesis son bastante heterogéneos, y no es posible indicar qué tipo de ortesis es la más apropiada para cada tipo de participación [D]</p> <p>Sin recomendaciones</p>
Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis ⁴⁶ RACGP ⁴⁹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los pacientes con AR tienen que estar informados sobre las pautas de higiene del pie y sobre los beneficios referentes al podólogo. El pie, el calzado y las ortesis tienen que estar examinados regularmente por un profesional. 2. Las plantillas personalizadas están recomendadas en los casos en los que haya dolor en la estática o en la dinámica, de acuerdo con el profesional. 3. Las ortesis personalizadas de los dedos de los pies deben ser preventivas, correctoras y paliativas para el uso de calzado, de acuerdo con el profesional. 4. Los pacientes tienen que ser aconsejados sobre el calzado a través de profesionales. Calzado más ancho o calzado personalizado está recomendado cuando el pie está deformado o es doloroso, o hay dificultad para calzarse (grado C). Algunos zapatos reducen el dolor al andar y mejoran la capacidad funcional (nivel de evidencia 4). Zapatos para el uso prolongado con terapia por fuera de la suela están indicados cuando las ortesis o el calzado han fallado. Los zapatos terapéuticos a medida paliativos tienen que estar preescritos cuando el pie está seriamente afectado. 5. Hay que consultar al podólogo sobre anomalías de las uñas e hiperqueratosis en el pie de pacientes con AR <p>Los profesionales tienen que apoyar el acceso a un cuidado apropiado del pie en pacientes con AR. Una evaluación anual del pie y una revisión están recomendadas en pacientes con riesgo de evaluación a una complicación seria con la finalidad de detectar el problema tempranamente. Son elegibles los servicios de podólogos.</p> <p>La importancia de un apropiado cuidado del pie en la AR está reconocida en la práctica, pero no hay mucha evidencia sobre ello.</p> <p>Investigación para apoyar las recomendaciones en la temprana AR</p> <p>En pacientes con AR temprana, el dolor metatarsal y/o alineación del pie</p>
Non pharmacological treatments in early rheumatoid arthritis ⁴⁷ British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first two years) ⁴⁸ Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis ⁴⁴	<p>El cuidado del pie puede aliviar el dolor, mantener la función y mejorar la calidad de vida en un uso seguro. Una revisión anual está recomendada en pacientes con un riesgo de evolución de serias complicaciones (B)</p> <p>Los podólogos son expertos en trastornos de los pies; tanto los pacientes como los reumatólogos pueden beneficiarse de la participación de un podólogo.</p> <p>Todos los pacientes deben ser derivados para la evaluación de la salud del pie dentro de los 3 meses del diagnóstico de la AR.</p> <p>Todas las personas con problemas de AR y los pies deben tener acceso a un podólogo para la evaluación y revisión periódica de sus necesidades de salud del pie.</p> <p>Todos los pacientes con AR de podología deben recibir una evaluación inicial de los pies estructurada completa con medidas de resultado apropiadas con referencia en adelante a los colegas más especializados como sea necesario.</p> <p>La remisión a un podólogo es una parte integral del manejo inicial de los pacientes con AR.</p> <p>La educación del paciente debe incluir el asesoramiento de la autogestión de la salud de sus pies y, si es necesario demostración, explicación de problemas en los pies y su impacto en el individuo, la información sobre el manejo de enfermedades en general y señalización para las necesidades futuras de la salud del pie.</p>

Tabla 2 (continuación)

GPC	Recomendaciones
	<p>Los pacientes con un diagnóstico de la AR deben ser evaluados tan pronto como sea posible tras el diagnóstico de problemas estructurales con la extremidad inferior y el pie.</p> <p>Todos los pacientes con AR y dolor en el pie deben ser considerados para ortesis de pie y/o consejos sobre calzado, independientemente de la duración de la enfermedad.</p> <p>Los pacientes con deformidades en los pies establecidas deben ser evaluados para ortesis de pie acomodativas y consejos sobre calzado/calzado especialista.</p> <p>Las ortesis funcionales de pie deben ser proporcionadas cuando las articulaciones del tarso no se ven afectadas.</p> <p>Acomodativas/amortiguación ortesis debe ser proporcionada para aquellos pacientes con deformidad del pie estructural, los síntomas dolorosos y restricción de la actividad.</p> <p>Evaluación del calzado y consejos se deben dar a todos los pacientes.</p> <p>Los pacientes que según la evaluación requieren calzado terapéutico deben ser informados de los posibles beneficios y limitaciones de este calzado (con respecto a la estética) y permitir decidir sobre la conveniencia de ser recomendado o no, provisto de calzado terapéutico.</p> <p>Derivación para opinión quirúrgica debe ser ofrecida como una alternativa a la derivación para calzado terapéutico.</p> <p>El callo se debe evaluar en relación con los síntomas y factores causales antes de considerar el desbridamiento.</p> <p>El enfoque de la gestión del callo siempre debe ser la reducción de las presiones del pie con ortesis de pie y el calzado adecuado en primer lugar, antes del desbridamiento es considerada como una intervención segura o insegura.</p> <p>Las infecciones por hongos (de la uña y la piel) deben ser investigados y tratados. Si no se tratan pueden conducir a la ulceración y la infección bacteriana secundaria.</p> <p>Se aconseja dialogar con el médico de cabecera o consultor antes del tratamiento sistémico.</p> <p>Deben darse consejos con las uñas encarnadas (O/C) si el paciente está siendo administrado con una terapia biológica y donde hay signos de infección clínica y/o la necesidad de cirugía de uñas.</p> <p>El manejo óptimo de la úlcera solo puede lograrse mediante un enfoque de equipo multidisciplinario holístico e integrado.</p> <p>Póngase en contacto con la enfermera consultora/reumatóloga del paciente inmediatamente si el paciente está siendo tratado con terapia biológica y desarrolla una úlcera y/o infección.</p> <p>Considerar la terapia con inyección de esteroides para focalizadas inflamaciones de las articulaciones y los tejidos blandos cuando se controla la enfermedad general (pero solo en ausencia de sepsis).</p> <p>La terapia de inyección debe ser vista como un complemento de la gestión podológica convencional en combinación con intentos de corregir cualquier deformidad estructural usando ortesis.</p> <p>Con estas señales de advertencia se requiere derivación urgente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotura tendinosa, por ejemplo, tibial posterior, del tendón de Aquiles. • Artritis séptica. • La sospecha de cáncer de piel que afecta o hueso. <p>Los pacientes tendrán que volver a evaluar sus necesidades de calzado y la necesidad de calzado tras la cirugía del pie</p>

En conclusión, la guía de AR general más recomendable es la guía NICE. Hay además otras tres GPC recomendables: RACGP, SIGN, y Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis.

Es fundamental llegar a un consenso en las GPC en cuanto a las recomendaciones relacionadas con el tratamiento y cuidado del pie en pacientes con AR para poder abordar

eficazmente las patologías de los pies en estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Otter SJ, Lucas K, Springett K, Moore A, Davies K, Cheek L, et al. Foot pain in rheumatoid arthritis prevalence, risk factors and management: an epidemiological study. *Clin Rheumatol*. 2010;29:255–71.
2. Grondal L, Tengstrand B, Nordmark B, Wretenberg P, Stark A. The foot: still the most important reason for walking incapacity in rheumatoid arthritis: distribution of symptomatic joints in 1,000 RA patients. *Acta Orthop*. 2008;79:257–61.
3. Helliwell P, Reay N, Gilworth G, Redmond A, Slade A, Tennant A, et al. Development of a foot impact scale for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2005;53:418–22.
4. Turner DE, Helliwell PS, Emery P, Woodburn J. The impact of rheumatoid arthritis on foot function in the early stages of disease: a clinical case series. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7:102.
5. Turner DE, Helliwell PS, Siegel KL, Woodburn J. Biomechanics of the foot in rheumatoid arthritis: identifying abnormal function and the factors associated with localised disease 'impact'. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2008;23:93–100.
6. Turner DE, Woodburn J. Characterising the clinical and biomechanical features of severely deformed feet in rheumatoid arthritis. *Gait Posture*. 2008;28:574–80.
7. Turner DE, Woodburn J, Helliwell PS, Cornwall MW, Emery P. Pes planovalgus in RA: a descriptive and analytical study of foot function determined by gait analysis. *Musculoskeletal Care*. 2003;1:21–33.
8. Wilson O, Kirwan JR. Measuring sensation in the feet of patients with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*. 2006;4:12–23.
9. Firth J, Hale C, Helliwell P, Hill J, Nelson EA. The prevalence of foot ulceration in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2008;59:200–5.
10. Vamos M, White GL, Caughey DE. Body image in rheumatoid arthritis: the relevance of hand appearance to desire for surgery. *Br J Med Psychol*. 1990;63 Pt 3:267–77.
11. Bogoch ER, Judd MG. The hand: a second face? *J Rheumatol*. 2002;29:2477–83.
12. Gutweniger S, Kopp M, Mur E, Günther V. Body image of women with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 1999;17:413–7.
13. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42:280–6.
14. Goodacre LJ, Candy FJ. 'If I didn't have RA I wouldn't give them house room': the relationship between RA, footwear and clothing choices. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50:513–7.
15. Hewlett S, Cockshott Z, Byron M, Kitchen K, Tipler S, Pope D, et al. Patients' perceptions of fatigue in rheumatoid arthritis: overwhelming, uncontrollable, ignored. *Arthritis Rheum*. 2005;53:697–702.
16. Hewlett S, Hehir M, Kirwan JR. Measuring fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review of scales in use. *Arthritis Rheum*. 2007;57:429–39.
17. Kirwan JR, Minnock P, Adebajo A, Bresnihan B, Choy E, de Wit M, et al. Patient perspective: fatigue as a recommended patient centered outcome measure in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2007;34:1174–7.
18. Nicklin J, Cramp F, Kirwan J, Greenwood R, Urban M, Hewlett S. Measuring fatigue in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study to evaluate the Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi-Dimensional questionnaire, visual analog scales, and numerical rating scales. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:1559–68.
19. Nicklin J, Cramp F, Kirwan J, Urban M, Hewlett S. Collaboration with patients in the design of patient-reported outcome measures: capturing the experience of fatigue in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:1552–8.
20. Repping-Wuts H, Hewlett S, van Riel P, van Achterberg T. Fatigue in patients with rheumatoid arthritis: British and Dutch nurses' knowledge, attitudes and management. *J Adv Nurs*. 2009;65:901–11.
21. Göksel Karatepe A, Günaydin R, Adibelli ZH, Kaya T, Duruöz E. Foot deformities in patients with rheumatoid arthritis: the relationship with foot functions. *Int J Rheum Dis*. 2010;13:158–63.
22. Vainio K. The rheumatoid foot. A clinical study with pathological and roentgenological comments. 1956. *Clin Orthop Relat Res*. 1991;4–8.
23. Michelson J, Easley M, Wigley FM, Hellmann D. Foot and ankle problems in rheumatoid arthritis. *Foot Ankle Int*. 1994;15:608–13.
24. Otter SJ, Lucas K, Springett K, Moore A, Davies K, Young A, et al. Comparison of foot pain and foot care among rheumatoid arthritis patients taking and not taking anti-TNF α therapy: an epidemiological study. *Rheumatol Int*. 2011;31:1515–9.
25. Van der Leeden M, Steultjens MP, van Schaardenburg D, Dekker J. Forefoot disease activity in rheumatoid arthritis patients in remission: results of a cohort study. *Arthritis Res Ther*. 2010;12:R3.
26. Woodburn J, Hennessy K, Steultjens MP, McInnes IB, Turner DE. Looking through the 'window of opportunity': is there a new paradigm of podiatry care on the horizon in early rheumatoid arthritis? *J Foot Ankle Res*. 2010;3:8.
27. Mjaavatten MD, Haugen AJ, Helgetveit K, Nygaard H, Sidenvall G, Uhlig T, et al. Pattern of joint involvement and other disease characteristics in 634 patients with arthritis of less than 16 weeks' duration. *J Rheumatol*. 2009;36:1401–6.
28. Van der Heide A, Remme CA, Hofman DM, Jacobs JW, Bijlsma JW. Prediction of progression of radiologic damage in newly diagnosed rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995;38:1466–74.
29. Woodburn J, Cornwall MW, Soames RW, Helliwell PS. Selectively attenuating soft tissues close to sites of inflammation in the peritalar region of patients with rheumatoid arthritis leads to development of pes planovalgus. *J Rheumatol*. 2005;32:268–74.
30. Barn R, Turner DE, Rafferty D, Sturrock RD, Woodburn J. Tibialis posterior tenosynovitis and associated pes plano valgus in rheumatoid arthritis: electromyography, multisegment foot kinematics, and ultrasound features. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65:495–502.
31. Barn R, Brandon M, Rafferty D, Sturrock RD, Steultjens M, Turner DE, et al. Kinematic, kinetic and electromyographic response to customized foot orthoses in patients with tibialis posterior tenosynovitis, pes plano valgus and rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53:123–30.
32. Hennessy K, Woodburn J, Steultjens MP. Custom foot orthoses for rheumatoid arthritis: A systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:311–20.
33. Farrow SJ, Kingsley GH, Scott DL. Interventions for foot disease in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum*. 2005;53:593–602.
34. Woodburn J, Barker S, Helliwell PS. A randomized controlled trial of foot orthoses in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2002;29:1377–83.
35. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003:CD003688.
36. National Research Council. *Clinical Practice Guidelines we can trust*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
37. Woolf S, Schünemann HJ, Eccles MP, Grimshaw JM, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implement Sci*. 2012;7:61.

38. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK). Rheumatoid arthritis: National Clinical Guideline for management and treatment in adults. London: Royal College of Physicians (UK); 2009.
39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2011. Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh. (SIGN publication no. 123). [consultado 14 Jul 2014]. Disponible en: URL: <http://www.sign.ac.uk>.
40. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of guidelines for research & evaluation II. AGREE II Instrument. The Agree Research Trust 2009.
41. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:18–23.
42. De Santé HA. 2008. Polyarthrite rhumatoïde: aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie, aspects médicosociaux et organisationnels. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. En: *Annales de réadaptation et de médecine physique* Vol. 51, pp. 322-324. [consultado 14 Jul 2014]. Disponible en: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_pr_non_med.071018.pdf.
43. GUIPCAR Group. Update of the clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis in Spain. Madrid (Spain): Spanish Society of Rheumatology; 2011.
44. Williams AE, Davies S, Graham A, Dagg A, Longrigg K, Lyons C, et al., North West Clinical Effectiveness Group for the Foot in Rheumatic Diseases (NWCEG). Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*. 2011;9:86–92.
45. Brenol CV, da Mota LM, Cruz BA, Pileggi GS, Pereira IA, Rezende LS, et al., Brazilian Society of Rheumatology. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus on vaccination of patients with rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol*. 2013;53:4–23.
46. Forestier R, André-Vert J, Guillez P, Coudeyre E, Lefevre-Colau MM, Combe B, et al. Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines. *Joint Bone Spine*. 2009;76:691–8.
47. Gossec L, Pavy S, Pham T, Constantin A, Poiradeau S, Combe B, et al. Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine*. 2006;73:396–402.
48. Luqmani R, Hennell S, Estrach C, Basher D, Birrell F, Bosworth A, et al., British Society for Rheumatology; British Health Professionals in Rheumatology Standards, Guidelines and Audit Working Group. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (after the first 2 years). *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:436–9.
49. March L, Barrett C, Gale F, Lassere M, Mcquade J. 2009. Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. South Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners, 1-46. [consultado 14 Jul 2014]. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp118-early-rheum-arthritis.pdf.