



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOCAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80



**CAPACIDAD FUNCIONAL EN RELACIÓN AL APEGO AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DAGOBERTO GARCIA VILLEGAS

ASESOR DE TESIS

DR. CORALIA ROMANA GUZMAN CRUZ

REUMATOLOGIA. HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.83

CO-ASESORES:

M. EN C. GERARDO MUNOZ CORTES

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 80

DR. ARMANDO BENITEZ CABRERA

INVESTIGADOR EXTERNO **ASESOR**

ESTADÍSTICO

MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO

CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMEDICA

Número de registro ante el comité de Ética e Investigación: **R-2017-1603-23**

MORELIA MICHOCÁN. MÉXICO MAYO 2019



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80



**CAPACIDAD FUNCIONAL EN RELACIÓN AL APEGO AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DE UN
HOSPITAL GENERAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: DAGOBERTO GARCIA VILLEGAS

Residente de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 80

DR. CORALIA ROMANA GUZMAN CRUZ

REUMATOLOGIA. HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.83. MAT 7856849

CO-ASESORES:

DR. GERARDO MUNOZ CORTES

Coordinador clínico en investigación en salud MAT 99176844

DR. ARMANDO BENITEZ CABRERA

MEDICINA INTERNA-REUMATOLOGÍA

INVESTIGADOR EXTERNO

ASESOR ESTADÍSTICO

CARLOS GOMEZ ALONSO

CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMEDICA. MAT 3211878

Número de registro ante el comité de Ética e Investigación: **R-2017-1603-23**

MORELIA MICHOACÁN. MÉXICO MAYO DE 2019

Instituto Mexicano Del Seguro Social
Delegación Regional En Michoacán
Unidad De Medicina Familiar No. 80



Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares
Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

Dra. Carol Miriam Santoyo Macías
Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE POSGRADO

Universidad michoacana de san Nicolás de hidalgo

Dra. Alicia Rivera Gutiérrez

Jefe de la división de posgrado

facultad de ciencias médicas y biológicas "Dr. Ignacio Chávez"

Universidad michoacana de san Nicolás de hidalgo

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

coordinador de la especialidad de medicina familiar facultad de
ciencias médicas y biológicas "Dr. Ignacio Chávez"

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis asesores de tesis y médicos profesores que me permitieron y brindaron su apoyo para realizar este trabajo y continuar mi superación personal y académica , en especial a la Dra. Coralia Romana quien siempre estuvo a disposición y apoyando mi trabajo, al Matemático Carlos quien siempre estuvo de forma incondicional aclarar mis dudas y necesidades, al Dr. Armando quien siempre fue un pilar importante para la culminación de este trabajo, al Dr. Gerardo Muños por sus aportaciones para la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

Gracias a dios que me permitió a través de la oración y el sacrificio ser bendecido con estos momentos y que me dio la fuerza a pesar de sufrir grandes tormentos para continuar y con su rayo redentor fue que me dio la luz para seguir adelante y poner a mis padres y amigos en el sendero universal del amor.

INDICE	
RESUMEN.....	1
ABSTACT.....	2
ABREVIATURAS	3
GLOSARIO.....	5
RELACION DE FIGURAS Y TABLAS	6
INTRODUCCION.....	7
MARCO TEORICO.....	10
1.-ARTITIS REUMATOIDE.....	10
2.-LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.....	14
3.-ESONDILITIS ANQUILOSANTE.....	19
4.-CAPACIDAD FUNCIONAL.....	23
5.-EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL; CUESTIONARIO HAQ.....	24
6.-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	27
7.-CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO; TEST MORISKY- GREEN.....	31
PLANTAMIENTO DE PROBLEMA	33
JUSTIFICACION.....	35
OBJETIVO.....	36
HIPOTESIS.....	37
MATERIAL Y METODOS.....	38
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	42
CUADRO DE OPERALIZACION DE LAS VARIABLES	44
DESCRIPCIÓN OPERATIVA	52
RECURSOS Y FACTIBILIDAD.....	54
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	55
CONSIDERACIONES ETICAS	55
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	69
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
ANEXOS	76

RESUMEN:

TITULO: Capacidad funcional en relación al apego al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante que acuden a la consulta externa de reumatología de un hospital general.

Dagoberto García Villegas. UMF 80. Coralia Romana Guzmán Cruz HGZ 83. Gerardo Muñoz Cortes UMF 80. Dr. Armando Benítez Cabrera ISSSTE. Carlos Gomez Alonso Matemático.

Introducción: las enfermedades reumáticas implican un cambio importante en la capacidad funcionas de las personas. En términos generales su mayor impacto resulta de la disminución de la supervivencia, y de periodos de discapacidad prolongados. De las principales causas de discapacidad, en jóvenes y adultos mayores, ya que no permiten a los pacientes desarrollar sus actividades rutinarias, generando mayor gasto al instituto, generando afectación de la capacidad funcional repercutiendo en su apego al tratamiento, esto resulta decisivo en optimizar la salud y bienestar de los individuos portadores.

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional en relación con el apego al tratamiento de los pacientes portadores de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante.

Material y Métodos: Descriptivo, observacional y transversal en pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática, en consulta externa del HGZ 83 del IMSS. De 20-65 años de edad, con tratamiento farmacológico. Se Evaluó la capacidad funcional a través del cuestionario HAQ, en adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario Morisky-Green. Análisis estadístico; chi cuadrada, significancia si la $p < 0.05$.

Resultados: 78 pacientes; 24 con AR, 28 con LES y 26 con EA, 71.72 % femeninos y 28.20% masculinos. 37(47.43%) pacientes se calificaron sin dificultad, 23(29.48%) con alguna dificultad, 11(14.1%) mucha dificultad y 7(8.97%) incapacidad, 47(60.2%) presentaron adherencia 16(20.51%) adherencia media y 15(19.2%) no adherencia, encontramos que a mayor grado de incapacidad peor fue el apego al tratamiento.

Conclusión: A mayor grado de incapacidad es peor el apego al tratamiento, los pacientes con mejor apego al tratamiento fueron con diagnóstico de espondilitis anquilosante.

Palabras claves: capacidad funcional, apego al tratamiento, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondilitis anquilosante.

ABSTRACT

TITLE: Functional capacity in relation to the attachment to work in patients with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and ankylosing spondylitis who attend the external consultation of rheumatology of a general hospital.

Dagoberto García Villegas UMF 80. Coralia Romana Guzmán Cruz HGZ 83. Gerardo Muñoz Cortes UMF 80. Dr. Armando Benítez Cabrera ISSSTE. Carlos Gomez Alonso Mathematician.

Introduction: rheumatic diseases involve a significant change in the capacity of people's functions. In general terms, its greatest impact results from the decrease in survival, and from periods of prolonged disability. Of the main causes of disability, in young people and older adults, which do not allow patients to develop their routine activities, generating more expense to the institute, generating the affectation of the functional capacity reverberating in their attachment to work, this is decisive in the optimization health and welfare of the carrier individuals.

Objective: To evaluate the functional capacity in relation to the attachment to the treatment of patients with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and ankylosing spondylitis.

Material and Methods: descriptive, observational and transversal in patients with diagnosis of rheumatic disease, in outpatient clinic of HGZ 83 of the IMSS. From 20-65 years of age, with pharmacological treatment. The functional capacity was evaluated through the HAQ questionnaire, in the adherence to treatment the Morisky-Green questionnaire was used. Statistic analysis; square chi, significance if $p < 0.05$.

Results: 78 patients; 24 with AR, 28 with LES and 26 with EA, 71.72% female and 28.20% male. 37 (47.43%) patients were qualified without difficulty, 23 (29.48%) with difficulty, 11 (14.1%) very difficult and 7 (8.97%) disability, 47 (60.2%) presented adherence 16 (20.51%) average adherence and 15 (19.2%) without adherence, that the greatest degree of disability is the attachment to treatment.

Conclusion: A higher degree of disability is worse the attachment to treatment, patients with better attachment to work were diagnosed with ankylosing spondylitis.

Key words: functional capacity, adherence to treatment, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, ankylosing spondylitis.

ABREVIATURAS

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr/a: Doctor/Doctora

UMF: Unidad de Medicina Familiar

UMSNH: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

CIBIMI: Centro Investigación Biomedica de Michoacan

HAQ: Healt Assesment Questionarie

ERAS: enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas

AR: artritis reumatoide

EULAR: Liga Europea contra el Reumatismo

ACR: *American College* of Rheumatology

AINE'S: antiinflamatorios no esteroideos

FARME: fármacos modificadores de la enfermedad

LES: Lupus Eritematosos Sistémico

ANAS: anticuerpos antinucleares

ACR: Colegio Americano de Reumatología

ADN: acido desoxirribonucleico

IgG: inmunoglobulina G IgM:

inmunoglobulina M

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

HLA: High Level Assembly

RM: Resonancia Magnética

EA: Espondilitis Anquilosante

TNF: Tumoral Necrosis

Factor

FDA: food And Drug Administration

OMS: Organización Mundial de Salud

GLOSARIO

capacidad funcional: la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

apego al tratamiento: como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo

artritis reumatoide: condición inflamatoria, autoinmune y crónica de causa desconocida que afecta tanto a las articulaciones como a otros órganos del cuerpo.

lupus eritematoso sistémico: enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de numerosos anticuerpos contra auto-antígenos, formación de complejos inmunes y desregulación inmune que resulta en daños en cualquier órgano incluyendo riñón, piel, elementos formes de la sangre y sistema nervioso central, etc.

espondilitis anquilosante: enfermedad autoinmune, progresiva, sistémica e inflamatoria que afecta principalmente al esqueleto axial, con gran predominio en las articulaciones sacroiliacas y columna lumbar

RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

Figuras:

Figura 1. Prevalencia de consultas de eras	8
--	---

RESULTADOS

Figura 1. capacidad funcional en AR/LES/EA.....	57
Figura 2. Tiempo de diagnóstico en años en capacidad funcional	58
Figura 3. Adherencia al tratamiento en AR/LES/EA	59
figura 4. Numero de medicamentos en apego al tratamiento.....	60
Figura 5. Tipo de medicamentos en capacidad funcional	61
Figura 6. Tiempo de diagnostico en años en capacidad funcional.....	62

Tablas:

Tabla 1. Grados de capacidad funcional en artritis reumatoide.....	13
Tabla 2. Criterios revisados de la clasificación de Lupus Eritematoso Sistémico (ACR)	15
Tabla 3 criterios Diagnóstico de espondilitis anquilosante.....	21
Tabla 4. Modelo seguido en la versión completa del Health Assessment Questionnaire (HAQ), con sus 5 dimensiones y sub dimensiones.....	25

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	56
Tabla 2. Capacidad funcional en apego al tratamiento.....	63

INTRODUCCION

Las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) se caracterizan por la inflamación crónica de las articulaciones y de otros tejidos del cuerpo; Desbalance del sistema inmunológico que involucran citosinas, anticuerpos y diversas células inmunológicas. A nivel general las enfermedades reumáticas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes. El retraso en el inicio del tratamiento empobrece el pronóstico funcional del paciente. De esta manera se generan altas tasas de incapacidad temporal e invalidez; altos costos por atención médica; costos elevados por productividad perdida; deterioro de la calidad de vida, mal apego al tratamiento, muerte prematura y pérdida de la capacidad funcional; que se convierte en un ciclo que impacta negativamente en la población de un país.

Estas enfermedades representan un problema de salud pública no solo en México, sino también a nivel mundial, en estudios realizados en Europa y Norteamérica se estima una incidencia; de 883.85 por cada 100.000 varones y de 508.45 por cada 100.000 mujeres, de casos nuevos; y prevalencia de 79 por cada 100,000 varones y de 335.77 por cada 100,000 mujeres ya diagnosticados, los cuales incluían artritis, espondilitis anquilosante, gota, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, artrosis, raquialgia, fibromialgia y fractura de cadera; ocupan uno de los primeros diez motivos de invalidez total en países como Estados Unidos, Canadá y México. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la tasa de invalidez se ha calculado en 1,38 por cada 1.000 derechohabientes, se encontró que las enfermedades reumáticas atendidas originaron 5790 consultas en un año, de las cuales 47.1% correspondió a artritis reumatoide, 12.7% a lupus eritematoso sistémico y 4.9% a espondilitis anquilosantec(1).



Figura 1. ERAS: enfermedades reumáticas. AR: Artritis reumatoide. LES: lupus Eritematoso Sistémico. EA: espondilitis anquilosante.

En estudios realizados se ha encontrado una incidencia de incapacidad laboral acumulada anual similar entre trabajadores con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante (42 y 40%, respectivamente), en otras palabras, de cada 10 pacientes con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante, 4 se incapacitarán en el transcurso de un año. En ambas enfermedades, más de 30% de las incapacidades otorgadas fueron prolongadas; es decir, comprendieron un periodo mayor a los 28 días laborables, encontrando que en aquellos con espondilitis anquilosante el costo promedio por día de incapacidad fue de \$211.00 (pesos mexicanos), erogando por cada paciente incapacitado \$15608.00 (pesos mexicanos) (2). Originando así la pérdida de 2979 días laborables, lo que si multiplicáramos por el pago de la incapacidad correspondiente nos daría una idea aproximada de cuánto se eroga por concepto del pago de incapacidades; una característica que impacta negativamente a los servicios de salud es la frecuencia con la que ocurre la incapacidad laboral.(1,2)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la tasa de invalidez se ha calculado en 1,38 por cada 1.000 derechohabientes. Estas enfermedades, no están consideradas como de notificación obligatoria por la Norma Oficial Mexicana 017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica debido a que no aumentan la mortalidad a corto plazo y por ello no se toman en cuenta en las prioridades de salud y educación (3).

Existen diferentes cuestionarios utilizados para medir la capacidad funcional y el apego en el tratamiento validados para la población internacional y mexicana, en este

estudio se utilizaron cuestionarios validados para la población mexicana, 1) cuestionario HAQ: Mide la capacidad funcional de pacientes en una escala lo suficientemente inclusiva para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones, utilizada en pacientes con enfermedades reumáticas; cuestionario Morisky-Green. Instrumento breve y sencillo, basado en preguntas al propio paciente sobre su hábito en la toma de medicación, validado para medir la adherencia en pacientes crónicos.

MARCO TEORICO

1. ARTRITIS REUMATOIDE.

Definición y situación actual

La artritis reumatoide (AR); es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poli-articular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución. Este padecimiento es la enfermedad reumatológica poli-articular, simétrica e inflamatoria por excelencia; la forma agresiva, es crónica, progresiva, potencialmente incapacitante, invalidante y destructiva; se acompaña de disminución tanto de la calidad de vida como de la supervivencia.

Epidemiología

Afecta del 0.2 al 2% de la población mundial, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad, la edad de inicio es a los 40 años \pm 10 años (25-50 años, aunque puede comenzar a cualquier edad (Firestein G, 2005) (O Sullivan JM, 1972). Es importante destacar que el número de personas con AR y otros padecimientos reumatológicos a nivel mundial se incrementa cada día, lo que es debido fundamentalmente a la alta prevalencia de estas enfermedades en las personas de edad avanzada. Dunlop et al informaron recientemente que esto es particularmente cierto en personas de habla hispana y de nivel socioeconómico bajo. Por lo que ah mayor edad mundial, se incrementara el número de casos. (4)

La prevalencia de AR es aproximadamente del 1%. es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 3:1. A los 35 años, la incidencia anual es de 75.3 casos por 100,000 habitantes, con el doble de casos para mujeres e incremento del número con el aumento de la edad hasta los 85 años. Se ha informado que la mortalidad en pacientes con AR es mayor que en la población general (24.4vs 18.9 muertes por 1,000 pacientes por año). De acuerdo a más de 15 series de la literatura, Esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas(5).

Factores de riesgo:

Se han identificado diversos factores de riesgo asociados a la aparición, progresión y gravedad de la AR, dentro de los principales están el nivel de educación escolar, el tabaquismo y el empleo de anticonceptivos orales. El riesgo para AR y para otras enfermedades crónicas parece estar inversamente relacionado al nivel de educación escolar. El nivel bajo de educación se asocia también a mayor mortalidad. Especialmente para AR seropositiva (con factor reumatoide positivo) el riesgo para su desarrollo en la población fumadora es 2.38 veces mayor. Hay numerosos informes en la literatura que proponen a los anticonceptivos como protectores para el desarrollo de la enfermedad. (3)

Cuadro clínico y diagnóstico

Los criterios de clasificación del colegio americano de reumatología (ACR) elaborados en 1987 tienen una sensibilidad que varía de entre 75%-95% y una especificidad de 73%-95%, para los efectos de la clasificación, se dice que un paciente padece de artritis reumatoide si éste ha cumplido por lo menos 4 de éstos 7 criterios. Los criterios del 1 al 4 deben haber estado presente durante al menos 6 semanas.(6)

Los recientes criterios de clasificación EULAR/ACR 2010, clasifican como artritis reumatoide definida, a la presencia confirmada de sinovitis en al menos una articulación, ausencia de diagnóstico alterno que explique la sinovitis y una puntuación de 6 o más (de un total de 10); en cuatro dominios: número y lugar de afección articular (0-5), anormalidades serológicas (0-3), elevación de reactantes de fase aguda (0-1) y duración de la sintomatología.(5)

Artritis reumatoide y Capacidad funcional

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular con consecuencias incapacitantes en las actividades físicas rutinarias, produce una reducción progresiva de la movilidad, además de producir manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos (Anaya, 1999). Esta incapacidad creada por la artritis por lo general se incrementa en los primeros años del diagnóstico, para posteriormente volverse ms lento al final de la vida del paciente, o después de treinta años de duración de la enfermedad, se acelere otra vez con todos sus síntomas.

Existen diversos factores que pueden impactar la capacidad funcional y con esto

la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide, tales como depresión, comorbilidades, u otros. Varios estudios han publicado la relación entre AR y síntomas depresivos, por ejemplo, O'Malley *et al.* hablan de una prevalencia del 40% y el estudio de Mella *et al.* reporta una prevalencia de hasta 65% de estos síntomas, incluso cuando se compara con la osteoartritis, que es una enfermedad similar en síntomas a la AR. Se cree que la mayor prevalencia de síntomas depresivos en la población con AR es explicada por el componente inflamatorio de la misma, pues se considera que existe algún mecanismo neuroinmunobiológico de base entre ambas que provoca la disminución de la síntesis de serotonina, que en pacientes con depresión suele tener bajos niveles. Se piensa que la acción de las citoquinas pro-inflamatorias lleva a la activación de la enzima indolamina 2,3-dioxigenasa, que reduce el triptófano y es un precursor de la serotonina. (7) esto es de suma importancia ya que estos síntomas impactan en el apego al tratamiento.

La enfermedad impacta la funcionalidad de los pacientes en distintas formas. En etapas tempranas predominan el dolor, la limitación funcional y la fatiga, los cuales se asocian al proceso inflamatorio. En etapas más avanzadas la inflamación persistente se traduce en alteraciones estructurales que eventualmente llevan a la destrucción, deformidad y disfunción articular. La capacidad funcional está determinada por la actividad de la enfermedad, la calidad de vida y otros factores indirectos como: depresión, comorbilidades, el impacto de la AR en las esferas familiares, afectivas y laborales. Además de lo anterior, los eventos adversos de la medicación empobrecen el nivel de bienestar de los pacientes, creando dependencia farmacológica y de las actividades rutinarias a través de la necesidad de ayuda por parte de otras personas. (8)

La artritis reumatoide implica un cambio importante en la vida de las personas. Diversos estudios han demostrado que los pacientes tienen peor capacidad funcional y mala calidad de vida en todas las dimensiones comparadas con la población general y con pacientes con enfermedades consideradas de una mayor gravedad, tales como el infarto de miocardio, la colitis ulcerosa y diabetes mellitus. Varias investigaciones han dado cuenta de la importancia que cobra cada día más la implementación de instrumentos que evalúen la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes de diversas culturas con enfermedades

crónicas, como la AR. (9)

La capacidad funcional también es evaluada por medio de una clasificación que fue diseñada por Steinbroker específica para pacientes con AR, la cual establece cuatro criterios de gravedad:

Tabla 1. Grados de capacidad funcional en artritis reumatoide (9)	
• <u>Grado I</u>	capacidad completa para desarrollar las ocupaciones habituales sin limitaciones;
• <u>Grado II</u>	posibilidad de realizar las actividades habituales, pero con alguna limitación;
• <u>Grado III:</u>	limitación casi total para realizar las actividades habituales y para el aseo personal;
• <u>Grado IV</u>	limitación total para realizar las actividades habituales y para el aseo personal. Enfermos confinados en cama o silla de ruedas.

Tratamiento:

El tratamiento en la AR tiene como objetivo primordial mantener al paciente en un estado de remisión de la enfermedad, determinado por un valor de DAS28 igual o menor a 2,6. En los casos en que no se logra alcanzar la remisión clínica, está orientado a disminuir los síntomas, controlar la actividad inflamatoria y evitar o retrasar el daño articular. El tratamiento se compone de la terapia farmacológica, no farmacológica y la intervención de grupos multidisciplinarios. (6)

Tratamiento no farmacológico:

En la AR, al igual que en todas las enfermedades crónicas, es importante que paralelo al tratamiento farmacológico se ajusten ciertos hábitos en el estilo de vida del paciente para mejorar la capacidad funcional y que la enfermedad sea llevadera. El tratamiento no farmacológico debe ajustarse a las necesidades de cada paciente de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y en general las condiciones de salud. Dentro de los hábitos saludables se encuentran: desempeño físico, actitud al

tratamiento, mejorar redes sociales, preocupaciones, funciones cognitivas entre otras.(5)

Tratamiento farmacológico:

AINE'S Y ESTEROIDES: Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE'S) tienen clara indicación para el control de la inflamación para el control de la inflamación y el dolor en la artritis reumatoide y son superiores a los analgésicos puros como el paracetamol. Deben ser considerados en pacientes con artritis reumatoide después de evaluar el riesgo a nivel gastrointestinal, renal y cardiovascular. Se emplean para disminuir los síntomas de dolor e inflamación en artritis reumatoide. No deben usarse como fármaco único y no remplazan los FARME. (5)

Los esteroides reducen el dolor e inflamación y deben ser considerados como terapia adjunta, (de forma temporal) a los FARME en el manejo de pacientes con artritis reumatoide, existe evidencia directa e indirecta en que los corticoides pueden usarse como terapia puente, en ningún caso deben sustituir el tratamiento con FARME, no deben ser usados como monoterapia y su uso requiere indicaciones específicas, pueden ser utilizados vía oral, sistémica o intra-articular.

FARME: Los FARME (fármacos modificadores de la enfermedad), son usados en artritis reumatoide y su uso temprano, incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatoria y reducir el daño estructural. Sus objetivos incluyen control del dolor y la inflamación, la prevención del daño estructural e inducir la remisión completa de la enfermedad, reducen síntomas, signos y mejoran función física. Los FARME para uso en AR incluyen, cloroquina, leflunamida, metrotexate, ciclosporina A, penicilamina y sulfazalazina. El en el inicio de tratamiento con FARME se asocia con mayor daño radiológico y pobre estado funcional. Aunque existen varios FARME, el metrotexate se considera el medicamento de elección ya que induce mayor eficacia sostenida en el tiempo, presenta mayor adherencia a largo plazo, reduce mortalidad, y tiene toxicidad aceptable, bajo costo y fácil dosificación se a asociado su uso a mejoría en la capacidad funcional vs otros tratamientos como aine's o esteroides (5).

2.- LUPUS ERITOMATOSO SISTEMICO.

Definición

:

El Lupus Eritematosos Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica de causa

desconocida, aunque la herencia, el entorno y los cambios hormonales juegan un papel importante. Afecta a todas las edades, pero con mayor frecuencia a adultos entre los 18 y 50 años con predominio del sexo femenino en una proporción de un hombre por cada 10 a 12 mujeres.(10)

Epidemiología

La incidencia del LES varía de forma importante en diferentes grupos étnicos y poblacionales, con tasas de incidencia anual en adultos que oscilan entre 12-50/100,000 habitantes dependiendo de las distintas áreas geográficas. Es más común en mujeres que en hombres, con una relación femenina: masculino de 2-3: 1 a 9: 1, dependiendo del estudio. Se ha reportado que la relación hombre: mujer cambia de 4:3 cuando el inicio es en la primera década de la vida a 4:1 en la segunda década y 9:1 en la etapa adulta, disminuyendo a una relación 5:1 cuando el inicio es después de los 50 años. (11)

Factores de riesgo:

De etiología multifactorial y que afecta a un gran número de órganos y sistemas del cuerpo, es decir se caracteriza por ser multisistémica y multiorgánica. Esta característica del lupus se debe a la presencia de células productoras de auto anticuerpos los cuales van dirigidos contra diversas estructuras celulares, destacando entre éstos los anticuerpos antinucleares (ANAS). Esta enfermedad se etiqueta como el prototipo de enfermedad autoinmune, multisistémica.(12)

Cuadro clínico y diagnóstico

Debido a que no existe un síntoma o hallazgo exclusivo para hacer el diagnóstico de la enfermedad, el ACR (Colegio Americano de Reumatología) ha establecido criterios clínicos generales para la evaluación inicial de los pacientes con sospecha de lupus. Las normas, creadas en 1982 y actualizadas en 1997, combinan 11 criterios (clínicos y de laboratorio) que permiten establecer el diagnóstico de LES cuando cuatro o más criterios están presentes.(11)

Tabla 2. Criterios revisados de la clasificación de Lupus Eritematoso Sistémico (ACR) (12).

<i>1. Eritema malar:</i>	Eritema fijo, plano o elevado, sobre las prominencias malares, sin afectación de los pliegues naso-labiales.
--------------------------	--

2. <i>Erupción discoidea:</i>	Placas eritematosas elevadas con descamación queratótica adherente; cicatrización atrófica puede ocurrir en lesiones antiguas.
3. <i>Foto sensibilidad:</i>	Erupción cutánea como resultado de una reacción inusual a los rayos solares, por historia u observación del médico.
4. <i>Úlceras orales:</i>	Ulceración oral o nasofaríngea, usualmente indolora, observada por el médico.
5. <i>Artritis:</i>	No erosiva, involucrando a 2 articulaciones periféricas o más, caracterizada por dolor, tumefacción o derrame.
6. <i>Serositis</i>	a) Pleuritis: historia de dolor pleurítico, roce auscultado por el médico o evidencia de derrame pleural. b) Pericarditis: documentada por electrocardiograma, roce o evidencia de derrame pericárdico.
7.- <i>Alteraciones renales</i>	a) Proteinuria de más de 0.5 g/24 h o 3+, persistente. b) Cilindros celulares: glóbulos rojos, hemoglobina, granulares, tubulares o mixtos.
8. <i>Afectación neurológica</i>	a) Convulsiones: en ausencia de medicamentos ofensivos o de alteración metabólica. b) Psicosis: en ausencia de medicamentos ofensivos o de alteración metabólica.
9. <i>Alteración hematológica</i>	a) Anemia hemolítica b) Leucopenia inferior a 4,0 mil/mm en dos o más ocasiones. c) Linfopenia inferior a 1,5 mil/mm en dos o más ocasiones. d) Trombocitopenia inferior a 100,000/mm (En unidades si: 150-400 x 10 /L) en ausencia de fármacos expeditivos.
10. <i>Alteración inmunológica</i>	a) Anticuerpo anti-ADN elevado. b) Anticuerpo anti-Smith positivo. c) Hallazgos positivos de anticuerpos antifosfolípidos basado en: - Anticardiolipinas IgG/IgM. - Anticoagulante lúpico. - Prueba serológica de sífilis falsa positiva, presente como mínimo durante 6 meses.
11. <i>Anticuerpo antinuclear en valores elevados.</i>	Títulos de Anticuerpos antinucleares > 1:60

Lupus eritematoso y capacidad funcional.

El desarrollo de una enfermedad como LES, puede alterar la capacidad funcional del paciente, asumiendo que el concepto de “capacidad funcional” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario. El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica donde el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al auto-concepto, al sentido de la vida y provocando estados depresivos (Gil-Roales, 2004). Por último, Schwartzmann (2003), sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la capacidad funcional y calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de éstos pacientes.

Numerosos síntomas psicológicos han sido señalados de forma consistente en relación a esta enfermedad, léase: depresión, ansiedad, euforia asociada a algún grado de demencia, ignorancia de la enfermedad o de sus síntomas, irritabilidad, apatía, trastornos de la autoimagen, fatiga, alteraciones cognitivas, y disfunciones sensorio motoras.

Al respecto Rubio, et al. (1998) desarrollaron una investigación con 46 pacientes con diagnóstico de LES para investigar el predominio particular de los desórdenes psiquiátricos en estos pacientes y la relación entre los desórdenes psiquiátricos, la debilidad cognoscitiva, capacidad funcional, la calidad de la vida, el estado psicológico y la adaptación a la enfermedad. Se encontró que un 33% de la muestra tenía desórdenes psiquiátricos de tipo afectivo. Estos desordenes eran asociados a una menor capacidad funcional y a un número de hospitalizaciones mayores. De otro lado, diferentes investigadores se han interesado en estudiar la capacidad funcional en estos pacientes, la cual hace referencia a las experiencias y expectativas relacionadas con el estado de salud y la asistencia socio-sanitaria (Martínez- Martín,1999). Rinaldi, et al. (2004) un estudio donde el objetivo era examinar la calidad de la vida y capacidad funcional relacionada con la salud a 126 pacientes italianos con LES y compararla con una muestra sana de 96 personas, a quienes se les aplicó el Cuestionario SF36 se encontró bajos niveles de calidad de vida y capacidad funcional en las dimensiones físicas

y psicosociales de los pacientes con LES comparados con los sujetos controles. Igualmente, Rinaldi et al. (2001) han demostrado que estos pacientes tienen una peor capacidad funcional que las personas saludables de la misma edad, y que algunos aspectos de la vida diaria, como la actividad física, el trabajo, las relaciones sociales y la vitalidad, están particularmente afectadas (10).

Tratamiento

El tratamiento del lupus eritematoso sistémico, se basa en un manejo integral, que involucra las intervenciones locales y sistémicas, de acuerdo al curso, extensión y actividad de la enfermedad.

Tratamiento tópico:

En caso de lupus cutáneo se considera tratamiento de elección el uso de esteroides tópicos. La elección del corticoide es de acuerdo al área y la lesión cutánea, en cara se usan esteroides de baja potencia (hidrocortisona 1%), en tronco y extremidades corticoides de moderada potencia, en piel cabelluda, palmas y plantas esteroides de alta potencia. Se recomienda también el uso de calcineurina, tracolimus ungüento y premicrulumus en crema.

Tratamiento sistémico:

Actualmente, no hay un tratamiento etiológico o curativo definitivo para LES, sino sintomático para las manifestaciones de esta enfermedad, no existe una pauta general de tratamiento, sino que tiene que ser flexible para adaptarse en cada momento a la situación clínica del paciente, con quien hay que consensuar y evaluar beneficios y riesgos. Los fármacos más utilizados para el tratamiento del LES son antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Glucocorticoides, antimaláricos, inmunosupresores y, más recientemente, las terapias biológicas. El tratamiento sistémico está Indicado cuando las lesiones cutáneas son diseminadas, progresan rápidamente, tienen recurrencia posterior a la reducción de la dosis o suspensión del tratamiento, y cuando no hay respuesta al tratamiento tópico (13)

AINE'S: Los AINE se utilizan principalmente para el tratamiento sintomático de manifestaciones musculo esqueléticas de la enfermedad, fiebre y serositis.

GLUCOCORTICOIDES: Los glucocorticoides han constituido durante años la base del tratamiento del LES debido a la capacidad antiinflamatoria y

inmunosupresora; actualmente continúan siendo el tratamiento más importante y efectivo para los brotes agudos de la enfermedad, y además ha demostrado una reducción en la mortalidad y mejoramiento de la capacidad funcional y calidad de vida asociada a su uso.

ANTIMALARICOS: Cloroquina y, especialmente, hidroxicloroquina son fármacos de elección para la mayoría de pacientes con LES y los únicos con la indicación específica de LES hasta la aprobación de belimumab. Conocemos poco el mecanismo de acción, a pesar de que su papel como inmunomoduladores es ampliamente reconocido. Actualmente se recomienda iniciar el tratamiento con antimalàricos desde el momento del diagnóstico especialmente en casos de ausencia de manifestaciones orgánicas graves de la enfermedad, este tratamiento se tiene que mantener incluso en presencia de actividad visceral grave, en situaciones de remisión prolongada y en administración concomitante con corticoides o inmunosupresores. Además se conoce que previene la aparición de brotes de LES.

INMUNOSUPRESORES: Según las recomendaciones de la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR), hay que reservar el tratamiento con fármacos inmunosupresores a los pacientes que no responden al tratamiento con antipalúdicos ni glucocorticoides o a los pacientes en que no se puede reducir la dosis de esteroides por debajo de las que serían aceptables en un tratamiento crónico. El grupo de fármacos inmunosupresores para el tratamiento del LES incluye Ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo, azatioprina y metotrexate.

TERAPIAS BIOLÓGICAS: en nuestro medio existen múltiples fármacos aprobados para terapias biológicas tales como; infliximab, etanercept, adalimumab, rituximab entre otros. En especial rituximab se usa como una alternativa de tratamiento en lupus cutáneo refractario y LES moderad-grave sin afección renal. (12, 13)

3.- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.

Definición y situación actual

La espondilitis anquilosante es una enfermedad en cuya etimología del nombre denota su principal característica: “anquilosis vertebral”. Su etiología es multifactorial. Se trata de una enfermedad inflamatoria, crónica que afecta columna vertebral, tórax y pelvis. También produce artritis periférica, entesitis y manifestaciones extra-articulares tales como uveítis,

psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal. Se le ha asociado con el antígeno HLA-B27 (14).

En estudios mexicanos la frecuencia de HLA-B27 está presente entre 82 y 88%. A diferencia de la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, es una enfermedad que afecta principalmente al sexo masculino a razón de 3 a 4 veces y suele presentarse antes de los 40 años de edad.

Epidemiología.

La prevalencia de la espondilitis anquilosante en México es de 0.9% en la población general. Afecta más a hombres en una relación de 5:1, entre los 15 y los 40 años. Aunque el curso de la enfermedad es variable, aproximadamente el 30% de los pacientes sufren deterioro funcional severo, el cual conduce a la discapacidad para laborar y realizar sus actividades cotidianas, así como a una disminución en su calidad de vida y un aumento de la mortalidad. (14)

Cuadro clínico y diagnóstico

Dentro del cuadro clínico llama la atención el dolor intenso en los glúteos o en la parte baja de la espalda acompañado de rigidez articular. La sacroileítis es su principal manifestación que suele ser bilateral y simétrica, se caracteriza por ser altamente incapacitante: los pacientes la refieren como dolor alternante en los glúteos, que podemos provocar a la digitopresión en las articulaciones sacroiliacas y nos puede orientar al diagnóstico; los cambios observables en radiografía simple en las articulaciones sacroiliacas –que son parte de los criterios de diagnóstico– tienden a ser tardíos: se perciben luego de tres a cinco años de evolución de la enfermedad o incluso después. Se ha visto que la resonancia magnética (RM) puede identificar los cambios incipientes de la sacroileítis 7.7 años antes que los cambios radiográficos; la disponibilidad de ésta sería de gran ayuda para una detección precoz. Otra característica es la artritis asimétrica de predominio en miembros inferiores.

Con base en estas manifestaciones se realizaron los criterios diagnósticos para la espondilitis anquilosante. La espondilitis puede presentar manifestaciones extra articulares

que pueden afectar casi a cualquier órgano, siendo la uveítis anterior la manifestación más común. (15).

Tabla 3 criterios Diagnóstico de espondilitis anquilosante

1. Criterios clínicos

- **Dolor en la parte baja y rigidez durante más de tres meses que mejora con el ejercicio y no se alivia con el reposo.**
- **Limitación de movimientos de la columna lumbar en ambos planos, sagital y frontal.**
- **Limitación de la expansión torácica respecto de los valores normales corregidos para edad y sexo.**

2. Criterios radiológicos corregidos para edad y sexo

- **Sacroileítis > de grado 2 bilateral o sacroileítis grados 3 y 4 unilateral.**

Clasificada como; Definida: • Si el criterio radiológico se asocia al menos a un criterio clínico. Probable: (1 de 3 criterios clínicos); e Indefinida: • Existe el criterio radiológico sin ningún signo o síntoma que satisfaga los criterios clínicos (deben considerarse otras causas de sacroileítis) (14).

La elevada frecuencia de lumbalgia en la población general hace que se deba sospechar espondilitis anquilosante en todo paciente con lumbalgia inflamatoria. Un diagnóstico inapropiado lleva a retardo en el inicio del tratamiento y a secuelas, algunas veces permanentes, lo que afecta la calidad de vida, la funcionalidad, así como el desempeño laboral y social.

Espondilitis anquilosante y capacidad funcional.

Esta entidad constituye una elevada carga para el Sistema de Salud dados los costos directos erogados por tratamientos (medicamentos, rehabilitación y, en caso de requerirse, prótesis articulares); o costos indirectos por las incapacidades laborales que genera llevando a invalidez permanente y disminución en la capacidad funcional, convirtiéndose en un círculo vicioso con impacto negativo a los portadores de EA.(2)

Se trata de enfermedades con una gran repercusión socio-laboral, puesto que afectan principalmente a varones en pleno rendimiento laboral, que además son complejas de abordar, tanto para el médico de atención primaria o no especialista, lo que se refleja en el abultado retraso diagnóstico, como para el propio reumatólogo, dada la necesidad de un tratamiento multidisciplinario debido a las complicaciones que pueden presentarse e implican a muchos especialistas. En poco tiempo han tenido lugar inusitados avances que abarcan todos los aspectos de su manejo, incluidos el diagnóstico y el seguimiento, pero sobre todo en su tratamiento. La complejidad y estos avances aparejan una variabilidad en su manejo más allá de lo aceptable. (15)

Tratamiento;

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE): siguen siendo hoy día, una parte esencial dentro de la estrategia terapéutica de la espondilitis anquilosante (EA). A diferencia de lo que sucede en la artritis reumatoide, donde los AINE desempeñan un papel secundario, en la EA se consideran como la piedra angular o la base de la terapia medicamentosa. En una revisión reciente sobre las opciones terapéuticas para las distintas manifestaciones de la EA, los AINE se consideran como los más eficaces para controlar la sintomatología vertebral de los pacientes y también, aunque en un grado algo menor, las manifestaciones entesíticas y articulares periféricas se atribuyen a los AINE una “rápida reducción de los signos y síntomas axiales en pacientes con espondiloartropatías y que numerosos estudios han demostrado el efecto de los AINE; de tal manera, que una buena respuesta a los AINE se considera en la actualidad un hallazgo de utilidad diagnóstica”. La importancia de los AINE en el arsenal terapéutico de la EA estaría refrendado por el hecho de que estos fármacos representarían, el primer escalón terapéutico para controlar las manifestaciones vertebrales de la enfermedad, y supondría un tratamiento imprescindible antes de considerar la enfermedad como refractaria y subsidiaria de otros tratamientos incluyendo la terapia biológica. En EA no se recomienda el uso de corticoides como primera línea. El uso de antibióticos podría ser una alternativa en pacientes con artritis reactiva. (16)

FARME: se considera su uso en pacientes que responden negativamente al uso de AINE's ya sea por falta de respuesta o por disminución en la capacidad funcional, esta clase

de medicamentos es útil sobre todo en aquellos pacientes con artritis que también afecta a las articulaciones de los brazos y piernas

Terapias biológicas: eficaces en el tratamiento de los síntomas de las articulaciones espinales y periféricas de espondiloartropatías, Bloqueadores TNF alfa que la FDA ha aprobado para su uso en pacientes con espondilitis anquilosante son; infliximab, etanercept, adalimumab y golimumab. (15,16).

4.- CAPACIDAD FUNCIONAL.

La capacidad funcional desde el campo de la psicología, es un concepto que se refiere a la percepción del sujeto de situaciones cotidianas, donde la salud se ha tornado en una variable que afecta y aglutina a otros componentes como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. La capacidad funcional; dependiendo del contexto, se compone por variables objetivas, subjetivas y de la evaluación del individuo en un proceso de comparación, Se reconocen como variables objetivas y socio-ambientales aspectos como: la calidad del medio ambiente, disponibilidad de servicios públicos, el ingreso mensual y la posesión de bienes. De entre las subjetivas y personales, se consideran: la percepción de salud, el involucramiento en actividades recreativas, la satisfacción general con la vida, la interacción social y las habilidades funcionales. En general, se considera que las objetivas son especialmente útiles para obtener una evaluación de la capacidad funcional en poblaciones generales. (17)

La mejor fuente de información sobre la capacidad funcional es el propio individuo, y será él quien determine cuáles aspectos de la propia capacidad funcional son los más importantes, ya sea respecto al bienestar percibido antes y después de una intervención médica y/o psicológica, a la satisfacción que obtiene en su propia vida, o la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias. Las escalas de capacidad funcional incluyen aspectos generales que suelen afectarse ante la pérdida de funciones básicas, como las funciones físicas, interacciones sociales y síntomas. Estas escalas miden aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba el grado de bienestar o malestar que posee al respecto de su vida y su salud. El énfasis se hace sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad,

utilización de utensilios e insatisfacción, que serían las afectadas por un proceso de enfermedad. incluyen aspectos específicos de ésta como el ambiente hospitalario y las relaciones del paciente con el equipo de salud, Algunos de los instrumentos en castellano más ampliamente utilizados en la medición de la capacidad funcional han sido traducciones de escalas elaboradas en países con condiciones de desarrollo muy distintas a las de América Latina. (18)

Para los pacientes con enfermedades crónicas, la salud es un determinante crítico de su capacidad funcional. Determinar el impacto de la enfermedad y/o su tratamiento sobre la vida de las personas que las padecen nos permite disponer de una fuente de información complementaria de los datos clínicos y pruebas de laboratorio.

La medida de la capacidad funcional permite evaluar la respuesta a los tratamientos médicos, aporta un elemento de comparación frente a actitudes terapéuticas diferentes, ayudándonos a decidir la más adecuada(19).

En ciencias de la salud, al hablar de capacidad funcional y cuando se intenta evaluar aquella en función del grado de salud, en un intento de acortar el problema, con una visión más realista, que huye de la ambigüedad e imprecisión, dada la imposibilidad de definir el concepto de capacidad funcional. Los contenidos de la capacidad funcional se suelen dividir en tres dimensiones; física, psicológica y social, en una clara referencia a las distintas áreas en el que se ha definido el concepto de salud. Los cuestionarios son el método convencional de medir de forma operativa la capacidad funcional. Se parte de la base de que el mejor informador es el propio sujeto, por lo que estos instrumentos facilitan información sobre salud auto percibida (20).

5.- EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL; CUESTIONARIO HAQ.

La capacidad de vida es un constructor, en el área de la salud, se usa para evaluar la eficacia de las intervenciones considerando la agresividad tanto de padecimientos como de tratamientos empleados. En cada individuo se manifiesta de forma variable, con distintos patrones de comportamiento clínico y repercusión en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales afectando la capacidad funcional del individuo; por lo que conllevan a dar un

seguimiento a largo plazo, cumplimiento terapéutico y modificaciones en el estilo de vida. Es un concepto que puede dar una medida tanto macro como micro económico tanto social como individual:

Los cuestionarios específicos para enfermedades reumatológicas están centrados en la enfermedad y, por lo tanto, incluyen las dimensiones de la salud más afectada por dichas patologías, en especial la dimensión física y dentro de esta, la discapacidad y dolor.

El HAQ (Health Assessment Questionnaire), es el instrumento específico para enfermedades reumáticas más conocido por los especialistas en la materia, se ha aplicado a todo tipo de procesos con buenos resultados y numerosos estudios han demostrado su fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio. Este modelo divide el desenlace en 5 dimensiones, también denominadas «cinco D»: malestar (*discomfort*), discapacidad (*disability*), fármacos (*drugs*), coste (*dollars*) y muerte (*death*). A su vez, cada una de ellas se puede dividir en sub dimensiones y éstas en componentes (tabla 3). Por ejemplo, la dimensión malestar se puede dividir en física y psíquica. En la sub dimensión física se incluirían el dolor y el cansancio, mientras que en la psíquica cabrían la depresión y la ansiedad. Ninguna de estas dimensiones implica la realización de pruebas complementarias, radiografías o exploraciones físicas. (20,21)

TABLA 4. Modelo seguido en la versión completa del Health Assessment Questionnaire (HAQ), con sus 5 dimensiones y sub dimensiones (20).

1.- muerte	4.- Toxicidad, iatrogenia: a.- fármacos b.- químicos c.- investigación
2.- discapacidad física: a.- extremidades superiores b.- extremidades inferiores	5.- costes a.- médicos y quirúrgicos b.- sociales. -empleo -desplazamiento -ayudas

3.- malestar a.- físico (dolor, cansancio) b.- psicológico (depresión, ansiedad) c.- satisfacción	
---	--

La popularidad alcanzada por la escala de discapacidad ha convertido la denominación HAQ en sinónimo de la misma, pasando a un segundo plano el resto de los componentes. El cuestionario de discapacidad del HAQ consta de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad (discapacidad física) auto percibida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades. El HAQ se puede administrar de forma auto aplicado, si bien con frecuencia el enfermo puede necesitar de cierta ayuda. El tiempo necesario para su cumplimentación varía entre 5 y 10 min. Existe una versión adaptada al español. Conviene tener presente que durante el seguimiento clínico de los enfermos el HAQ puede ser la única variable capaz de detectar cambios a largo plazo (5 o 10 años) cuando otras no varían o incluso mejoran (21,22).

La capacidad funcional se valorar con el cuestionario HAQ, en la versión en español validada en la Ciudad de México por Cardiel, con un alfa de Cronbach de 0.9534 (21,22). Cuestionario auto aplicado de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad física auto percibida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: a) vestirse y asearse (2 ítems), b) levantarse (2), c) comer (3), d) caminar/pasear (2), e) higiene personal (3), f) alcanzar (2), g) prensión (3) y h) otras actividades (3). Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según la siguiente escala: 0 = sin dificultad, 1 = con alguna dificultad, 2 = con mucha dificultad, 3 = incapaz de hacerlo.

A) El cuestionario pregunta de forma específica si se **necesita la ayuda de otra persona** para cada una de las 8 áreas. El paciente sólo debe marcar aquellas áreas para las que precise ayuda. Si no precisa ayuda dejará la casilla en blanco.

B) El cuestionario también pregunta si se utilizan **utensilios** o **ayudas técnicas**. Aquí pasa lo mismo. El paciente sólo debe marcar aquellos utensilios o ayudas que utilice. Si no usa ninguno dejará las casillas en blanco. Debe tenerse en cuenta que cada utensilio afecta a un área diferente. (23).

6.- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida

recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida.(24)

Los cuestionarios de adherencia también se pueden utilizar para identificar variables relacionadas con la falta de adherencia. Sin embargo, aunque los estudios anteriores, en artritis reumatoide identificaron una variedad de sociodemográfica, psicológicos (autoeficacia), y / o variables clínicas relacionadas con la adherencia, ninguna de estas variables se relaciona consistentemente en todos los estudios. Por lo tanto, se ha concluido que la adhesión parece estar influenciada por las características menos visibles y más sutiles del paciente. Por ejemplo: actitudes de los pacientes hacia o creencias sobre la toma de medicamentos, la satisfacción con la información de la medicación, y hacer frente a la medicación.(25)

Numerosas investigaciones indican que aproximadamente la mitad de los ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico, lo que condiciona resultados desfavorables y por lo tanto gastos innecesarios para el sector salud.

El incumplimiento farmacoterapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos. Cada fármaco que se comercializa ha necesitado un gran esfuerzo e inversión, que puede resultar en vano si el enfermo no lo utiliza como debe. La falta de cumplimiento de la pauta terapéutica es un fenómeno común, sobre todo en procesos crónicos, y en ocasiones las razones que conducen a esta conducta son complejas y se basan en el complicado proceso del comportamiento humano. Actualmente, el incumplimiento del tratamiento farmacológico es la causa del fracaso de muchos tratamientos y conlleva serios problemas en calidad de vida, costes para el sistema de salud y, sobre todo, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública. reconoce este problema a nivel global con una mayor preocupación sobre países subdesarrollados.(26)

El grado en que un paciente toma la medicación prescrita se denomina "adherencia". Un paciente que es totalmente adherente que nunca (o casi nunca) no ve o cambia dosis de la medicación prescrita. la adherencia sub-óptima puede conducir a la progresión de la enfermedad, aumento de la carga de pacientes sobre el sistema de salud y aumento de citas con los especialistas, hospitalizaciones y así como un aumento de la morbilidad y la mortalidad.(27)

Los pacientes toman decisiones sobre su medicación, considerando factores personales relativos a sus creencias, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera como cree que debe hacerle frente. El fracaso de la terapia crónica es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego. (28)

Hablando de dolor crónico, que es una de las principales causas por las que el paciente portador de enfermedades reumáticas acude a consulta de primer nivel o incluso con el reumatólogo especialista; los antiinflamatorios no esteroides (AINE's) constituyen un grupo farmacológico químicamente heterogéneo y ampliamente utilizado. A dosis únicas o pautas cortas los AINES son fármacos eficaces en el tratamiento del dolor leve-moderado de origen músculo-esquelético, postoperatorio, visceral y óseo metastático. A dosis mayores y mantenidas (antiinflamatorias) son moléculas utilizadas en el tratamiento sintomático del dolor y la inflamación en múltiples enfermedades reumáticas. Además, constituyen uno de los grupos terapéuticos con más principios activos y especialidades farmacéuticas en el mercado.

El incumplimiento constituye una de las principales causas de fracaso en los tratamientos correctamente prescritos, habiéndose constatado que la buena adhesión se relaciona con un buen control de la enfermedad. Algunos autores han estimado que una tercera parte de los pacientes toma la medicación tal como le ha sido prescrita, otra tercera parte sólo ocasionalmente y el tercio restante no la toma nunca. El porcentaje de pacientes que no toman adecuadamente la medicación prescrita varía en función

del grupo farmacológico, pero en el caso de tratamientos crónicos, los más estudiados, la cifra está en torno al 50 % de los adultos a los que se les prescriben fármacos para condiciones crónicas tendrán dificultades para continuar con su régimen terapéutico después de seis meses de tratamiento.(29)

La falta de adherencia es un fenómeno conocido en todas las áreas terapéuticas, que contribuye a una respuesta inadecuada o al fracaso del tratamiento, al empeoramiento y la progresión de la enfermedad y a las recaídas o reaparición de los síntomas.

Al igual que en otras enfermedades crónicas, la adherencia al régimen terapéutico de los pacientes con Artritis Reumatoide es baja (entre 30 y 80%), dependiendo de la definición de adherencia y de la metodología empleada para medirla. La adherencia auto-referida (evaluada mediante cuestionarios) a las DMAR no biológicas es de un 60-68% según el instrumento de medición. Los datos disponibles sobre la adherencia de pacientes a las DMAR tradicionales conllevan la preocupación de que exista una pobre adherencia a DMAR biológicas y que, debido a esto, la eficacia que las DMAR biológicas han demostrado en los ECA sea inferior en la práctica diaria. (30,31)

Existen cuestionarios validados para medir la adherencia al tratamiento en Reumatología, en Europa; El " estándar de oro" para medir la adherencia es actualmente la supervisión de eventos de medicación electrónica (eMEMs; por sus siglas en inglés.(27) Conocido como CQR de las siglas en inglés "Compliance Questionnaire on Rheumatology". El CQR mide adherencia auto-referida a regímenes de tratamiento e identifica factores que contribuyen a un cumplimiento sub-óptimo. Este cuestionario de adherencia CQR tiene una sensibilidad y especificidad del 98% y 67% para detectar buena adherencia al tratamiento y consta de 19 ítems los cuales el paciente responde indicando cuál es su nivel de acuerdo con el enunciado.(20). Este cuestionario ha sido validado contra eMEMs y se ha demostrado que tienen una buena fiabilidad y validez; sin embargo se puede considerar muy largo para el uso en un entorno clínico y el factor de estructura del cuestionario no se ha publicado que es necesaria para ayudar a la fiabilidad y la interpretación. (27).

7.- CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO; TEST MORISKY-GREEN.

El cumplimiento se puede valorar de forma cualitativa o de forma cuantitativa. Medir el grado de cumplimiento es muy difícil debido a la gran cantidad de factores que se implican en él. Etiquetar a un enfermo de cumplidor o no cumplidor quizás no corresponda a la realidad ya que existen circunstancias personales y particulares del tratamiento, del médico, de la información que posee que son temporales y por tanto modificables. No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento. Los métodos que estudian el cumplimiento se dividen en directo e indirectos. Los directos consisten en determinar en algunos de los fluidos orgánicos del enfermo el medicamento, algún metabolito o un marcador incorporado a ellos, así se puede cuantificar y nos indica si el enfermo lo ha tomado o no. Son bastantes objetivos, muy específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria (32).

Métodos Directos: Los métodos directos buscan cuantificar el fármaco o sus metabolitos en fluidos biológicos como sangre y orina, de tal manera que la presencia de la sustancia en dichos líquidos indica que el fármaco ha sido administrado. Estos métodos no son muy utilizados debido a los altos costos requeridos para su realización, por ser una medida intervencionista que puede afectar al paciente y porque no se tienen establecidos los parámetros farmacocinéticas para todos los medicamentos

Métodos Indirectos: Estos métodos son de gran utilidad en la atención primaria, son económicos y reflejan la conducta del paciente, sin ser métodos intervencionistas. En este grupo se encuentran el recuento de comprimidos y la entrevista clínica. Para el caso de la presente investigación no se tiene en cuenta el recuento de comprimidos ya que no hay manera de controlar la dispensación de los medicamentos. Los Métodos Indirectos de entrevista personalizada, son cuestionarios en los que el paciente proporciona la información para evaluar su adherencia al tratamiento farmacológico.

Los más utilizados son el Test de Haynes Sackett (anexo III), esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de

medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, y se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: «la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos»; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor, será un método fiable y podrán utilizarse las medidas o intervenciones que se consideren necesarias. (33)

El Test de Cumplimiento Auto-comunicado de Morisky-Green, validado en su versión española por Val Jiménez y Cols (33); Consta de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento (anexo IV) y define la adherencia como una variable ordinal con un rango de 0 a 4 y como una variable dicotómica con tres niveles de adherencia. Si el paciente contesta al menos una de las preguntas en sentido de no adherencia, se considera como tal y si contesta las cuatro preguntas mostrando adherencia se considera buen cumplidor con una alta adherencia al tratamiento. Si contesta correctamente dos o tres preguntas se clasifica como cumplidor medio con una adherencia media y si contesta las 4 preguntas de forma incorrecta se califica como no adherencia (34).

PLANTAMIENTO DE PROBLEMA

Las enfermedades reumáticas, son enfermedades crónicas y multifactoriales, que ha alcanza proporciones epidémicas a nivel mundial y constituye un grave problema de salud pública a nivel nacional y mundial.

Las enfermedades reumáticas son más frecuentes de lo que algunos suponen. Peláez- Ballestas et al presentaron una descripción de la epidemiología de las enfermedades reumáticas en tres comunidades conurbanas de la Ciudad de México. El estudio reveló que 43% de la población presenta síntomas musculoesqueléticos, de los cuales destacan la osteoartrosis (12.8%) y la lumbalgia (11.9%) (1).

En nuestra población, no existen estudios que evalúen la capacidad funcional y su relación con el apego en el tratamiento de los pacientes portadores de enfermedades reumáticas conociendo que estas enfermedades representan una causa importante para el ausentismo laboral, y un costo a gran escala para el instituto, no solo por las hospitalizaciones frecuentes sino por la mutifarmacia. Ahora sabemos que si un paciente es portador de una mala capacidad funcional y un mal apego al tratamiento; esto dará como resultado altos costos para los patronos como para el instituto mexicano del seguro social, por lo que es imperativo conocer esta relación.

En el IMSS existen programas educativos impartidos por las trabajadoras sociales y el servicio de reumatología encabezado por la reumatóloga especialista Dra. Coralia Romana Guzmán Cruz que está dirigido a los pacientes con enfermedades reumáticas, sin embargo, a pesar de que se dichas sesiones educativas se han venido realizando desde hace varios años, no se han llevado a cabo estudios que califiquen la capacidad funcional de los pacientes con las enfermedades reumáticas más frecuentes y su relación con el apego al tratamiento, que aportaría más información y plantearía nuevas estrategias para mejorar la situación actual de estos pacientes.

Si se logra estudiar desde primer nivel la capacidad funcional y su relación el apego al tratamiento, se podrá mejorar el abordaje de estos pacientes, siendo factible la aplicación de cuestionarios y escalas validadas a nivel internacional y nacional, y que pueden proporcionar un panorama más amplio del manejo integral de los pacientes portadores de

enfermedades reumáticas. Y así tener un abordaje terapéutico más certero, que reduzca la multa-farmacia y que servirá al instituto para mejorar el sistema de manejo integral y optimizar recursos que se destinan a estos pacientes de esta manera prevenir hospitalizaciones frecuentes, así como ausentismo laboral.

Por lo anterior, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la capacidad funcional en relación con el apego al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante?

JUSTIFICACION

Las enfermedades reumáticas son padecimientos sistémicos, crónicos y multifactoriales, que ha alcanza proporciones epidémicas a nivel mundial y constituye un grave problema de salud pública. No solo se trata de un problema de salud pública, sino, económico, social y psicosocial que afecta en forma importante la vida y la funcionalidad del paciente ya que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento de los servicios de salud, disminución en capacidad funcional, incapacidad y estigmatización social, afecta directamente a la persona portadora de estas enfermedades e indirectamente el entorno social y familiar.

En el presente estudio se pretende evaluar la capacidad funcional de las enfermedades reumáticas más frecuentes en nuestra población las cuales encontramos que son; artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante, y que representan la mayor cantidad de recursos financieros que el instituto mexicano del seguro social destina para el área de reumatología. Evaluando la relación que guarda la capacidad funcional con el apego en el tratamiento; nos permitirá encontrar un enfoque global de cada una de estas enfermedades y proponer una forma de mejorar dicha relación, y así, mejorar aspectos como incapacidad, optimizar recursos, lo cual representará un beneficio significativo para el instituto y la medicina familiar.

Es imperativo llevar a cabo este tipo de estudios de bajo costo y que pueden aportar información relevante que sea un apoyo para el manejo integral de estos pacientes tanto por parte de los médicos familiares como del servicio de reumatología.

El médico familiar podrá utilizar las herramientas y la información del presente estudio, para mejorar la capacidad funcional y el apego al tratamiento de estos pacientes, y así mejorar el entorno familiar y representar un ahorro de recursos importante para el instituto, evitando complicaciones crónicas o agudas y aminorar los días de incapacidad laboral.

Nuestro estudio no requerirá la utilización de estudios paraclínicos costosos, será un estudio económico, factible y reproducible, que dará resultados concluyentes, integrales y aplicables a nuestro medio.

OBJETIVO

Objetivo general:

Evaluar la capacidad funcional en relación con el apego al tratamiento de los pacientes portadores de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante.

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes portadores de enfermedades reumáticas.
- 2.- Determinar la capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante.
- 3.- Evaluar el tiempo de diagnóstico con la capacidad funcional de los pacientes portadores de enfermedades reumáticas.
- 4.- Medir el apego al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante.
- 5.- Evaluar el apego al tratamiento de acuerdo al número y tipo de medicamentos que consumen los pacientes portadores de enfermedades reumáticas.

HIPOTESIS

1. Una mala capacidad funcional de pacientes portadores de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante se relaciona con mal apego al tratamiento médico.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio:

- Descriptivo
- Observacional
- Transversal

Población de estudios

Pacientes derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta externa de reumatología en el hospital general de zona Número 83.

Periodo de estudio

De agosto a septiembre 2017.

Tamaño de muestra para población finita: una proporción. (35)

$$\frac{n(N)}{n + Ne^2}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra que se requiere.

N= tamaño de la población.

e= error

Tamaño de muestra para artritis reumatoide:

*Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes según censo de Población Adscrita en el periodo de abril a agosto de 2016 con patología de **ARTRITIS REUMATOIDE**. En el hospital general de zona #83 considerados de $N = 762$.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 20 % (0.20) en error de muestreo entre entrevistar a los 762 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula *
queda:

$$n = \frac{762}{1 + 762(0.20)^2}$$

$$n = \frac{762}{1 + 762(0.04)}$$

$$n = \frac{762}{1 + 30.48}$$

$$n = 24.20$$

$$n = 24$$

Tamaño de muestra para lupus eritematoso sistémico:

*Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes según censo de Población Adscrita en el periodo de abril a agosto de 2016 con patología de **LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO** en el hospital general de zona #83, considerados de $N = 61$.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 15 % (0.15) en error de muestreo entre entrevistar a los 61 derechohabientes y el tamaño que arroja la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula *
queda:

$$n = \frac{61}{1 + 61(0.15)^2}$$

$$n = \frac{61}{1 + 61(0.0225)}$$

$$n = \frac{61}{1 + 1.3725}$$

$$n = 25.71$$

$$n = 26$$

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Tamaño de muestra para lupus espondilitis anquilosante:

*Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes según censo de Población Adscrita en el periodo de abril a agosto de 2016 con patología de **ESPONDILITIS ANQUILOSANTE** en el hospital general de zona #83 considerados de $N = 38$.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 10 % (0.10) en error de muestreo entre entrevistar a los 38 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula *
queda:

$$n = \frac{38}{1 + 38(0.10)^2}$$

$$n = \frac{38}{1 + 38(0.01)}$$

$$n = \frac{38}{1 + 0.38}$$

$$n = 27.53$$

$$n = 28$$

CRITERIOS DE

SELECCIÓN Criterios de

inclusión

- Derechohabientes del IMSS que acuden a consulta externa de reumatología en el hospital general de zona No 83 del turno matutino y vespertino.
- Con diagnóstico de alguna enfermedad reumática como; artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o espondilitis anquilosante.
- Sexo Masculino o Femenino.
- De 20 a 65 años de edad
- Que sepan leer y escribir.
- Que estén en tratamiento farmacológico.
- Que desee participar y firme el formato de consentimiento informado

Criterios de No-inclusión

- Pacientes que presenten comorbilidades tales como cáncer, infecciones sistémicas activas.
- Pacientes con embarazo actual.
- Pacientes con alteraciones cognitivas o psiquiátricas.

Criterios de Exclusión

- Aquellos participantes que decidan retirarse del estudio.
- Pacientes que no contesten el 100 % de los reactivos de los cuestionarios.

Variable Dependiente

Capacidad funcional de pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante.

Variable Independiente

Apego al tratamiento de pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante.

CUADRO DE OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

	Definición	Definición	Tipo	Unidad
			variable	medición
capacidad funcional al	La capacidad funcional se define como salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia,	Se evalúa a 3. Y se evalúan según la siguiente escala: sin dificultad = 0, = 3. Al finalizar se De acuerdo a la calificación media será: 0 a 0.99 = Sin dificultad. 1 a 1.99 Con alguna dificultad. 2 a 2.99= Con mucha dificultad. 3 o \geq = Incapaz de hacerlo.	Cualitativa	A. 0= Sin dificultad. B. 1= Con alguna dificultad C. 2= Con mucha dificultad D. 3= Incapaz de hacerlo

Enfermedad reumatológica.	Conjunto enfermedades que afecta las articulaciones,	Se califica de acuerdo a el diagnostico que presente	Cualitativa	1.- ARTRITIS REUMATOIDE 2.- LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. 4.- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.
Edad	Es un vocablo que permite hacer mención al tiempo	Se califica de acuerdo a la edad del paciente y se calificara como Adultos joven: con edad de entre 20-40 y Adulto: con edad de 40	Cuantitativa	1. 20-40 2. 40-65

Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene	Se califica de acuerdo a los rasgos físicos del paciente como 1.- HOMBRE y 2.- MUJER.	Cualitativa	1. HOMBRE 2. MUJER
escolaridad	Etapas que forman educación de cada individuo en un contexto científico laboral.	Se califica de acuerdo a la escolaridad al momento	Cualitativa	1.- si n escolarida d: 2.- primari a (completa o trunca)

		4.- preparatoria (completa o trunca), 5.- carrera técnica (completa o trunca), 6.- licenciatura (completa o trunca).		3.- secundaria (completa o trunca). 4.- preparatoria (completa o trunca). 5.- carrera técnica (completa o trunca). 6.- licenciatura (completa o trunca).
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su situación legal	Casado: su situación legal actual es con una pareja Soltero: su situación legal es estar sin pareja	Cualitativa	A. CASADO B. SOLTERO
Índice de masa corporal	Razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo.	Se califica de acuerdo a fórmula internacional de índice de masa corporal utilizando el peso y la talla; Bajo peso: IMC <18 Peso normal: IMC 18.5 – 24.9 Sobrepeso: IMC 25-29.5	Cualitativa	A. BAJO PESO B. PESO NORMAL C. SOBRE PESO D. OBESIDAD GI E. OBESIDAD GII

Tiempo	Tiempo que transcurre desde la fecha	< 1 año: menos de un año de diagnóstico. 2-5 años: 2-5 años	Cuantitativa	A. < 1 AÑO B. 2-5 AÑOS
---------------	--------------------------------------	--	--------------	---------------------------

	comienzo del tratamiento hasta la fecha actual.	5-10 años: 5-10 años diagnóstico. >10 años: más de 10 años de diagnóstico		A. 5-10 AÑOS . >10 AÑOS
Numero de medicamento	Cantidad pastillas/comprimidos /su suspensiones que	1-5 pastillas: consume de 1 a 5 pastillas diario. 5-10 pastillas: consume de 5 a 10 pastillas diario. >10 pastillas: consume más de 10 pastillas diario.	Cuantitativa	A. 1-5 PASTILLAS B. 5-10 PASTILLAS C. >10 PASTILLAS
Fármacos utilizados.	Conjunto de sustancias (medicamentos) prescritos por médicos y utilizados por los pacientes para aliviar síntomas, para modificar el curso de una enfermedad o curar una enfermedad.	1.- AINE'S: cuando consume al menos uno de los siguientes medicamentos; diclofenaco, naproxeno, celecoxib, indometacina, ketorolaco, naproxeno, paracetamol. 2.- FARMACOS MODIFICADORES DE 3.- FARMACOS BIOLÓGICOS:	cualitativa	1.- AINE'S 2.- FARMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD 3.- FARMACOS BIOLÓGICOS

	Tomar la medicación de acuerdo con	Se evalúa a través del test de MORISKY-GREEN.		
--	------------------------------------	---	--	--

<p>Adherencia</p>	<p>dosificación del programa prescrito por un médico.</p>	<p>Para el test Morisky-Green; El paciente es considerado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con adherencia: si • Adherencia Media: <ol style="list-style-type: none"> 1)SI/NO/NO/NO. 2)NO/SI/SI/SI 3)SI/SI/SI/NO. 4)NO/NO/SI/NO 5)NO/NO/NO/SI 6)SI/SI/NO/SI • No adherencia: Si contesta las cuatro preguntas= SI/NO/SI/SI 	<p>Cualitativa</p>	<p>A. Adherencia</p> <p>B. Adherencia media</p> <p>C. No adherencia</p>
--------------------------	---	---	--------------------	---

DESCRIPCIÓN OPERATIVA

- Previa autorización del comité de ética e investigación, se procedió a la invitación abierta para los pacientes que acudieron a consulta externa de reumatología en el hospital general de zona No 83, que tenían diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades reumáticas; artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o espondilitis anquilosante, de los cuales se seleccionaron 78 participantes que cumplieron con los criterios de selección.
- Se obtuvo información del expediente clínico y consulta externa que resultaba de alta importancia para el estudio.
- En aquellos pacientes que cumplen al firmar el consentimiento informado, se procedió a realizar de manera individual los cuestionarios para determinar la capacidad funcional y el apego al tratamiento; para la capacidad funcional se realizó el cuestionario HAQ (anexo 2), Cuestionario auto aplicado de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad física auto percibida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: a) vestirse y asearse (2 ítems), b) levantarse (2), c) comer (3), d) caminar/pasear (2), e) higiene personal (3), f) alcanzar (2), g) prensión (3) y h) otras actividades (3). Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según la siguiente escala: 0 = sin dificultad, 1 = con alguna dificultad, 2 = con mucha dificultad, 3 = incapaz de hacerlo. La puntuación final del HAQ fue una media de las 8 áreas por lo que sus valores varían entre 0-1 (no discapacidad), 1-2 (con alguna dificultad), 2-3 (con mucha dificultad) y 3 (incapaz de hacerlo). El cuestionario tiene, además, varias preguntas correctoras, divididas en dos grupos que evalúan la necesidad de la ayuda de otra persona o de utilizar utensilios o ayudas técnicas para realizar las actividades descritas en los 20 ítems. El interés de estas preguntas es que pueden modificar (corregir) la puntuación de las áreas a las que afectan, esto es si el paciente califica un área como 0= sin dificultad, pero precisa la ayuda de otra persona o de algún utensilio, en este caso la puntuación inicial del área de (0) o (1), se convierte en dos (2), pero nunca tres. En el caso del ítem con 3 opciones como el área de comer, se califica como; 0 = sin dificultad, 1= con alguna dificultad, 2=

con mucha dificultad. En el caso del ítem con 2 opciones como el área de caminar, se califica como 0 = con dificultad, y 1= con alguna dificultad.

- Para determinar el apego al tratamiento se utilizó el test de Morisky-Green (anexo 4).
El Test de Cumplimiento Auto-comunicado de Morisky-Green, validado en su versión española por Val Jiménez y Cols (22). Consta de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento y define la adherencia como una variable ordinal con un rango de 0 a 4 y como una variable dicotómica con tres niveles de adherencia. Se formulan las siguientes preguntas; 1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicada? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 4.- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Si el paciente contesta al menos una de las preguntas en sentido de no adherencia (incorrectas), se considera como tal y si contesta las cuatro preguntas correctamente (respuestas correctas= No/Sí/No/No) mostrando adherencia se considera buen cumplidor con una alta adherencia al tratamiento, si contesta correctamente dos o tres preguntas correctas se clasifica como cumplidor medio con una adherencia media, esto es si contesta; 1)SI/NO/NO/NO. 2)NO/SI/SI/SI 3)SI/SI/SI/NO. 4)NO/NO/SI/NO 5)NO/NO/NO/SI 6) SI/SI/NO/SI. Y No adherencia Si contesta las cuatro preguntas= SI/NO/SI/SI
- Fue A p l i c a c i ó n individual con una duración entre 15 y 20 minutos.
- Se recopiló la información obtenida de los cuestionarios de cada paciente en el programa SPSS

RECURSOS Y FACTIBILIDAD

Recursos Humano: el Dr. Dagoberto García Villegas, el investigador quien se encargará de recolectar y seleccionar los participantes como impartir el test INCAVISA. La Dra. Coralia Romana Guzmán Cruz y el Dr. Armando Benítez Cabrera, se encargarán de evaluar y apoyar en la parte metodológica del proyecto, supervisará la aplicación del cuestionario HAQ y Morisky-Green.; el Dr. Especialista en medicina familiar, Dr. Gerardo Cortes Muñoz se encargará de evaluar el cuestionario HAQ y Morisky-Green, el Matemático Carlos Gómez Alonso estará apoyando en la asesoría estadística del protocolo.

Recursos Materiales; Equipo: hojas de papel, fotocopias, material didáctico, lápiz, lapiceros, goma, calculadora. Computadora, Aula 1 de la Unidad del hospital general de zona No. 83 del instituto Mexicano del Seguro Social.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se presentarán en gráficas y tablas, en medias con desviación estándar para variables continuas y como porcentajes en las variables categóricas. Para evaluar las asociaciones entre variables se utilizarán las pruebas no paramétricas chi cuadrada (para muestras independientes para las variables continuas con X² para variables categóricas). Se considerará significancia estadística una P menor de 0.05, los datos se analizarán en el programa SPSS. Versión 23.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo se ajusta a los principios científicos y éticos prescritos para la realizar estudios de investigación en humanos, tomando en cuenta las normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos de la OMS y la ley de salud pública de la República Mexicana. Lo contenido en la Norma oficial Mexicana, se encuentran en apego estricto a las normas éticas, están de acuerdo y se realizara y regida por la Ley general de salud en materia de investigación para la salud, la declaración de la Asociación médica Mundial de Helsinki (1964), las modificaciones de Tokio (1975), Venecia (1983), Honkong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000).

Será llevado a cabo dentro de los lineamientos para la buena práctica clínica, ya que es un estándar internacional, ético y de calidad científica para diseñar, conducir, registrar y reportar estudios que involucran la participación de humanos.

Se otorgará a cada uno de los participantes un consentimiento bajo información el cual contará con información clara y concreta a cerca del propósito del estudio, el cual posteriormente será llenado con nombre completo y firma de las personas que decidan incluirse en este estudio de investigación.

La identidad de los pacientes será protegida durante la realización del estudio con la finalidad de salvaguardar el principio de confidencialidad.

RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas; en la tabla 1 observamos las siguientes características; la edad más prevalente de los pacientes es entre 40-65 años de edad, el 75% fueron del género femenino, la mayoría de los pacientes fueron casados, en el aspecto educativo; se reportó en mayor número la educación básica.

Tabla 1		Características Sociodemográficas		
Enfermedad reumática		AR n= 24 F = %	LES n= 26 F = %	EA n= 28 F = %
Edad	20-40	9(37.5)	6(25.6)	8(28.6)
	40-65	7(33.3)	10(41.0)	12(42.9)
	>65	8(29.2)	10(33.3)	8(28.6)
Sexo	Femenino	17(70.8)	22(85.7)	17(61.5)
	Masculino	7(29.2)	4(14.3)	11(38.5)
Edo civil.	Casada/o	15(62.5)	19(78.6)	20(73.1)
	Soltera/o	9(37.5)	7(21.4)	8(26.9)
Escolaridad	Sin escolaridad	0(0)	2(7.1)	2(7.7)
	Primaria completa	6(25.0)	7(28.6)	4(15.4)
	Secundaria completa	11(45.8)	10(39.3)	12(46.2)
	Preparatoria completa	4(16.7)	4(14.3)	7(26.9)
	técnica/licenciatura	3(12.5)	3(10.7)	3(10.7)

AR= artritis reumatoide, LES= lupus eritematosos sistémico, EA= espondilitis anquilosante; F (%) = Frecuencia (porcentaje).

En relación a la capacidad funcional, en la figura 1, encontramos que la EA presento la mayor cantidad de pacientes calificados como INCAPAZ. El mayor número de pacientes calificados como SIN DIFICULTAD fueron pacientes con LES y AR, 14 paciente respectivamente que representan el 17.9%. En total los pacientes SIN DIFICULTAD representaron 47.4%.

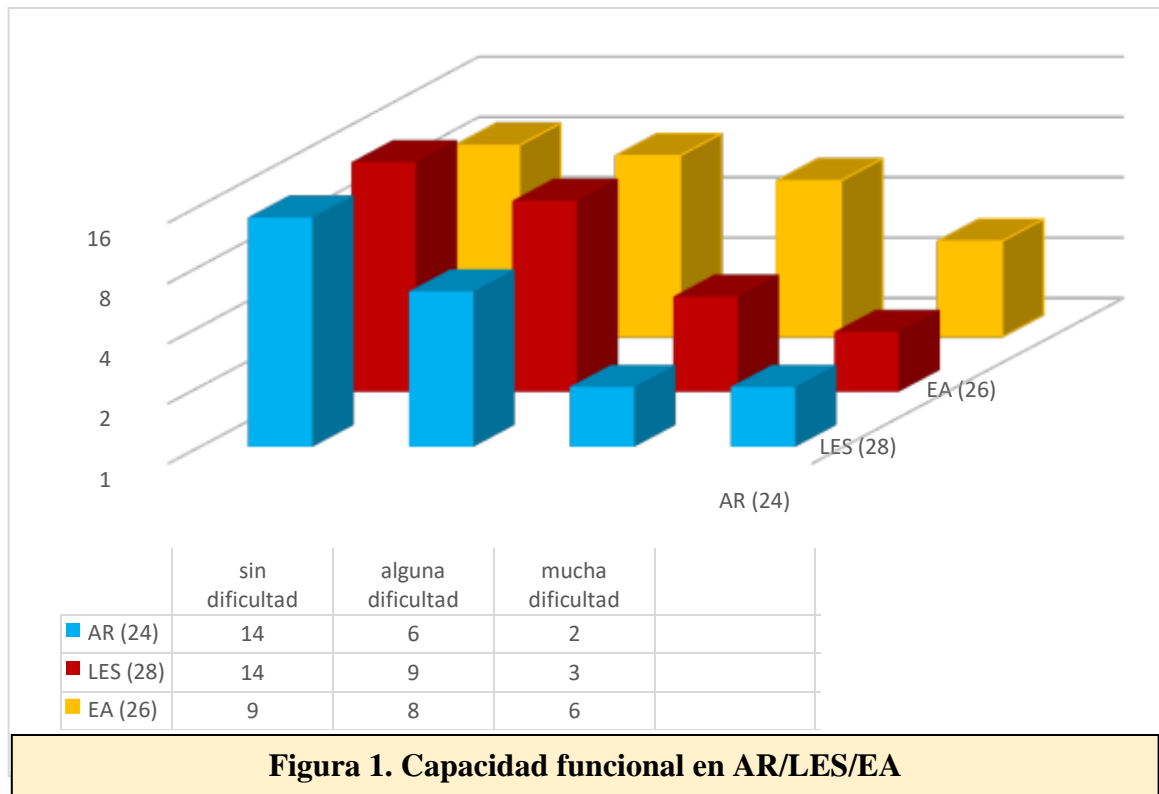


Figura 1. Capacidad funcional en AR/LES/EA

AR= artritis reumatoide, LES= lupus eritematosos sistémico, EA= espondilitis anquilosante; F (%) = Frecuencia (porcentaje).

El tiempo del diagnóstico de los tres padecimientos reumatológicos se muestran en la figura 2, nótese que la mayoría tenía un tiempo de diagnóstico de entre 5 a 10 años. La figura, muestra además que la mayoría de los participantes fueron calificados SIN DIFICULTAD, que representan 46.1% (36 pacientes). De estos la mayoría tuvieron diagnóstico de 5 a 10 años (17.9%).

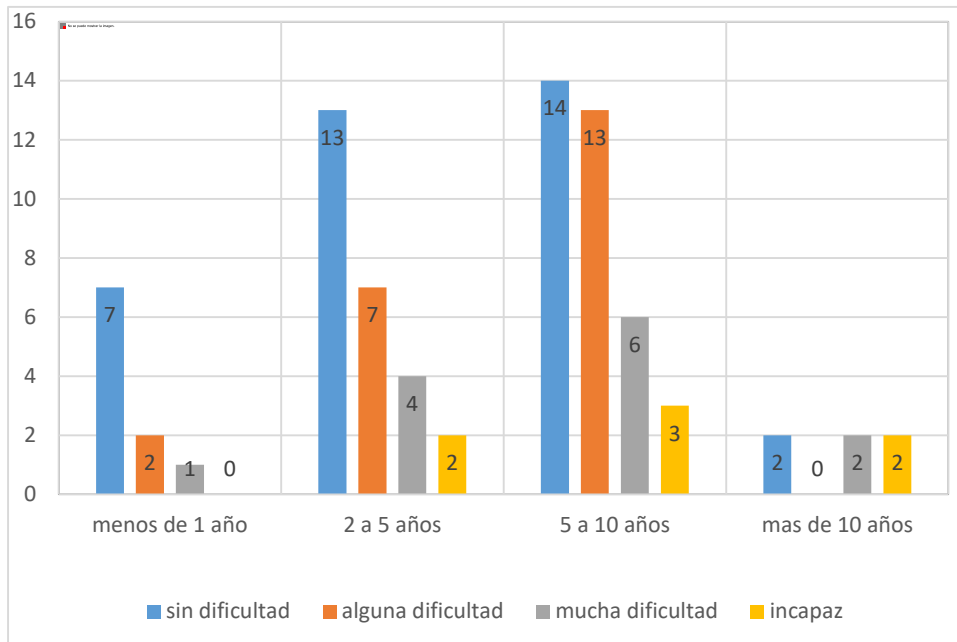


Figura 2. Tiempo de diagnóstico en años en capacidad funcional

En cuanto a la adherencia al tratamiento en las tres enfermedades reumatológicas, podemos observar en la figura 3, las frecuencias para cada enfermedad reumática, encontramos, en general que la mayoría de los pacientes se calificaron con adherencia, la enfermedad con mayor número de pacientes catalogados como no adherencia al tratamiento fueron pacientes Con diagnóstico de artritis reumatoide.

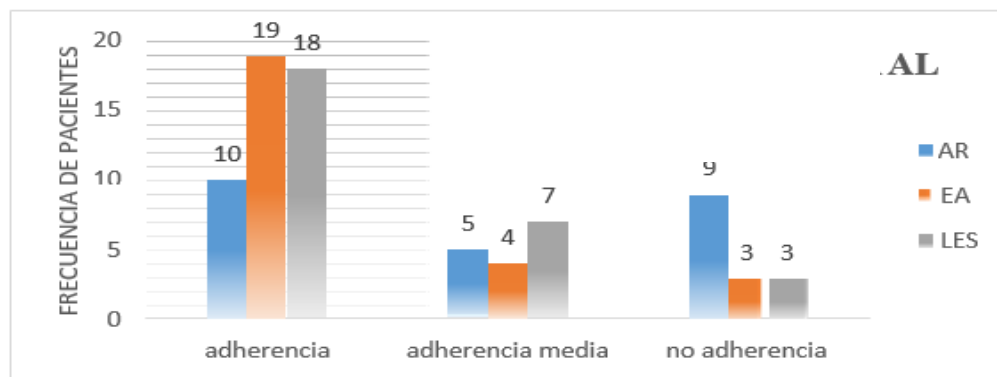


Figura 3. adherencia al tratamiento en AR/LES/EA

*AR= artritis reumatoide, LES= lupus eritematosos sistémico, EA= espondilitis anquilosante;
F (%) = Frecuencia (porcentaje).*

En cuanto al número y tipo de medicamentos; se aprecia en la figura 4 vemos el número de medicamentos; así la mayoría de los pacientes consumían diariamente en promedio 5-10 pastillas (45.48%), de este porcentaje; la mayoría fueron calificados con adherencia. nótese además que el mayor número de pacientes calificados con NO ADHERENCIA consumían 5-10 medicamentos.

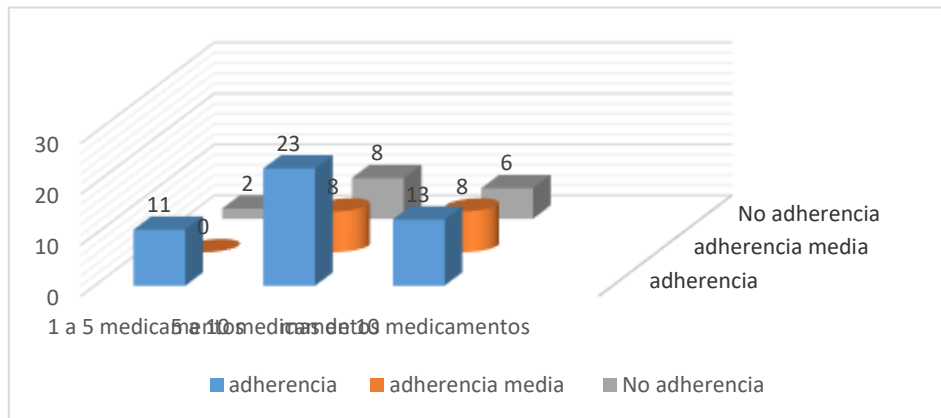


Figura 4. Numero de medicamentos en apego al tratamiento

De acuerdo, al tipo de medicamentos, encontramos, como se aprecia en la figura 5, que la mayoría de los pacientes consumen FARME, la mayoría de ellos catalogados con **ADHERENCIA**, De los pacientes que usaron BIOLÓGICOS, la mayoría de estos se categorizaron con **ADHERENCIA**.

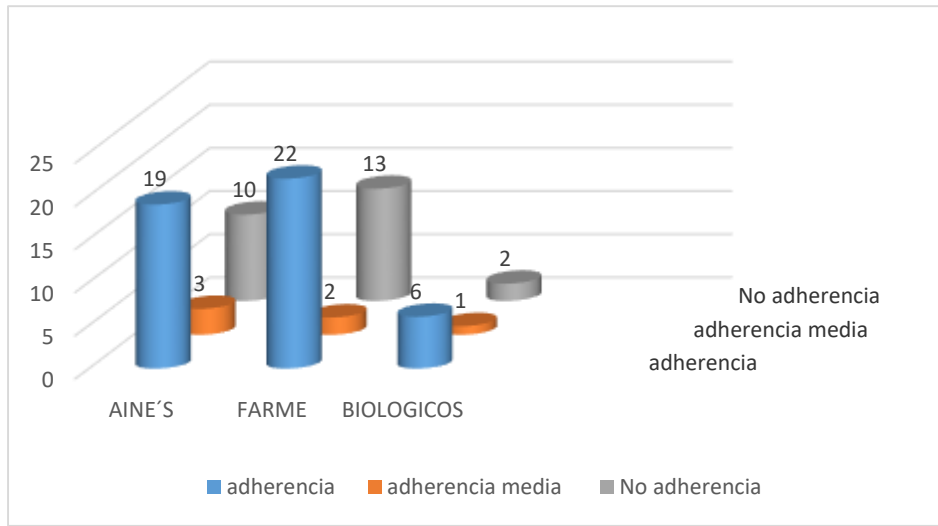


Figura 5. Tipo de medicamentos en apego al tratamiento

AINE'S= antiinflamatorios no esteroideos, FARMES= fármacos modificadores de la enfermedad; F (%) = Frecuencia (porcentaje).

De acuerdo al número y tipo de medicamentos en relación al tipo de enfermedad, observamos en la figura 6, que los pacientes con AR son los que más consumían de 5 – 10 pastillas, seguido de los pacientes de LES y EA en tercer lugar, el fármaco más reportado fue, el uso de FARME como se describió previamente, los pacientes que más usan FARME fueron pacientes con EA (57.7% de los pacientes con EA usan FRME), seguido de LES (50% de los pacientes con LES usan FRME), los que más consumían INE’S fueron pacientes con AR (58.3% de los pacientes con AR usan AINE’S) y los que más usan biológicos fueron pacientes con diagnóstico de EA (15.4% de los pacientes con EA usan biológicos).

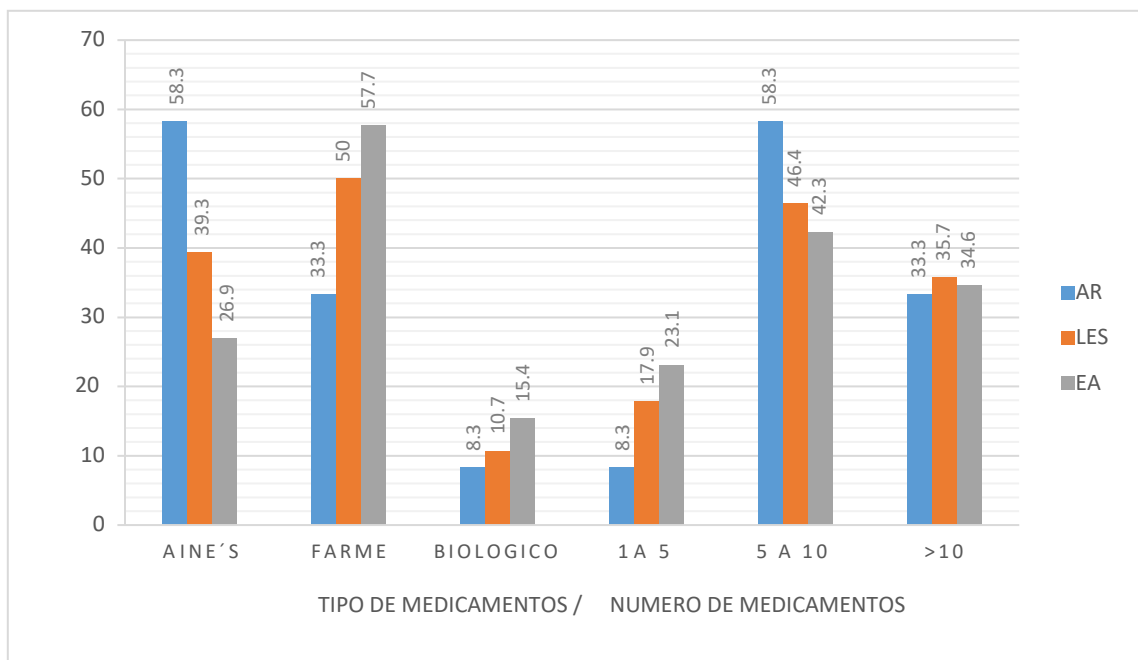


Figura 6. Tiempo de diagnóstico y tipo de tratamiento en base a patología

AR= artritis reumatoide, LES= lupus eritematosos sistémico, EA= espondilitis anquilosante, AINE'S= antiinflamatorios no esteroideos, FARMES= fármacos modificadores de la enfermedad; F=porcentaje.

Haciendo una correlación con el apego al tratamiento de estos pacientes. De los 78 pacientes evaluados, observamos en la tabla 3, que los pacientes que tenían alguna dificultad, tuvieron adherencia y adherencia media a su tratamiento, pacientes catalogados como incapaz , en su mayoría tuvieron no adherencia, los pacientes catalogados como sin dificultad

tuvieron adherencia. En donde encontramos significancia estadística; Ch^2 17.682 Sig. .007.

Tabla 2. Capacidad funcional en apego al tratamiento			
	adherencia N=47	adherencia media N=16	no adherencia N=15
sin dificultad	26.0(33.3)	4.0(5.1)	7.0(9.0)
alguna dificultad	10.0(12.8)	10.0(12.8)	3.0(3.8)
mucha dificultad	8.0(10.3)	2.0(2.6)	1.0(1.3)
Incapaz	3.0(3.8)	0.0	4.0(5.1)

Chi^2 17.682 gl. 6 p. 0.007 * Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

DISCUSIÓN

Se conoce bien que las enfermedades reumáticas con mayor prevalencia a nivel mundial y en México son; artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante, de acuerdo a su prevalencia e impacto en nuestra sociedad, el número de consultas que representa cada una de ellas, y los costos que se generan por incapacidad o invalidez, además se han estudiado sus características sociodemográfica, al igual que se comenta en referencias internacionales y como sucede a nivel nacional y local, en nuestro medio esta información ha sido escasa, al igual que el estudio del apego al tratamiento que tienen estos pacientes. La importancia de conocer esto es para mejorar sus condiciones de salud y así repercutir positivamente en los costos que estos pacientes representan al instituto con un enfoque de riesgo en atención primaria. Al conocer su capacidad funcional, esta información puede ser utilizada de forma diversa y nutre el conocimiento de estos pacientes, ahora bien, el concepto de capacidad funcional, no solo es importante conocerlo, sino también correlacionarlo, con otros factores que afectan a estos pacientes.

Así este trabajo nace de la necesidad de conocer la capacidad funcional como factor que interviene en la adherencia a los tratamientos de los pacientes con enfermedades reumatológicas.; estos factores son un problema de salud pública que afecta alrededor de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas produciendo un gran impacto en la eficiencia del sistema sanitario y en la morbimortalidad de estos pacientes. A pesar de la literatura extensa publicada, los resultados de otros estudios, realizados en otros ámbitos geográficos y con sistemas de salud diferentes, pueden no ser extrapolados al entorno local o nacional. Por lo que se ha logrado conocer la magnitud real de la capacidad funcional y la falta de adherencia en nuestra población de pacientes portadores de enfermedades reumáticas

Este estudio descriptivo, aporta información nutritiva y detallada de estos factores y su impacto con un enfoque de riesgo en atención medica primaria, encontramos significancia estadística entre la capacidad funcional y el apego al tratamiento, es decir a mayor grado de discapacidad empeora el apego al tratamiento, como se presento con otros estudios, en donde la mala capacidad funcional se relaciona a mal apego, nosotros

encontramos resultados no esperados, ya que la mayoría de los pacientes fueron clasificados con adherencia, siendo la mayoría de ellos pacientes catalogados como **sin dificultad**, por otro lado los pacientes catalogados como **incapaz** (7 pacientes), de los cuales solo 4 tuvieron no adherencia con el cuestionario Morisky-Green. En el presente estudio no se estudiaron algunos factores que podrían afectar esta relación, como se ha reportado en otros estudios en donde a medida que el nivel de actividad de la enfermedad aumenta, puntuaciones más altas del HAQ son reportadas. (1)

Se encontró además que los pacientes con mayor incapacidad es decir mala capacidad funcional se incrementaba más la mala percepción de calidad de vida en pacientes reumáticos así, en otros estudios realizados; se encontraron resultados similares, utilizando el mismo instrumento de trabajo (2). Aunque se ha demostrado que no todos los pacientes tienen mala capacidad funcional, en artículos publicados se ha demostrado esto, utilizando otros cuestionarios como lo es el cuestionario QoL-RA, encontrando resultados similares que se han reportado en Cuba y Colombia (2). Durante la realización de este estudio se encontraron pacientes con mucha dificultad (11 pacientes) y calificados como incapaz (7 pacientes), en estos pacientes se reportó mayor afección en el desempeño físico y la necesidad de utilizar un utensilio o bastón/barra de apoyo, coincidiendo con la aplicación de HAQ-DI en pacientes con AR en otros estudios, demostrando la utilidad del cuestionario HAQ, para medir capacidad funcional (3).

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron sexo, edad, estado civil y escolaridad, de acuerdo al sexo la mayoría fueron del sexo femenino, aunque la incapacidad se relacionó más al sexo masculino (4 pacientes) que al femenino (3 pacientes), de acuerdo a la edad; se relacionó a pacientes entre 40-65 años de edad, se relacionó más incapacidad en pacientes casados, y en cuanto, a escolaridad, la peor capacidad funcional, se relacionaba a pacientes sin escolaridad y con estudios superiores (2 pacientes respectivamente), se ha reportado que el sexo femenino, casados/unión libre se relaciona como predictor de desesperanza y mala capacidad funcional. Contrastando con otros estudios, como el realizado en Canada en 1999 en donde han incluido un estudio socioeconómico y el número de personas que habitan en una familia para estudiar la capacidad funcional de pacientes crónicos y con algún diagnóstico de enfermedad reumatológica, (3,4).

En este estudio encontramos con significancia estadística el sexo (Chi2 11.224. *sig.* 0.004),). En nuestro estudio discutimos sobre los factores sociodemográficos como clínicos/somato-métricos (sexo, edad, edo. Civil, escolaridad, IMC, actividad física, tiempo de diagnóstico, tipo de medicamentos y número de medicamentos), aspectos que han sido evaluados en otros estudios, en los cuales no se han estudiado el apego al tratamiento, en cambio se han estudiado, aspectos psicológicos y calidad de vida. En nuestro estudio concluyendo con una significancia estadística para la escolaridad (Chi 229.753. *sig.* 0.003). que en otros estudios se relaciona baja escolaridad con desocupación en espondilitis anquilosante, En pacientes con espondilitis anquilosante se ha reportado que la discapacidad funcional es la principal responsable de la desocupación y de los costos atribuibles a la enfermedad. (5)

Por otro lado, en nuestro estudio encontramos de acuerdo al tiempo de diagnóstico (Chi2 24.159. *sig.* 0.004), pacientes con mayor incapacidad fueron los pacientes con diagnóstico de 5-10 años, solo representando 7 pacientes (5.46%) la mayoría fueron pacientes calificados como sin dificultad representando 37 pacientes (28.86%), demostrando la importancia del control estricto de las enfermedades reumáticas y otros factores independientemente del tiempo de evolución. Lo cual se ha publicado con anterioridad, en donde reportan que 5-10 años después del diagnóstico los pacientes inician con complicaciones o requieren cambiar su tratamiento (5). En diversos estudios alrededor del mundo se han estudiado tanto el tiempo de diagnóstico como otros factores que afectan la capacidad funcional, aunque en ellos utilizaron cuestionarios diferentes, pero ya validados para la población mexicana (6,7) y en donde también se han incluido otros factores; presencia de comorbilidades, tabaquismo y actividad laboral, los cuales no se incluyeron en este estudio (8,9)

A partir de esta investigación, se logró conocer la magnitud real de la falta de adherencia al tratamiento en la población de pacientes estudiados, en nuestro estudio, los pacientes calificados como no adherentes, se relacionó con la percepción de sobremedicación (6 pacientes, 7.7% con >10 pastillas diario), esto quizá por una falta de individualización de los tratamientos, de una mala explicación y errónea percepción de la naturaleza de la enfermedad o de dependencia farmacológica.

Los pacientes además demostraron mal apego por miedo a efectos adversos, fatiga que representa llevar indicaciones terapéuticas con un gran número de pastillas al aplicar el test de morisky-green los pacientes comentaban que dejaban la medicación debido a que se sentían bien y que ya no necesitaban medicamento para su enfermedad.

Contrastando con otros estudios en donde se ha documentado que el paciente ha llegado a realizar análisis, incluso segundas opiniones para valorar los beneficios de tomar la medicación frente a los posibles efectos adversos y las consecuencias de abandonar el tratamiento, teniendo una percepción por parte de los pacientes del riesgo-beneficio, lo cual se ha valorado a través de la aceptación (10). Los pacientes perciben control de la enfermedad a través del buen apego al tratamiento, en pacientes que utilizan medicamentos biológicos la mayoría fueron calificados como adherentes al tratamiento (6 pacientes, 7.7%), ya que estos pacientes tienen un régimen más estricto del tratamiento, dándoles a los pacientes una percepción de control de las enfermedades reumatológicas crónicas y de su vida, y así recuperar su autonomía. En otros estudios se han evaluado otro aspecto como la motivación lo cual puede afectar positivamente la adherencia al tratamiento (11), en nuestro estudio este ítem puede ser comparado con el estado civil y percepciones emocionales a través del HAQ. En nuestro estudio realizamos el cuestionario validado para medir la adherencia al tratamiento (MORISKY GREEN) validados para nuestra población y en enfermedades reumáticas, el test Morisky Green, es el test con mayor especificidad y con alto valor predictivo positivo que ha sido utilizado en diversos estudios, en un estudio realizado en una UMF de CDMX en 2010 que evaluó el apego al tratamiento en HAS y DMT2 a través del test de morisky Green, encontraron que estos paciente empeoraban su apego al tratamiento debido a que se sentían mal al consumirlo como lo indicaba el medico(12)

En cuanto al número de medicamentos prescritos, en nuestro estudio, los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas con mayor adherencia al tratamiento tomaban en promedio 5-10 pastillas, un numero inferior de pastillas que el grupo no adherente, que en este caso la mayoría no adherente tomaban en promedio >10.

Este resultado coincide con otros estudios en los cuales la poli medicación impacta de forma negativa en la adherencia (13,14), en este estudio se logro conseguir información importante de los factores que afectan la adherencia al tratamiento como son dificultad para abrir frascos, llevar a cabo aseo personal lo que afecta negativamente el apego al tratamiento, y que los pacientes lo manifiestan como factor a través del cuestionario HAQ, en otros estudios se han reportado algunos factores diferentes que afectan este precepto, como son la dificultad para acudir a centros de salud o bajo nivel socioeconómico (4,12).

CONCLUSIONES

La capacidad funcional, esta relacionada con el apego al tratamiento de los pacientes portadores de artritis reumatoide, lupus eritematosos sistémico y espondilitis anquilosante, A mayor grado de incapacidad existe peor adherencia al tratamiento.

La capacidad funcional de los pacientes con padecimientos reumatológicos vario de ser sin dificultad (artritis reumatoide), con alguna dificultad (lupus eritematoso sistémico) y con gran dificultad o incapaz (espondilitis anquilosante).

El tiempo de diagnóstico más prevalente en los pacientes reumatológicos fue de 5-10 años.

El apego al tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematosos sistémico fue con adherencia media, mientras que en los pacientes con espondilitis anquilosante tuvieron buena adherencia.

El apeo al tratamiento de acuerdo al numero y tipo de medicamentos que consumían los pacientes portadores de enfermedades reumáticas fue calificado con buena adherencia, principalmente con los que consumían diariamente entre 5 y 10 pastillas, y que utilizaban medicamentos biológicos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2016	2017						2018	
Actividades	Jul 2016 - Mar 2017	Abr	Ma y	Jun- Ago	Sep	Oct	Nov- Dic	Ene - Feb	May
Anteproyecto	X	X	X	X					
Registro Ante CLIES					X				
Reclutamiento pacientes Cuestionario HAQ Test haynes sackett y morisky-						X			
Análisis De Resultados							X		
Discusión								X	
Trabajo Final de Tesis									X
Presentación en Foro de Investigación									
Manuscrito para Publicación									X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Olivé A, Monteagudo I, Wolf A. sistema sanitario para los pacientes con enfermedades reumáticas: un servicio de reumatología. Seminario de la fundación española de reumatología 2007;(8):130–44.
2. Mould-Quevedo JF. El costo de las principales enfermedades reumáticas. Gac Méd Méx. 2008;144(3):225–31.
3. Morales-Romero J, González-López L, Gámez-Nava JI, Vázquez-Villegas ML, Castro-Enriquez PP. Enfermedades reumáticas y Salud Pública: Artículo de revisión acerca del XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología. Imbiomed.2010;6(11):42–53.
4. Mendoza AC. situación actual de los padecimientos reumáticos. Rev medica del Hosp Gen Mex SS. 2001;64:7–12.
5. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS195-08
6. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. 1987_Revised_Criteria_Classification_Ra.Pdf. Arthritis and Rheumatism. 1988; (03): 315–24.
7. Barguil-D, Gomez-Meja C; Ramrez-Gonzalez E, Zapata C, Depresión en pacientes con enfermedades autoinmunes más frecuentes en reumatología. medicina UPB 2012; 31 (1): 34-41
8. Pacheco-Tena C, Reyes-Cordero G, Mckenna SP, Ríos-Barrera VA. Adaptación y validación del Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) al español de México. Reumatol Clinica. 2011;7(2):98–103.
9. Tobón S, Cadena J, Sanpedro EM, Alpi SV, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Int J Psychol Therapy. 2005;5(1):47–61.
10. Margarita J, Pineda R, Anaya M. Calidad De Vida En Pacientes Con Lupus

- Eritematoso Sistémico. *Rev Colomb Psicol.* 2006;(15):57–65.
11. Olmos-García FX, Suárez-Larios LM, Velázquez-Contreras CA. Lupus Eritematoso Sistémico en la Edad Pediátrica. *Boletín Clínico Hospital Infantil Edo. Sonora* 2014;31(2). 101-116.
 12. García MIC. GPC Evidencias y Recomendaciones lupus eritematoso sistémico. *Semar. catalogo maestro de guias de practica clinica IMSS 533-11* 2009;(3);59
 13. Gómez-Ulloa D., Paladio-Duran N., Carreras-Candi BS. Y Catalán-Ramo A. Tratamiento de lupus eritematoso sistémico. *Butlletí d'informació terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.* 2012; 23(5); 26-38.
 14. Hajeer AH, Hutchinson I V. Influence of TNF gene polymorphisms on TNF production and disease. *Hum Immunol.* 2001;62(11):1191–9.
 15. Carmona OL, Loza SE. Guía práctica para el manejo de las espondiloartritis (ESPOGUIA): metodología y datos generales del documento. *Reumatol Clínica.* 2010;6, Supplem:1–5.
 16. Sanmartí R. Tratamiento de la espondilitis anquilosante con antiinflamatorios no esteroideos. *Reumatología Clínica.* 2005;1 (1): 53-56
 17. Cardiel MH. Presente y futuro de las enfermedades reumáticas en Iberoamérica. ¿Estamos preparados para hacerles frente? *Reumatología Clínica.* 2011;7(5):279–80.
 18. Moreno BM, Micó JA. TNF, citocinas y dolor: más allá de la inflamación tisular. *Reumatología Clínica.* 2009;5(2):1–4.
 19. Abalos MG, Ruiz VG, Sanchez CD, Ruiz VR, Ramirez RJ, Raya AE, et al. Calidad de vida relacionada con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral alfa en pacientes con artritis reumatoide; Un estudio piloto. *Reumatología Clínica.* 2011;7(3):167–71.
 20. Batlle GE y Chalmeta VC. Calidad de vida en la artritis reumatoide. *Revista española de Reumatología* 2002; 1(1); 9-21.
 21. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa MC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Méx.* 2002;44(5):448-63
 22. Reyes GA, Penedo CA, Guibert TM, Hernández MA, González IR, Fernández MI, et al. Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con artritis reumatoide (cu-haq).

- Revista Cubana de Reumatología. 2002;4(1):43-55.
23. Esteve VJ, Batlle GE, Reig A, "Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española". Spanish version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ): reliability, validity and transcultural equivalency. *Journal of Rheumatology* 1993; 20: 2116-22.
 24. Peralta M, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2008;17(3):84–8.
 25. Van Den Bemt BJF, Van Den Hoogen FHJ, Benraad B, Hekster YA, Van Riel PLCM, Van Lankveld W. Adherence rates and associations with nonadherence in patients with rheumatoid arthritis using disease modifying antirheumatic drugs. *Journal of Rheumatology*. 2009;36(10):2164–70.
 26. Rodríguez CM, García JE. Rodríguez CA. José FM. revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención primaria*. 2008; 40(8): 413-7
 27. Hughes LD, Done J, Young A. A 5 item version of the Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR5) successfully identifies low adherence to DMARDs. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14(1):286.
 28. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública Mex*. 2001;43(4):336–9.
 29. Callejo AL, María J, Fernández HS, Blesa PG, Gómez DG, Hidalgo JDL, et al. Adherencia al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. *Revista Clínica de Medicina Familiar*. 2005; 8 (4); 27-31
 30. Grijalva CG, Kaltenbach L, Arbogast PG, Mitchel EF, Griffin MR. Adherence to disease-modifying antirheumatic drugs and the effects of exposure misclassification on the risk of hospital admission. *Arthritis Care Res*. 2010;62(5):730–4.
 31. Lüscher TF, Vetter W. Adherence to medication. *J Hum Hypertens*. 2005;4 (1):43–6.
 32. Chaparro R, Rillo OL, Benegas M, Correa MDLA, Citera G, Cocco JAM, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoidea que reciben medicamentos biológicos. *Rev Arg Reumatol*. 2013;24(4):18–25.

33. Garcia-Perez AM et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 13-19
34. Nógues S et al. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *med. interna (Madrid)* 2007;24 (3). 138-141
35. Cedeño DL. *Investigación Clínica. Iberoamericana M, editor.* 1987.(1)171- 183
- 36.- Barrera SM, Suarez AMG, More LM. et al. Approach to disability in rheumatoid arthritis. results of a comprehensive care program. *Rev Colom Reumat*, 2017;24(3) 138-144
- 37.- Espinosa BD. Hernandez SMC, Cerdan GM. Quality of life and functional capacity of patients with rheumatoid arthritis. *Rev Colom Reuma.* 2017;24(2)67-71.
- 38.- Franco AJQ, Cardona AAT, Cardona AJA. calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, *Rev Colom Reumat*, 2015;22(3) 153-161
- 39.- Stefano V. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International journal of clinical and health psychology*, 2004; 4, 38-43
- 40.- Argentina M. et al. Determinantes de discapacidad funcional en pacientes con espondilitis anquilosante en IREP (instituto de rehabilitación psicofísica) buenos aires Argentina. *Revista Argentina de Reumatología.* 2007; 18; 27-37
- 41.- Ariza AR, Hernandez CB, Navarro SF. Physical function and health-related quality of life of spanish patients with ankylosing spondylitis. *arthritis rheum* 2003; 49: 483-87.
- 42.- Ward M. Health-related quality of life in ankylosing. spondylitis: a survey of 175 patients. *arthritis rheum* 1999; 4: 247- 55
- 43.- Ward M, Weisman M, Davis JC, Reveille JD. Risk factors for functional limitations in patients with long-standing ankylosing spondylitis. *arthritis rheum* 2005;53:710-17

- 44.- Guillemin F, Briancon S, Pourel J, Gaucher A. Long-term disability and prolonged sick leaves as outcome measurements in ankylosing spondylitis. possible predictor factors. *arthritis rheum* 1990; 33: 1001-5
- 45.- Merant C. et al. Long-term treatment acceptance: what is it, and how can it be assessed? *patient*. 2012;5(4):249-49
- 46.- Munro S.A. et al. patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *plos med*. 2007;4(7):e238
- 47.- Garcia-Perez A.M. et al. ¿cómo diagnosticar el cumplimiento terapeutico en atención primaria? *medicina de familia* 2000; 1: 13-19
- 48.- Hodari k.t. et al. Adherence in dermatology. a review of the las 20 years. *J dermatolog treat*. 2006 12;17(3): 136-42
- 49.- Vermeire E. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. *J clin pharm ther*. 2001;26(5): 331-42

ANEXOS**ANEXO I. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL DELEGACIÓN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 80**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán. A _____ de _____ del _____.

Por medio del presente yo: _____ con No.
de afiliación: _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Evaluación de la capacidad funcional en relación al apego al tratamiento en pacientes portadores de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante que acuden a la consulta externa de reumatología del hospital general de zona Número 83 Morelia con número de registro ante el CLIES R-2017-1603-23

Justificación: En este estudio se propone evaluar la capacidad funcional, (como percibe actualmente usted su vida) en pacientes portadores de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante (enfermedades de las articulaciones), así como evaluar la relación de la capacidad funcional en relación al tratamiento de estos pacientes (como afecta o modifica esto a su régimen de tratamiento, y los medicamentos que usted toma actualmente).

Objetivo: Evaluación de la capacidad funcional en relación al apego al tratamiento en pacientes portadores de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante que acuden a la consulta externa de reumatología del hospital general de zona Numero 83 Morelia. (Calificar como percibe actualmente usted su vida).

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar de manera individual con mi consentimiento (nombre y firma), de forma individual el cuestionario de capacidad funcional llamado “HAQ” y el cuestionario de apego al tratamiento llamado “Morisky-Green”. Lo cual llevaré de manera individual con lápiz y a mano, leeré atentamente los cuestionarios y los contestare de acuerdo a mi criterio personal.

Posible riesgo y molestias: Se me ha explicado que los riesgos son mínimos al contestar los cuestionarios (no existen riesgos físicos). Las molestias que se pueden presentar son incomodidad o angustia al contestar preguntas que pudieran incomodar mi vida privada.

Posibles beneficios: Los beneficios posibles de participar en este estudio es a nivel personal ya que conoceré como se encuentra mi calidad de vida, y conoceré como es que afecta mi tratamiento para evitar complicaciones de mi enfermedad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento para mi problema en

caso de que se requiera con el fin de mejorar la calidad de atención médica. Y evitar complicaciones que afecten mi vida cotidiana.

Participación o retiro: He sido informado que puedo retirarme del estudio si así lo decido en el momento que yo lo decida, sin que ello afecte los servicios que recibo del Instituto mexicano del seguro social, en el hospital general de zona No83 o cualquier otro hospital en donde tenga derecho a recibir atención médica.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usará solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en el estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS. En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con los siguientes investigadores Dra. Coralia Romana Guzmán Cruz con teléfono celular 4432031170 Dr. Dagoberto Garcia Villegas teléfono celular 4432026644 Dr. Armando Benítez Cabrera con teléfono celular 4432735208 y Dr. Gerardo Muñoz Cortes 4433477907.

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con la Dra. Irma Hernandez Castro, director del hospital general regiona número 1, Dr. Andres Alvarado Macias con teléfono 3109950 o a la comisión de ética e investigación del CLIN del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo

electrónico:
comision.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO II. CUESTIONARIO DIFICULTAD

		Sin Dificultad	Con alguna dificultad	Con mucho dificultad	Incapaz de hacerlo	
*Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...						
Levantarse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2) Enjabonarse la cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comer	3) Levantarse de una silla sin brazos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4) Acostarse y levantarse de la cama?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caminar	5) Cortar un filete de carne?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene	7) Servirse la bebida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcanzar	9) Subir cinco escalones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prensión	11) Sentarse y levantarse del retrete?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12) Ducharse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15) Abrir la puerta de un coche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	17) Abrir y cerrar los grifos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18) Hacer los recados y las compras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	19) Entrar y salir de un coche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0	0,000
1	0,125
2	0,250
3	0,375
4	0,500
5	0,625
6	0,750
7	0,875
8	1,000
9	1,125
10	1,250
11	1,375
12	1,500
13	1,625
14	1,750
15	1,875
16	2,000
17	2,125
18	2,250
19	2,375
20	2,500

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

Vestirse, asearse.... Levantarse... Comer..... Caminar, pasear.....

Higiene personal.... Alcanzar... Abrir y cerrar cosas... Recados y tareas de casa.....

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

Cubiertos de mango ancho..... Bastón, muletas, andador o silla de ruedas.....

Asiento o barra especial para el baño..... Asiento alto para el retrete.....

Abridor para tarros previamente abiertos...

ANEXO III. CUESTIONARIO DE HAYNES SACKETT Y MORISKY GREEN.

INSTRUCCIONES: favor de leer cuidadosamente las siguientes preguntas y contestar con una X, la respuesta que mejor le convenga.

1. La mayoría de las personas, por una u otra razón, tienen dificultad en tomar comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?
Sí No
2. Para los que respondan que no tienen dificultad, se insiste: ¿los toma?
Todos los días Muchos días Algunos días
3. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos. ¿Por qué no me comenta cómo le va a usted? (recoger lo que diga el paciente)

ANEXO IV. CUESTIONARIO DE HAYNES SACKETT Y MORISKY GREEN.

INSTRUCCIONES: favor de leer cuidadosamente las siguientes preguntas y contestar con una X, la respuesta que mejor le convenga.

- | |
|---|
| <p>1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> |
|---|

ANEXO V. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

RECOLECCIÓN DE DATOS:

FECHA y HORA:

NUMERO DE CONTROL:

I.-DATOS DEL PACIENTE:

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	
NOMBRE	
Numero de seguridad social	
Edad	
Sexo	
Telefono	
Estado civil	
Nivel educativo	
Talla/peso/ Índice de masa corporal	
Somatometria	
TA/FC/FR/T	

II.-DATOS DE LA ENFERMEDAD:

VARIABLES CLINICAS	ARTRITIS REUMTOIDE	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
DIAGNOSTICO			
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO			
TRATAMIENTO (TIPO DE MEDICAMENTOS)			
NUMERO DE MEDICAMENTOS QUE TOMA			
OBSERVACIONES			

III.- Cuestionarios

<u>CUESTIONARIO</u> HAQ: <i>CAPACIDAD FUNCIONAL</i>	Artritis reumatoide	Espondilitis anquilosante	Lupus eritematoso sistematico
SIN DIFICULTAD			
CON ALGUNA DIFICULTAD			
CON MUCHA DIFICULTAD			
INCAPAZ DE HACERLO			

<u>CUESTIONARIO</u> MORISKY- GREEN: <i>ADHERENCIA AL</i> <i>TRATAMIENTO</i>	Artritis reumatoide	Espondilitis anquilosante	Lupus eritematoso sistemico
ADHERENCIA			
ADHERENCIA MEDIA			
NO ADHERENCIA			

OBSERVACIONES:

ANEXO VI. DICTAMEN DEL CLIES

Carta Dictamen

Página 1 de 1



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603 con número de registro 17 CT 16 102 028 ante COFEPRIS

H. GRAL. ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 23/10/2017

DR. CORALIA ROMANA GUZMÁN CRUZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Capacidad funcional en relación al apego al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante que acuden a la consulta externa de reumatología de un hospital general

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1603-23

ATENTAMENTE

DR(A). PATRICIA ORTEGA LEÓN

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

SUBSECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD