

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ALIANZA TERAPÉUTICA
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN EL CENTRO
MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC”**

CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA INTERNA**

PRESENTA

M.C. ADRIANA CONCEPCIÓN LOBATO BELMONTE

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN REUM. JULIO CÉSAR CASASOLA VARGAS

REVISORES:

**DR. EN C. ALBERTO ERNESTO HARDY PÉREZ
E. EN M.I. CARLOS ENRIQUE HERMIDA ESCOBEDO
E. EN M.I. GERARDO MOSQUEDA MARTÍNEZ
E. EN M.I. ROBERTO SIERRA ASCENCIO**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2019

ÍNDICE

1	Resumen	3
2	Antecedentes	4
3	Planteamiento del problema	17
4	Justificación	18
5	Pregunta de investigación	19
6	Hipótesis	20
7	Objetivos	21
	General	21
	Específico	21
8	Material y métodos	22
	Universo de estudio	22
	Diseño de estudio	22
	Criterios de estudio	22
	Definición de las variables	22
	Tamaño de la muestra	24
9	Análisis estadístico	25
10	Procedimiento del estudio	26
11	Consideraciones éticas	27
12	Determinación de los recursos	28
13	Cronograma de actividades	29
14	Resultados	30
15	Discusión	36
16	Conclusión	38
17	Referencias	39
18	Anexos	44

RESUMEN

“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC”

Introducción. La adherencia terapéutica es el grado en el que la conducta de un paciente sigue las recomendaciones acordadas y la alianza terapéutica es la relación médico-paciente que permite que participe de forma activa en su tratamiento.

Objetivo. Identificar los factores relacionados a la adherencia y alianza terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas del Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal y comparativo. Se incluyeron a 49 pacientes de Reumatología del CMIE durante 6 meses, mayores de 18 años, con enfermedad reumática, con tratamiento mínimo de 3 meses. Se aplicaron cuestionarios TAQRDis, EQ5D, HAQ-Di, inventario de depresión de Beck y Morisky Green. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, prueba de t y/o ANOVA y Chi cuadrada.

Resultados. La muestra fue de 49 pacientes con una media de edad de 50.41 años. El número mujeres fue de 79.6%. El 51% de la población presenta 1 o más comorbilidades, siendo la hipertensión arterial sistémica la más prevalente. El 47.9% de los pacientes no conseguían todo el medicamento siendo el desabasto institucional la causa más frecuente representando un 95.6%. El 16.3% pacientes se encuentran en tratamiento con biológicos. El 40.8% de los pacientes resultó con algún grado de depresión. El 87.8% de los pacientes presentaron una discapacidad leve a moderada. De acuerdo al test de Morisky-Green el 67.3% de los pacientes mostraron ser cumplidores. De manera general los pacientes con artritis reumatoide fueron los más adherentes al tratamiento y considerando a los pacientes agrupados por diagnósticos, el grupo de “otros” fueron los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento con un 87.5%.

Conclusiones. La principal causa de mal apego al tratamiento es una causa no médica (desabasto institucional), además un porcentaje alto de pacientes están deprimidos repercutiendo en el tratamiento por lo que se deben realizar intervenciones en esta causa.

ANTECEDENTES

Las enfermedades reumáticas son aquellas que tienen en común la presencia de manifestaciones clínicas en el aparato locomotor y en las que hay una alteración de la respuesta inmune / inflamatoria⁽¹⁾. Las enfermedades reumáticas autoinmunes, un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias que comparten mecanismos inmunopatógenos comunes, se caracterizan por diversas características clínicas y la participación múltiple de los órganos, y se asocian con una mayor morbilidad y mortalidad. Dicho grupo de enfermedades representan un importante problema de salud pública reconocido como la principal causa de discapacidad en los EE.UU.⁽²⁾

Para el año 2030, se estima que la prevalencia de la artritis aumente a 25% en la población adulta de los Estados Unidos.⁽³⁾

El informe actualizado en 2007 del grupo de trabajo Consejo Nacional de Artritis ha estimado que la artritis reumatoide afecta a 1,3 millones de adultos y el lupus eritematoso sistémico, 161,000-322,000 adultos. El impacto de las enfermedades reumáticas está relacionado principalmente con la morbilidad que ellas ocasionan, la cual se mide en pérdidas de días de trabajo por incapacidad transitoria o permanente (sea esta remunerada o no remunerada) y por la repercusión que ello tiene a nivel del ámbito familiar y de la comunidad de la cual el individuo enfermo y su familia forman parte.⁽⁴⁾

Un estudio realizado por Morales-Romero J et al. 2005, en el servicio de reumatología de un hospital de segundo nivel en Guadalajara, Jalisco, encontró que las tres enfermedades reumáticas que mayor demanda de consulta le generan al Instituto Mexicano del Seguro Social son en orden de frecuencia: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante, así mismo se encontró que todas las enfermedades reumáticas originaron la pérdida de 2979 días laborables. Además se identificó que el grupo de edad que más solicita atención reumatológica es el de 30 a 59 años (77.3%); seguido por los grupos de mayores de 60 años (17.5%); de 15 a 29 años (4.3%) y de 1 a 14 años (0.9%).⁽⁵⁾

El manejo de las enfermedades reumáticas autoinmunes consiste en varios enfoques farmacológicos o no farmacológicos. Existen diversas opciones farmacológicas disponibles que incluyen: corticosteroides, antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) los cuales comprenden dos clases principales: los sintéticos convencionales y biológicos. La actividad de la enfermedad y las manifestaciones clínicas, las comorbilidades y los problemas de seguridad son algunos de los aspectos que se tienen en cuenta al elegir un enfoque adecuado para ofrecer a los pacientes la mejor calidad de vida posible y

prevenir la inflamación y un mayor daño estructural. Esto solo se puede lograr si los pacientes se adhieren a sus tratamientos.⁽⁶⁾

La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución, y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. Los problemas crónicos una vez establecidos, pueden acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducirlo a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, podrán incluso, alargar su vida, aquellos que se adhieran adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que cada una de las enfermedades exige. Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. En la literatura se emplea un término para referirse a este fenómeno: la adherencia.⁽⁷⁾

En las últimas décadas se han realizado grandes avances en la mejora del diagnóstico y el tratamiento de los diferentes problemas de salud. Sin embargo, la falta de adherencia a los tratamientos continúa siendo un obstáculo para cumplir con el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes.⁽⁸⁾

Existen diferentes definiciones para el término adherencia terapéutica. Según Haynes la falta de adherencia es el grado en el cual la conducta de una persona, en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida, coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias.⁽⁹⁾

Conthe et al definen a la adherencia terapéutica como la medida en la que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito.⁽⁸⁾ De acuerdo a Farinha F et al. La adherencia al tratamiento se define como la convicción de cada paciente de seguir las recomendaciones del médico con respecto a la dieta, el ejercicio y la medicación acordada por el médico y el paciente.⁽¹⁰⁾ Para DiMatteo la adherencia (o cumplimiento) implica la aceptación del paciente y el seguimiento con las recomendaciones de tratamiento.⁽¹¹⁾

Sin embargo, el término adherencia terapéutica posee un significado más amplio, puesto que no solo se limita la adherencia a los tratamientos farmacológicos (cumplimiento terapéutico), sino que también engloba la adherencia no farmacológica grado de coincidencia entre las orientaciones ofrecidas por ejemplo, cambios en la dieta y ejecución de estas orientaciones por parte del paciente.⁽¹²⁾

La adherencia tiene dos componentes: la compliance (grado de conformidad con las recomendaciones prescritas en relación con el tratamiento diario, horario, dosis y frecuencia) y la persistencia (tiempo que dura tomando el tratamiento desde el inicio hasta su interrupción). Por otro lado, la alianza terapéutica es la relación médico paciente que permite que el enfermo participe de forma activa en su tratamiento⁽¹³⁾, es por ello que la alianza involucra una colaboración activa entre paciente y terapeuta que pretende inducir un cambio, fijar un acuerdo respecto al proceso que conlleva tareas dirigidas a cumplir metas establecidas, expresado por el compromiso y comprensión mutua. Existe evidencia de que la fortaleza de la alianza correlaciona positivamente con la mejoría del paciente⁽¹⁴⁾.

Así mismo la no adherencia se clasifica comúnmente en dos grupos: no intencional, que puede estar relacionado con la inaccesibilidad a los medicamentos, las barreras del lenguaje, la polifarmacia y el olvido, e intencional, que está fuertemente relacionada con las creencias personales, las decisiones y el tratamiento de los pacientes.⁽⁶⁾

Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades. Las herramientas con este propósito son diversas, sin embargo, la mayoría de ellas no cumplen su cometido a la perfección. La adherencia engloba dos conceptos: cumplimiento de dosis y forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito. Según ambos conceptos, se pueden identificar diversos métodos de medición. Teóricamente el máximo cumplimiento terapéutico, tanto de dosis prescrita como de forma de administración, estaría reflejado en la relación comprimidos tomados/comprimidos prescritos. La adherencia sería sencilla de medir, si realmente el paciente respondiera al médico correctamente a la simple cuestión de ¿cuántos comprimidos se ha tomado desde la última visita? Sin embargo el problema surge cuando o bien el paciente no se acuerda o bien con un sentimiento de culpa por haberse olvidado algún comprimido falsea el resultado, unas veces por vergüenza y otras por no desengañar al médico.⁽¹⁵⁾

Debido a esto se han establecido diferentes métodos que permiten medir o evaluar la adherencia de los pacientes a las terapias farmacológicas. Hay métodos directos los cuales 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 puede afectar al paciente y porque no se tienen establecidos los parámetros farmacocinéticos para todos los medicamentos. Así mismo se han desarrollado diversos dispositivos electrónicos como Electronic monitoring device

(medication event monitoring system MEMS) que registra el momento en que el paciente abre el frasco de la medicación o un dispensador electrónico de medicación desarrollado específicamente para mejorar la adherencia de la población geriátrica. La incorporación de métodos electrónicos permite conocer más datos sobre cuándo y a qué hora el paciente adquiere la medicación, sin embargo no dice si el paciente ingiere correctamente la medicación. Los datos derivados de los estudios en los que se han utilizado estos instrumentos de medida electrónicos demuestran que tan sólo un 50-60% de pacientes consigue una adherencia óptima o excelente.⁽¹⁶⁾

Otro de los métodos usados son las bases de datos de farmacia, este es un instrumento útil, sobre todo para la industria farmacéutica y la administración, pues permite conocer el número de nuevos tratamientos y la discontinuación de los mismos. El lado negativo de este sistema es que no se tiene la seguridad de que el paciente cumpla realmente el tratamiento en la dosis y la forma adecuada. Sí permite, sin embargo, conocer el gasto sanitario de un fármaco determinado y, por lo tanto, hacer previsiones de mercado para el futuro.⁽¹⁷⁾

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. El paciente puede proporcionar directamente los datos de su comportamiento en cuanto a la adherencia mediante diversas fórmulas. Una muy utilizada en los ensayos clínicos controlados es la del retorno de los envases o blisters, sin embargo este es un procedimiento que no puede asegurar si el paciente se ha tomado la medicación de forma correcta y a la hora prescrita.

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, y el Test de Cumplimiento de Morisky-Green, el cual 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. 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.⁽¹⁸⁾

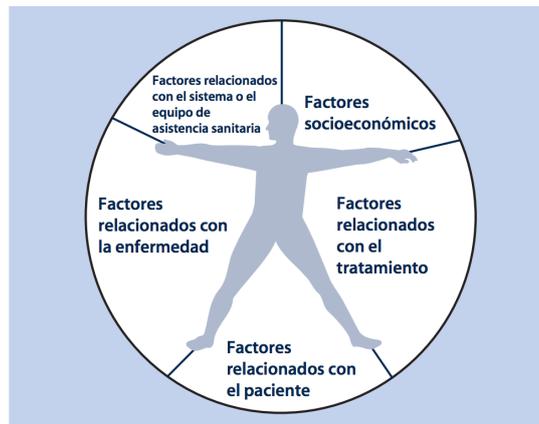
CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN (TRADUCIDO)

- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
- ¿Toma la medicación a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
- Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

Cuando se mide adherencia o cumplimiento habitualmente se expresa como porcentaje del número total de dosis tomadas ⁽¹⁹⁾, para lo que Buchanan clasifica la adherencia de la siguiente manera: cumplimiento mínimo igual o menor al 25%, cumplimiento parcial del 25% al 75% y cumplimiento elevado aquel superior al 75% ⁽²⁰⁾.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante.

Figura 3 Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica



Factores socioeconómicos.

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la

enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. La raza se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales, pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados.⁽²¹⁾ La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados. Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños⁽²²⁾. La prevalencia de deficiencias cognitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente. En el estudio de Buckwalter KC et al. se demostró que tan sólo un 50-60% de pacientes geriátricos consigue una adherencia óptima o excelente.⁽¹⁶⁾ Las múltiples comorbilidades y los regímenes médicos complejos comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia.⁽²³⁾

Factores relacionados con el equipo o el sistema de salud.

En este aspecto, se hace referencia a la relación médico-paciente, accesibilidad del paciente al equipo profesional y la continuidad en la prestación de los servicios de salud, lo que juega un papel importante en el cumplimiento de la farmactorepia y de las recomendaciones del especialista. Hay muchos factores que ejercen un efecto negativo en la adherencia terapéutica, estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria con exceso de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. De allí, la necesidad de que en los procesos de interacción con los pacientes el personal de la salud dedique el tiempo necesario para brindar la orientación requerida por el paciente y explorar sus expectativas y necesidades que contribuyan para que este tenga una adecuada adherencia.⁽²⁴⁾

Factores relacionados con la enfermedad.

Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión y el abuso de drogas y alcohol, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia. La literatura reporta una mayor probabilidad de no adherencia de los pacientes cuando tiene diagnosticada una patología crónica, al igual que la ausencia de síntomas, el tiempo de tratamiento y la evolución de la enfermedad. También se hace referencia a la falta de mejoría y a la presencia de otras enfermedades.⁽²⁵⁾

Factores relacionados con el tratamiento.

Con respecto al tratamiento se establece relación con el número de fármacos a administrar, cantidad de tomas diarias y duración del tratamiento. También es relevante en este punto la mención que hacen los pacientes a las reacciones adversas de los fármacos, motivo por el que muchos de ellos dejan de lado la medicación. Cuando la terapia sugiere cambios de estilos de vida del paciente suele relacionarse con una disminución en el cumplimiento de la farmacoterapia. Otros de los factores más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.⁽²⁶⁾

Factores relacionados con el paciente.

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en su enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, influyen sobre el grado de adherencia. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido del tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, el entender mal las instrucciones de tratamiento, la

falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la desesperanza y los sentimientos negativos, la frustración con el personal asistencial, el temor de la dependencia, la ansiedad sobre la complejidad del régimen farmacológico y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.⁽²⁷⁾

La relación entre apoyo social y salud ha recibido una gran cantidad de atención de investigación en psicología de la salud puesto que el apoyo social es un factor importante en el mantenimiento de la salud. El apoyo social puede beneficiar la salud al amortiguar el estrés, influir en los estados afectivos y / o cambiar los comportamientos; los efectos indirectos pueden ocurrir a través de conductas de estilo de vida y salud, también influye en la capacidad para adaptarse y vivir con la enfermedad. La ayuda y el apoyo de amigos y familiares se han implicado en promover la adhesión del paciente al fomentar el optimismo y la autoestima, amortiguar el estrés de estar enfermo, reducir la depresión del paciente, mejorar el comportamiento de la enfermería y brindar asistencia práctica. Hay metanálisis que proporcionan una sólida evidencia de que el apoyo social tiene efectos sustanciales en la adherencia del paciente y estos efectos varían según el tipo de apoyo social.⁽²⁸⁾

El apoyo social funcional tiene efectos más fuertes en la adherencia que el apoyo social estructural, lo que sugiere que la mera presencia de otras personas no importa tanto como la calidad de las relaciones con ellos. El apoyo social puede amortiguar el estrés y permitir que una persona se involucre en comportamientos más adaptativos de los enfermos y adopte medidas positivas hacia la adherencia. A la inversa, una red social que no brinda apoyo puede interferir con la alteración exitosa de los hábitos de salud al limitar el tiempo y la energía disponible del paciente para el comportamiento de salud o introducir un estrés que comprometa las actitudes y comportamientos necesarios para la adherencia. Además el apoyo social puede mejorar la adherencia del paciente a través del funcionamiento cognitivo mejorado, la autoeficacia, la motivación intrínseca, la confianza y el estado de ánimo, así como a través de la reducción del conflicto emocional, la tensión interpersonal, la angustia y la depresión.⁽²⁹⁾

Hay varias propuestas para integrar un programa para mejorar la adherencia de los enfermos crónicos: incrementar la accesibilidad de los pacientes a los cuidados de salud; trabajar en las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud; trabajar con los pacientes directamente incluyendo entrenamiento en solución de problemas, establecimiento de metas en áreas relacionadas con la adherencia, entrenamiento en habilidades asociadas con la adherencia, reforzamiento por seguimiento del tratamiento, autocontrol, y tratamiento de la depresión.⁽³⁰⁾

La falta de adherencia terapéutica depende de la enfermedad subyacente, situándose en torno al 50% en las enfermedades crónicas. Esto supone un incremento en días y duración de las hospitalizaciones, visitas a urgencias, pruebas complementarias y utilización de otros fármacos, traduciéndose en un aumento considerable en los costes para el sistema sanitario. En general, las causas principales de la falta de adherencia son: olvido de tomar la medicación, abandono de la medicación por haber remitido los síntomas, duración de la enfermedad, la edad, el nivel educativo, el estado de desempleado o del hogar, deficiencias en el conocimiento sobre el problema de salud, coste y acceso a los medicamentos, falta de conocimiento del uso del medicamento y nivel de complejidad del régimen de tratamiento, la dificultad de completando numerosos formularios para farmacias, otros proveedores de atención médica (neurólogo, fisioterapeuta, fisioterapeuta, etc.), baja autoestima, depresión, escaso apoyo social, relación paciente / médico inconveniente o desconfianza en el sistema médico / de salud pública: barreras de la salud sistema de atención, el uso excesivo de alcohol, pero también la irresponsabilidad de evitar tomar tabletas. ⁽⁸⁾

La falta de adherencia en enfermedades reumatológicas, incluido el lupus, puede contribuir a consecuencias no deseadas, tanto inmediatas como retardadas, pero también aumenta los costos debido a la enfermedad o complicaciones del tratamiento, así como a las comorbilidades. El impacto clínico de la falta de adherencia o la baja adherencia al tratamiento indicado se conjuga con las consecuencias indeseables de la enfermedad por la progresión de la patología renal, exacerbando o aumentando la actividad de la enfermedad. ⁽³¹⁾

La revisión de Dunbar, Erlen et al. Reveló tasas de adherencia menores al 50% para la toma de medicamentos (documentado objetivamente con monitoreo electrónico) para los trastornos crónicos, que incluyen: asma, enfermedad cardíaca, diabetes, hipertensión, trastornos psiquiátricos (depresión y esquizofrenia), artritis reumatoide, y espondilitis anquilosante. Una encuesta de la Asociación Americana de Personas Jubiladas reveló que el 21% de los encuestados no completó las recetas iniciales al menos una vez. Una encuesta de Boston Consulting Group proyectó que millones de estadounidenses no cumplen con los regímenes de medicamentos recetados cada año. En lo que respecta a las tendencias para la toma de medicamentos, la adherencia a otros consejos médicos (por ejemplo, pérdida de peso, dieta, ejercicio, dejar de fumar) es incluso peor. ⁽³²⁾

La investigación sobre enfermedades crónicas, incluida la artritis reumatoide y el lupus, ha descubierto que la falta de adherencia al tratamiento es multifactorial y puede ser intencional y no intencional. Está estipulado en la literatura, que el

tratamiento adecuado en el lupus eritematoso sistémico mejora las consecuencias de la enfermedad, aumentando la esperanza de vida.⁽³³⁾

Se realizó un estudio en el Hospital General de México para describir las características de la adherencia terapéutica en enfermedades reumáticas en el que se incluyeron a 160 pacientes y en el cual se demostró que el índice terapéutico (dosis tomadas/dosis prescritas) fue de $81 \pm 26\%$. Además se demostró que las causas de suspensión más frecuentes fueron la falta de abasto (51.3%) y olvido (46.9%). Sólo el 53.1% compraba todos su fármacos y 107 (66.9%) cumplían la adherencia > 80%. En cuanto a la alianza, el 91.3% tiene confianza para preguntar sus dudas y el 60.6% busca información sobre su enfermedad, sobre todo en internet (41.9%).⁽³⁴⁾

En el estudio realizado por Anghel et al. se demostró que el apoyo social (de la familia y la comunidad) tiene un impacto positivo en la adherencia, mientras que la situación de vida (vivir solo) tuvo un impacto negativo en la adherencia. Así mismo encontraron que los pacientes que toman menos medicamentos tienen más probabilidades de adherirse que los pacientes que toman más medicamentos. Se reconoce ampliamente que la polifarmacia plantea problemas de seguridad e influye en la adherencia al tratamiento en varias afecciones crónicas, incluidas algunas enfermedades reumáticas, aunque esta asociación no siempre fue consistente entre los estudios realizados en pacientes con artritis reumatoide. Además se vio que la adherencia a metotrexate fue mejor en comparación con otros FARME sintéticos convencionales, pero no superior a los FARME biológicos.⁽⁶⁾ Entre los FARME biológicos, hay estudios que apoyan una mejor adherencia para etanercept subcutáneo medida en tasas de discontinuación más bajas que la adherencia a infliximab intravenoso (probablemente debido a que infliximab se administra por vía intravenosa). La mejor adherencia a etanercept también podría explicarse por el bajo nivel de no inmunogenicidad, en comparación con adalimumab e infliximab. Además, se encontraron tasas de persistencia más bajas para infliximab en comparación con otros agentes anti-TNF α utilizados en pacientes con artritis reumatoide y artritis psoriásica.⁽³⁵⁾

Los pacientes parecen ser más adherentes a los FARME biológicos y a la administración parenteral, en contraste con la administración oral y FARME sintéticos. Se ha demostrado que los programas de educación del paciente (por ejemplo, estrategias de autoeficacia, información sobre la terapia de la artritis reumatoide y estrategias para sobrellevar la situación) aumentan la adherencia a la terapia.⁽³⁶⁾

En el estudio realizado por Álvarez et al. para conocer las características de la adherencia terapéutica en pacientes con gota, se incluyeron 238 pacientes y demostró que el índice terapéutico fue de 86%. Las causas de suspensión más frecuentes fueron falta de abasto (37%) y el olvido (30%).⁽³⁷⁾

Un estudio de pacientes con gota realizado por Harrold et al demostró que entre los pacientes que suspendieron el tratamiento, el 80% atribuyó los brotes de gota aguda y el empeoramiento de su gota al uso del medicamento, como razones para interrupción. En el mismo estudio, varios pacientes informaron que aumentaban o disminuían la dosis de alopurinol durante un ataque agudo (lo que puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los ataques de gota).⁽³⁸⁾

En otro estudio se demostró que la adherencia durante el primer año de tratamiento farmacológico en siete afecciones crónicas, fue de: hipertensión (72.3%), hipotiroidismo (68.4%), diabetes mellitus (65.4%), trastornos convulsivos (60.8%), hipercolesterolemia (54.6%) y osteoporosis (51.2 %), todos fueron mejores que para la gota (36.8%).⁽³⁹⁾

En un estudio grande de 4,166 pacientes que iniciaron tratamiento farmacológico en gota, más de la mitad (56%) no eran adherentes; los factores predictivos de no adherencia incluyeron la edad, menos comorbilidades, no hubo visitas previas al consultorio por gota antes del inicio del tratamiento y la administración previa de agentes antiinflamatorios no esteroideos en el último año.⁽⁴⁰⁾

En 2014, una revisión sistemática de 16 estudios de De Vera et al. reveló una pobre adherencia general entre los pacientes de gota. Entre los estudios basados en registros de prescripción electrónicos, las tasas de cumplimiento fueron inferiores a 0,80 y la proporción de pacientes adheridos varió de 10 a 46% y la no persistencia varió de 56% a 88%.⁽⁴¹⁾

Lieke et al. Realizaron un metaanálisis de adherencia en pacientes con gota en el que se incluyeron 24 estudios, de los cuales 16 evaluaron la adherencia utilizando datos de prescripción, dos por MEMS o el recuento de píldoras y seis por datos informados por el paciente. La proporción agrupada de pacientes adherentes fue del 46%. Se encontró que la adherencia evaluada por MEMS y/o recuento de píldoras y el informe del paciente fue mucho mayor que en los estudios que utilizaron datos de prescripción. Se encontraron pruebas sólidas de una asociación positiva con la edad avanzada, más comorbilidades y la presencia de diabetes o hipertensión. Encontraron pruebas sólidas de una mejor adherencia a la medicación en pacientes de mayor edad, con mayor número de comorbilidades y con diabetes o hipertensión. Además, los pacientes de ascendencia afroamericana eran más propensos a tener una mala adherencia a la medicación (evidencia moderada).⁽⁴²⁾

En una revisión sistemática de medición de adherencia y persistencia en pacientes con artritis reumatoide, psoriasis y artritis psoriásica realizada por Murage et al. Se encontró que las tasas de adherencia de artritis reumatoide y psoriasis para etanercept, adalimumab e infliximab variaron de 16% a 73%, 21% a 70% y 38% a

81%, respectivamente. En psoriasis, las tasas de persistencia de etanercept y adalimumab variaron de 34% a 50% y de 50% a 62%, respectivamente. Se observaron tasas de persistencia similares en artritis psoriásica. Los usuarios de productos biológicos mostraron una mejor adherencia y persistencia. La edad más joven, el sexo femenino, los mayores costos de desembolso, la mayor gravedad de la enfermedad y las más comorbilidades se asociaron con menores tasas de adherencia y persistencia. Las encuestas cualitativas revelaron que la falta de persistencia se debía en parte a la ineficacia percibida y las preocupaciones de seguridad y/o tolerabilidad.⁽⁴³⁾

Respecto a la adherencia en artritis psoriásica se tiene que Chastek et al. Realizaron un estudio en 2012, usaron datos administrativos en los EE. UU. e informaron que entre 346 pacientes con artritis psoriásica, aproximadamente la mitad suspendió el tratamiento anti-TNF dentro del primer año. Las pausas en la terapia y la interrupción de la terapia fueron frecuentes, pero más del 40% de los pacientes reiniciaron los anti-TNF después de la suspensión.⁽⁴⁴⁾ Finalmente, el estudio de Lyu et al. 2016 en Alemania utilizando una base de datos de registros médicos electrónicos que incluyó 197 pacientes con artritis psoriásica, encontró que el 42,1% de los pacientes suspendieron sus terapias anti-TNF en un año con una duración media del tratamiento de 264.1 días.⁽⁴⁵⁾

La adherencia a la farmacoterapia a largo plazo es de suma importancia para el tratamiento de la artritis inflamatoria, incluida la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la gota y la artritis idiopática juvenil. Si no se trata, estas afecciones pueden provocar discapacidad y complicaciones, morbilidad y mortalidad. Sin embargo, las revisiones sistemáticas han sintetizado tasas de adherencia tan bajas como 10% en la gota, 12 a 30% en artritis reumatoide y 49% en lupus eritematoso sistémico. Si bien el problema de la falta de adherencia a la medicación está bien descrito en reumatología, las soluciones no lo están. Se dispone de revisiones sistemáticas sobre las intervenciones de adherencia en enfermedades crónicas, incluidos los pacientes ancianos con hipertensión y diabetes, pero no existen específicamente entre pacientes con enfermedades reumáticas.⁽⁴⁶⁾

Pocos estudios han evaluado la falta de adherencia a la medicación en espondilitis anquilosante. El primer estudio fue en 1996 por De Klerk y Van der Linden en los Países Bajos, que reveló tasas bajas de falta de adherencia de AINE en 65 pacientes con espondilitis anquilosante (20%) que utilizan dispositivos de monitoreo electrónico.⁽⁴⁷⁾ En 2013, un estudio de Argentina realizado por Arturi et al. mostró que la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos (incluidos los AINE, los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad y los biológicos) en 59

pacientes con espondilitis anquilosante fue del 25,4% según los cuestionarios autoinformados.⁽⁴⁸⁾

En la Artritis Reumatoide a pesar de la amplia evidencia sobre la eficacia de los FARME y el riesgo de daño a largo plazo por la AR no controlada, las tasas de adherencia a la medicación siguen siendo subóptimas, y van del 30 al 80%.⁽⁴⁹⁾

En 2017 Mehat et al realizaron una revisión sistemática en donde se reportó que el porcentaje de pacientes con LES no adherentes osciló entre el 43 y el 75%; los estudios informaron que más de la mitad de los pacientes no son adherentes.⁽⁵⁰⁾

Según el estudio realizado por Mazur-Nicorici L et al. la adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico fue alta en 45.46%, moderada en 43.18% y baja en solo 11.36% de los casos. La alta adherencia al tratamiento se asoció a una baja actividad de la enfermedad. La adherencia fue influenciada positivamente por la edad al inicio de la enfermedad y un alto nivel educativo.⁽⁵¹⁾

Goh et al. Reportaron que la depresión es una razón importante detrás de los problemas de adherencia a la medicación en las enfermedades reumáticas y las dificultades con la adherencia se correlacionaron con la gravedad de las enfermedades mentales que el paciente sufría. En general, el paciente deprimido tenía 2.3 veces más probabilidades de tener una mala adherencia al tratamiento que aquellos que no estaban deprimidos.⁽⁵²⁾

Si bien muchos de los esfuerzos para mejorar la adherencia se han centrado en la educación del paciente y el apoyo con una variedad de enfoques, los profesionales de la salud también deben ser conscientes de que tanto la educación del paciente como la del médico son necesarias para salvar las brechas existentes y mejorar los resultados del paciente a través de una mejor adherencia al tratamiento.⁽⁵³⁾ Debido al impacto que tiene la adherencia terapéutica en el pronóstico de las enfermedades reumáticas es importante conocer las características que llevan al paciente a un buen apego terapéutico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce el grado de adherencia y los factores que influyen en la adherencia y alianza terapéutica en los pacientes con enfermedades reumáticas en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades reumáticas representan un importante problema de salud pública al ser una de las principales causas de discapacidad, generando elevadas tasas de incapacidad laboral e invalidez, así como altos costos por la atención médica y deterioro en la calidad de vida.

La adherencia terapéutica, definida como la convicción de cada paciente de seguir las recomendaciones del médico con respecto a la dieta, el ejercicio y la medicación acordada por el médico, tiene gran importancia puesto que el incumplimiento no solo hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria debido a la enfermedad o complicaciones del tratamiento, así como a las comorbilidades.

Por esto, es de vital importancia conocer las características de la adherencia y alianza terapéutica para poder desarrollar estrategias que incrementen el apego al tratamiento y de esta manera mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir las complicaciones asociadas a la enfermedad y disminuir los costos sanitarios.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de adherencia terapéutica y cuáles son los factores que influyen en la adherencia y alianza terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas del Centro Médico ISSEMYM Ecatepec en el periodo de marzo a agosto de 2018?

HIPÓTESIS

La adherencia y alianza terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas del Centro Médico ISSEMYM Ecatepec durante el periodo de marzo a agosto de 2018, será elevada, según la clasificación propuesta en la bibliografía consultada para la realización de este trabajo y los factores asociados serán similares a los reportados.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de adherencia terapéutica y cuáles son los factores que influyen en la adherencia y alianza terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas del Centro Médico ISSEMYM Ecatepec en el periodo de marzo a agosto de 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Correlacionar el nivel socioeconómico de los pacientes con la adherencia y alianza terapéutica.
- Establecer si existe relación entre la adherencia y alianza terapéutica y la capacidad funcional de los pacientes.
- Señalar los factores demográficos que influyen en la adherencia y alianza terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de estudio

Pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Reumatología del Centro Médico ISSEMYM Ecatepec durante los meses de marzo a agosto de 2018 y cuentan con una enfermedad reumática bien caracterizada.

Diseño del estudio

Estudio observacional transversal y comparativo.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Mayores de 18 años de edad
- Que sepan leer y escribir y/o que tengan un familiar o representante que los auxilie.
- Que acepten participar (firma de consentimiento informado)
- Que tengan una enfermedad reumática bajo criterios diagnósticos
- Que tenga tratamiento establecido de por lo menos 3 meses de duración

Criterios de exclusión:

- Que decidan no participar
- Que no tengan un diagnóstico definido o que tengan sobreposiciones.

Definición de las variables

Variable	Definición operacional	Unidad de medida	Tipo de variable
Sexo	Género del paciente	Masculino o femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Diagnóstico	Enfermedad reumatológica que presenta el paciente	Tipo de enfermedad (Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoide, Osteoartritis, etc)	Cualitativa nominal
Comorbilidades	Otras enfermedades que presenta el paciente	Tipo de enfermedad (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial sistémica, Hipo o	Cualitativa nominal

		hipertiroidismo, etc.)	
Tratamiento utilizado	Fármacos que toma el paciente para la enfermedad reumatológica de base	Tipo de tratamiento	Cualitativa nominal
Nivel Socio-Económico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado	Criterio estándar de clasificación que ubica a las personas de acuerdo a su estatus económico, educativo y social, basado en diferentes indicadores.	Nivel A/B, Nivel C+, Nivel C-, Nivel D+, Nivel D, Nivel E	Cualitativa ordinal
Edad	Número de años que tiene una persona	Años	Cuantitativa discreta
Escolaridad	Número de años de estudio a partir de primaria	Años	Cuantitativa discreta
Escala de EVA	Valor de evaluación análoga del dolor	0-100	Cuantitativa ordinal
Alianza terapéutica	Puntaje obtenido en el cuestionario TAQRDis, el cual es un instrumento validado para medir la alianza terapéutica en pacientes con enfermedades reumatológicas.	0-34	Cuantitativa ordinal
Adherencia terapéutica Test de Morisky Green	Cuestionario que determina el cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.	Cumplidor o no cumplidor	Cualitativa nominal dicotómica
Calidad de vida	EQ5D (EuroQol five dimensions questionnaire) el cual es un instrumento que se usa para medir la calidad de vida, las características de los grupos socioeconómicos, tanto de estados de salud como la percepción de los individuos por	-0.594 a 1.000	Cuantitativa ordinal

	dichos estados.		
Capacidad funcional	Puntaje obtenido en el HAQ (Health Assesment Questionnaire) cuestionario diseñado para valorar la capacidad funcional del paciente en la última semana	0-1 (discapacidad leve a moderada) 1-2 (discapacidad moderada a severa) 2-3 (discapacidad severa a muy severa)	Cualitativa ordinal
Depresión	Puntaje obtenido en el Inventario de depresión Beck	- De 0 a 9 puntos: sin depresión - De 10 a 15: depresión leve - De 16 a 24: depresión moderada - De 25 a 62: depresión grave	Cualitativa ordinal

Muestra

El tipo de muestreo fue por conveniencia y de cuota ya que se incluyeron a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión ya antes mencionados en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2018.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron medidas de tendencia central (promedio, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar) para describir las características de la población. Para las comparaciones se usaron prueba de t para variables con distribución normal y Chi cuadrada y pruebas de significancia estadística para las variables no paramétricas. La significancia estadística se consideró con p menor a 0.05. Se calcularon OR y se hicieron correlaciones del apego con otras variables clínicas.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

A todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que no cubrieron con las características de criterios de exclusión se les dio a conocer el estudio y se hizo la invitación a participar en el mismo, los pacientes interesados firmaron el consentimiento informado aceptando de esta manera participar. Se recabaron datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico (medido por el cuestionario AMAI NSE 8x7); datos clínicos como diagnóstico, tiempo de evolución, comorbilidades y tratamiento. Mientras los pacientes esperaban consulta se les aplicaron los siguientes cuestionarios: específico de adherencia y alianza (TAQRDis), EQ5D, HAQ-Di, inventario de depresión de Beck y Morisky-Green, todos validados para su aplicación en el idioma español, teniendo a su disposición al médico aplicante para resolución de cualquier duda, el cual revisó que los cuestionarios estuvieran completos y debidamente llenados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El manejo de los datos es confidencial. El estudio no tiene riesgos puesto que no se practicarán procedimientos invasivos. Se tomaron en cuenta las normas nacionales e internacionales para investigación en seres humanos. (Secretaría de Salud, Declaración de Helsinki, OMS). Para este estudio, no existe conflicto de intereses por parte de los investigadores.

DETERMINACIÓN DE RECURSOS

Los recursos humanos es el propio investigador quien proporcionó los cuestionarios a los pacientes, orientándolos y resolviendo sus dudas. Dentro los de recursos materiales necesarios se encuentran bolígrafos y copias de los cuestionarios.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2017		2018									
Actividad	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Planeación del protocolo de estudio												
Presentación de protocolo al comité de ética												
Aprobación del protocolo por el comité de ética												
Recopilación de datos												
Captura de pacientes en base de datos electrónica												
Análisis de resultados												
Revisión de tesis												
Registro de tesis final ante el comité con resultados y envió a la facultad de medicina de la UAEMEX.												

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes que acudieron a consulta de Reumatología en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec en el periodo comprendido de abril a agosto del presente año, de los cuales ninguno fue excluido.

De los 49 pacientes incluidos en el estudio, 39 (79.6%) corresponden al sexo femenino, con una media de edad de 50.41 años \pm 12.6 DS. La mediana de la escolaridad fue de 16 años, siendo la licenciatura el grado de escolaridad de mayor frecuencia representando el 40.8%. El estado civil más frecuente fue casado con un 67.3% de los casos. Con respecto al nivel socioeconómico el nivel C- fue el más prevalente con 18 pacientes (36.7%). (Tabla 1).

Edad, años X (ds)	50.41 (12.6)
Femenino, n(%)	39 (79.6)
Escolaridad, md (min-max)	16 (6-18)
Primaria, n(%)	3 (6.1)
Secundaria, n(%)	12 (24.5)
Preparatoria, n(%)	9 (18.4)
Licenciatura, n(%)	20 (40.8)
Maestría, n(%)	5 (10.2)
Tiempo de evolución, md (min-max)	8 (4-11)
Estado civil, n(%)	
Casado	33 (67.3)
Soltero	15 (30.6)
Viudo	1 (2)
Nivel socioeconómico, n(%)	
A/B	8 (16.3)
C+	15 (30.6)
C-	18 (36.7)
D+	6 (12.2)
D-	2 (4.1)

Los 49 pacientes se agruparon en 5 grupos de acuerdo a su diagnóstico siendo estos grupos: Artritis reumatoide, el grupo con mayor número de pacientes 13 (26.5%), seguido de Lupus Eritematoso Sistémico y Osteoartrosis con 10 pacientes (20.4%)

cada uno, en el grupo de Espondiloartritis se incluyeron 8 pacientes (16.3%) y el grupo de Otros incluyó a 8 pacientes (16.3%) con diagnósticos como Fibromialgia, Dermatomiositis, Enfermedad de Takayasu, Esclerodermia, y Enfermedad de Still. (Tabla 2).

Tabla 2 Grupos de acuerdo al diagnóstico n=49	
Artritis reumatoide, n(%)	13 (26.5)
Lupus eritematoso sistémico, n(%)	10 (20.4)
Osteoartrosis, n(%)	10 (20.4)
Espondiloartritis, n(%)	8 (16.3)
Espondilitis anquilosante, n(%)	4 (8.2)
Espondiloartritis no diferenciada, n(%)	1 (2)
Espondilitis asociada a EII, n(%)	1 (2)
Artritis psoriásica, n(%)	2 (4.1)
Otros, n(%)	8 (16.3)
Fibromialgia, n(%)	1 (2)
Dermatomiositis, n(%)	2 (4.1)
Enfermedad de Takayasu, n(%)	2 (4.1)
Esclerodermia, n(%)	2 (4.1)
Enfermedad de Still, n(%)	1 (2)

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

El 51% de la población presenta 1 o más comorbilidades, lo que explica la polifarmacia en la mayoría de los pacientes, es decir que toman al menos 1 fármaco adicional al tratamiento de la enfermedad reumática. De los 25 pacientes con alguna comorbilidad el 28% considera que dichas patologías limitan sus actividades cotidianas. La hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más prevalente presente en un 34.7% de los pacientes, seguida de diabetes mellitus tipo 2. (Tabla 3).

Tabla 3 Comorbilidades	
Hipertensión arterial sistémica, n(%)	17 (34.7)
Limitación de las actividades cotidianas, n(%)	3 (17.64)
Diabetes mellitus tipo 2, n(%)	8 (16.3)
Limitación de las actividades cotidianas, n(%)	1 (12.5)
Hipotiroidismo, n(%)	2 (4.1)
Trastorno depresivo y/o ansioso, n(%)	3 (6.1)

Osteoporosis, n(%)	4 (8.2)
Fibromialgia, n(%)	5 (10.2)
Limitación de las actividades cotidianas, n(%)	3 (60)

Del cuestionario de adherencia y alianza terapéutica se obtuvo que 7 (14.3%) pacientes refirieron que olvidaban tomarse el medicamento el fin de semana. 36 (73.5%) de los pacientes referían tomar el medicamento todo el tiempo, 12 (24.5%) la mayor parte del tiempo, 1 (2%) la mitad del tiempo. De estos 13 (26.5%) pacientes que no tomaban el medicamento, el motivo más frecuente de abandono de tratamiento fue falta de medicamento (30.7%) seguido de la mejoría del paciente con un 23.1% y que el paciente se encontraba lejos de casa con un 23.1%. (Tabla 4).

Tabla 4 Motivos de abandono de tratamiento n=13

El paciente estaba lejos de casa, n(%)	3 (23.1)
El paciente tenía otras ocupaciones, n(%)	1 (7.7)
Polifarmacia, n(%)	1 (7.7)
Evitar efectos adversos, n(%)	1 (7.7)
Falta de medicamento, n(%)	4 (30.7)
Mejoría del paciente, n(%)	3 (23.1)

El 55.1% de los pacientes sigue el horario de los medicamentos todo el tiempo, el 30.6% la mayor parte del tiempo, el 4.1% cerca de la mitad del tiempo y el 10.2% solo algunas veces. Respecto a la relación médico-paciente el 93.9% de los pacientes refirieron confiar en su médico tratante, así mismo el 98% de los pacientes sigue y entiende las indicaciones de su médico.

La mayor parte de los pacientes (el 77.6%) busca más información acerca de su enfermedad siendo el internet la fuente de información más utilizada representando un 81.6%, mientras que el 13.2% de los pacientes busca la opinión de otro médico y solo el 5.2% busca información en libros y revistas.

Así mismo se evidenció que el 47.9% de los pacientes no conseguían todo el medicamento siendo el desabasto institucional la causa más frecuente. (Tabla 5).

Tabla 5 Causas de desabasto de medicamento n=23

Desabasto institucional, n(%)	22 (95.6)
Falta de recursos económicos, n(%)	1 (4.4)

La mediana del estado de salud de los pacientes (con escala del 1-100) fue de 80 (min-max 60-90). La mediana de la escala visual análoga (EVA) de los pacientes fue de 30 (min-max 15-70).

Respecto a la capacidad funcional la cual fue evaluada con la escala Health Assessment Questionnaire (HAQ) se obtuvo que la mayor parte de los pacientes (87.8%) presentaron una discapacidad leve a moderada. (Tabla 6).

Tabla 6 Health Assessment Questionnaire (HAQ) n=49	
Discapacidad leve a moderada, n(%)	43 (87.8)
Discapacidad moderada a severa, n(%)	5 (10.2)
Discapacidad severa a muy severa, n(%)	1 (2)

A pesar de que solo el 6.1% de los pacientes tenía ya un diagnóstico de depresión y/o ansiedad, al aplicar el inventario de depresión de Beck se obtuvo que el 40.8% de los pacientes tenía algún grado de depresión. (Tabla 7).

Tabla 7 Inventario de depresión de Beck n=49	
Sin depresión, n(%)	29 (59.2)
Depresión leve, n(%)	10 (20.4)
Depresión moderada, n(%)	8 (16.3)
Depresión grave, n(%)	2 (4.1)

Respecto a los esquemas terapéuticos el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) más utilizado es el metotrexato tanto en pacientes adherentes como no adherentes, así mismo el AINE más utilizado es el ibuprofeno. En la tabla 8 se describen otros esquemas terapéuticos tanto en pacientes cumplidores como no cumplidores.

Tabla 8 Otros esquemas terapéuticos		
	Cumplidor	No cumplidor
Prednisona, n(%)	12 (85.7)	2 (14.3)
Metotrexato, n(%)	10 (66.7)	5 (33.3)
Hidroxicloroquina, n(%)	6 (75)	2 (25)
Sulfasalazina, n(%)	4 (57.1)	3 (42.9)
Leflunomida, n(%)	7 (63.6)	4 (36.4)

Ácido micofenólico, n(%)	7 (87.5)	1 (12.5)
Azatioprina, n(%)	1 (100)	
Tacrolimus, n(%)	1 (100)	
Glucosamina/Condroitin, n(%)	6 (60)	4 (40)
Etoricoxib, n(%)	7 (70)	3 (30)
Ibuprofeno, n(%)	9 (52.9)	8 (47.1)
Diclofenaco, n(%)	1 (50)	1 (50)
Tramadol, n(%)	1 (100)	
Pregabalina, n(%)	4 (100)	
Gabapentina, n(%)	1 (50)	1 (50)
Duloxetina, n(%)	1 (100)	
Ácido fólico, n(%)	11 (68.8)	5 (31.3)
Calcio y vitamina D, n(%)	3 (60)	2 (40)
Ácido acetilsalicílico, n(%)	2 (50)	2 (50)
Clopidogrel, n(%)	1 (100)	

Así mismo 8 pacientes recibieron tratamiento con FARME biológicos, siendo adalimumab el más frecuente de éstos. (Tabla 9).

Tabla 9 FARME biológicos

	Cumplidor n=6	No cumplidor n=2
Adalimumab, n(%)	2 (66.7)	1 (33.3)
Certolizumab, n(%)	1 (100)	
Tocilizumab, n(%)	1 (100)	
Tofacitinib, n(%)	1 (50)	1 (50)
Secukinumab, n(%)	1 (100)	

La adherencia fue evaluada por el test de Morisky-Green y de acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta el 67.3% de los pacientes fue cumplidor mientras que el 32.7% fue no cumplidor. De manera general los pacientes con artritis reumatoide fueron los más adherentes al tratamiento y considerando a los pacientes agrupados por diagnósticos, el grupo de "otros" fueron los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento con un 87.5%. (Tabla 10).

Tabla 10 Test de Morisky Green

	Cumplidor n=33	No cumplidor n=16
Artritis reumatoide, n(%)	8 (61.5)	5 (38.5)
Lupus eritematoso sistémico, n(%)	7 (70)	3 (30)
Osteoartrosis, n(%)	6 (60)	4 (40)
Espondilitis anquilosante, n(%)	1 (25)	3 (75)
Artritis psoriásica, n(%)	2 (100)	
Espondiloartritis no diferenciada, n(%)	1 (100)	
Espondilitis asociada a la EII	1 (100)	
Fibromialgia, n(%)	1 (100)	
Dermatomiositis, n(%)	2 (100)	
Enfermedad de Takayasu, n(%)	2 (100)	
Esclerodermia, n(%)	1 (50)	1 (50)
Enfermedad de Still, n(%)	1 (100)	

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

Es de hacer notar, que se realizaron las pruebas estadísticas inferenciales de t de Student, y chi cuadrada cuyos resultados fueron no significativos desde el punto de vista estadístico.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, se puede confirmar, que la adherencia en las enfermedades reumáticas es parcial puesto que el 67.3% de los pacientes mostraron ser cumplidores de acuerdo al test de Morisky-Green, coincidiendo así con los datos reportados en la literatura donde se describe una adherencia del 30 al 80%.⁽⁴⁹⁾

En este trabajo se reportó que el 14.3% de los pacientes refiere olvidar tomar el medicamento el fin de semana, siendo la única variable en la cual se encontró correlación entre este hecho y la falta de adherencia.

Se ha descrito que los motivos que pueden llevar a un paciente a inclumplir la terapia farmacológica son diversos, en el estudio realizado en el Hospital General de México⁽³⁵⁾ se encontró que la causa de suspensión más frecuente fue la falta de abasto lo cual coincide con lo reportado en este estudio en el cual se demostró que el principal motivo de falta de apego al tratamiento es el desabasto farmacológico, el cual en el 95.6% de los casos es debido a un desabasto institucional de los fármacos para las enfermedades reumáticas. Lo cual llama la atención puesto que este estudio se realizó en una población con derechohabencia a diferencia del estudio realizado en el Hospital General de México en el cual no se cuenta con un tipo de seguridad social donde se brinden los medicamentos a los pacientes.

La falta de adherencia terapéutica tiene efectos a niveles individual y social. Se ha demostrado que los pacientes que se adhieren a sus tratamientos tienen tres veces más probabilidades de lograr los resultados deseados, como una mejor calidad de vida y una mejor capacidad funcional que los pacientes no adherentes,⁽⁶⁾ sin embargo en este estudio no se encontró asociación entre la adherencia y la capacidad funcional.

En la revisión sistemática realizada por Goh et al⁽⁵²⁾ se reporta que la depresión es una causa de mala adherencia terapéutica; en general, el paciente deprimido tenía 2.3 veces más probabilidades de tener una mala adherencia al tratamiento que aquellos que no estaban deprimidos, sin embargo en este estudio no se encontró asociación con el grado de depresión que presentaba el paciente.

Respecto a la alianza terapéutica, este estudio demostró que más del 90% de los pacientes confía en su médico tratante y sigue sus indicaciones, lo cual se correlaciona con lo encontrado en el estudio realizado por Murillo y Álvarez⁽³⁵⁾ en el cual se reportó que el 91.3% tiene confianza para preguntar sus dudas; sin embargo no hubo asociación entre estas variables y una elevada adherencia terapéutica.

En el tratamiento de enfermedades reumáticas como artritis reumatoide y espondiloartritis, el desarrollo de los FARME biológicos ha mejorado dramáticamente el pronóstico. Hay estudios que demuestran que los pacientes parecen ser más

adherentes a los FARME biológicos y a la administración parenteral, en contraste con la administración oral y FARME sintéticos. Así mismo se ha reportado que la adherencia a FARME biológico de vía de administración subcutánea era alta debido a la facilidad de la administración,⁽³⁶⁾ sin embargo en este estudio no se encontró asociación entre el uso de biológicos y la adherencia terapéutica lo cual puede estar relacionado a que en este estudio la muestra de pacientes usuarios de biológicos es pequeña.

Otros de los factores donde se buscó asociación con la adherencia terapéutica, fue el estado socioeconómico y la escolaridad para demostrar que la adherencia terapéutica es más elevada a mayor nivel socioeconómico y mayor escolaridad sin embargo no encontramos asociación entre dichas variables. Cabe mencionar que estas variables tampoco han sido descritas en otros estudios sobre adherencia terapéutica, por lo que será importante en un futuro realizar estudios con mayor número de pacientes.

La importancia de identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica radica en que permite abordar el problema y de esta manera considerar la falta de adherencia cuando existe un fracaso terapéutico.

CONCLUSIÓN

El principal hallazgo del estudio es la adherencia terapéutica parcial de los pacientes con enfermedades reumáticas. Esto se evidenció con los resultados del test de Morisky-Green al reportarse una adherencia del 67.3%.

Este estudio no demostró asociación entre la adherencia y los factores sociodemográficos, la capacidad funcional, el grado de depresión, ni el tipo de tratamiento (uso de FARME biológicos), que podrían influir en la adherencia al tratamiento, sin embargo cabe mencionar que el número de pacientes incluidos en este estudio no fue el adecuado para tener significancia estadística.

Debido a que el estudio se realizó en una población con derechohabiente llama la atención que la principal causa de falta de adherencia al tratamiento sea el desabasto institucional de medicamentos, por lo que es necesario buscar de manera multidisciplinaria una solución administrativa a esta problemática y hacer hincapié en la educación del paciente sobre su enfermedad y la importancia del apego al tratamiento médico.

Serán necesarios más estudios institucionales con una mayor cantidad de pacientes para seguir investigando los factores asociados a la adherencia terapéutica en este grupo de enfermedades.

REFERENCIAS

1. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2000; 39 (2): 3-12
2. Brault MW, Hootman J, Helmick CG, Theis KA, Armour BS. Prevalence and most common causes of disability among adults United States, 2005. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2009; 58(16):421– 6
3. Hootman JM, Helmick CG. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthritis Rheum* 2006; 54 (1): 226–9.
4. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, et al Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. *Arthritis Rheum*. 2008, 58(1):15–25
5. Morales-Romero J, Cázares-Méndez JM, Gamez- Nava JI, et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Reumatol Clin*. 2005;1(2):87-94.
6. Anghel LA, Farcas AM, Opream RN. Medication adherence and persistence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a narrative review. *Patient Preference and Adherence*. 2018; 12: 1151–66
7. Martín-Alfonso L, Sairo-Agramonte M, Bayarre-Vea H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003; 19(2): 0-0.
8. Conthe P, Márquez-Contreras E, Aliaga-Pérez A, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp*. 2014; 214 (6): 336-44.
9. Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R, Brouwers MC, Oliver T. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Library*. 1999.
10. Farinha F, Freitas F, Águeda A, et al. A concerns of patients with systemic lupus erythematosus and adherence to therapy – a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*. 2017;11:1213-19.
11. Robin DiMatteo M. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 271, 79–83.
12. Flórez I. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av Enferm*. 2009;27:25-32
13. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008; 11:44-7

14. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic Alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68:438-50.
15. Nogués-Solán X, Solri-Redó ML, Villar-García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna.* 2007; 24(3): 138-41.
16. Buckwalter KC, Wakefield BJ, Hanna B, Lehmann J. New technology for medication adherence: Electronically managed medication dispensing system. *J Gerontol Nurs* 2004; 30: 5-8.
17. Ros I, Codina C, Roca M, et al. Análisis preliminar de la adherencia al tratamiento de la osteoporosis. Comparación de distintos métodos de evaluación. *Rev Esp Enferm Metab Oseas.* 2002; 11 (3): 92-6.
18. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica. *Pharmaceutical care España.* 2012; 14 (4): 162.
19. Burrell A, Wong P, Ollendorf D, et al. Defining compliance/ adherence and persistence: ISPOR Special Interest Working Group. *Value in Health.* 2005; 8 (6): A194-A195.
20. Buchanan, A. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychol Med.* 1992; 22 (3): 787-97.
21. Belgrave LL, Wykle ML, Cogan D, Perez-Herniaz H. Race and compliance with hypertension treatment. *Sociological Abstracts.* 1997.
22. Fotheringham MJ, Sawyer MG. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *Journal of Pediatrics and Child Health,* 1995, 31 (2): 72-8.
23. Pinzone HA, Carlson BW, Kotses H, et al. Prediction of asthma episodes in children using peak expiratory flow rates, medication compliance, and exercise data. *Annals of Allergy,* 1991, 67 (5):481- 6.
24. Rose LE, Kim MT, Dennison CR, et al. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing,* 2000, 32 (3): 587-94.
25. Ciechanowski, PS, Katon, WJ, and Russo, JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine,* 2000; 160 (21): 3278-85.
26. Nichols-English G, Poirier S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *Journal of the American Pharmaceutical Association.* 2000; 40(4):475-85.

27. Gupta K, Horne R. The influence of health beliefs on the presentation and consultation outcome in patients with chemical sensitivities. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, 50 (3):131-37.
28. Vitaliano PP, Scanlan JM, Zhang J, et al. Are the salutogenic effects of social supports modified by income? A test of an "added value hypothesis." *Health Psychology*. 2001; 20 (3), 155–165.
29. Alferi, SM, Carver, CS, Antoni, MH, et al. An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*. 2001; 20(1): 41–6.
30. Soria-Trujano R, Vega-Valero CZ, Nava-Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern Psicol*. 2009; 14(20): 89-103.
31. Costedoat-Chalumeau N, Pouchot J, Guettrot-Imbert G, et al. Adherence to treatment in systemic lupus erythematosus patients. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010; 5(3): 313-26
32. Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, et al. Adherence in chronic disease. *Annu Rev Nurs Res*. 2000;1 8 (1):49 – 90.
33. Chambers SA, Allen E, Rahman A, Isenberg D. Damage and mortality in a group of British patients with systemic lupus erythematosus followed up for over 10 years. *Rheumatology*. 2009;48(6):673 –5.
34. Murillo-Villanueva K, Álvarez-Hernández E. Características de la adherencia en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatol Clín*. 2018;14 Ext.1: 149
35. Maneiro JR, Salgado E, Gomez-Reino JJ. Immunogenicity of monoclonal antibodies against tumor necrosis factor used in chronic immunemediated inflammatory conditions: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2013;173(15):1416–28.
36. De Achaval S, Suarez-Almazor ME. Improving treatment adherence in patients with rheumatologic disease. *J Musculoskelet Med*. 2010; 27(10):1691476.
37. Álvarez-Hernández E, Upegui-Arango LD, Vázquez-Mellado J, et al. *Reumatol Clín*. 2017;13 Ext.1: 127.
38. Harrold LR, Mazor KM, Velten S, et al. Patients and providers view gout differently: a qualitative study. *Chronic Illn*. 2010;6(4):263–71.
39. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2008;28(4):437–43.

40. Harrold LR, Andrade SE, Briesacher BA, et al. Adherence with urate-lowering therapies for the treatment of gout. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(2): 46.
41. De Vera MA, Marcotte G, Rai S, et al. Medication adherence in gout: a systematic review. *Arthritis Care Res.* 2014; 66(10):1551–9.
42. Scheepers LE, Van Onna M, Stehouwer CD, et al. Medication adherence among patients with gout: A systematic review and metaanalysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2018; 47 (5): 689-702.
43. Murage MJ, Tongbram V, Feldman SR, et al. Medication adherence and persistence in patients with rheumatoid arthritis, psoriasis, and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *Patient Preference and Adherence.* 2018; 12: 1483–503
44. Chastek B, Fox KM, Watson C, et al. Etanercept and adalimumab treatment patterns in psoriatic arthritis patients enrolled in a commercial health plan. *Adv Ther.* 2012;29(8):691–7.
45. Lyu R, Govoni M, Ding Q, et al. Treatment persistence among patients with rheumatoid disease (RA, AS, PsA) treated with subcutaneous biologics in Germany. *Rheumatol Int.* 2016;36(1):143– 53
46. Galo JS, Mehat P, Rai SK, et al. What are the effects of medication adherence interventions in rheumatic diseases: a systematic review. *Ann Rheum Dis.* 2015; 75 (4): 667-73.
47. De Klerk E, Van der Linden SJ. Compliance monitoring of NSAID drug therapy in ankylosing spondylitis, experiences with an electronic monitoring device. *Rheumatology.* 1996;35(1):60–5
48. Arturi P, Schneeberger EE, Sommerfleck F, et al. Adherence to treatment in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol.* 2013;32(7):1007–15.
49. Van Den Bemt BJ, Zwikker HE, Van Den Ende CH, et al. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Review of Clinical Immunology.* 2012; 8 (4): 337–51.
50. Mehat P, Atiquzzaman M, Esdaile JM, et al. Medication nonadherence in systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Arthritis Care & Research.* 2017; 69 (11): 1706-13.
51. Mazur-Nicorici L, Sadovici-Bobeica V, Garabajiu M, Mazur M. Therapeutic adherence in patients with systemic lupus erythematosus: a cross - sectional study. *Rom J Intern Med.* 2018: 1 – 13
52. Goh H, Kwan YH, Seah Y, et al. A systematic review of the barriers affecting medication adherence in patients with rheumatic diseases. *Rheumatol Int.* 2017; 37(10):1619-28.

53. Perez-Ruiz F, Desideri G. Improving adherence to gout therapy: an expert review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2018;14 793–802

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo, el/la paciente: _____
con clave ISSEMyM: _____ entiendo que se me está invitando a participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación titulado: **“Factores asociados a la adherencia y alianza terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec”** que se llevará a cabo en el Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, así mismo dicho trabajo de investigación formará parte de un estudio multicéntrico que se llevará a cabo en diferentes centros reumatológicos. Manifiesto que he sido ampliamente informado y que comprendo lo que a continuación se menciona:

Objetivo del estudio

Comprendo que el objetivo de este estudio es determinar las principales determinantes que influyen en el seguimiento del paciente de las recomendaciones dados por el médico tratante (adherencia al tratamiento) en pacientes con enfermedades reumáticas del Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Procedimientos del estudio

Se me ha explicado y comprendo que mi participación consistirá en responder un cuestionario sobre mi tratamiento, calidad de vida, funcionalidad y estado de ánimo, el cual tomará aproximadamente 20 minutos y en todo momento podré resolver mis dudas con el médico investigador que me entreviste.

Beneficios del estudio

Se me ha hecho saber que este proyecto de investigación ayudará a conocer las principales causas que intervienen para que un paciente cumpla o no las recomendaciones del médico tratante.

Riesgos asociados con el estudio

Durante mi participación en este estudio, no existen riesgos. Si alguna de las preguntas me hicieran sentir un poco incómodo(a), tengo el derecho de no responderla.

Aclaraciones

Se me ha informado y entiendo que:

2. Mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
3. Tengo el derecho de que me resuelvan todas las dudas que puedan surgirme respecto a este proyecto de investigación.
4. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mi en caso de no aceptar participar.
5. Conservo mi derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se me proporciona en este Centro Médico, pudiendo informar o no las razones de mi decisión.
6. No tendré que hacer algún gasto durante el proyecto de investigación.
7. No recibiré pago por mi participación.
8. Tengo derecho a solicitar información actualizada sobre el proyecto de investigación.
9. La información que se obtenga en este proyecto será mantenida con confidencialidad por los investigadores.
10. En caso de que desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, no recibiré indemnización por parte del ISSEMyM.
11. Afirmando que este documento de Consentimiento Informado se realizó por duplicado y se me entregó un ejemplar.

12. Conozco los datos para contactar a los investigadores los cuales son: **Dra. Adriana Concepción Lobato Belmonte Médico Residente de Medicina Interna Centro Médico ISSEMyM Ecatepec Av. del Trabajo s/n, esq. Av. Revolución No. 3030, Col. El Carmen, 55000, Ecatepec de Morelos. Teléfono: (01 55) 58 36 99 10 Correo electrónico: addylb_2122@hotmail.com**

Dr. Julio César Casasola Vargas. Médico adscrito al servicio de Reumatología del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec Av. del Trabajo s/n, esq. Av. Revolución No. 3030, Col. El Carmen, 55000, Ecatepec de Morelos. Teléfono: (01 55) 58 36 99 10 Correo electrónico: cassvarg@hotmail.com

Habiendo considerado todo lo anterior **ACEPTO** de manera **voluntaria** participar en el proyecto de investigación y firmo de conformidad.

Nombre y Firma del paciente: _____

Nombre y Firma de investigador: _____

Testigo 1

Nombre: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Parentesco: _____

Testigo 2

Nombre: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Parentesco: _____

ANEXO I: CUESTIONARIO PARA LA REGLA AMAI NSE 8X7

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

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

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

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

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

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

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

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

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27

16-20	32
21 o más	46

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

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento	0
Otro tipo de material o acabado	11

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

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

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

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar,

¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

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

Anexo II

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA Y ALIANZA TERAPÉUTICA

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad _____

Estado civil: _____ Ocupación _____

Diagnóstico _____

Tiempo de evolución: _____

Primera visita 1

Subsecuente 2

Llenado por:

El paciente 1

Familiar(es)/acompañante(s) 2

El paciente y el encuestador 3

Solo el encuestador 4

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Dosis en miligramos por toma	Número de tabletas por dosis	*Frecuencia (Ver el listado en la parte inferior)
0) Ejemplo: Prednisona	7.5	1 ½	1
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			

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

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

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

Si usted no dejó de tomar ninguna dosis pase a la pregunta 3. Llene la tabla que sigue usando un renglón para cada medicamento que usted está tomando. En la tabla se le pregunta el número de DOSIS y no el número de PASTILLAS que dejó de tomar. (En caso de dudas solicite ayuda del encuestador)

Nombre de los medicamentos	CUANTAS DOSIS <u>DEJÓ</u> DE TOMAR ...						
	Ayer	Hace 2 días	Hace 3 días	Hace 4 días	Hace 5 días	Hace 6 días	Hace 7 días

Todo el tiempo 0

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

Si 1

No 2

7) ¿Toma usted el medicamento durante todo el tiempo que le recomendó su médico?

Siempre 4

La mayor parte del tiempo 3

La mitad del tiempo 2

Algunas veces 1

Nunca 0

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

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

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

Por favor marque una casilla en cada pregunta.

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

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

Si 0 (pase a la pregunta 10)

No 1 (llene el cuadro 9.1)

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

No me alcanza el dinero	1
Considero que es mucho medicamento	2
No tienen en la farmacia de la institución (desabasto institucional)	3
Otros motivos (especifique) _____	4

10) Usted es atendido por el mismo médico:

- Siempre 0
 Frecuentemente 1
 Nunca 2

11) ¿Cuánto tiempo le dedica su médico en cada consulta?
(1 = 0-10 min y 0 = >10 min)

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

- Si 0
 No 1

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

- Si 0 (pase a la pregunta 14)
 No 1 ¿Por qué?

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

- Si 0 (Pase a la pregunta 16)
 No 1 (Pase a la pregunta 15)

15) ¿Por qué razón no pregunta a su médico

- a) Porque mi médico no me escucha 1
 b) No hay suficiente confianza entre mi médico y yo 2
 c) Considero que mis dudas no son importantes 3
 d) Otros motivos:(Especifique) _____ 4

16) Sigue todas las indicaciones y recomendaciones que le menciona su médico

- Si 0 (pase a la pregunta 17)
 No 1 ¿Por qué?
-

17) Acostumbra buscar más información acerca de la enfermedad que tiene y de los medicamentos que usa

- Si 0 Llene la pregunta 17.1
 No 1 ¿Por qué?: _____

17.1) Si contesto si a la pregunta previa, que fuente de información utiliza

- a. Internet 1
 b. Televisión 2
 c. Radio 3

- d. Libros/revistas 4
 - e. Opinión de otros médicos 5
 - f. Opinión de familiares o amigos 6
 - g. Otra (especifique) 7
-

18) Cuando no está de acuerdo con lo que su médico le indicó, usted que hace:

- h. Lo comento con mi médico 0
 - i. Lo tomo a pesar de no estar de acuerdo 1
 - j. Cambio el medicamento por otro y le aviso al médico 2
 - k. Cambio el medicamento por otro y no le aviso al médico 3
 - l. No tomo el medicamento y no lo comento con el médico 4
 - m. Otro (especifique) _____
-

19) Cuando decide no tomar el medicamento que le recetaron o cambiarlo por otro medicamento que no le dio su médico ¿Qué decisión toma usted?

- n. Toma la decisión usted solo (a) 3
- o. Lo comenta con su familia o amigos 2
- p. Lo comenta con otro médico 1
- q. Lo comenta con su propio médico 0

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

Anexo III

EQ5D (EuroQol five dimensions' questionnaire)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su salud el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

Actividades Cotidianas (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas actividades familiares o recreativas)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar moderados
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Para ayudar a la gente a describir que tan bueno o que tan malo es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, que tan bueno o que tan malo es su estado de salud el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique que tan bueno o que tan malo es su estado de salud el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

El mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado
de salud

ANEXO IV HAQ (Health Assesment Questionnarie):

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

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

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

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

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

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

Anexo V Inventario de Beck

Este inventario consiste en una serie de **21** grupos de oraciones.

Por favor lea cuidadosamente cada grupo y escoja la oración que describa mejor como se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy. Marque con una "x" la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque sólo una. Asegúrese de leer todas las frases en cada grupo antes de contestar.

Gracias.

1. Estado de ánimo

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado (a) acerca del futuro.
- 1 Me siento desanimado (a) acerca del futuro.
- 2 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
- 3 Siento que no hay esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento como un fracasado (a).
- 1 Siento que he fracasado más que otras personas.
- 2 Conforme veo atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un completo fracaso.

4. Insatisfacción

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
- 1 No disfruto de las cosas como antes.
- 2 Ya no tengo satisfacción de nada.
- 3 Estoy molesto (a) e insatisfecho (a) con todos.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento culpable.
- 1 En algunos momentos me siento culpable.
- 2 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que seré castigado (a).
- 1 Siento que seré castigado (a).
- 2 Creo que seré castigado (a).
- 3 Siento que estoy siendo castigado (a).

7. Odio a sí mismo

- 0 No me siento descontento (a) conmigo mismo.
- 1 Me siento descontento (a) conmigo mismo.
- 2 Me siento a disgusto conmigo mismo.
- 3 Me odio a mi mismo.

8. Autoacusación

- 0 No siento que sea peor que otros.
- 1 Me criticó a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Impulsos suicidas

- 0 No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
- 1 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
- 2 Quisiera suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10. Períodos de llanto

- 0 No lloro más que de costumbre.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro todo el tiempo.
- 3 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

11. Irritabilidad

- 0 Ahora no estoy más irritable que antes.
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2 Me siento irritado (a) todo el tiempo.
- 3 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.

12. Aislamiento social

- 0 No he perdido el interés en la gente.
- 1 No me interesa la gente como antes.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
- 3 He perdido todo el interés en la gente.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
- 2 Se me dificulta tomar decisiones.
- 3 No puedo tomar decisiones en nada.

14. Imagen corporal

- 0 No siento que me vea más feo (a) que antes.
- 1 Me preocupa que me vea feo (a) y viejo (a).
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo (a).
- 3 Me siento feo (a) y repulsivo (a).

15. Capacidad laboral

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 Tengo que hacer un trabajo extra para iniciar algo.
- 2 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
- 3 No puedo trabajar para nada.

16. Trastornos del sueño

- 0 Duermo tan bien como antes.
- 1 No duermo tan bien como antes.

- 2 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
- 3 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.

17. Cansancio

- 0 No me canso más de lo habitual.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
- 3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa

18. Pérdida de apetito

- 0 Mi apetito es igual que siempre.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2 Casi no tengo apetito.
- 3 No tengo apetito en lo absoluto.

19. Pérdida de peso

- 0 No he perdido peso o casi nada.
 - 1 He perdido más de 2.5 kilos.
 - 2 He perdido más de 5 kilos.
 - 3 He perdido más de 7.5 kilos.
- (Estoy a dieta: SI _____ NO _____)

20. Hipocondría

- 0 Mi salud no me preocupa más que antes.
- 1 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
- 2 Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
- 3 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.

21. Libido

- 0 Mi interés por el sexo es igual que antes.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo VI
Morisky Green

Tabla 1. Cuestionario de Morisky-Green

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

ANEXO VII: CUESTIONARIO DE COMORBILIDADES

COMORBILIDADES						
	¿Padece alguna de estas enfermedades?		¿Recibe tratamiento		¿Limita sus actividades cotidianas?	
	SI ()	No ()	Si ()	No ()	SI ()	No ()
Hipertensión Arterial	SI ()	No ()	Si ()	No ()	SI ()	No ()
Diabetes Mellitus 2	SI ()	No ()	SI ()	No ()	SI ()	No ()
Hipotiroidismo	SI ()	No ()	SI ()	No ()	SI ()	No ()
Fibromialgia	SI ()	No ()	SI ()	No ()	SI ()	No ()
Trastorno depresivo/ansioso	SI ()	No ()	SI ()	No ()	SI ()	No ()
Osteoporosis	SI ()	No ()	SI ()	No ()	SI ()	No ()
Osteoartritis	SI ()	No ()	SI ()	No ()	SI ()	No ()