



---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

“DR. EDUARDO LICEAGA”

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

**“IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO POR  
OBJETIVOS (TREAT TO TARGET) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”  
ESTUDIO DE LA VIDA REAL**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA

PRESENTA

DRA. EVELYN PAMELA GARAY PADILLA  
RESIDENTE DE REUMATOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

DR. EVERARDO ÁLVAREZ HERNÁNDEZ  
ASESOR DE TESIS  
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

DRA. LETICIA LINO PÉREZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE REUMATOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

Ciudad de México, Agosto 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
"DR. EDUARDO LICEAGA"  
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

---

Dra. Leticia Lino Pérez

Profesor Titular del Curso Universitario de Reumatología  
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

---

Dr. Everardo Álvarez Hernández

Asesor De Tesis  
Médico Adscrito del Servicio de Reumatología  
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

---

Dra. Evelyn Pamela Garay Padilla

Autor de Tesis  
Residente de Reumatología  
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

## CONTENIDO

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Antecedentes.....	4
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	7
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Metodología.....	8
Tipo y diseño del estudio.....	8
Población y tamaño de la muestra.....	8
Criterios de inclusión y exclusión.....	8
Variables.....	9
Definición de variables.....	10
Procedimiento.....	11
Análisis estadístico.....	12
Aspectos éticos y de bioseguridad.....	12
Relevancia y expectativas.....	12
Recursos disponibles y necesarios.....	13
Resultados.....	14
Discusión.....	40
Conclusiones.....	42
Referencias.....	43
Anexos.....	49

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Características de los pacientes con artritis reumatoide.....	<b>19</b>
<b>Tabla 2:</b> Escolaridad.....	<b>19</b>
<b>Tabla 3:</b> Lugar de procedencia.....	<b>20</b>
<b>Tabla 4:</b> Llenado de la hoja de recolección de datos específica en cada visita.....	<b>20</b>
<b>Tabla 5:</b> Características clínicas y laboratoriales de los pacientes en cada visita.....	<b>22</b>
<b>Tabla 6:</b> Índice de Sharp van der Heidje modificado.....	<b>23</b>
<b>Tabla 7:</b> Comparación de la actividad de la enfermedad medida por CDAI entre las visitas.....	<b>27</b>
<b>Tabla 8:</b> Comparación de características demográficas con actividad de la enfermedad medida por CDAI.....	<b>28</b>
<b>Tabla 9:</b> Decisiones terapéuticas en base a la actividad de la enfermedad.....	<b>29</b>
<b>Tabla 10.</b> Monoterapia o terapia combinada con fármacos modificadores de la enfermedad en base a la actividad de la enfermedad medido por CDAI.....	<b>29</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Nivel socioeconómico.....	<b>21</b>
<b>Figura 2:</b> Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, y con actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de DAS-28.....	<b>23</b>
<b>Figura 3:</b> Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, y con actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de CDAI.....	<b>24</b>
<b>Figura 4:</b> Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, moderada y alta actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de DAS-28.....	<b>25</b>
<b>Figura 5:</b> Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, moderada y alta actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de CDAI.....	<b>26</b>
<b>Figura 6:</b> Respuesta ACR a los 6 y 12 meses.....	<b>27</b>
<b>Figura 7:</b> Persona que lleno la encuesta.....	<b>30</b>
<b>Figura 8:</b> Dosis faltante en la última semana.....	<b>30</b>
<b>Figura 9:</b> Número de días que ha dejado de tomar todas las dosis en la última semana.....	<b>31</b>
<b>Figura 10:</b> Seguimiento del horario de toma de los medicamentos en los últimos siete días.....	<b>31</b>
<b>Figura 11:</b> Cumplimiento de instrucciones médicas especiales de parte del paciente.....	<b>32</b>
<b>Figura 12:</b> Frecuencia de cumplimiento sobre instrucciones médicas especiales de parte del paciente.....	<b>32</b>
<b>Figura 13:</b> Dejó de tomar medicamentos en fin de semana.....	<b>33</b>
<b>Figura 14:</b> Cuando fue la última vez que dejó de tomar los medicamentos.....	<b>33</b>
<b>Figura 15:</b> Causas de suspensión del tratamiento.....	<b>34</b>
<b>Figura 16:</b> Compra todos los medicamentos.....	<b>34</b>
<b>Figura 17:</b> Porqué motivo no lo compra.....	<b>35</b>
<b>Figura 18:</b> Es atendido por el mismo médico.....	<b>35</b>

<b>Figura 19:</b> ¿Cuánto tiempo se le dedica en la consulta?.....	<b>36</b>
<b>Figura 20:</b> Se le explica la receta.....	<b>36</b>
<b>Figura 21:</b> Entiende las indicaciones de su médico.....	<b>37</b>
<b>Figura 22:</b> Si tiene dudas tiene confianza para preguntar.....	<b>37</b>
<b>Figura 23:</b> Busca más información acerca de la enfermedad.....	<b>38</b>
<b>Figura 24:</b> Fuente de información que utiliza.....	<b>38</b>
<b>Figura 25:</b> Desacuerdo con el médico.....	<b>39</b>

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios Todopoderoso por la fortaleza y perseverancia que nos aporta para concluir nuestros anhelos por permitirme llegar hasta donde estoy.

A mi esposo Oscar y a mi hija Valeria por ser el pilar de mi vida.

A mi madre por su inalcanzable apoyo y amor, porque sin ella esto no sería posible.

Un agradecimiento especial a mi asesor de esta investigación Dr. Everardo Álvarez Hernández por su incondicional apoyo y enseñanzas; así como a mis docentes del servicio de Reumatología, compañeros residentes, enfermeras, personal administrativo, pacientes y demás, que en algún momento contribuyen a la culminación de este proyecto.

## “IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO POR OBJETIVOS (TREAT TO TARGET) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”

### Estudio de la vida real

#### RESUMEN

**Antecedentes:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico<sup>1,2</sup>. Las consecuencias a corto y largo plazo incluyen dolor crónico, deterioro del funcionamiento<sup>7</sup>, comorbilidad significativa y reducción de la esperanza de vida<sup>8</sup>. En los últimos 20 años el conocimiento de la AR ha evolucionado. Estos avances condujeron a la realización de una propuesta de 4 principios generales y 10 recomendaciones denominada «Tratamiento por objetivos - treat to target»<sup>38</sup>. Durante este proceso, el médico debe ajustar el tratamiento farmacológico cada 3 meses, hacer seguimiento cada mes en caso de actividad alta o moderada y cada 3 a 6 meses en caso de actividad baja o remisión, de igual manera se debe hacer uso de los índices validados (de medición) de actividad de la enfermedad para guiar las decisiones de tratamiento<sup>22</sup>.

**Planteamiento del problema:** El tener un control adecuado y estricto de la enfermedad permite mejorar la sintomatología, disminuyendo el daño estructural y compromiso funcional; por lo que al implementar la estrategia se espera el alcance de metas terapéuticas que lleven al paciente a un estado de remisión clínica, o baja actividad de la enfermedad. Lo que motivó a realizar este trabajo es que en nuestro hospital se desconoce el impacto de la implementación de la estrategia “tratamiento por objetivos” en la clínica de AR de nuestro servicio.

**Objetivos:** Determinar el impacto en la implementación de la estrategia “tratamiento por objetivos” en la clínica de pacientes con AR que acuden a consulta subsecuente.

**Metodología:** Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de AR; que estaban completos y con más de un año de seguimiento. El tamaño de muestra fue por conveniencia; siendo un estudio semilongitudinal observacional descriptivo retrospectivo. De los expedientes se recopilaron los datos de la visita basal y de los 6 y 12 meses y se buscó si tenían estudios radiográficos en el archivo.

## Resultados:

Se incluyeron 71 pacientes con diagnóstico de AR establecida, 64 (90.1%) son mujeres, con edad media 50.1 (DE 12.86) en su mayoría procedentes de la ciudad de México (n=34, 47.9%). Las evaluaciones clínicas, escalas visuales, índices de actividad de la enfermedad y en las pruebas de laboratorio no hubo diferencias estadísticas entre cada visita. Al hacer análisis de las 213 visitas, 155 (72.7%) de ellas se documentó DAS 28, y se encontró que de 83 casos (53.54%) que tenían DAS 28 > 3.2 (moderada a alta actividad de la enfermedad) 48 (53.8%) se le realizó modificación de tratamiento; y usando la medida clínica CDAI, se documentó la misma en 181 casos (84.97%) de las cuales 92 (50.82%) pacientes tenían puntaje > 10 (moderada a alta actividad de la enfermedad), de los cuales 54 (58.7%) se modificó tratamiento. Su índice terapéutico (IT = dosis tomadas/dosis recetadas) fue de 60%. El 40% (n=28) nunca suspendió el tratamiento durante los últimos siete días (persistencia). El 52.1% (n=37) siguió el horario de toma de los medicamentos todo el tiempo. El 87.3% (n=62) refirió que sus medicamentos tenían instrucciones especiales, pero sólo el 61.5% (n=40) las siguió todo el tiempo. El 71.8% (n=51) refirió que su consulta dura más de 10 minutos. El 90.1% (n=64) recibe explicación de su receta y el 94.4% (n=67) entiende las indicaciones; además el 97.2% (n=69) tiene confianza para preguntar sus dudas.

## Conclusiones:

En conclusión, nuestro estudio encontró adherencia subóptima a la estrategia T2T para visitas de pacientes con artritis reumatoide; en cuanto a la adherencia fue regular, con defectos en la persistencia y en la realización de instrucciones especiales. La alianza terapéutica fue buena.

**Palabras clave:** Treat to target

## “IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO POR OBJETIVOS (TREAT TO TARGET) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”

### Estudio de la vida real

#### ANTECEDENTES

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico <sup>1,2</sup>. Afecta desde el 0,5% al 1% de la población general en todo el mundo, siendo esta constante independientemente de la ubicación geográfica y la raza <sup>3</sup>. En México se realizó un estudio en 5 regiones siguiendo las pautas propuestas por el Programa Comunitario de Control de Enfermedades Reumáticas (COPCORD) con el fin de estimar la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos, se incluyeron 19,213 individuos de los cuales el 1.6% fueron prevalentes para AR<sup>4</sup>. Afecta mayormente a las mujeres con una relación 6:1 <sup>5</sup>, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral y productiva; lo que se ve reflejado en altos índices de discapacidad laboral, pensión por invalidez y disminución en la calidad de vida que generan un alto impacto en la economía <sup>6</sup>.

Las consecuencias a corto y largo plazo de la AR incluyen dolor crónico, deterioro del funcionamiento <sup>7</sup>, comorbilidad significativa y reducción de la esperanza de vida <sup>8</sup>; si no se diagnostica de manera temprana ni se trata de manera oportuna puede llevar a la discapacidad y producir costos elevados para el paciente, su familia y la sociedad <sup>9</sup>.

Los estudios a largo plazo en pacientes con AR demuestran que la mayoría desarrolla una enfermedad progresiva, con daño radiológico grave, deterioro de su capacidad funcional, incapacidad laboral y aumento significativo de la mortalidad <sup>10,11,12</sup>. Es una enfermedad crónica, cuyos efectos "destructivos" recién se hacen evidentes para el paciente luego de un período de al menos 5 años. Sin embargo, ese proceso comienza lentamente desde el inicio de la enfermedad, momento en el cual tendríamos alguna oportunidad de mejorar su pronóstico.

Las pautas básicas que pueden asegurar un posible éxito en el tratamiento de la AR incluyen ver al paciente lo más pronto posible, así como evaluar al paciente regularmente utilizando elementos que nos permitan un adecuado seguimiento como

ser recuento de articulaciones inflamadas y dolorosas, cuestionarios de autoevaluación del estado funcional, radiografías de manos y pies evaluadas por índice radiológico e indicadores bioquímicos de inflamación. Diferentes estudios demuestran que aquellos pacientes que son evaluados y tratados con medicaciones específicas en forma temprana tienen un pronóstico funcional y progresión del daño radiológico menor<sup>13,14,15</sup>. Estos hechos determinaron que surja el concepto de "ventana de oportunidad", la cual representa una fase muy temprana de la enfermedad en la que la terapia con fármacos modificadores de la enfermedad (DMARs) es más exitosa.<sup>16,17,18,19</sup>

Los estudios TICORA y CAMERA<sup>20,21</sup> confirmaron que aquellos pacientes evaluados en forma objetiva y estricta presentaron mejor evolución clínica, funcional y radiológica que aquellos evaluados de manera rutinaria sin un control objetivo de la enfermedad.

La principal finalidad del tratamiento de la AR es lograr la remisión de la enfermedad, y en los casos en que esto es imposible, lograr al menos un estado de baja actividad. Es importante que las premisas básicas para lograr esta meta sean consensuadas entre el médico y el paciente para asegurar una mejor adherencia a las pautas de tratamiento<sup>22</sup>.

En los últimos 20 años el conocimiento de la AR ha evolucionado, vale la pena resaltar el avance en el conocimiento del tratamiento biológico, desarrollo de nuevos biomarcadores<sup>23,24</sup>, construcción de herramientas que permiten evaluar la respuesta al tratamiento<sup>25,26,27,28,29</sup>, importancia del diagnóstico precoz y el inicio tratamiento con DMARs incluyendo glucocorticoides a dosis bajas<sup>30,31,32,33,34</sup>. Estos avances han incrementado la calidad de la atención de la AR, mejorando el control clínico de la sintomatología, disminuyendo el daño estructural y el compromiso funcional<sup>25,35,36,37</sup>. Este progreso llevó a formular una propuesta de 4 principios generales y 10 recomendaciones que fueron discutidas por 60 expertos de diversos países y 5 pacientes para la elaboración por consenso y la publicación de una estrategia denominada «Tratamiento por objetivos»<sup>38</sup>. Dicha estrategia propone la consecución de metas terapéuticas que lleven al paciente a un estado de remisión clínica, o por lo menos baja actividad de la enfermedad<sup>39,40,41</sup>. Durante este proceso, el médico debe ajustar el tratamiento farmacológico cada 3 meses, seguimiento cada mes en caso de actividad alta o moderada y cada 3 a 6 meses en caso de actividad baja o remisión, de

igual manera se debe hacer uso de los índices validados (de medición) de actividad de la enfermedad, lo que incluye conteos articulares; y es necesario en la práctica clínica rutinaria para guiar las decisiones de tratamiento <sup>22</sup>.

Los 4 principios generales son: a.- el tratamiento debe basarse en decisión compartida entre el paciente y el reumatólogo, b.- el objetivo del tratamiento es maximizar calidad de vida a largo plazo relacionada con control de síntomas, prevención de daños estructurales normalización de la función y participación de actividades relacionadas con el trabajo, c.- La anulación de la inflamación, y d.- ajustar el tratamiento en base a la actividad de la enfermedad. Entre las 10 recomendaciones se establecen 1.- El objetivo primario debe ser un estado de remisión clínica, 2.- La remisión clínica se define como la ausencia de signos y síntomas de actividad de la enfermedad, 3.- Remisión como objetivo claro, baja actividad como meta terapéutica aceptable, 4.- El uso de los índices validados (de medición) de actividad de la enfermedad, lo que incluye conteos articulares, es necesario en la práctica clínica rutinaria para guiar las decisiones de tratamiento, 5.- La elección de la medida (compuesta) de la actividad de la enfermedad y del valor objetivo deben estar influenciados por comorbilidades, factores del paciente y riesgos relacionados con las drogas, 6.- Las medidas de la actividad de la enfermedad deben documentarse periódicamente, cada mes para pacientes con actividad de enfermedad alta y moderada, o cada 3 a 6 meses para pacientes con baja actividad o remisión, 7.- Los cambios estructurales, el deterioro funcional y la comorbilidad deben ser consideradas en la toma de decisiones clínicas, además de evaluar las medidas de la actividad de la enfermedad, 8.- Hasta que se alcance la meta de tratamiento deseada, la terapia con fármacos debe ajustarse al menos cada tres meses, 9.- El objetivo de tratamiento deseado debe mantenerse a lo largo de la enfermedad y, 10.- El reumatólogo debe involucrar al paciente en el establecimiento del "tratamiento por objetivo" y la estrategia para alcanzarlo<sup>22</sup>.

Se implementó la estrategia "tratamiento por objetivo" en nuestro hospital desde el año 2013 en donde se diseñó una plantilla que cuenta con los datos necesarios para la recolección de datos y poder calcular índices de medición, aún no se han realizado trabajos al respecto ni publicaciones.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La AR es una enfermedad la cual se caracteriza por daño articular que condiciona discapacidad física siendo los principales resultados adversos asociados con la reducción en calidad de vida y mortalidad prematura, si se mantienen con actividad de la enfermedad. El tener un control adecuado y estricto nos permite mejorar la sintomatología, disminuyendo el daño estructural y el compromiso funcional; por lo que al implementar la estrategia "tratamiento por objetivo" se espera el alcance de metas terapéuticas que lleven al paciente a un estado de remisión clínica, o por lo menos baja actividad de la enfermedad. En nuestro hospital se desconoce el impacto de la implementación de la estrategia "tratamiento por objetivos" en la clínica de AR de nuestro servicio en cuanto a frecuencia de remisión, mínima actividad, recaídas y daño radiográfico.

## JUSTIFICACIÓN:

La utilidad de conocer el impacto de la implementación de la estrategia tratamiento por objetivos en los pacientes con AR nos permitirá saber la respuesta al tratamiento convencional y la frecuencia en que se alcanza la remisión o la mínima actividad, así como los esquemas de tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad y glucocorticoides empleados y el tipo de decisiones tomadas por los médicos en la práctica diaria.

## OBJETIVOS:

### Objetivo general:

1.- Determinar el impacto en la implementación de la estrategia T2T en los pacientes con AR que acuden a consulta subsecuente en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

### Objetivos específicos:

- 1.- Medir el nivel de cumplimiento en la implementación de la estrategia "tratamiento por objetivos" (auditoria).
- 2.- Medir la frecuencia de remisión, mínima actividad y recaídas de los pacientes con AR
- 3.- Medir el daño radiográfico a través del índice de Sharp van der Heijde modificado
- 4.- Medir el nivel de apego y alianza terapéutica de los pacientes con AR

## METODOLOGÍA

### Tipo y diseño del estudio

Estudio de la vida real semilongitudinal observacional descriptivo retrospectivo.

### Población y tamaño de la muestra

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de AR; que estaban completos y con más de un año de seguimiento. De los expedientes se recopilaron los datos de la visita basal y de los 6 y 12 meses y se buscó si tenían estudios radiográficos en el archivo.

El tamaño de muestra fue por conveniencia.

### Criterios de inclusión:

- Expediente completo con las siguientes características:
  - Pacientes con diagnóstico definido de AR bajo criterios diagnósticos ya sea de ACR 2010 o de ACR 1987

- Que tengan más de un año de seguimiento y por lo menos 3 visitas

### **Criterios de exclusión:**

- Expedientes incompletos, perdidos o con datos insuficientes
- Que tenga sobreposición con otras enfermedades del tejido conectivo excepto Síndrome de Sjogren.

### **VARIABLES**

#### *Variables nominales*

- Sexo: hombre o mujer

#### *Variables ordinales*

- Nivel socioeconómico (NSE)
- Dosis de glucocorticoides

#### *Variables numéricas o discontinuas:*

- Número de articulaciones dolorosas
- Número de articulaciones inflamadas
- Número de articulaciones limitadas
- Escala visual análoga del dolor (EVAD)
- Escala del estado de salud del paciente (EESP)
- Escala del estado de salud por el médico (EESM)

#### *Variables Continuas:*

- Edad: tiempo vivido en años
- Escolaridad
- Rigidez articular matutina (RAM)
- Tiempo de evolución de la enfermedad
- Capacidad funcional: medida por HAQ (Cuestionario de evaluación de la salud)

- Velocidad de sedimentación globular (VSG)
- Proteína C reactiva (PCR)
- Disease activity score (DAS 28)
- Clinical disease activity index (CDAI)
- Método de evaluación radiográfica Sharp Van der Heijde
- Dosis diarias y acumuladas de medicamento

### Definición de variables:

Variable	Definición conceptual	Unidad de medición	Escala de medición
<b>Sexo</b>	Fenotipo femenino o masculino de la persona	Femenino Masculino	Nominal
<b>NSE</b>	Medición del nivel de bienestar de un hogar medido por AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y opinión Pública A.C.)	A/B: clase alta C+: Clase media alta C: Clase media C-: Clase media baja D+: Clase media baja D-: Clase baja E: Clase más baja	Ordinal
<b>Dosis de glucocorticoides</b>	Toma de medicina que se da al enfermo cada vez.	Alta Media Baja	Ordinal
<b>No. articulaciones dolorosas</b>	Cantidad de articulaciones en la que el paciente manifiesta dolor	Números	Discontinua
<b>No. articulaciones inflamadas</b>	Cantidad de articulaciones en la que el paciente manifiesta inflamación	Números	Discontinua
<b>No. articulaciones limitadas</b>	Cantidad de articulaciones en la que el paciente manifiesta limitación de movimientos	Números	Discontinua
<b>EVAD</b>	Medición de la intensidad del dolor representada en una línea de 0 a 10cm. En uno de los extremos consta la frase de "no dolor" y en el extremo opuesto "el peor dolor imaginable". La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor.	Números 0-10	Discontinua
<b>EESP</b>	Medición del estado de salud dada por el paciente representada en una línea de 0 a 10cm. En uno de los extremos consta la frase de "" y en el extremo opuesto "".La distancia en centímetros desde el punto de « » a la marcada por el paciente representa el estado de salud.	Números 0-10	Discontinua
<b>EESM</b>	Medición del estado de salud dada por el médico representada en una línea de 0 a 10cm. En uno de los extremos consta la frase de "" y en el extremo opuesto "".La distancia en centímetros desde el punto de « » a la marcada por el paciente representa el estado de salud.	Números 0-10	Discontinua
<b>Edad</b>	Tiempo vivido de una persona	Años cumplidos	Continua
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Años cursados	Continua
<b>RAM</b>	"Rigidez matutina" es un dolor y rigidez típico de las mañanas después de la inmovilización del descanso nocturno, que no se alivia hasta después que se ha utilizado la articulación en su conjunto.	Minutos	Continuas

<b>Tiempo de evolución de enf.</b>	Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta que esta empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo.	Años	Continuas
<b>HAQ DI</b>	Cuestionario diseñado para valorar la capacidad funcional del paciente en la última semana, puede ser auto aplicable o realizado por personal entrenado y toma aproximadamente 5 minutos en completarse.	Números	Continuas
<b>VSG</b>	Medida indirecta de inflamación.	Números	Continuas
<b>PCR</b>	Proteína de fase aguda, cuya concentración refleja la inflamación en curso.	Números	Continuas
<b>DAS-28</b>	Medida utilizada que evalúa actividad de la enfermedad, el número 28 se refiere a 28 articulaciones que se examinan en esta evaluación.	< 2.6 Remisión de la enfermedad 2.6-3.2 Baja actividad 3.2-5.1 Moderada actividad > 5.1 Alta actividad	Continuas
<b>CDAI</b>	Valora la actividad de la enfermedad sin los resultados de laboratorio.	≤ 2.8 Remisión de la enfermedad 2.9 – 10 Baja actividad 10.1 – 22 Moderada actividad > 22.1 Alta actividad	Continuas
<b>Sharp Van der Heijde</b>	Método de evaluación radiográfica que se utiliza para estimar la magnitud del daño anatómico.	Números 0-448 puntos	Continuas

## PROCEDIMIENTO

En el presente proyecto se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital General de México, se recopilaron los datos socio-demográficos, clínicos, radiográficos, laboratoriales y tratamiento de la visita basal y de los 6 y 12 meses. Se calcularon escalas de actividad (DAS 28 y CDAI); daño (escala de Sharp van der Heijde) y capacidad funcional (HAQ Di). Se utilizaron los datos de un estudio previo realizado en el servicio donde se midió la adherencia y el nivel socioeconómico de pacientes con enfermedades reumáticas y se incluyeron pacientes con AR (características de la adherencia y alianza terapéutica de paciente con enfermedades reumáticas con clave de registro DI17404B03071<sup>42</sup>).

Para evaluar el llenado de la hoja de recolección de datos específica se realizó una escala de acuerdo a los ítemes de la hoja, de 0-4 muy malo, 5-8, malo, 9-12 bueno, 13-16 muy bueno, > 17 excelente.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión utilizando medias y desviación estándar para variables dimensionales y frecuencias para variables nominales y ordinales. Se realizaron pruebas de sesgo y curtosis para determinar normalidad de las variables. En caso de no tener distribución normal, se emplearan medianas y rangos intercuartilares como medidas de resumen. Para las comparaciones se usaron prueba de t y ANOVA para variables con distribución normal y Chi cuadrada (o Prueba exacta de Fisher) o pruebas de Kruskal Wallis o U de Mann-Whitney para las variables no paramétricas. La significancia estadística se consideró menor a 0.05.

### ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Este proyecto de investigación retrospectiva titulado "IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO POR OBJETIVOS (TREAT TO TARGET) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE" Estudio de la vida real; cumplen con los aspectos éticos de privacidad y confidencialidad, además que la información se utilizará exclusivamente para fines académicos y de investigación.

La importancia de dichos datos radica en la obtención de información sobre la aplicación de la estrategia tratamiento por objetivos que se maneja en la clínica de pacientes con artritis reumatoide y la adherencia terapéutica, lo cual proporcionará datos importantes para conocer la verdadera respuesta al tratamiento convencional.

Cabe especificar, que dentro de este proyecto de investigación no se practicaron procedimientos invasivos, como toma de muestras, biopsias, procedimientos quirúrgicos, etc.

Para este estudio, existe conflicto de no interés por parte de los investigadores.

### RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

Los resultados de este proyecto de investigación pueden ser de gran utilidad ya que la aplicación satisfactoria de la estrategia de tratamiento por objetivos (Treat to Target) permitirá mayores niveles de pacientes con remisión o mínima actividad de la

enfermedad en la práctica clínica diaria; siendo de gran importancia conocer el impacto de la implementación de la estrategia para así mejorar la adherencia a la misma y mejorar la calidad de vida del individuo a tratar. Se piensa generar información única en su tipo, ya que no se conoce los resultados al haber implementado la estrategia en nuestro hospital.

Además, al obtener resultados, se espera ser publicado en revistas científicas, presentarse en congresos y obtener nuevo conocimiento para generar acciones que ayuden a una mejor estrategia, mejorar la calidad de vida del paciente, así como la información que tiene sobre su enfermedad.

### RECURSOS DISPONIBLES

Los recursos humanos de este proyecto de investigación son los propios investigadores involucrados los cuales recolectaron los datos de los expedientes clínicos.

Las funciones del investigador principal consisten en proporcionar información para una adecuada revisión de la literatura, coordinar las actividades, así como supervisarlas. Para la escritura del proyecto, así como su autorización se hará en conjunto por los investigadores para determinar el propósito de dicha investigación.

### RECURSOS NECESARIOS

Los investigadores involucrados son quienes financiaron dicho proyecto, siendo recursos materiales bolígrafos y copias del instrumento, por lo que no existió soporte financiero para este proyecto de investigación.

## RESULTADOS:

### Datos sociodemográficos:

Se incluyeron 71 pacientes con diagnóstico de AR establecida, las características generales de los pacientes se describen en la tabla 1.

En un 22.5% (n=16) tenían nivel de educación secundaria completa seguido de primaria completa (19.7%, n=14) (tabla 2); la mayoría eran procedentes de la ciudad de México (n=34, 47.9%) (tabla 3) con nivel socioeconómico D (clase baja, 39.44%, n=28) (Figura 1).

En 54.93% (n=39) de los casos se hizo el diagnóstico basado en los criterios ACR 2010.

### Uso de la hoja de recolección de datos específica:

En la primera visita que se incluyó en el estudio el 81.7% (n=58) de los médicos utilizaron la hoja de recolección de datos, incrementando su uso en la tercera visita al 98.6% (n=70); siendo el llenado de la misma muy bueno en 43.1% (n=25) en la visita basal mejorando el llenado de esta en la visita 2 a excelente en 50% (n=35) de los casos (tabla 4).

### Características de los pacientes en cada visita:

Las evaluaciones clínicas, escalas, índices de actividad de la enfermedad y pruebas de laboratorio se resumen en la tabla 5, como se muestra no hubo diferencias entre cada visita. El puntaje radiográfico de Sharp/van der Heijde modificado se muestra en la tabla 6, en el cual en la visita 1 sólo se les realizó radiografías de manos y pies a 13 pacientes, y ningún paciente tenía radiografías en la visita 2.

### Escalas de actividad de la enfermedad:

En cuanto a las puntuaciones de actividad de la enfermedad, el DAS 28 se documentó en 155 (72.7%) de 213 visitas; en la visita 0 el 41.7% de los pacientes tenían remisión o mínima actividad de la enfermedad, aumentando en porcentaje a 49.1% de los casos en la visita 2 como se describe en la figura 2 y 4. En cuanto al CDAI, este se documentó

en 181 (84.97%) de 213 visitas, en el cual el 43.6% de los pacientes tenían remisión o mínima actividad de la enfermedad en la visita 0, aumentando su proporción en la visita 2 al 53% (figura 3 y 5).

Al realizar análisis de las puntuaciones de actividad, en este caso CDAI que fue la que más frecuentemente se documentó, se encontró que al comparar la visita 0 con la 1, y la visita 0 con la 2 hubo mayor proporción de pacientes que llegaron a remisión medidos por CDAI y disminuyeron aquellos que estaban activos en la visita 0, sin embargo, no hubo diferencias estadísticas. Al comparar la visita 1 con la 2 se encontró que aquellos que se encontraban activos en la visita 1 mejoraron en mayor proporción a la visita 2 teniendo significancia estadística (tabla 7).

### **Comparación de características demográficas con actividad de la enfermedad medida por CDAI**

Se compararon en la visita 0, 31 pacientes con actividad y 24 en remisión o mínima actividad; en la visita 1, 30 pacientes con actividad y 30 en remisión o mínima actividad, y en la visita 2, 31 pacientes con actividad y 35 en remisión o mínima actividad; en el cual la edad, el nivel socioeconómico, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de inicio y diagnóstico no fueron estadísticamente significativos; sin embargo, el cuestionario de evaluación de la salud comparado con actividad de la enfermedad medido por CDAI si hubo significancia estadística entre las visitas, siendo el puntaje de mayor valor en aquellos pacientes con actividad de la enfermedad como se describe en la tabla 8.

### **Tratamiento:**

En la visita basal sólo en 35.2% (n=25) de los pacientes se hizo modificación del tratamiento; dentro de los fármacos utilizados, el metotrexato fue el mayormente prescrito en un 93% (n=66) de los pacientes con una dosis media de 13.63mg (DE 3.43), seguido de sulfasalazina en 49.3% (n=35; dosis media 1.44g, DE 0.45) y prednisona en 47.9% (n=34; dosis media 5.44mg, DE 2). La leflunomida (8.5%, n=6,

dosis media 20mg, DE 0) y antimaláricos (8.5%, n=6, dosis media 175mg, DE 27.38) se utilizaron en menor proporción.

En la visita 1 hubo aumento en cuanto a modificación del tratamiento a un 60.6% (n=43) de los casos; en cuanto al uso de fármacos, metotrexato y prednisona se mantuvieron en mismos rangos al igual que leflunomida y antimaláricos; sin embargo, hubo aumento en la prescripción y dosis de sulfasalazina en 54.9% (n=39, dosis media 1.53g, DE 0.49).

En la tercera visita no hubo mayor modificación de tratamiento, únicamente mayor prescripción de sulfasalazina en 59.2% (n=42, dosis media 1.5mg, DE 0.58) y leflunomida en 12.7% (n=9, dosis media 20mg, DE 0).

### Tratamiento por subgrupos

Al hacer análisis de cada uno de los pacientes en las 213 visitas, 155 (72.7%) de ellas se documentó DAS 28, y se encontró que de 83 casos (53.54%) que tenían DAS 28 > 3.2 (moderada a alta actividad de la enfermedad) 48 (53.8%) se le realizó modificación de tratamiento; y usando la medida clínica CDAI, se documentó la misma en 181 casos (84.97%) de las cuales 92 (50.82%) pacientes tenían puntaje > 10 (moderada a alta actividad de la enfermedad), de los cuales 54 (58.7%) se modificó tratamiento.

En la tabla 9 se describen las decisiones terapéuticas en base a la actividad de la enfermedad en el cual se observa que el uso de prednisona la dosis media se mantiene igual, sin embargo, aumenta la proporción de usuarios de esta en cada visita. En cuanto a metotrexato más del 90% de los pacientes lo utilizaban en todas las visitas, siendo la dosis media mayor en aquellos pacientes que se encuentran con actividad. El uso de sulfasalazina en la visita 0 sólo el 58.1% de los pacientes con actividad lo usaban, sin embargo, en la visita 2 aumenta la proporción de pacientes con actividad y uso de sulfasalazina a 80.6%. De la misma manera el uso de leflunomida en pacientes con actividad aumentó en la proporción de usuarios en cada visita.

## Tipo de terapia

El 67.7% de los pacientes con actividad de la enfermedad medido por CDAI utilizan terapia combinada con FARMES en la visita 0, aumentando en proporción a la visita 2 a 96.8% de los casos que se encuentran activos. Al contrario, aquellos pacientes en remisión o mínima actividad en la visita 0, el 62.5% usan monoterapia (tabla 10).

## Respuesta ACR 20, 50 y 70:

Se encontró que únicamente 5 pacientes (7%) tuvieron respuesta ACR 20 a los 6 meses, ACR 50 sólo 1 (1.4%), y ninguno alcanzó respuesta ACR 70.

A los 12 meses, 9 pacientes (12.7%) alcanzaron respuesta ACR 20, 5 (7%) ACR 50, y sólo 1 paciente (1.4%) ACR 70 (figura 6).

## Cuestionario de adherencia y alianza terapéutica:

La encuesta en su mayoría (81.7%) fue llenada por el encuestador (figura 7).

### *Adherencia:*

Su índice terapéutico (IT = dosis tomadas/dosis recetadas) fue de 60%. El 40% (n=28) nunca suspendió el tratamiento durante los últimos siete días (persistencia) (figura 8). El 52.1% (n=37) siguió el horario de toma de los medicamentos todo el tiempo (figura 10). El 87.3% (n=62) refirió que sus medicamentos tenían instrucciones especiales (figura 11), pero sólo el 61.5% (n=40) las siguió todo el tiempo (figura 12). El 23.9% (n=17) dejó de tomar los medicamentos en fin de semana (figura 13).

El 60.6% (n=43) de los pacientes dejó de tomar sus medicamentos durante la última semana (figura 14). Las causas de suspensión del tratamiento más frecuentes fueron falta de abasto (75.9%, n=44) y olvido (55.2%, n=32) (Figura 15). El 42.3% (n=30) no compra todo su medicamento por falta de dinero (figura 16 y 17).

### *Alianza terapéutica:*

El 64.8% (n=46) de los pacientes refiere que en su consulta siempre es atendido por el mismo médico (figura 18); el 71.8% (n=51) refirió que su consulta dura más de 10

minutos (figura 19). El 90.1% (n=64) recibe explicación de su receta (figura 20) y el 94.4% (n=67) entiende las indicaciones (figura 21); además el 97.2% (n=69) tiene confianza para preguntar sus dudas (figura 22). El 59.2% (n=42) busca información acerca de su enfermedad (figura 23), sobre todo en internet (73.8%, n=31) (figura 24).

**Tabla 1.** Características de los pacientes con artritis reumatoide

Características	Número
No. pacientes	71
Género femenino (n, %)	64 (90.1)
Edad, media (DE)	50.1 (12.86)
Evolución de la enfermedad (media meses, DE)	142.14 (97.79)
Retraso en el diagnóstico (mediana meses, min-max)	18 (2-312)

\*DE: Desviación estándar; Min: mínimo; Max: máximo

**Tabla 2.** Escolaridad

	Frecuencia (%)
	n=71
No estudio	2 (2.8)
Primaria incompleta	5 (7)
Primaria completa	14 (19.7)
Secundaria incompleta	4 (5.6)
Secundaria completa	16 (22.5)
Carrera técnica	7 (9.9)
Preparatoria incompleta	3 (4.2)
Preparatoria completa	9 (12.7)
Licenciatura incompleta	4 (5.6)
Licenciatura completa	7 (9.9)

**Tabla 3.** Lugar de procedencia

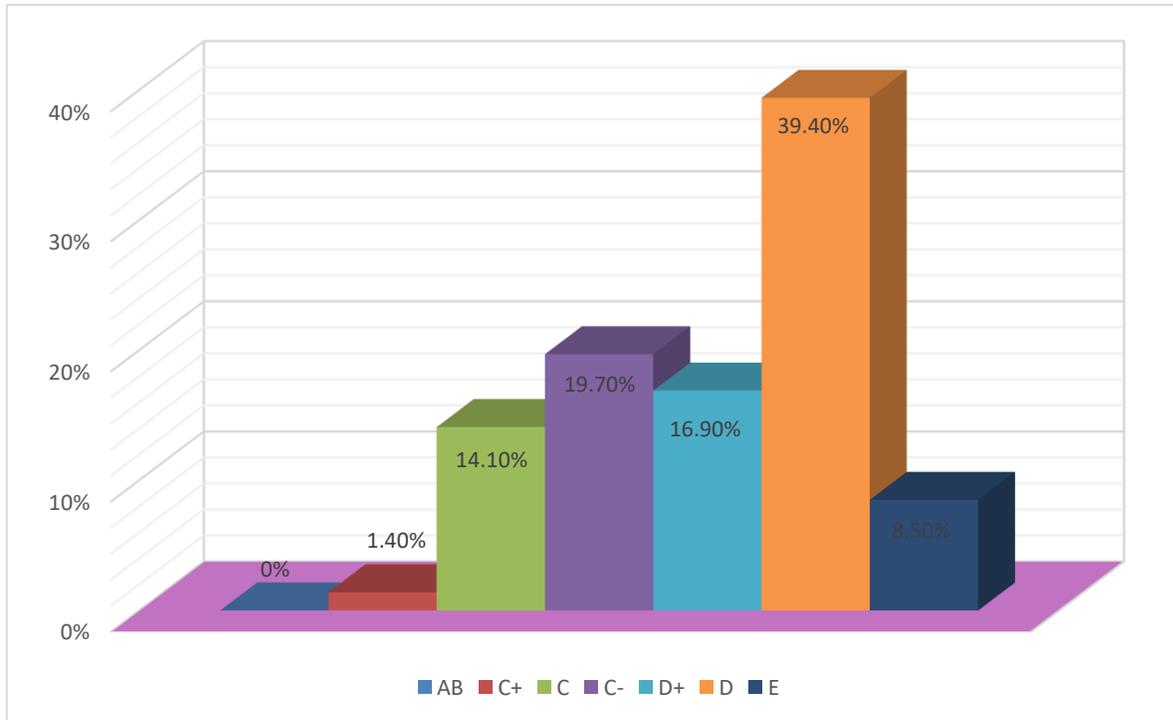
	<b>Frecuencia (%)</b> <b>n=71</b>
Ciudad de México	34 (47.9)
Estado de México	17 (23.9)
Oaxaca	5 (7)
Hidalgo	4 (5.6)
Veracruz	4 (5.6)
Toluca	2 (2.8)
San Luis potosí	2 (2.8)
Guanajuato	1 (1.4)
Guerrero	1 (1.4)
Puebla	1 (1.4)

**Tabla 4.** Llenado de la hoja de recolección de datos específica en cada visita

	<b>Visita 0</b> <b>n=58</b>	<b>Visita 1</b> <b>n=65</b>	<b>Visita 2</b> <b>n=70</b>
Muy malo % *	0	0	0
Malo n, % *	1 (1.7)	4 (6.2)	1 (1.4)
Bueno n, % *	11 (19)	9 (13.8)	7 (10)
Muy bueno n, % *	25 (43.1)	25 (38.5)	27 (38.6)
Excelente n, % *	21 (36.2)	27 (41.5)	35 (50)

\*Valores de 0-4 muy malo, 5-8, malo, 9-12 bueno, 13-16 muy bueno, > 17 excelente.

**Figura 1. Nivel socioeconómico**



\* A/B: clase alta, C+: Clase media alta, C: Clase media, C-: Clase media baja, D+: Clase media baja, D: Clase baja, E: Clase más baja

**Tabla 5.** Características clínicas y laboratoriales de los pacientes en cada visita

<b>Variables</b>	<b>Visita 0</b>	<b>Visita 1</b>	<b>Visita 2</b>	<b>Valor P</b>
<b>RAM, mediana minutos (min-max)</b>	10 (0-240)	5 (0-120)	7.5 (0-360)	<b>0.330</b>
<b>Articulaciones dolorosas, mediana (min-max)</b>	3 (0-24)	2 (0-22)	2 (0-20)	<b>0.169</b>
<b>Articulaciones inflamadas, media (DE)</b>	1.46 (3.79)	1 (2.48)	1 (2.10)	<b>0.721</b>
<b>EVAD 0-10, media (DE)</b>	4.66 (2.75)	4.4 (2.61)	3.91 (2.56)	<b>0.516</b>
<b>EESP 0-10, media (DE)</b>	4.37 (2.35)	4.63 (2.72)	4.01 (2.41)	<b>0.302</b>
<b>EESM 0-10, media, (DE)</b>	3.29 (2.13)	3.47 (2.12)	3.11 (2.06)	<b>0.231</b>
<b>HAQ 0-3, media (DE)</b>	0.488 (0.49)	0.577 (0.62)	0.479 (0.50)	<b>0.840</b>
<b>VSG mm/h, media (DE)</b>	25.57 (19.78)	42.32 (35.67)	41 (30.29)	<b>0.023</b>
<b>PCR mg/dl, mediana (min-max)</b>	11.2 (0.38-384)	9.95 (0.9-96)	6 (0-44.2)	<b>0.119</b>
<b>DAS-28, media (DE)</b>	3.59 (1.42)	3.59 (1.52)	3.31 (1.57)	<b>0.616</b>
<b>CDAI, media (DE)</b>	13.47 (11.14)	12.62 (9.1)	11.39 (9.23)	<b>0.328</b>

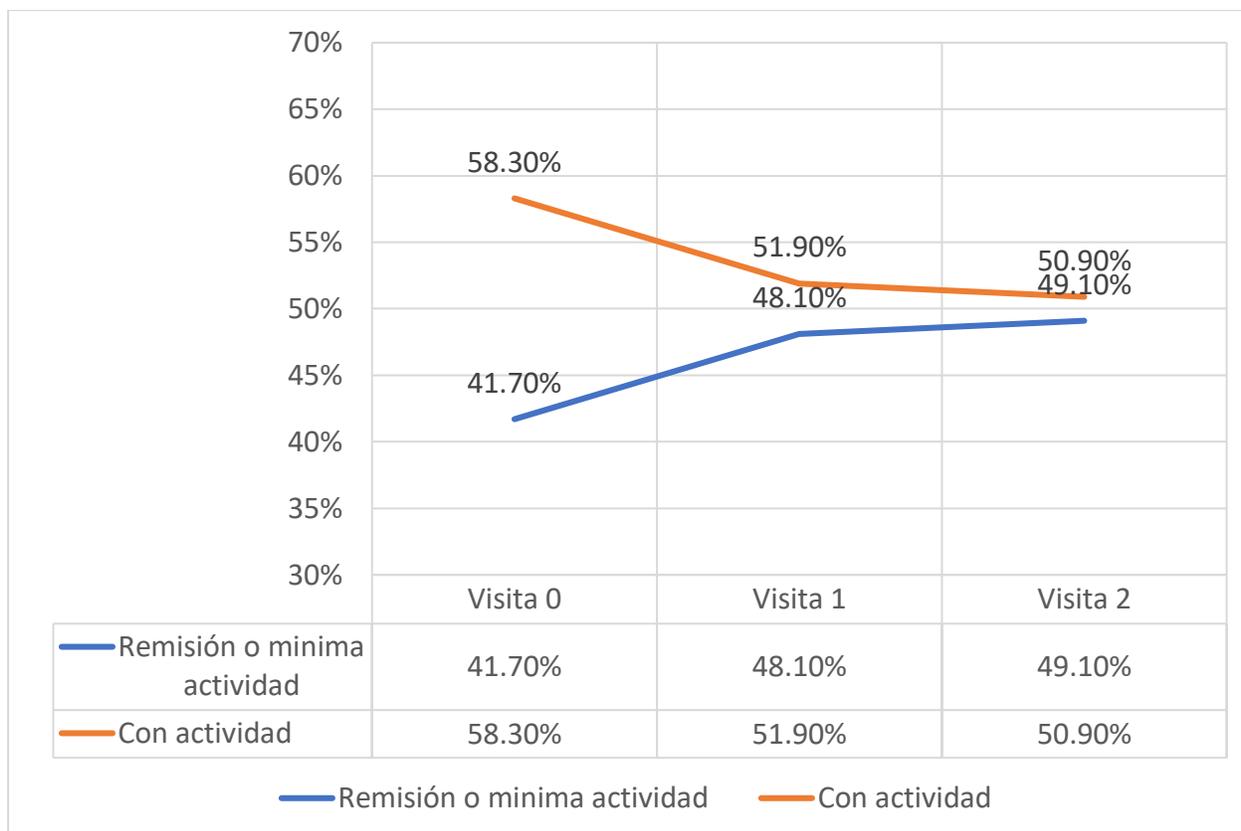
\*DE: Desviación estándar; Min: mínimo; Max: máximo; RAM: Rigidez articular matutina, EVAD: escala visual análoga del dolor, EESP escala del estado de salud del paciente, EESM: escala del estado de salud por el médico, HAQ: Cuestionario de evaluación de la salud; VSG: Velocidad de sedimentación globular; PCR: Proteína C reactiva, CDAI: Índice de Actividad de Enfermedad Clínica; DAS-28: Puntuación de la actividad de la enfermedad en 28 articulaciones.

**Tabla 6.** Índice de Sharp van der Heidje modificado

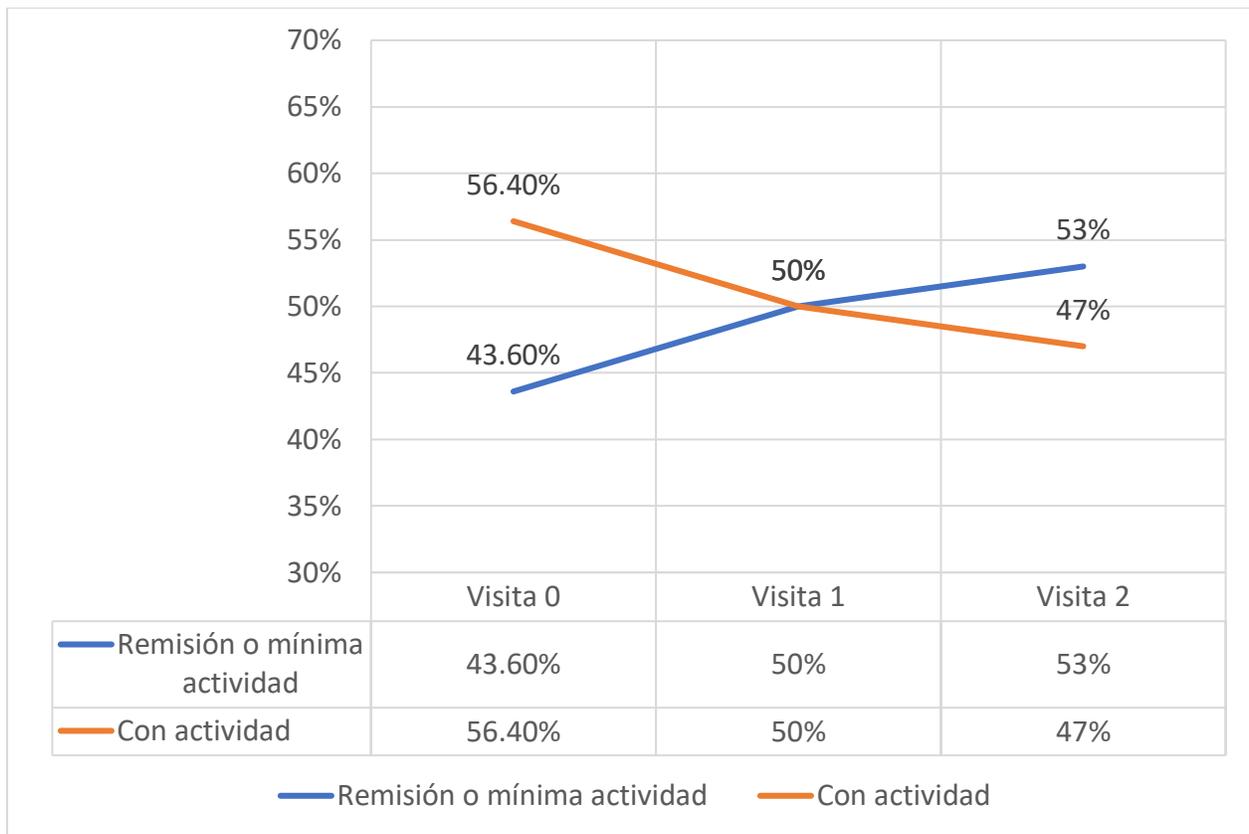
Índice Sharp van der Heidje modificado	Visita 0 (n=71)	Visita 1 (n=13)
Total (mediana, min-max)	24 (0-273)	23 (5-184)
Erosiones (mediana, min-máx)	2 (0-134)	0 (0-88)
Espacio articular (mediana, min-máx)	22 (0-142)	23 (5-131)

Min: mínimo; Max: máximo

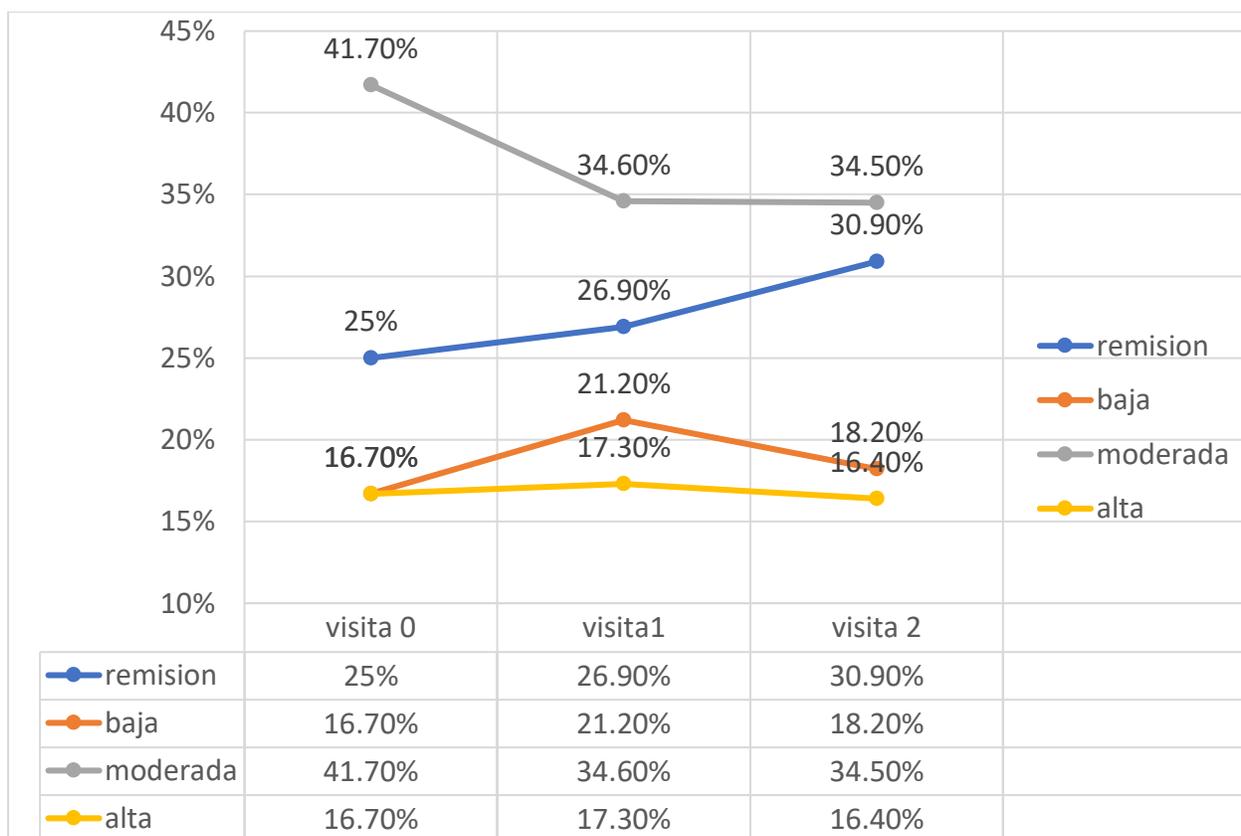
**Figura 2.** Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, y con actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de DAS-28



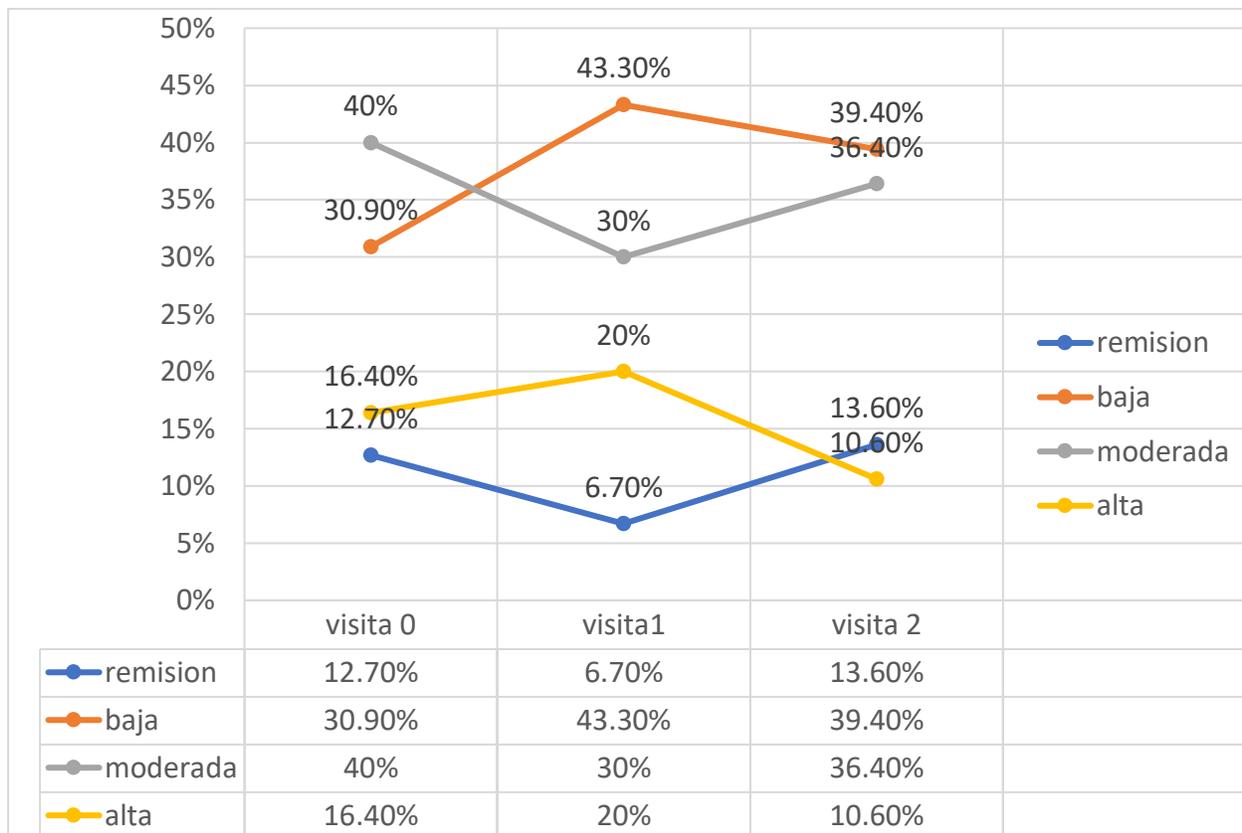
**Figura 3.** Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, y con actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de CDAI



**Figura 4.** Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, moderada y alta actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de DAS-28



**Figura 5.** Porcentaje de pacientes en remisión o mínima actividad, moderada y alta actividad de la enfermedad de acuerdo con el valor de CDAI



**Tabla 7.** Comparación de la actividad de la enfermedad medida por CDAI entre las visitas

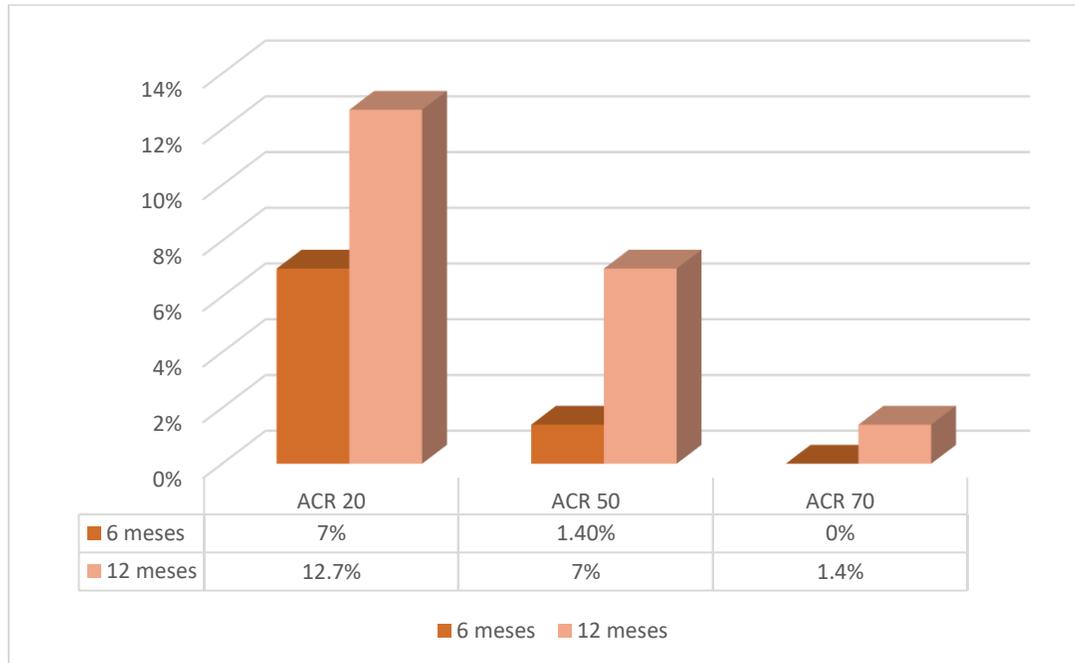
	Visita 0 y 1 n=49	Valor de P*	Visita 0 y 2 n=51	Valor de P**	Visita 1 y 2 n=56	Valor de P***
<b>Con actividad, n (%)</b>	27 (55.1%)		29 (56.86%)		29 (51.78%)	
<b>Remisión o mínima actividad n (%)</b>	22 (44.9%)	<b>0.013</b>	22 (43.13%)	<b>0.097</b>	27 (48.21%)	<b>0.000</b>

\*Comparación entre la visita 0 y 1

\*\*Comparación entre la visita 0 y 2

\*\*\*Comparación entre la visita 1 y 2

**Figura 6.** Respuesta ACR a los 6 y 12 meses



**Tabla 8.** Comparación de características demográficas con actividad de la enfermedad medida por CDAI \*

Características	Visita 0			Visita 1			Visita 2		
	Con actividad	Remisión o mínima actividad	Valor P	Con actividad	Remisión o mínima actividad	Valor P	Con actividad	Remisión o mínima actividad	Valor P
<b>Edad</b>	31 (53.55, 10.9)	24 (49.58, 14.11)	<b>0.245</b>	30 (48.97, 11.50)	30 (50.1, 13.94)	<b>0.733</b>	31 (50.19, 12.87)	35 (49.8, 11.73)	<b>0.898</b>
<b>Nivel socio económico</b>	31 (80.45, 40.71)	24 (84.83, 36)	<b>0.674</b>	30 (80.83, 37.94)	30 (92.33, 37.2)	<b>0.241</b>	31 (80.19, 36.54)	35 (88.66, 36.14)	<b>0.349</b>
<b>Tiempo de evolución de enfermedad en meses</b>	31 (167.61, 111.6)	24 (133, 82.75)	<b>0.209</b>	30 (140, 113.41)	30 (133.6, 73.95)	<b>0.797</b>	31 (136.25, 94.97)	35 (134.4, 88.55)	<b>0.935</b>
<b>Tiempo de inicio de la enfermedad y diagnóstico en meses</b>	31 (69.12, 83.96)	24 (29.04, 51.23)	<b>0.44</b>	30 (47.36, 73.03)	30 (35.5, 55.46)	<b>0.481</b>	31 (42.19, 51.93)	35 (45.65, 76.20)	<b>0.832</b>
<b>Cuestionario de evaluación de salud (HAQ)</b>	27 (0.75, 0.44)	24 (0.18, 0.28)	<b>0.000</b>	21 (0.68, 0.52)	28 (0.32, 0.40)	<b>0.001</b>	25 (0.68, 0.49)	31 (0.31, 0.42)	<b>0.000</b>
<b>Índice de Sharp/van der Heijde</b>	31 (49.84, 61.10)	24 (42.58, 55.73)	<b>0.648</b>						

\* n (media, DE), DE: Desviación estándar

**Tabla 9.** Decisiones terapéuticas en base a la actividad de la enfermedad

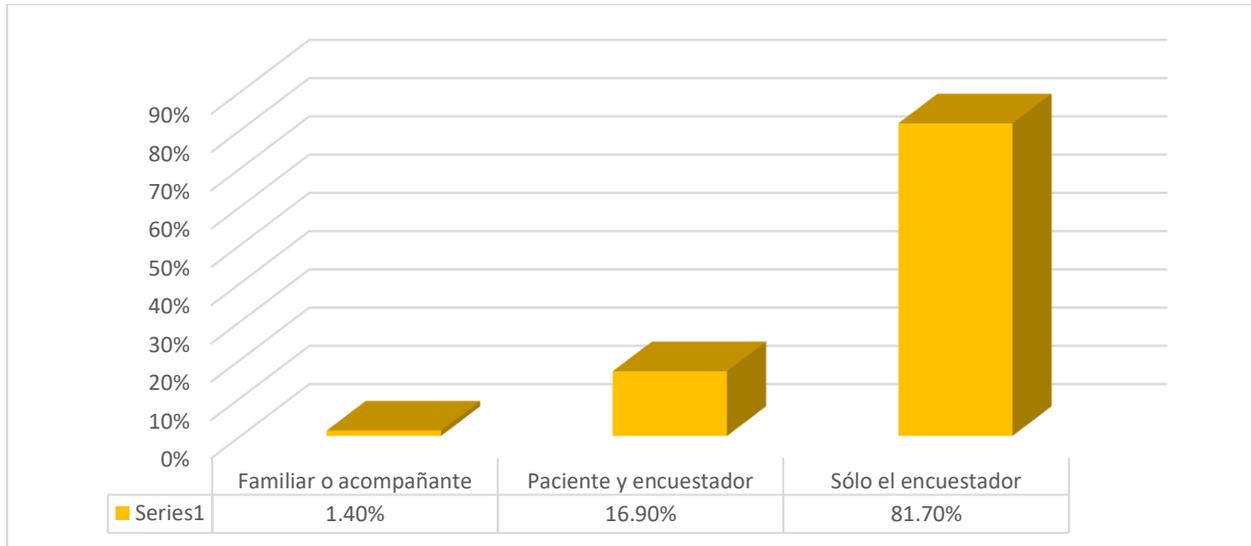
Tratamiento	Visita 0		Visita 1		Visita 2	
	Con actividad (n=31)	Sin actividad (n=24)	Con actividad (n=30)	Sin actividad (n=30)	Con actividad (n=31)	Sin actividad (n=35)
<b>Prednisona, n (%)</b>	19 (61.3)	8 (33.3)	19 (63.3)	13 (43.3)	22 (71)	8 (22.9)
<b>Dosis media mg (DE)</b>	5.13 (0.57)	4.68 (0.88)	4.86 (1.01)	5.38 (3.2)	5.22 (1.52)	4.37 (1.15)
<b>Metotrexato, n (%)</b>	31 (100)	22 (91.77)	27 (90)	29 (97.7)	29 (93.5)	32 (91.4)
<b>Dosis media mg, (DE)</b>	13.95 (3.14)	12 (3.33)	15.18 (2.85)	12.67 (2.9)	15 (3.2)	11.87 (3.36)
<b>Sulfasalazina, n (%)</b>	18 (58.1)	7 (29.2)	20 (66.7)	14 (46.7)	25 (80.6)	14 (40)
<b>Dosis media g, (DE)</b>	1.5 (0.46)	1.14 (0.24)	1.57 (0.43)	1.46 (0.57)	1.52 (0.52)	1.42 (0.58)
<b>Leflunomida, n (%)</b>	2 (6.5%)	1 (4.2)	4 (13.3)	1 (3.3)	8 (25.8)	1 (2.9)
<b>Dosis media mg, (DE)</b>	20 (0)	20 (0)	20 (0)	20 (0)	20 (0)	20 (0)
<b>Antimaláricos, n (%)</b>	1 (3.2%)	3 (12.5)	2 (6.7)	2 (6.7)	1 (3.2)	4 (11.4)
<b>Dosis media mg, (DE)</b>	200 (0)	166.6 (28.8)	150 (0)	175 (35.35)	150 (0)	162.5 (25)

DE: Desviación estándar. Azatioprina sólo lo utilizó 1 paciente en la visita 2 que se encontraba activo. Uso de biológicos: Abatacept 1 paciente y adalimumab 1 paciente.

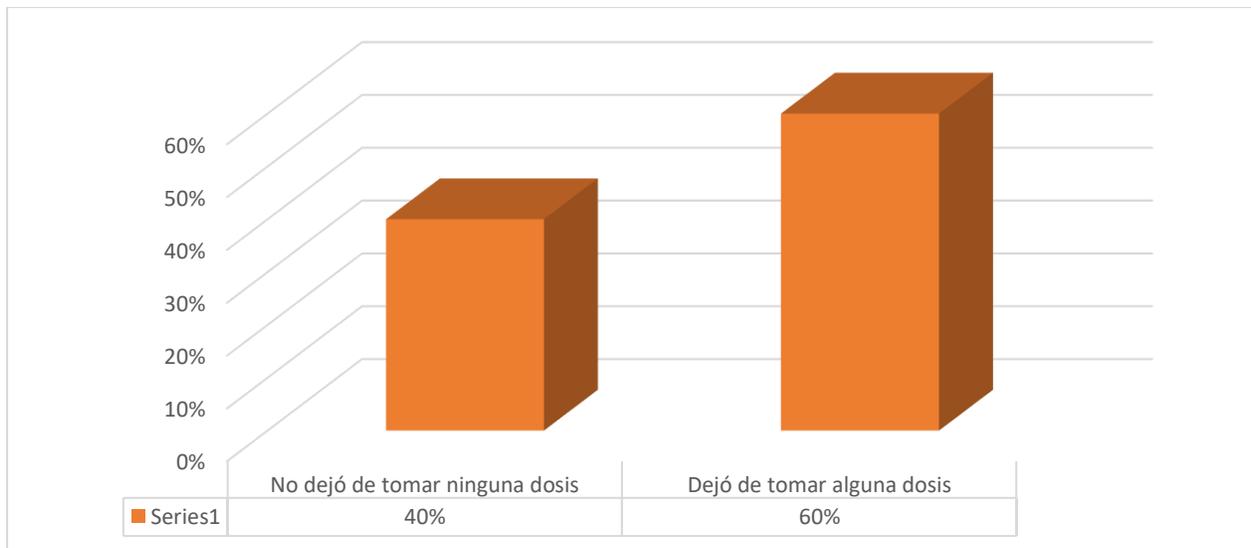
**Tabla 10.** Monoterapia o terapia combinada con fármacos modificadores de la enfermedad en base a la actividad de la enfermedad medido por CDAI.

Tipo de terapia	Visita 0		Visita 1		Visita 2	
	Con actividad (n=31)	Sin actividad (n=24)	Con actividad (n=30)	Sin actividad (n=30)	Con actividad (n=31)	Sin actividad (n=35)
<b>Monoterapia, n (%)</b>	10 (32.3)	15 (62.5)	7 (23.3)	14 (46.7)	1 (3.2)	19 (54.3)
<b>Terapia combinada, n (%)</b>	21 (67.7)	9 (37.5)	23 (76.7)	16 (53.3)	30 (96.8)	16 (45.7)

**Figura 7. Persona que lleno la encuesta**



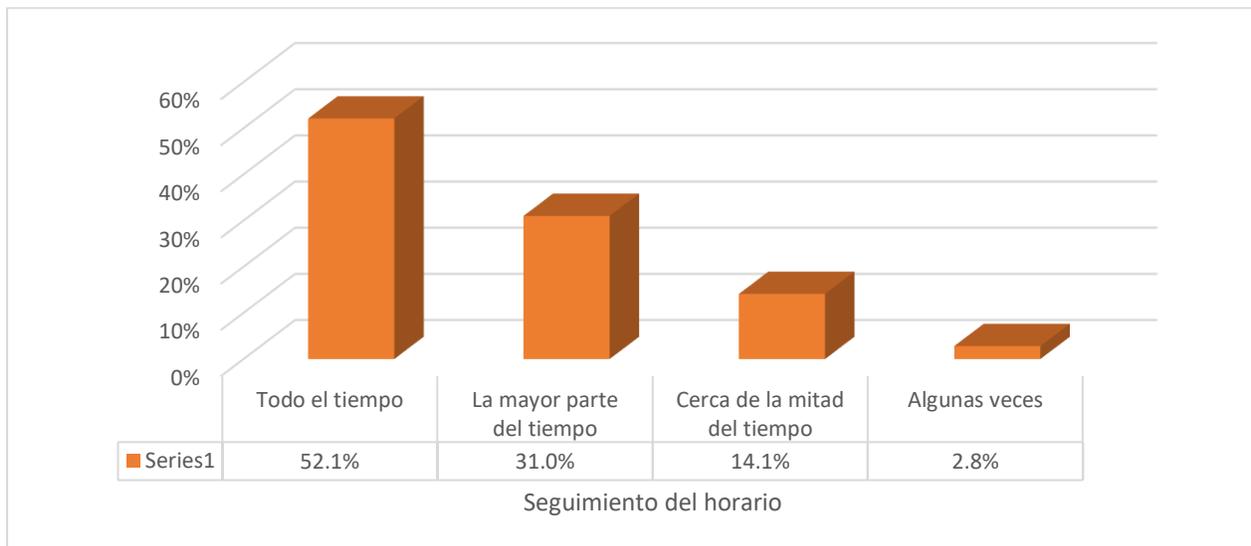
**Figura 8. Dosis faltante en la última semana**



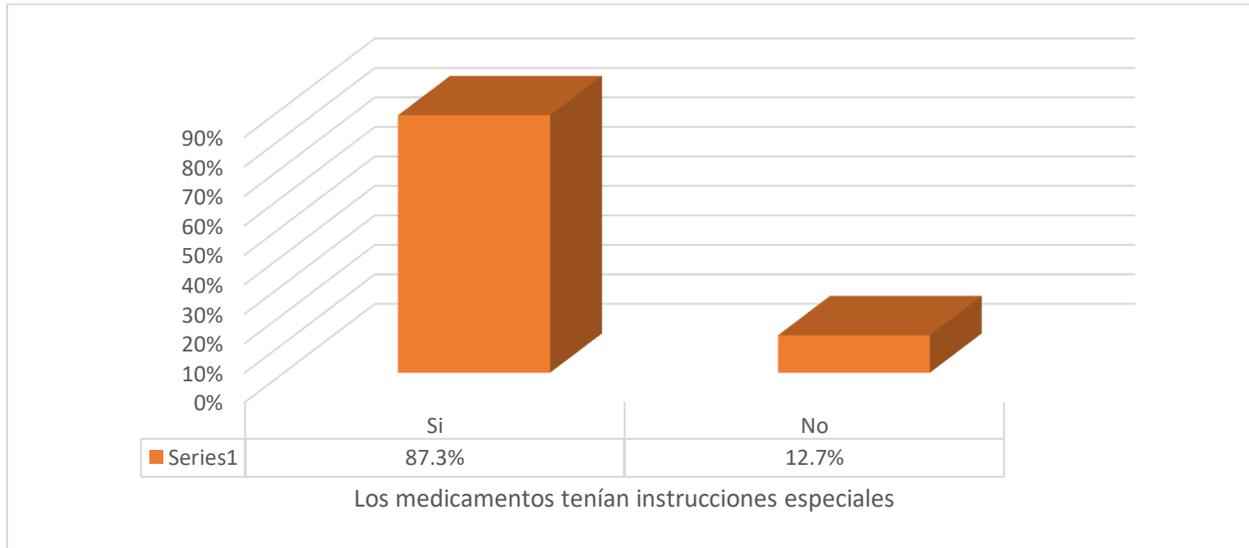
**Figura 9.** Número de días que ha dejado de tomar todas las dosis en la última semana



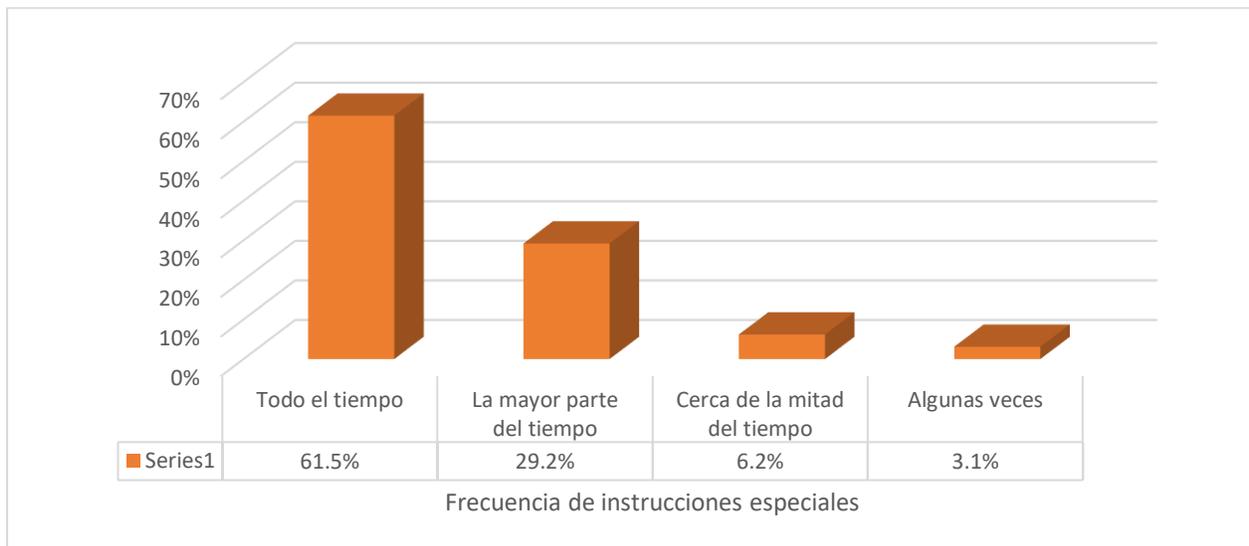
**Figura 10.** Seguimiento del horario de toma de los medicamentos en los últimos siete días



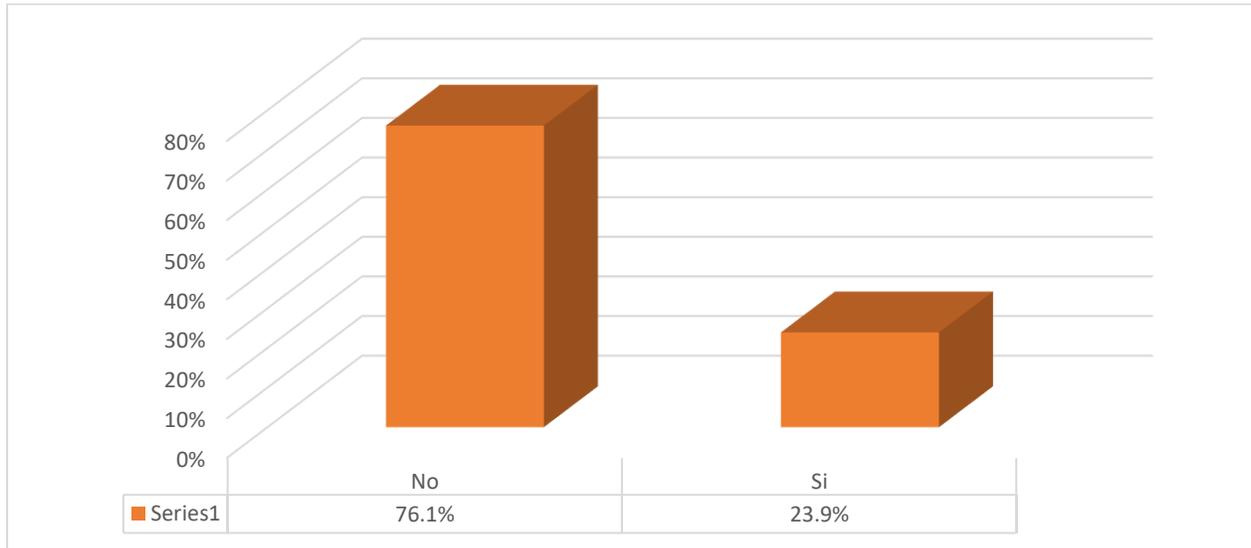
**Figura 11.** Cumplimiento de instrucciones médicas especiales de parte del paciente



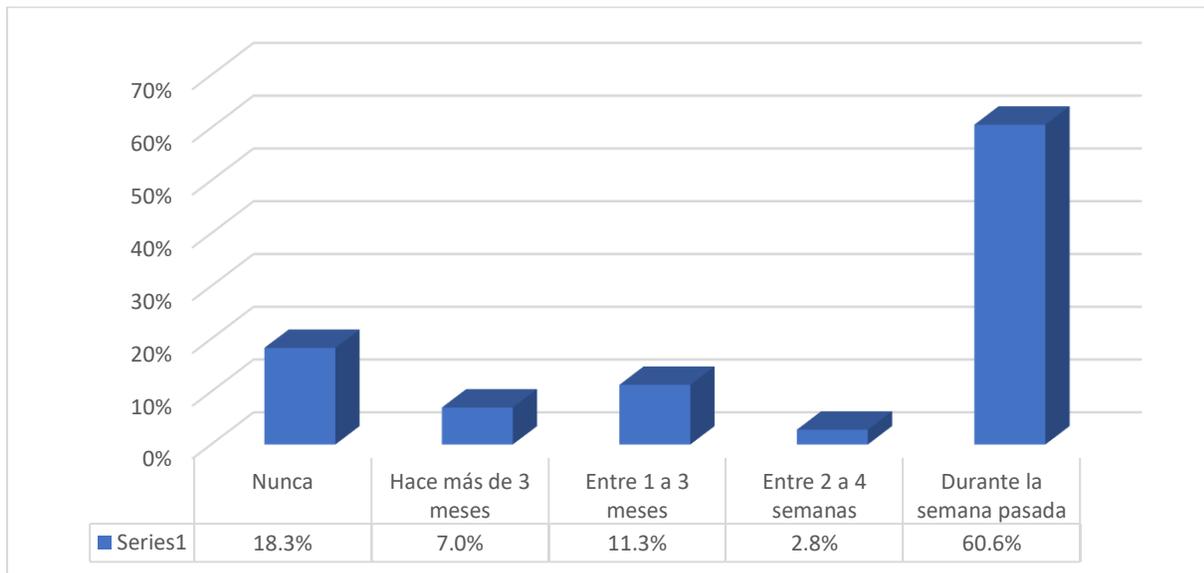
**Figura 12.** Frecuencia de cumplimiento sobre instrucciones médicas especiales de parte del paciente



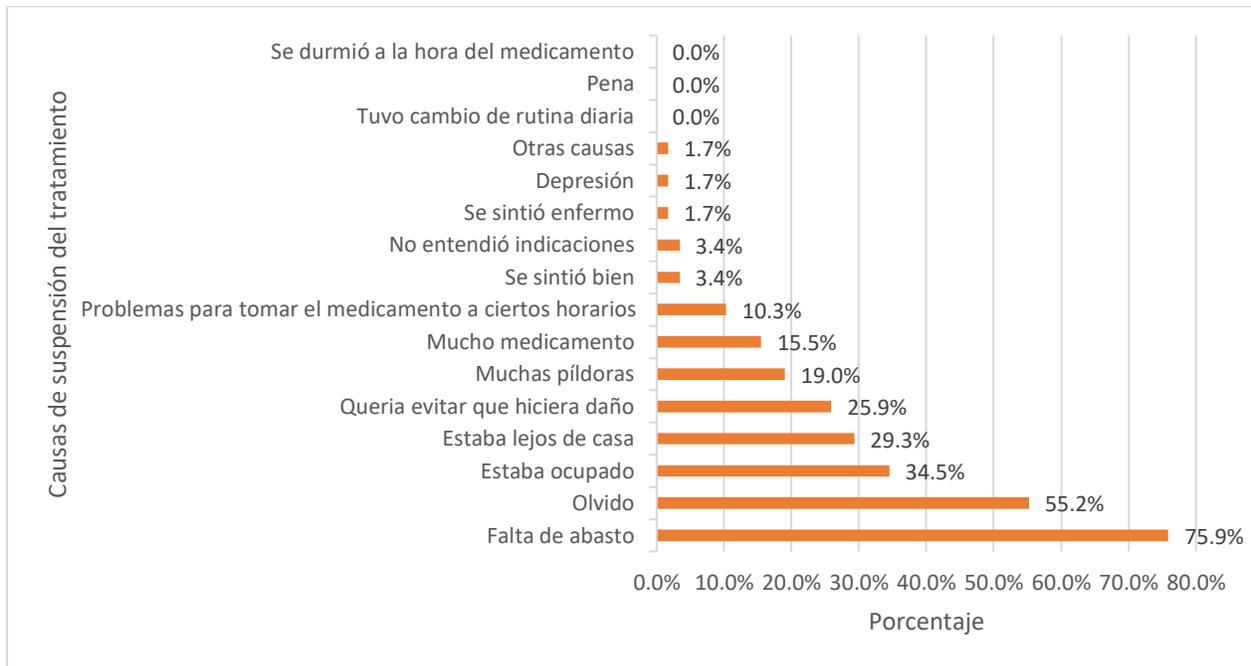
**Figura 13.** Dejó de tomar medicamentos en fin de semana



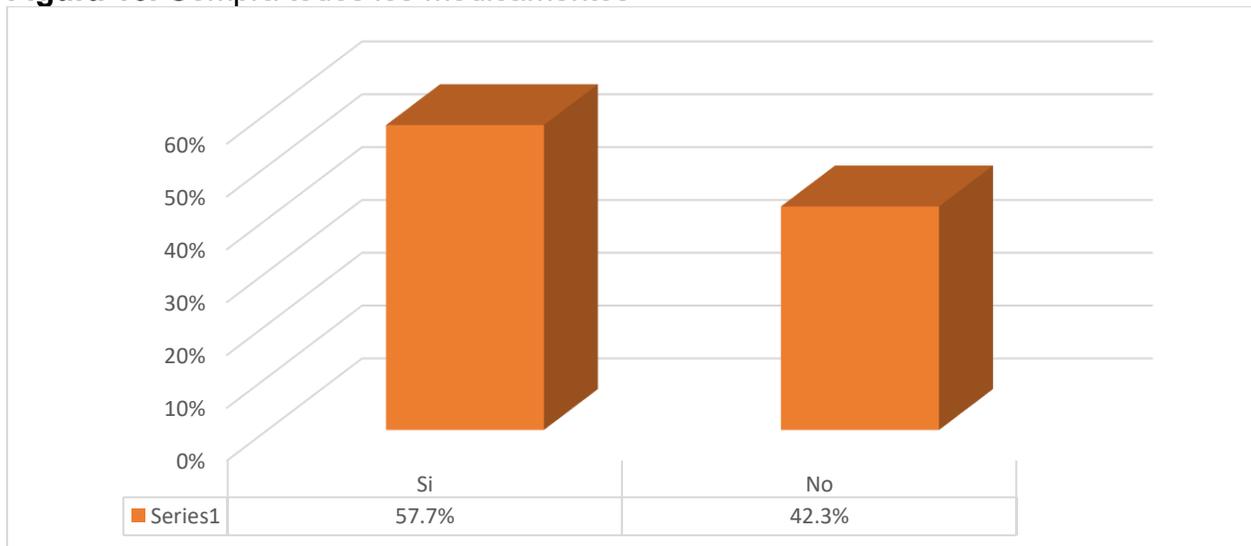
**Figura 14.** Cuando fue la última vez que dejó de tomar los medicamentos



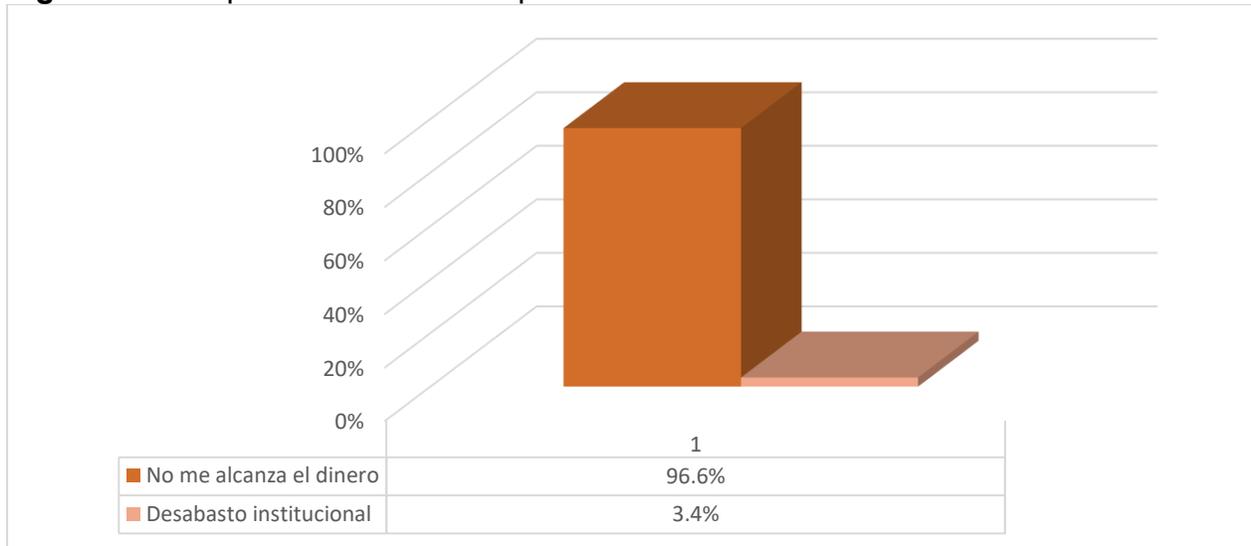
**Figura 15. Causas de suspensión del tratamiento**



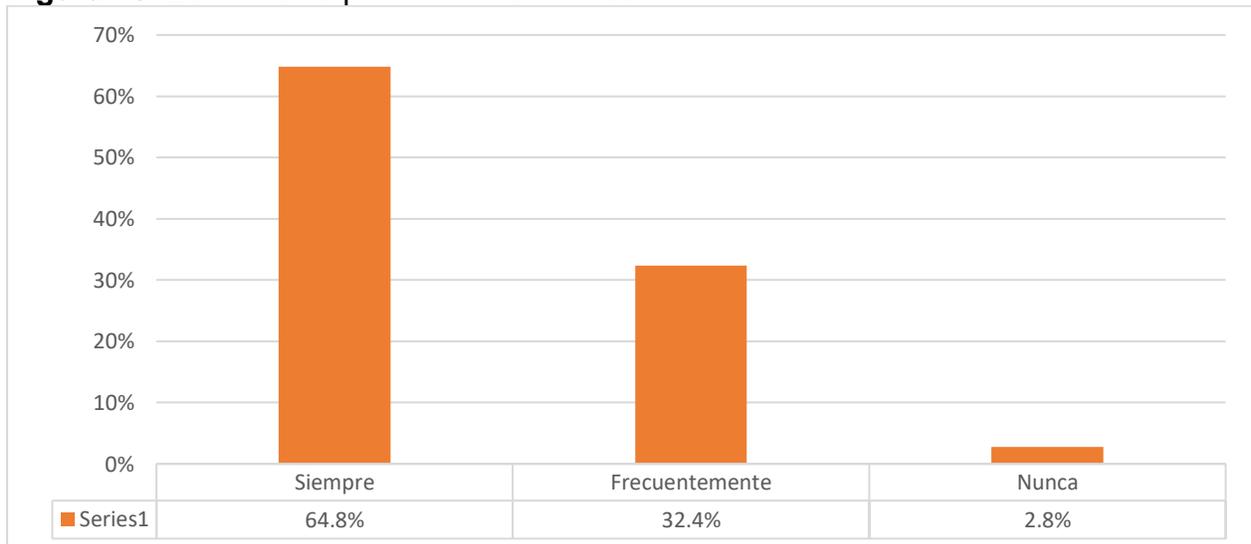
**Figura 16. Compra todos los medicamentos**



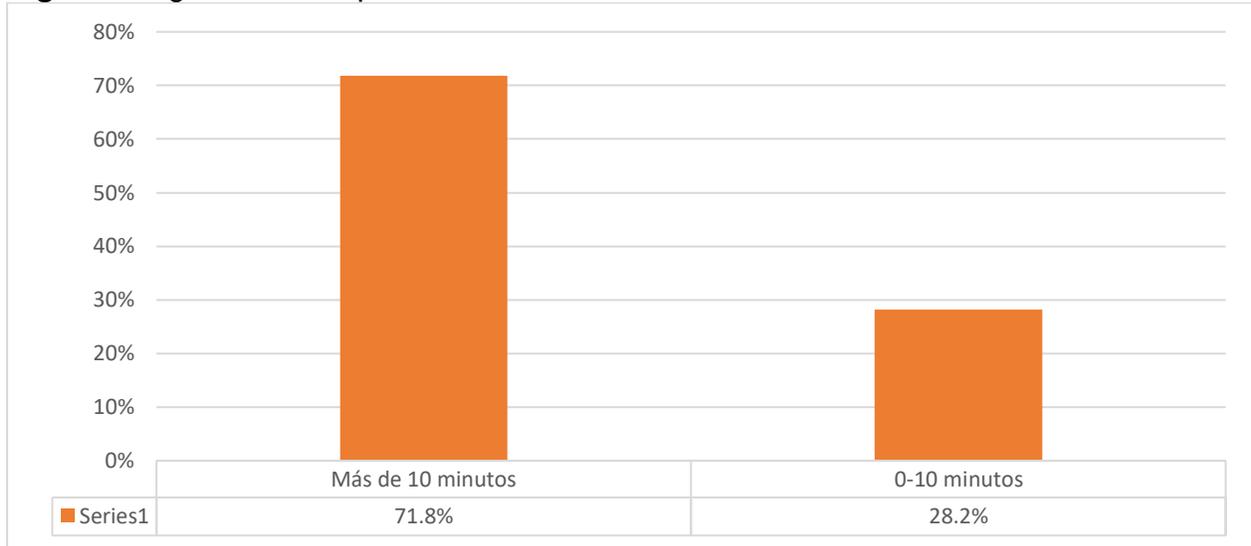
**Figura 17. Por qué motivo no lo compra**



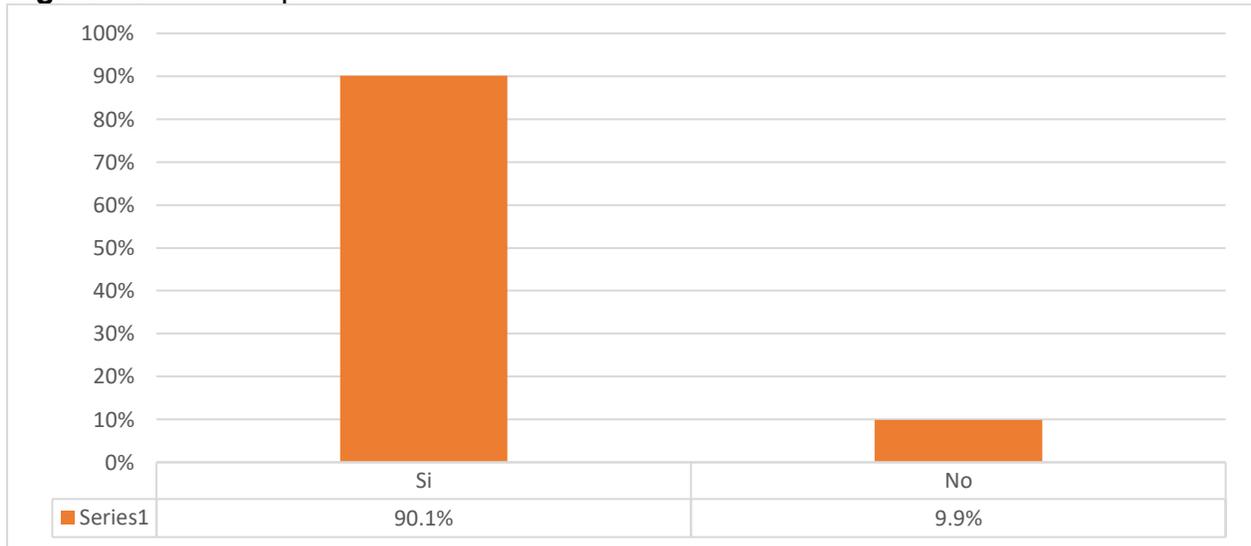
**Figura 18. Es atendido por el mismo médico**



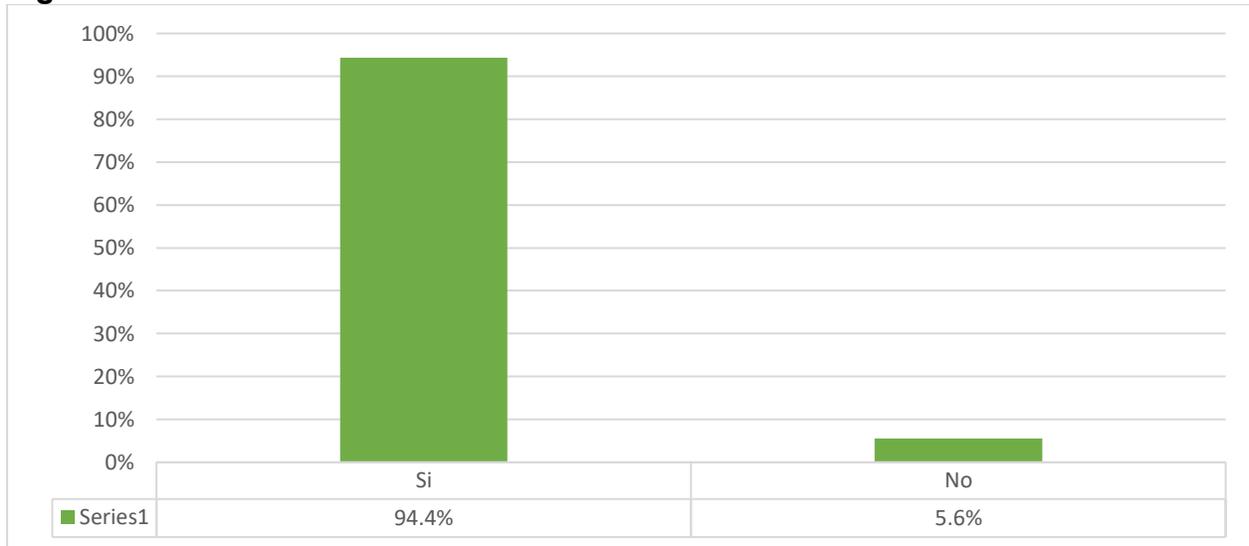
**Figura 19.** ¿Cuánto tiempo se le dedica en la consulta?



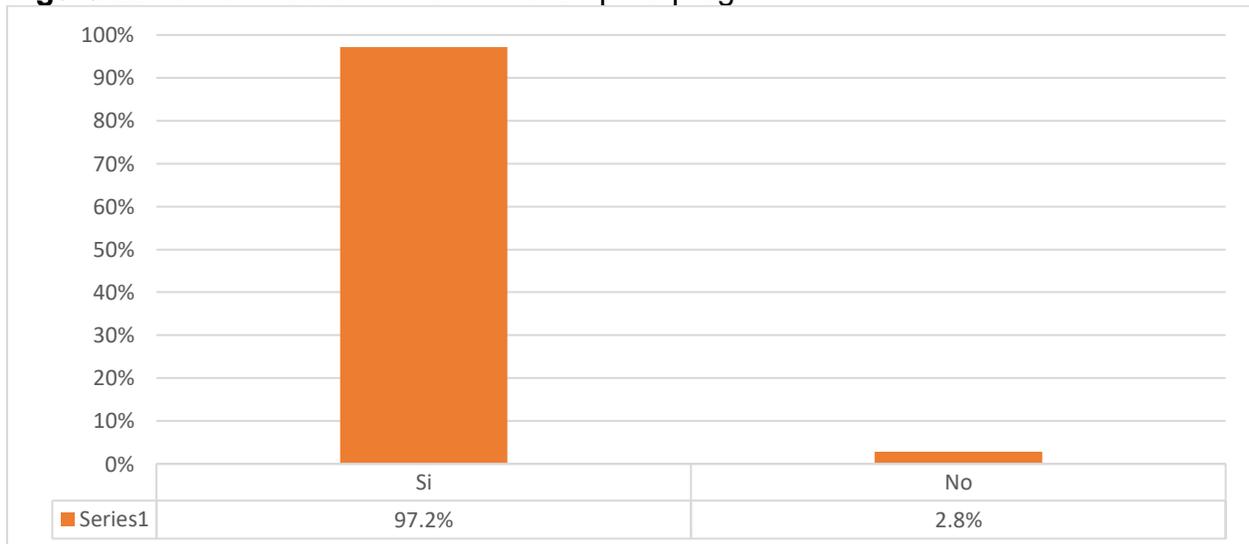
**Figura 20.** Se le explica la receta



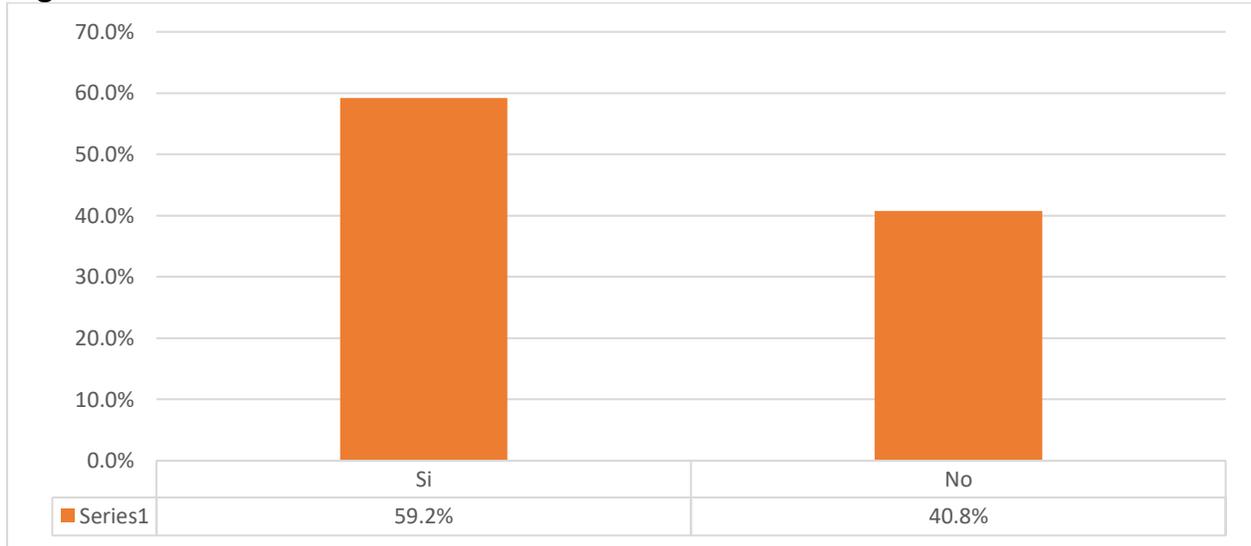
**Figura 21.** Entiende las indicaciones de su médico



**Figura 22.** Si tiene dudas tiene confianza para preguntar



**Figura 23. Busca más información acerca de la enfermedad**



**Figura 24. Fuente de información que utiliza**

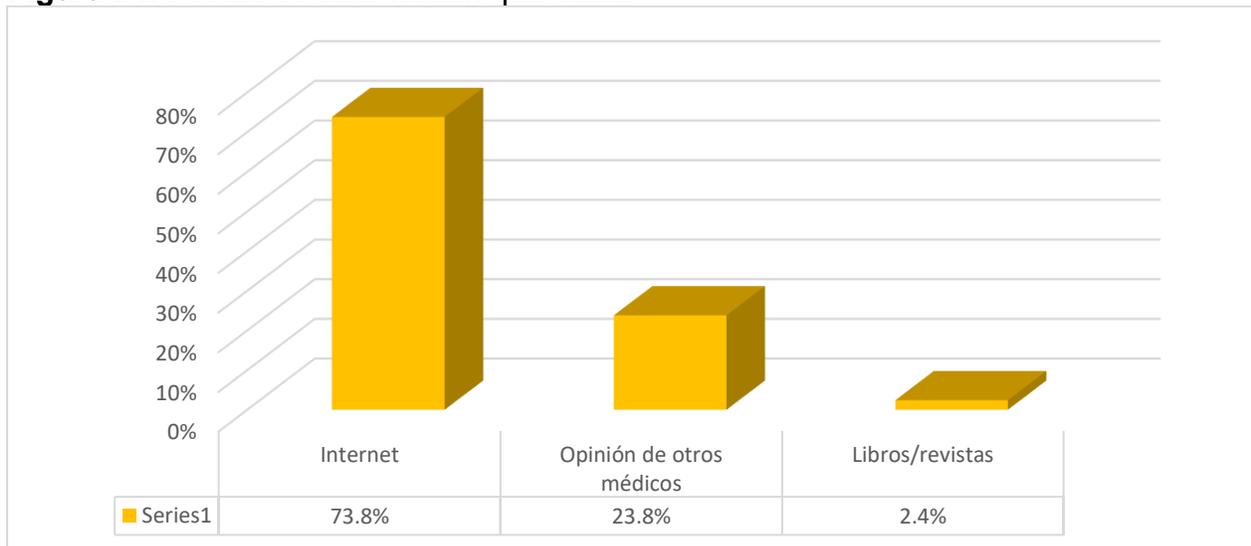
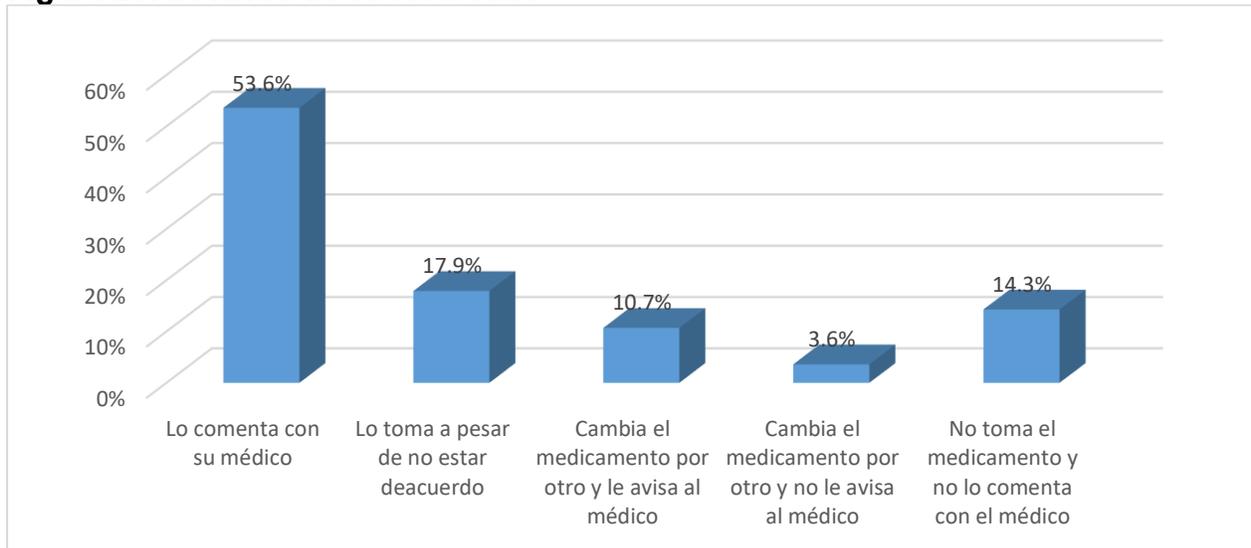


Figura 25. Desacuerdo con el médico



## DISCUSIÓN

En este estudio de pacientes que acuden a cita subsecuente de la clínica de artritis reumatoide con datos extraídos del expediente clínico, así como de una base de datos previa acerca de adherencia, alianza terapéutica y estudio socioeconómico; nuestro objetivo fue ver los beneficios que se logran con la aplicación de la estrategia T2T medida por la aplicación de la hoja que cuenta con los ítems necesarios para evaluar al paciente en cada consulta. Encontramos que la mayoría son mujeres, así como lo reportado en la literatura mundial <sup>5</sup>. Cabe mencionar que encontramos retraso en el diagnóstico y tratamiento de 18 meses, y diferentes estudios demuestran que aquellos pacientes que son tratados con medicaciones específicas en forma temprana tienen un pronóstico funcional y progresión del daño radiológico menor<sup>13,14,15</sup>. Si no se diagnostica de manera temprana ni se trata de manera oportuna puede llevar a la discapacidad y puede producir elevados costos para el paciente, su familia y la sociedad <sup>9</sup>. Encontramos que en su mayoría tenía nivel educativo de secundaria completa con nivel socioeconómico pobre evaluado por el cuestionario AMAI "D"; que implica menos capacidad económica para surtir sus medicamentos a dosis correspondientes así como la asistencia médica, Mould-Quevedo y colaboradores realizaron un estudio acerca del costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente el cual estima que el costo médico directo en dólares de la AR en México es de \$2.334, y el gasto de bolsillo de paciente es de \$610. Se ha encontrado que el 15% del ingreso familiar se destina a gastos por AR, lo que se llega a considerar como gastos catastróficos en la economía familiar <sup>42</sup>. El costo médico directo anual por AR se estima en \$5.944 <sup>43</sup>.

Al realizar evaluación de cada una de las visitas, cabe mencionar que los pacientes que se incluyeron al estudio son pacientes con cualquier puntaje de actividad, es decir en remisión, baja, moderada y alta actividad; en cuanto a las variables clínicas y de laboratorio encontramos que no hubo diferencia estadística entre cada visita, mantuvieron capacidad funcional medido por HAQ menor de 1, y DAS 28 con moderada actividad, así como CDAI.

El principal objetivo del tratamiento de la AR es lograr la remisión de la enfermedad, y en los casos en que esto es imposible a pesar de haberlo intentado afanosamente, lograr al menos un estado de baja actividad <sup>22</sup>. Al realizar análisis de todas las consultas encontramos que el 72.7% se documentó DAS 28 de los cuales más de la mitad tenían puntaje de moderada a alta actividad y sólo a la mitad de estos se le realizó modificación de tratamiento datos que concuerdan con la puntuación CDAI. Llama la atención este dato ya que las estrategias de tratamiento por objetivos mencionan que el tratamiento debe ajustarse hasta que se logre el objetivo. Una reseña importante que debe mencionarse es que tomamos en cuenta 3 visitas que incluye en tiempo cada 6 meses por lo tanto en cuanto a tiempo no podemos evaluar el cumplimiento de la estrategia, además que somos un centro de tercer nivel con afluencia de pacientes importante, con citas lejanas que conllevan a la dificultad de ver los pacientes de manera pronta. Sin embargo, como la evidencia previa ha demostrado mejores resultados clínicos en la AR con el uso de la estrategia T2T <sup>44</sup>, por lo tanto, se necesitan más estudios antes de que nuestros resultados se puedan generalizar a una población más grande.

Hay varias fortalezas de este estudio, incluye información acerca de la implementación de la estrategia, así como adherencia al tratamiento y nivel socioeconómico; y nuestras debilidades incluyen el hecho del tiempo entre cada consulta.

## CONCLUSIONES

En conclusión, nuestro estudio encontró adherencia subóptima a la estrategia T2T para visitas de pacientes con artritis reumatoide, a pesar de que los ECA han demostrado consistentemente que una estrategia de T2T produce mejores resultados en comparación con la atención habitual en AR; ésta parece ser un área importante para la mejora de la calidad, y se deben probar diferentes métodos para implementar T2T.

La adherencia fue regular, con defectos en la persistencia y en la realización de instrucciones especiales. La alianza terapéutica fue buena.

## REFERENCIAS

- 1.- Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, et al: Textbook of Rheumatology. Philadelphia, WB Saunders, 1989.
- 2.- McCarty DJ: Arthritis and Allied Conditions. A textbook of Rheumatology. Philadelphia, Lea & Ferbirger, 1985
- 3.- Arend WP, Firestein GS: Pre-rheumatoid arthritis: predisposition and transition to clinical synovitis. *Nat Rev Rheumatol* 8:573, 2012.
- 4.- Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, Rodríguez-Amado J, Goycochea-Robles MV, Madariaga M, Zamudio J, Santana N, Cardiel MH; Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl.* 2011 Jan;86:3-8.
- 5.- Massardo L, Pons-Estel BA, Wojdyla D, Cardiel MH, Galarza Maldonado CM, Sacnun MP, et al. Early rheumatoid arthritis in Latin America. Low socioeconomic status relates to high disease activity at baseline. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:1135–43.
- 6.- Cardiel MH, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behaviour in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20:617–24.
- 7.- Scout DI, Symmons DP, Coulton BI, Popert AJ. Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis: results after 20 years. *Lancet.* 1987;1:1108–11.
- 8.- Pincus T, Callahan LF. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously predictive markers, socioeconomic status and comorbidity. *J Rheumatol.* 1986;13:841–5.

- 9.- Álvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I, Boonen A, Vázquez-Mellado J, Hernández-Garduño A, Rivera FC, et al. Catastrophic health expenses and impoverishment of households of patients with rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2012;8:168–73.
- 10.- Pincus T, Brooks RH, Callahan LF: Prediction of long term mortality in patients with rheumatoid arthritis according to simple questionnaire and joint count measures. *Ann Intern Med* 1994;120:26-34.
- 11.- Scott DL, Coulton BL, Popert AJ: Long term progression of joint damage in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1986;45:373-378.
- 12.- Pincus T, Callahan LF, Sale WG, Brooks AL, Payne LE, Vaughn WK: Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum* 1984;27:864-872.
- 13.- Lard LR, Visser H, Speyer I, et al: Early vs delayed treatment in patients with recent onset rheumatoid arthritis. Comparison of two cohorts who receive different treatment strategies. *Am J Med* 2001.
- 14.- van Aken J, Lard LR, le Cessie S, Hazes JMW, Breedveld FC and Huizinga TWJ. Radiological outcome after four years of early versus delayed treatment strategy in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004;63:274-279.
- 15.- Finch A, Liery H, van Herckenrode CA, de Pablo P: Long term impact of early treatment on radiological progression in rheumatoid arthritis. A meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2006;55:864-72.
- 16.- Quinn MA, Emery P. Window of opportunity in early rheumatoid arthritis: possibility of altering the disease process with early intervention. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21 (5 Suppl 31):S154–7.

- 17.- Raza K. The Michael Mason prize: early rheumatoid arthritis—the window narrows. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49:406–10.
- 18.- Mottonen T, Hannonen P, Korpela M, et al. Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination-disease-modifying antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2002;46(4):894-898.
- 19.- Nell VPK, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M and Smolen JS. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying antirheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2004;43:906-914.
- 20.- Grigor C, Capell H, Stirling A, et al: Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:263-69.
- 21.- Verstappen SMJ, J. W. Veen, M. J. Heurkens, A. H. Schenk, Y. ter Borg, E. J. Blaauw, A. A. Bijlsma, J. W. Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission. *Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial)*. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2007:1443-1449
- 22.- Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk, V, Dougados, M, Emery, P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75:3–15.
- 23.- Emery P, Breedveld FC, Hall S, Durez P, Chang DJ, Robertson D, et al. Comparison of methotrexate monotherapy with a combination of methotrexate and etanercept in active, early, moderate to severe rheumatoid arthritis (COMET): a randomised, doubleblind, parallel treatment trial. *Lancet.* 2008;372[9636]:375-82.
- 24.- Smolen JS, Aletaha D, Koeller M, Weisman MH, Emery P. New therapies for treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2007;370[9602]:1861-74

- 25.- Smolen JS, Breedveld FC, Schiff MH, Kalden JR, Emery P, Eberl G, et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42[2]:244-57.
- 26.- Felson DT, Anderson JJ, Boers M, GC, et al. American College of Rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995;38:727-35.
- 27.- Aletaha D, Nell VPK, Stamm T, et al. Acute phase reactants add little to composite disease activity indices for rheumatoid arthritis: validation of a clinical activity score. *Arthritis Res* 2005;7:R796-806.
- 28.- Van der Heide A, Jacobs JW, Bijlsma JW, et al. The effectiveness of early treatment with "second-line" antirheumatic drugs. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1996;124:699-707.
- 29.- Lard LR, Visser H, Speyer I, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001;111:446-51.
- 30.- Nell V, Machold KP, Eberl G, et al. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43:906-14.
- 31.- Emery P, Salmon M. Early rheumatoid arthritis: time to aim for remission? *Ann Rheum Dis* 1995;54:944-7.
- 32.- Luukkainen R, Kajander A, Isomaki H. Treatment of rheumatoid arthritis. *Br Med J* 1978;2:1501.
- 33.- Smolen JS, Han C, Van der Heijde DM, et al. Radiographic changes in rheumatoid arthritis patients attaining different disease activity states with methotrexate

monotherapy and infliximab plus methotrexate: the impacts of remission and TNF-blockade. *Ann Rheum Dis* 2009;68:823–7.

34.- Lukas C, van der HD, Fatenajad S, et al. Repair of erosions occurs almost exclusively in damaged joints without swelling. *Ann Rheum Dis* 2010;69:851–5.

35.- van Gestel AM, Haagsma CJ, van Riel PL. Validation of rheumatoid arthritis improvement criteria that include simplified joint counts. *Arthritis Rheum.* 1998;41[10]:1845-50.

36.- Aletaha D, Smolen JS. The definition and measurement of disease modification in inflammatory rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am.* 2006;32[1]:9-44, vii.

37.- Pincus T, Yazici Y, Bergman M, Maclean R, Harrington T. A proposed continuous quality improvement approach to assessment and management of patients with rheumatoid arthritis without formal joint counts, based on quantitative routine assessment of patient index data (RAPID) scores on a multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ). *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007;21[4]:789-804.

38.- Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:631–7.

39.- Klarenbeek NB, Koevoets R, Van der Heijde DM, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1815–21.

40.- Radner H, Smolen JS, Aletaha D. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther* 2014;16:R56.

41.- Linde L, Sorensen J, Ostergaard M, et al. Does clinical remission lead to normalization of EQ-5D in patients with rheumatoid arthritis and is selection of remission criteria important? *J Rheumatol* 2010;37:285–90.

42.- Mould-Quevedo J, Peláez-Ballestas I, Vázquez-Mellado J, Terán-Estrada L, Esquivel-Valerio J, Ventura-Ríos L, et al. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. *Gac Med Mex.* 2008;144:225–31.

43.- Espinosa-Morales R, Arreola H, Peña A. Peso económico (PE) de la artritis reumatoide (AR) en la población mexicana. Estudio RACE. *Reumatol Clin.* 2006;2:15.

44.- Schoels M, Knevel R, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas DT, et al. Evidence for treating rheumatoid arthritis to target: results of a systematic literature search. *Ann Rheum Dis* 2010;69:638–43.

## ANEXOS

### Anexo I: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### “IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO POR OBJETIVOS (TREAT TO TARGET) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”

#### Estudio de la vida real

#### CUESTIONARIO:

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nivel Socioeconómico: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Criterios con los que se diagnosticó: ACR 1987  ACR 2010

Tiempo de evolución de la enfermedad (años): \_\_\_\_\_

#### PRIMERA VISITA

Fecha: \_\_\_\_\_

1.- Rigidez articular matutina (RAM): \_\_\_\_\_  
No consignado

2.- Radiografías de manos y pies:  
Sí  No

**Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"**  
**Licencia Sanitaria No.13 AM 09 015 0005**  
**Clínicas De Artritis Reumatoide**  
**Tratamiento por Objetivos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
Fecha y hora: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Evolución actual:

---

---

---

---

TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Exploración general:

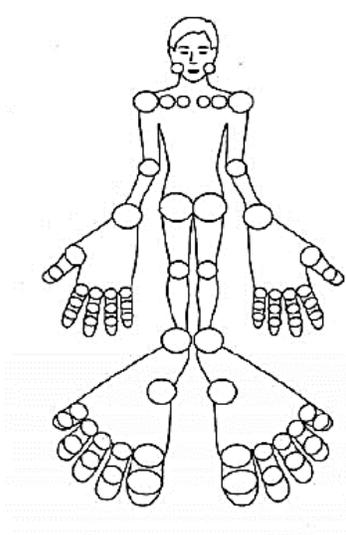
---

---

---

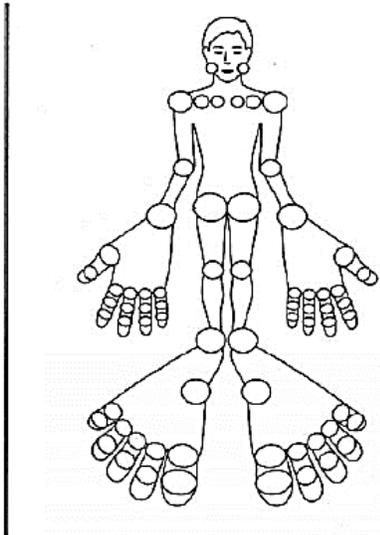
---

Articulaciones dolorosas



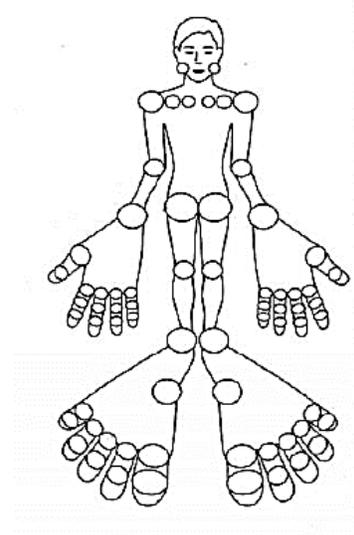
Número

Articulaciones inflamadas



Número

Articulaciones limitadas



Número

Número de articulaciones dolorosas total:	_____				
Número de articulaciones dolorosas DAS28:	_____				
Número de articulaciones inflamadas total:	_____				
Número de articulaciones inflamadas DAS28:	_____				
VSG:	_____	PCR:	_____		
EVAD:	_____	EESP:	_____	EESM:	_____
HAQ-DI:	_____	DAS-28:	_____	CDAI:	_____

Resultados de laboratorio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

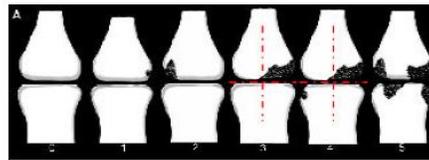
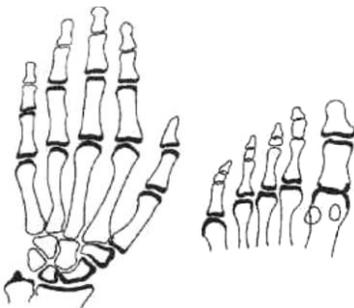
Nombre, firma y cédula profesional del médico: \_\_\_\_\_



### 3.- Método de evaluación radiográfica Sharp/van der Heijde

Fecha: \_\_\_\_\_ No de Radiografía: \_\_\_\_\_

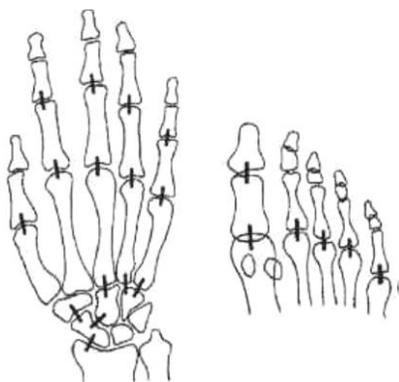
Método de Sharp/van der Heijde - Erosiones articulares													
Mano Derecha							Mano Izquierda						
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Cúbito							Cúbito						
Radio							Radio						
Semilunar							Semilunar						
Escafoides							Escafoides						
Trapezio-Trapezoide							Trapezio-Trapezoide						
Base 1er MCPF							Base 1er MCPF						
1er MCPF							1er MCPF						
2da MCPF							2da MCPF						
3ra MCPF							3ra MCPF						
4ta MCPF							4ta MCPF						
5ta MCPF							5ta MCPF						
1er IFP pulgar							1er IFP pulgar						
2da IFP							2da IFP						
3er IFP							3er IFP						
4ta IFP							4ta IFP						
5ta IFP							5ta IFP						
Pie Derecho							Pie Izquierdo						
1er MTF							1er MTF						
2da MTF							2da MTF						
3er MTF							3er MTF						
4ta MTF							4ta MTF						
5ta MTF							5ta MTF						
1er IFP							1er IFP						



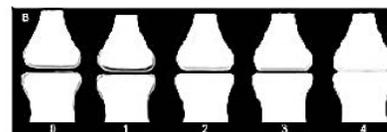
Grado= 0	Normal
Grado =1	Erosiones discretas ó en un cuadrante de la art.
Grado= 2	Erosión no sobrepase la línea media imaginaria ó erosiones en 2 cuadrantes de la art.
Grado= 3	Erosión grande extensa sobre una línea media imaginaria. ó en 3 cuadrante de la art.
Grado= 4	Erosión en 4 cuadrantes de la art ó 75% superficie articular.
Grado= 5	Erosión toda superficie articular, colapso óseo

**Método de Sharp/van der Heijde - Espacio articular**

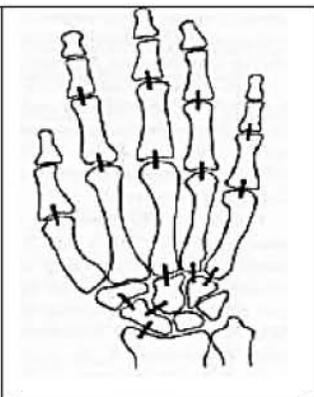
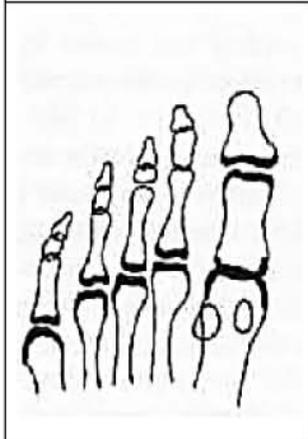
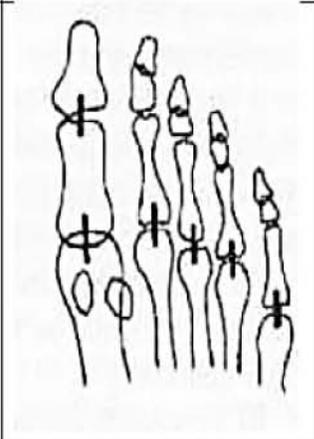
Mano Derecha						Mano Izquierda					
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Radio - Escafoides						Radio - Escafoides					
Trapezio-Trapezoide-Escafoides						Trapezio-Trapezoide-Escafoides					
Escafoides-Hueso Grande						Escafoides-Hueso Grande					
3° CMC						3° CMC					
4° CMC						4° CMC					
5° CMC						5° CMC					
1ra MCPF						1ra MCPF					
2da MCPF						2da MCPF					
3er MCPF						3er MCPF					
4ta MCPF						4ta MCPF					
5ta MCPF						5ta MCPF					
2da IFP						2da IFP					
3er IFP						3er IFP					
4ta IFP						4ta IFP					
5ta IFP						5ta IFP					
Pie Derecho						Pie Izquierdo					
1er MTF						1er MTF					
2da MTF						2da MTF					
3er MTF						3er MTF					
4ta MTF						4ta MTF					
5ta MTF						5ta MTF					
1er IFP						1er IFP					



Grado= 0	Normal
Grado=1	Focal o difuso
Grado=2	Generalizado <50% EA original
Grado=3	Generalizado > 50% EA original o subluxación
Grado=4	Anquilosis o luxación completa



**Índice de Sharp/van der Heijde**

	<p>MANO DERECHA EROS DEA Total</p>		<p>MANO IZQUIERDA EROS DEA Total</p>
	<p>PIE DERECHO EROS DEA Total</p>		<p>PIE IZQUIERDO EROS DEA Total</p>

CALIFICACIÓN TOTAL DEA \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL EROS \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL \_\_\_\_\_

## SEGUNDA VISITA

Fecha: \_\_\_\_\_

1.- Rigidez articular matutina (RAM): \_\_\_\_\_  
No consignado

2.- Remisión o baja actividad  
Sí  No   
No consignado

3.- Recaída  
Sí  No   
No consignado

4.- ¿Se modificó tratamiento?  
Sí  No

5.- ¿Qué modificación se hizo?

---

---

6.- Radiografías de manos y pies:  
Sí  No

**Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"**  
**Licencia Sanitaria No.13 AM 09 015 0005**  
**Clínicas De Artritis Reumatoide**  
**Tratamiento por Objetivos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Evolución actual:

---

---

---

---

TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Exploración general:

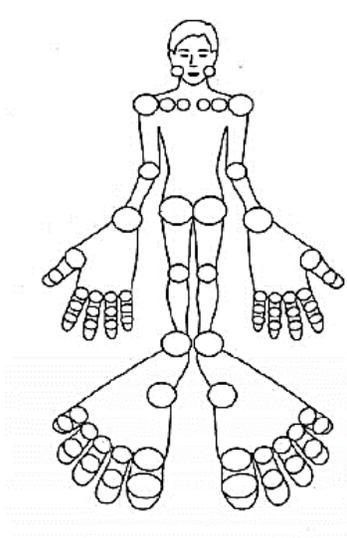
---

---

---

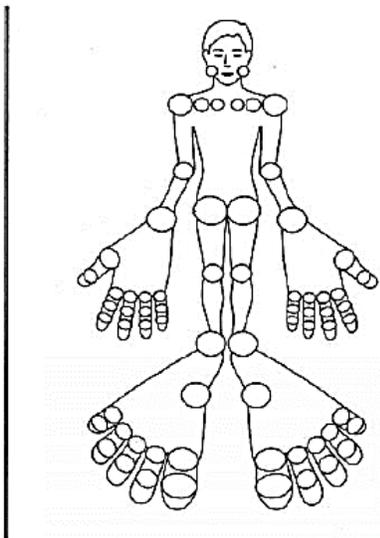
---

Articulaciones dolorosas



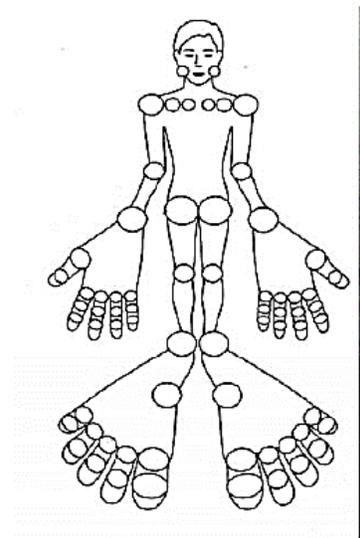
Número

Articulaciones inflamadas



Número

Articulaciones limitadas



Número

Número de articulaciones dolorosas total: \_\_\_\_\_  
Número de articulaciones dolorosas DAS28: \_\_\_\_\_  
Número de articulaciones inflamadas total: \_\_\_\_\_  
Número de articulaciones inflamadas DAS28: \_\_\_\_\_  
  
VSG: \_\_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_\_  
  
EVAD: \_\_\_\_\_ EESP: \_\_\_\_\_ EESM: \_\_\_\_\_  
  
HAQ-DI: \_\_\_\_\_ DAS-28: \_\_\_\_\_ CDAI: \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento:

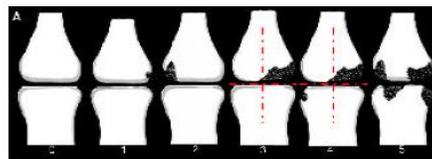
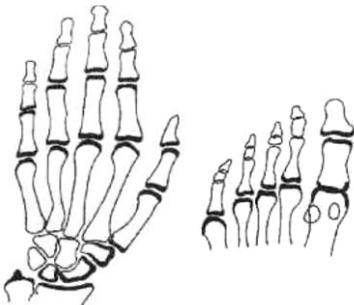
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre, firma y cédula profesional del médico: \_\_\_\_\_

### 7.- Método de evaluación radiográfica Sharp/van der Heijde

Fecha: \_\_\_\_\_ No de Radiografía: \_\_\_\_\_

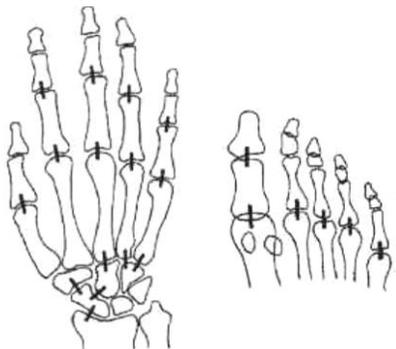
Método de Sharp/van der Heijde - Erosiones articulares													
Mano Derecha							Mano Izquierda						
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Cúbito							Cúbito						
Radio							Radio						
Semilunar							Semilunar						
Escafoides							Escafoides						
Trapezio-Trapezoide							Trapezio-Trapezoide						
Base 1er MCPF							Base 1er MCPF						
1er MCPF							1er MCPF						
2da MCPF							2da MCPF						
3ra MCPF							3ra MCPF						
4ta MCPF							4ta MCPF						
5ta MCPF							5ta MCPF						
1er IFP pulgar							1er IFP pulgar						
2da IFP							2da IFP						
3er IFP							3er IFP						
4ta IFP							4ta IFP						
5ta IFP							5ta IFP						
Pie Derecho							Pie Izquierdo						
1er MTF							1er MTF						
2da MTF							2da MTF						
3er MTF							3er MTF						
4ta MTF							4ta MTF						
5ta MTF							5ta MTF						
1er IFP							1er IFP						



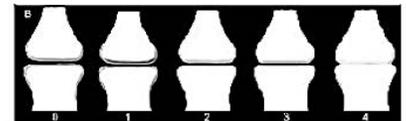
Grado= 0	Normal
Grado= 1	Erosiones discretas ó en un cuadrante de la art.
Grado= 2	Erosión no sobrepase la línea media imaginaria ó erosiones en 2 cuadrantes de la art.
Grado= 3	Erosión grande extensa sobre una línea media imaginaria, ó en 3 cuadrante de la art.
Grado= 4	Erosión en 4 cuadrantes de la art ó 75% superficie articular.
Grado= 5	Erosión toda superficie articular, colapso óseo

**Método de Sharp/van der Heijde - Espacio articular**

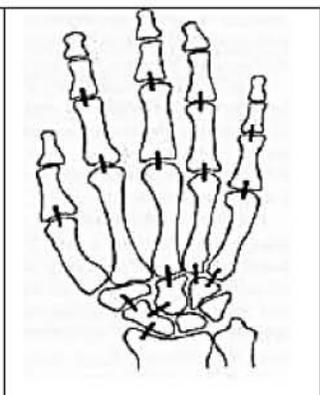
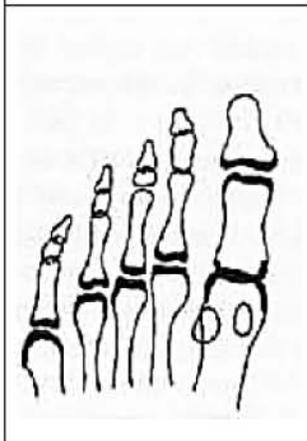
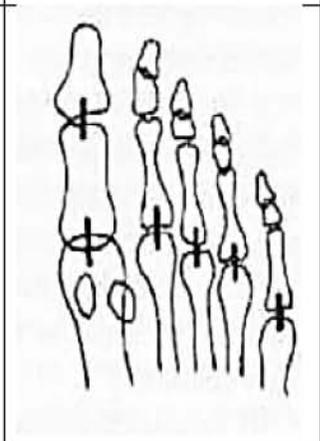
Mano Derecha						Mano Izquierda					
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Radio - Escafoides						Radio - Escafoides					
Trapezio-Trapezoide-Escafoides						Trapezio-Trapezoide-Escafoides					
Escafoides-Hueso Grande						Escafoides-Hueso Grande					
3° CMC						3° CMC					
4° CMC						4° CMC					
5° CMC						5° CMC					
1ra MCPF						1ra MCPF					
2da MCPF						2da MCPF					
3er MCPF						3er MCPF					
4ta MCPF						4ta MCPF					
5ta MCPF						5ta MCPF					
2da IFP						2da IFP					
3er IFP						3er IFP					
4ta IFP						4ta IFP					
5ta IFP						5ta IFP					
Pie Derecho						Pie Izquierdo					
1er MTF						1er MTF					
2da MTF						2da MTF					
3er MTF						3er MTF					
4ta MTF						4ta MTF					
5ta MTF						5ta MTF					
1er IFP						1er IFP					



Grado= 0	Normal
Grado =1	Focal o difuso
Grado=2	Generalizado <50% EA original
Grado= 3	Generalizado > 50% EA original o subluxación
Grado= 4	Anquilosis o luxación completa



**Índice de Sharp/van der Heijde**

	<p>MANO DERECHA EROS DEA Total</p>		<p>MANO IZQUIERDA EROS DEA Total</p>
	<p>PIE DERECHO EROS DEA Total</p>		<p>PIE IZQUIERDO EROS DEA Total</p>

CALIFICACIÓN TOTAL DEA \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL EROS \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL \_\_\_\_\_

### TERCERA VISITA

Fecha: \_\_\_\_\_

1.- Rigidez articular matutina (RAM): \_\_\_\_\_  
No consignado

2.- Remisión o baja actividad  
Sí  No   
No consignado

3.- Recaída  
Sí  No   
No consignado

4.- ¿Se modificó tratamiento?  
Sí  No

5.- ¿Qué modificación se hizo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- Radiografías de manos y pies:  
Sí  No

**Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"**  
**Licencia Sanitaria No.13 AM 09 015 0005**  
**Clínicas De Artritis Reumatoide**  
**Tratamiento por Objetivos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

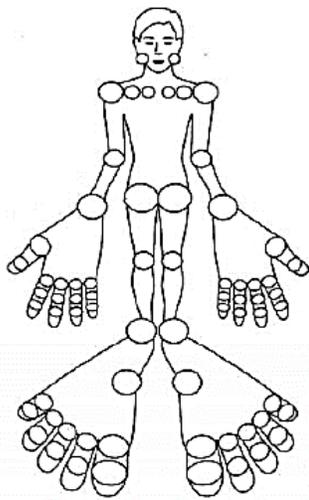
Fecha y hora: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Evolución actual:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

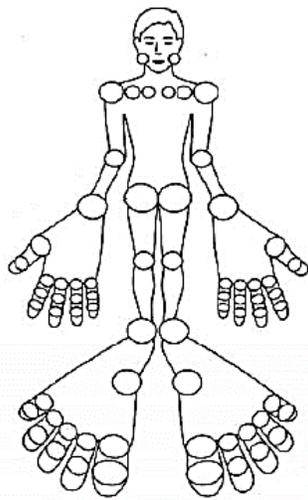
Exploración general:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Articulaciones dolorosas



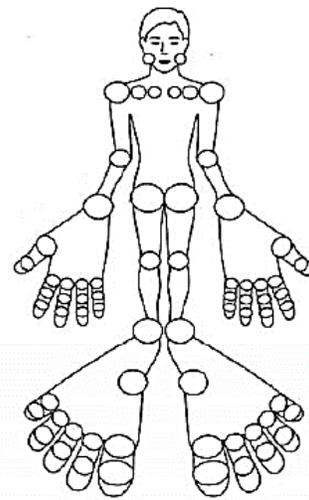
Número

Articulaciones inflamadas



Número

Articulaciones limitadas



Número

Número de articulaciones dolorosas total:	_____				
Número de articulaciones dolorosas DAS28:	_____				
Número de articulaciones inflamadas total:	_____				
Número de articulaciones inflamadas DAS28:	_____				
VSG:	_____	PCR:	_____		
EVAD:	_____	EESP:	_____	EESM:	_____
HAQ-DI:	_____	DAS-28:	_____	CDAI:	_____

Resultados de laboratorio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento:

\_\_\_\_\_

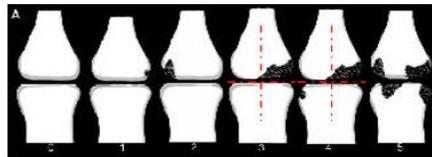
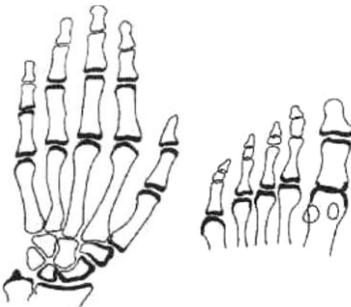
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre, firma y cédula profesional del médico: \_\_\_\_\_

7.- Método de evaluación radiográfica Sharp/van der Heijde  
Fecha: \_\_\_\_\_ No de Radiografía: \_\_\_\_\_

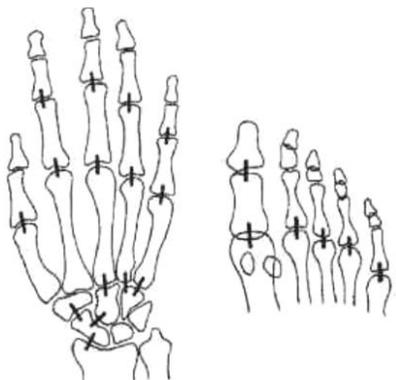
Método de Sharp/van der Heijde - Erosiones articulares													
Mano Derecha							Mano Izquierda						
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Cúbito							Cúbito						
Radio							Radio						
Semilunar							Semilunar						
Escafoides							Escafoides						
Trapezio-Trapezoide							Trapezio-Trapezoide						
Base 1er MCPF							Base 1er MCPF						
1er MCPF							1er MCPF						
2da MCPF							2da MCPF						
3ra MCPF							3ra MCPF						
4ta MCPF							4ta MCPF						
5ta MCPF							5ta MCPF						
1er IFP pulgar							1er IFP pulgar						
2da IFP							2da IFP						
3er IFP							3er IFP						
4ta IFP							4ta IFP						
5ta IFP							5ta IFP						
Pie Derecho							Pie Izquierdo						
1er MTF							1er MTF						
2da MTF							2da MTF						
3er MTF							3er MTF						
4ta MTF							4ta MTF						
5ta MTF							5ta MTF						
1er IFP							1er IFP						



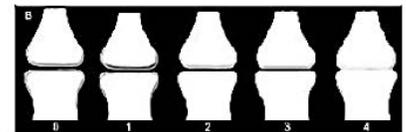
Grado= 0	Normal
Grado= 1	Erosiones discretas ó en un cuadrante de la art.
Grado= 2	Erosión no sobrepase la línea media imaginaria ó erosiones en 2 cuadrantes de la art.
Grado= 3	Erosión grande extensa sobre una línea media imaginaria, ó en 3 cuadrante de la art.
Grado= 4	Erosión en 4 cuadrantes de la art ó 75% superficie articular.
Grado= 5	Erosión toda superficie articular, colapso óseo

**Método de Sharp/van der Heijde - Espacio articular**

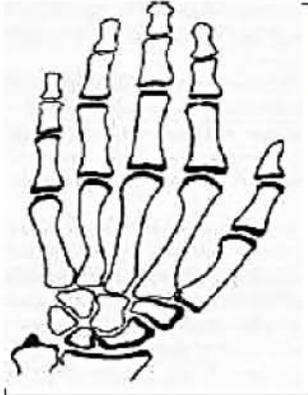
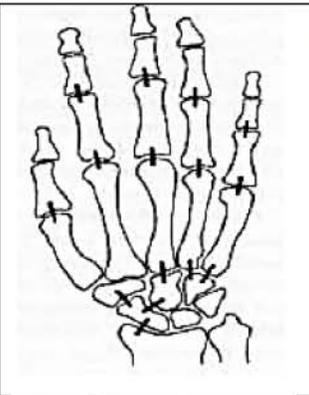
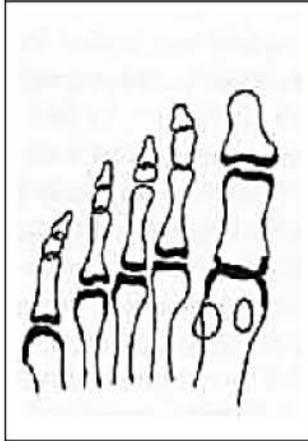
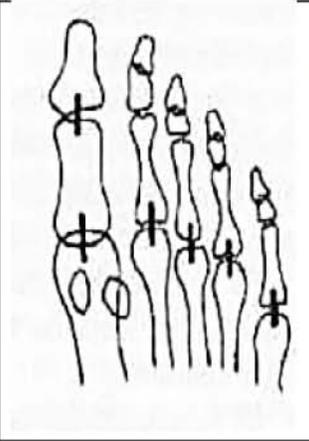
Mano Derecha						Mano Izquierda					
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Radio - Escafoides						Radio - Escafoides					
Trapezio-Trapezoide-Escafoides						Trapezio-Trapezoide-Escafoides					
Escafoides-Hueso Grande						Escafoides-Hueso Grande					
3° MCPF						3° MCPF					
4° MCPF						4° MCPF					
5° MCPF						5° MCPF					
1ra MCPF						1ra MCPF					
2da MCPF						2da MCPF					
3er MCPF						3er MCPF					
4ta MCPF						4ta MCPF					
5ta MCPF						5ta MCPF					
2da IFP						2da IFP					
3er IFP						3er IFP					
4ta IFP						4ta IFP					
5ta IFP						5ta IFP					
Pie Derecho						Pie Izquierdo					
1er MTF						1er MTF					
2da MTF						2da MTF					
3er MTF						3er MTF					
4ta MTF						4ta MTF					
5ta MTF						5ta MTF					
1er IFP						1er IFP					



Grado= 0	Normal
Grado=1	Focal o difuso
Grado= 2	Generalizado <50% EA original
Grado= 3	Generalizado > 50% EA original o subluxación
Grado= 4	Anquilosis o luxación completa



**Índice de Sharp/van der Heijde**

	<p>MANO DERECHA EROS DEA Total</p>		<p>MANO IZQUIERDA EROS DEA Total</p>
	<p>PIE DERECHO EROS DEA Total</p>		<p>PIE IZQUIERDO EROS DEA Total</p>

CALIFICACIÓN TOTAL DEA \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL EROS \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL \_\_\_\_\_



## **II.- CUESTIONARIO PARA LA REGLA AMAI NSE 8X7**

En este documento se presentan las ocho variables que conforman el modelo para la estimación del nivel socioeconómico incluyendo la calificación que tiene cada una de ellas. Al final del documento se incluye el cuadro que indica el nivel socioeconómico de acuerdo con el total calculado a partir de las variables.

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar? Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
1	<b>0</b>
2	<b>0</b>
3	<b>0</b>
4	<b>0</b>
5	<b>8</b>
6	<b>8</b>
7 o más	<b>14</b>

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

3. ¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento (firme de )	0
Otro tipo de material o acabo	11

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (espere respuesta, y pregunte) ¿Realizó otros estudios? (reclasificar en caso necesario).

RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o Maestría	72
Doctorado	72

### TABLA DE PUNTOS POR NIVEL

Nivel	Puntos
<b>A/B</b>	193+
<b>C+</b>	155 a 192
<b>C</b>	128 a 154
<b>C-</b>	105 a 127
<b>D+</b>	80 a 104
<b>D</b>	33 a 79
<b>E</b>	0 a 32

## CUESTIONARIO DE ADHERENCIA Y ALIANZA TERAPÉUTICA

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_  
 Primera visita  1  
 Subsecuente  2

Llenado por:  
 El paciente  1  
 Familiar(es)/acompañante(s)  2  
 El paciente y el encuestador  3  
 Solo el encuestador  4

Las respuestas que usted de en este cuestionario nos permitirán conocer las dificultades que tiene para tomar sus medicamentos. Por favor haga el esfuerzo de contestar todas las preguntas. Si usted no desea contestar una pregunta, por favor haga una línea por encima de ésta.

La mayoría de la gente con enfermedades reumáticas tiene que tomar muchas tabletas (cápsulas, comprimidos, pastillas, píldoras) a diferentes horas durante el día. Mucha gente encuentra que es difícil recordar siempre sus tabletas.

**Nosotros necesitamos entender lo que las personas con enfermedades reumáticas están haciendo con las tabletas. Por favor díganos lo que usted está realmente haciendo. No se preocupe por tener que decirnos que usted no se toma todas las tabletas. Nosotros necesitamos saber lo que está sucediendo realmente, no lo que usted cree que "nosotros queremos saber". En este cuestionario no hay respuestas malas o erróneas, todo lo que usted nos diga servirá para comprender las dificultades que tiene para tomar sus medicamentos como se los recomendó su médico y nos servirá para ayudarle a resolver estos problemas a usted y a otros pacientes con enfermedades parecidas.**

El cuestionario le hace preguntas acerca de los medicamentos que usted pudo haber **dejado** de tomar durante los últimos siete días.

Si usted no sabe como contestar una pregunta, pídale al entrevistador que le ayude. Muchas gracias por su colaboración.

1) Anote los nombres, dosis y frecuencia de los medicamentos que actualmente esta tomando. (Este cuadro deberá ser llenado con ayuda del encuestador)

Nombre del medicamento	Dosis en miligramos por toma	Número de tabletas por dosis	*Frecuencia (Ver el listado en la parte inferior)
0) Ejemplo: Prednisona	7.5	1 1/2	1
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			

\*La frecuencia se refiere a las veces que toma el medicamento en el día o semana o mes) A continuación se enlistan algunos ejemplos de los horarios más frecuentemente utilizados; llene la columna de acuerdo a este listado. (en caso de duda pregunte al encuestador)

- 1) Cada 24 horas
- 2) Cada 12 hrs
- 3) Cada 8 hrs
- 4) Cada 6 hrs
- 5) Cada semana
- 6) Cada quince días
- 7) Dos veces por semana
- 8) Cada tercer día
- 9) Una vez al mes
- 10) Otro: Especifique \_\_\_\_\_

**2) POR FAVOR ÍNDIQUE SI USTED NO SE TOMÓ UNA O MÁS DOSIS EN LA ÚLTIMA SEMANA.**

Si usted no dejó de tomar ninguna dosis pase a la pregunta 3.

Llene la tabla que sigue usando un renglón para cada medicamento que usted está tomando. En la tabla se le pregunta el número de DOSIS y no el número de PASTILLAS que dejó de tomar. (En caso de dudas solicite ayuda del encuestador)

Nombre de los medicamentos	CUANTAS DOSIS DEJÓ DE TOMAR													
	Ayer		Hace 2 días		Hace 3 días		Hace 4 días		Hace 5 días		Hace 6 días		Hace 7 días	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Ejem. Diclofenaco														

0: Si no dejó de tomar ninguna dosis

1: Si dejó de tomar alguna dosis

3) Durante la última semana ¿cuántos días ha dejado de tomar todas las dosis?  
**(Marque una casilla)**

- Ninguno  0
- Un día  1
- Dos días  2
- Tres días  3
- Cuatro días  4
- Cinco días  5
- Seis días  6
- Siete días  7

4) La mayoría de los medicamentos requieren ser tomados siguiendo un horario, como por ejemplo "2 veces al día" o "3 veces al día" o "cada 8 horas". ¿Qué tanto siguió usted su horario específico durante los últimos siete días?

- Nunca  4
- Algunas veces  3
- Cerca de la mitad del tiempo  2
- La mayor parte del tiempo  1
- Todo el tiempo  0

5). ¿Alguno de sus medicamentos tiene instrucciones especiales, como por ejemplo, "tómese con comida" o "con el estómago vacío" o "con suficiente líquido" o "tómese cada semana" o "tómese cada 48 horas"?

- Si  0  Conteste la pregunta 5.1
- No  1  } Pase a la pregunta 6
- No sé  2  }

5.1) Si la respuesta es si, ¿Con qué frecuencia siguió usted estas instrucciones especiales durante los últimos siete días?

- Nunca  4
- Algunas veces  3
- Cerca de la mitad del tiempo  2
- La mayor parte del tiempo  1
- Todo el tiempo  0

6) Algunas personas olvidan tomarse las tabletas los días del fin de semana. ¿Usted dejó de tomar alguno de los medicamentos el último fin de semana- el sábado pasado o el domingo pasado?

- Si  1
- No  0

7) ¿Cuándo fue la última vez que usted dejó de tomar alguno de los medicamentos?

- Durante la semana pasada  5
- Entre 1 a 2 semanas  4
- Entre 2 a 4 semanas  3
- Entre 1 a 3 meses  2
- Hace más de 3 meses  1
- Nunca dejo de tomar los medicamentos  0

**Si usted nunca deja de tomar los medicamentos, por favor pase a la pregunta 9. De no ser así, conteste el siguiente grupo de preguntas.**

8). Las personas pueden dejar de tomar los medicamentos por varias razones. Esta es una lista de posibles razones por las cuales usted pudo dejar de tomar los medicamentos.

¿Con qué frecuencia y porqué dejó usted de tomar los medicamentos?

**Por favor marque una casilla en cada pregunta.**

	No 0	Si 1
1. Estaba lejos de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estaba ocupado (a) con otras cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Simplemente se me olvidó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenía que tomar muchas pildoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quería evitar que me hiciera daño (efectos secundarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No quería que otros me vieran tomando medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tuve un cambio en mi rutina diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Creí que era demasiado medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me dormí/estaba dormido (a) a la hora de tomar el medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me sentí enfermo (a) o indispuesto (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me sentí deprimido (a)/agobiado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tuve problemas para tomar las tabletas a determinadas horas (con las comidas, con el estómago vacío, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se me acabaron las tabletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me senti bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. No entendí las indicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Otra razón: (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) ¿Compra o consigue todos los medicamentos que le receta el médico?

Si  0 (pase a la pregunta 10)

No  1 (llene el cuadro 9.1)

9.1) ¿Por qué no compra o consigue todo el medicamento que le receta el médico?

No me alcanza el dinero	<input type="checkbox"/> 1
Considero que es mucho medicamento	<input type="checkbox"/> 2
No tienen en la farmacia de la institución (desabasto institucional)	<input type="checkbox"/> 3
Otros motivos (especifique)	<input type="checkbox"/> 4

10) El médico que habitualmente lo atiende es:

Hombre  1

Mujer  0

11) Usted preferiría que lo atendiera un médico:

Hombre  1

Mujer  0

12) Usted es atendido por el mismo médico:

Siempre  0

Frecuentemente  1

Nunca  2

13) ¿Cuánto tiempo le dedica su médico en cada consulta?

(1 = 0-10 min y 0 = >10 min)

---



---

14) Su médico le explica la receta, las indicaciones, el efecto, los beneficios y las posibles molestias (efectos adversos) que puede tener con el uso de cada uno de los medicamentos anotados en su receta

Si  0

No  1

15) ¿Entiende todas las indicaciones o explicaciones que le da su médico?

Si  0 (pase a la pregunta 16)

No  1 ¿Porqué?

---



---

16) Si usted tiene dudas sobre sus medicamentos tiene confianza para preguntarle a su médico.

Si  0 .....(Pase a la pregunta 18)

No  1 .....(Pase a la pregunta 17)

- 17) ¿Porque razón no pregunta a su medico
- 11) Porque mi médico no me escucha  1
  - 12) No hay suficiente confianza entre mi médico y yo  2
  - 13) Consideró que mis dudas no son importantes  3
  - 14) Otros motivos:(Especifique) \_\_\_\_\_ 4

- 18) Sigue todas las indicaciones y recomendaciones que le menciona su médico
- Si  0 (pase a la pregunta 19)
- No  1
- ¿Porqué?: \_\_\_\_\_

- 19) Acostumbra buscar más información acerca de la enfermedad que tiene y de los medicamentos que usa
- Si  0 .....Llene la pregunta 19.1
- No  1 ¿Porqué?: \_\_\_\_\_

- 19.1) Si contesto si a la pregunta previa, que fuente de información utiliza
- a. Internet  1
  - b. Televisión  2
  - c. Radio  3
  - d. Libros/revistas  4
  - e. Opinión de otros médicos  5
  - f. Opinión de familiares o amigos  6
  - g. Otra (especifique) \_\_\_\_\_ 7

- 20) Cuando no esta de acuerdo con lo que su médico le indicó, usted que hace:
- h. Lo comento con mi médico  0
  - i. Lo tomo a pesar de no estar de acuerdo  1
  - j. Cambio el medicamento por otro y le aviso al médico  2
  - k. Cambio el medicamento por otro y no le aviso al médico  3
  - l. No tomo el medicamento y no lo comento con el médico  4
  - m. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

- 21) Cuando decide no tomar el medicamento que le recetaron o cambiarlo por otro medicamento que no le dio su médico ¿Qué decisión toma usted?
- n. Toma la decisión usted solo (a)  3
  - o. Lo comenta con su familia o amigos  2
  - p. Lo comenta con otro médico  1
  - q. Lo comenta con su propio médico  0

**Muchas gracias por contestar estas preguntas.**

**ANEXO II**  
**HAQ (Health Assessment Questionnaire):**

HAQ DI					
Maque con un X la opción que mejor describe su situación actual.		Sin dificultad	Con dificultad	Con ayuda de otro	No puede hacerlo
1. Vestirse y arreglarse	¿Puede sacar la ropa del closet y de los cajones?				
	¿Vestirse solo, incluso abotonarse y cerrar el cierre?				
	¿Lavarse el cabello?				
2. Levantarse	¿Puede levantarse de una silla recta sin apoyar los brazos?				
3. Comer	¿Puede cortar carne?				
	¿Llevarse a la boca un vaso con líquido?				
4. Caminar	¿Puede caminar en terreno plano?				
5. Higiene	¿Puede lavarse y secarse el cuerpo?				
	¿Abrir y cerrar las llaves del agua?				
	¿Sentarse y levantarse del retrete?				
6. Alcance	¿Puede peinarse?				
	¿Alcanzar y bajar una bolsa de 2 Kg que este por arriba de su cabeza?				
7. Agarrar	¿Puede abrir las puertas de un auto?				
	¿Destapar un frasco de rosca no muy apretado?				
	¿Puede escribir?				
8. Actividad	¿Puede manejar un auto o coser a máquina de pedales?				
	¿No puede salir de compras por causas ajenas a la artritis?				
9. Sexo	¿Puede tener relaciones sexuales? (no tengo pareja)				

Marque con una X lo correspondiente a su situación actual con respecto a Dolor

Escala Visual Análoga										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Marque con una X como ha sido su estado de salud en la última semana:

Escala Visual del Estado de salud										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

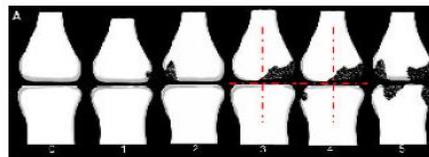
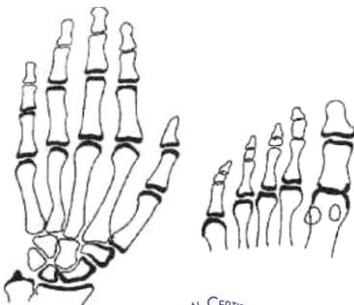
Marque 0 si está muy bien ó 10 si está muy mal

**ANEXO III**

**Método de evaluación radiográfica Sharp/van der Heijde**

Fecha: \_\_\_\_\_ No de Radiografía: \_\_\_\_\_

Método de Sharp/van der Heijde - Erosiones articulares													
Mano Derecha							Mano Izquierda						
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Cúbito							Cúbito						
Radio							Radio						
Semilunar							Semilunar						
Escafoides							Escafoides						
Trapezio-Trapezoide							Trapezio-Trapezoide						
Base 1er MCPF							Base 1er MCPF						
1er MCPF							1er MCPF						
2da MCPF							2da MCPF						
3ra MCPF							3ra MCPF						
4ta MCPF							4ta MCPF						
5ta MCPF							5ta MCPF						
1er IFP pulgar							1er IFP pulgar						
2da IFP							2da IFP						
3er IFP							3er IFP						
4ta IFP							4ta IFP						
5ta IFP							5ta IFP						
Pie Derecho							Pie Izquierdo						
1er MTF							1er MTF						
2da MTF							2da MTF						
3er MTF							3er MTF						
4ta MTF							4ta MTF						
5ta MTF							5ta MTF						
1er IFP							1er IFP						

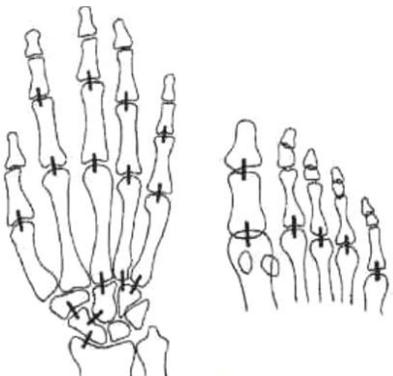


Grado= 0	Normal
Grado =1	Erosiones discretas ó en un cuadrante de la art.
Grado= 2	Erosión no sobrepase la línea media imaginaria ó erosiones en 2 cuadrantes de la art.
Grado= 3	Erosión grande extensa sobre una línea media imaginaria. ó en 3 cuadrante de la art.
Grado= 4	Erosión en 4 cuadrantes de la art ó 75% superficie articular.
Grado= 5	Erosión toda superficie articular. colapso óseo

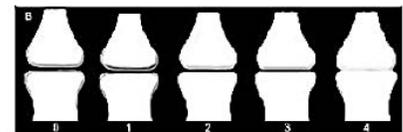


**Método de Sharp/van der Heijde - Espacio articular**

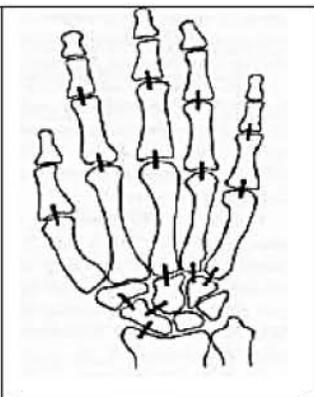
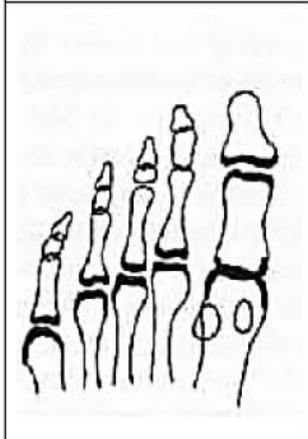
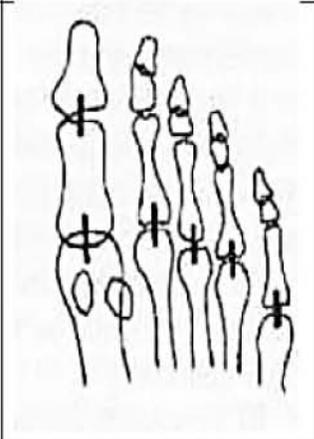
Mano Derecha						Mano Izquierda					
Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Articulación	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Radio - Escafoides						Radio - Escafoides					
Trapezio-Trapezoide-Escafoides						Trapezio-Trapezoide-Escafoides					
Escafoides-Hueso Grande						Escafoides-Hueso Grande					
3° CMC						3° CMC					
4° CMC						4° CMC					
5° CMC						5° CMC					
1ra MCPF						1ra MCPF					
2da MCPF						2da MCPF					
3er MCPF						3er MCPF					
4ta MCPF						4ta MCPF					
5ta MCPF						5ta MCPF					
2da IFP						2da IFP					
3er IFP						3er IFP					
4ta IFP						4ta IFP					
5ta IFP						5ta IFP					
Pie Derecho						Pie Izquierdo					
1er MTF						1er MTF					
2da MTF						2da MTF					
3er MTF						3er MTF					
4ta MTF						4ta MTF					
5ta MTF						5ta MTF					
1er IFP						1er IFP					



Grado= 0	Normal
Grado =1	Focal o difuso
Grado= 2	Generalizado <50% EA original
Grado= 3	Generalizado > 50% EA original o subluxación
Grado= 4	Anquilosis o luxación completa



**Índice de Sharp/van der Heijde**

	<p>MANO DERECHA EROS DEA Total</p>		<p>MANO IZQUIERDA EROS DEA Total</p>
	<p>PIE DERECHO EROS DEA Total</p>		<p>PIE IZQUIERDO EROS DEA Total</p>

CALIFICACIÓN TOTAL DEA \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL EROS \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION TOTAL \_\_\_\_\_