

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Validación del MD- HAQ (Multidimensional health assesment questionnaire) en un grupo de pacientes con artritis reumatoide del Hospital Nacional Dos de Mayo

TESIS Para optar el Título de: MEDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA

AUTOR:

Marie Maldonado Aucchahuallpa

ASESOR Luis Andrade Vargas ; Arquímedes Hidalgo García

LIMA – PERÚ 2005

DEDICATORIA

A mis padres por haberme dado la vida y haber forjado en mí lo que ahora soy

A mis hermanas por su cariño y apoyo incondicional

A los señores médicos que guiaron mis pasos durante los tres años de residentado médico
en la especialidad de Reumatología

RESUMEN

Objetivo: Validar el cuestionario MD-HAQ en pacientes con artritis reumatoide que acuden al servicio de Reumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal descriptivo. El número de pacientes evaluados fue 196, que se incluyeron entre junio y diciembre del 2004 si tenían: 1) diagnóstico de AR de acuerdo a los Criterios del ACR, 2) edad mayor a 16 años, 3) no padecer otras enfermedades del tejido conectivo o crónicas, 4) no cirugía mayor los últimos 3 meses, 5) no ser analfabetos.

Los pacientes firmaban un consentimiento informado, completaban el cuestionario en forma autoadministrada, se realizó el conteo articular; se obtuvo el grado funcional de acuerdo a la clasificación de Steinbrocker. Se consignaron los datos de VSG, PCR y látex; se observó la realización de 4 actividades físicas en el consultorio y similar evaluación se realizó un periodo después en los mismos pacientes

Toda evaluación estadística se realizó a un nivel de significancia de 5%.

Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 10,0

Resultados: 42% eran amas de casa, 76% son mujeres, predominó el grupo etáreo de 31 a 50 años y el 80% era FR positivo; el 37% tenía nivel primario

Viabilidad: el 100% llenó el cuestionario, tiempo de llenado promedio 11 minutos,

Validez de criterio: correlación entre MDHAQ y observación directa fue alta (0,70)

Validez discriminativa: sensibilidad del instrumento para detectar cambios clínicamente útiles en un mismo paciente luego de un periodo de 32 días; MDHAQ -a y EVA -a ($r = 0.60$)

Validez de constructo: magnitud de variación de cambios en los puntajes MDHAQ de 1ra y 2da evaluación, en relación a clase funcional de Steinbrocker; los cambios fueron significativos a mayor clase funcional

Conclusión: el MDHAQ es un instrumento válido para medir la capacidad funcional en los pacientes con artritis reumatoide

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

¿Se puede aplicar y validar el MD-HAQ en los pacientes con artritis reumatoide del Hospital Nacional Dos de Mayo para detectar cambios globales en su seguimiento?

II. OBJETIVO.-

Validar el cuestionario MD-HAQ en pacientes con artritis reumatoide que acuden al servicio de Reumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo

III. INTRODUCCIÓN.-

Siendo la artritis reumatoide una enfermedad inflamatoria sistémica , con gran impacto en la vida del paciente al producir deformación y destrucción articular; lo que ocasiona reducción de la capacidad funcional, limitación de sus tareas de la vida diaria, baja productividad y retiro ocupacional prematuro; es importante mantener un nivel de funcionalidad lo más adecuado posible desde el inicio de la enfermedad.

La discapacidad puede y debe ser medida a través de cuestionarios como el MD-HAQ (Multidimensional Health Assessment Questionnaire) que es un instrumento de evaluación integral de la salud del paciente con AR y es factible de usar en nuestro medio; pues reúne los atributos básicos para ser considerado un instrumento válido: por otro lado da información al clínico de una manera práctica.

Sabiendo que el compromiso funcional inicial es un factor de mal pronóstico en artritis reumatoide, se realiza este trabajo de investigación para evaluar el instrumento que evalúe la discapacidad producida por la enfermedad.

IV. MARCO TEÓRICO.-

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica de causa desconocida, que afecta fundamentalmente las articulaciones, ocasionando deformación, destrucción progresiva y alterando la calidad de vida, con disminución en la tasa de supervivencia. Todo ello ocasiona un gran impacto en la vida del paciente y sus familiares al causar reducción de la capacidad funcional que a menudo impide la realización de las actividades de la vida diaria, incluso las de autoatención. (1)

Existen aproximadamente 22 000 nuevos casos de AR cada año en el Reino Unido y 55% de ellos están dentro de la población económicamente activa (5)

La capacidad funcional disminuye con relación al tiempo de evolución de la enfermedad y es considerado como un factor de mal pronóstico (1)

A pesar de que existen ciertas evidencias en la actualidad, de que el pronóstico de la AR ha mejorado, probablemente por la introducción precoz de la terapia modificadora de la enfermedad; aún existen pacientes con enfermedad altamente discapacitante con curso clínico rápidamente progresivo y marcada discapacidad, que resulta en pérdida de trabajo y/o dependencia de otras personas.

En algunas series un 20 a 50% tiene algún grado de discapacidad laboral dentro de los primeros 10 años de evolución de la enfermedad, en otros no alcanza el 10% en 16 años de seguimiento, pero es necesario recordar que el curso clínico varía entre cada individuo (2)

En Estados Unidos reportan tasas de discapacidad por AR entre 22 a 85% (5)

En los últimos años se han realizado diferentes estudios para intentar establecer el pronóstico de la AR, siendo uno de los factores de mal pronóstico el grado de discapacidad al inicio de la enfermedad (2)

La capacidad funcional depende fundamentalmente de la actividad inflamatoria de la enfermedad y de las lesiones estructurales en las articulaciones que ocasiona dicha actividad; el daño estructural importante limita sustancialmente la capacidad funcional. Su valoración al inicio de la enfermedad es muy importante, pues es un factor pronóstico de mayor gravedad; si bien el deterioro es continuo, se ha determinado que es mayor durante los dos primeros años de la enfermedad y que este periodo es de vital importancia en definir el curso posterior (20)

Pincus observó una morbilidad incrementada en pacientes con disfunción severa y que tenían un riesgo relativo 3 veces mayor de mortalidad en los siguientes 9 años y una supervivencia a 5 años menor al 50%.

Este investigador también evaluó la capacidad de trabajo en 75 pacientes (menores de 55 años) con AR durante 9 años: 27 de ellos trabajaban al inicio de la enfermedad, solamente 11 al año (1º evaluación) y a los 9 años sólo 4

Es importante el cuidado integral del paciente con AR, particularmente desde el punto de vista funcional, tratando de mantener un nivel de funcionalidad lo más adecuado posible(1)

Diversos estudios han evaluado la discapacidad como efecto directo de la pérdida funcional en la vida de los pacientes (6)

La Asociación Americana de Reumatología (ARA) definió hace muchos años en cuatro clases la capacidad funcional de los pacientes con AR, pero dicha evaluación es muy inexacta y cada vez se utiliza menos (3)

Se han desarrollado una serie de cuestionarios autoaplicados para intentar cuantificar la capacidad funcional, siendo el más utilizado desde 1980 el HAQ (Health Assessment Questionnaire). El HAQ-DI (índice de discapacidad – cuestionario de evaluación del estado de salud) se desarrolló inicialmente a fines de 1970 bajo el auspicio del Centro de Artritis de Stanford, fue muchas veces validado y utilizado para evaluar la influencia a largo plazo de muchas enfermedades crónicas; fue adoptado en 1980 por el Arthritis, Rheumatism and Aging Medical Information System (ARAMIS) para aplicarlo en pacientes con AR (8).

El HAQ completo es un instrumento que mide el índice de capacidad funcional y que se aplica a todos los pacientes con artritis reumatoide, requiriendo 40 a 50 minutos para que el paciente lo complete. El índice de capacidad funcional es la parte del HAQ más utilizado y valora la discapacidad con 20 preguntas agrupadas en 8 categorías, que abarcan distintas actividades de la vida diaria, cada una se puntúa de 0 a 3 (0 : realización normal de la actividad, 3 : imposibilidad total) (3).

El MHAQ es un cuestionario modificado del HAQ (una versión acortada del índice de Capacidad Funcional del HAQ que tiene 8 items)

La importancia de este parámetro de valoración clínica (capacidad funcional) radica en su asociación con mayor morbilidad y mortalidad y su sensibilidad al cambio a lo largo de la enfermedad (21)

Existiendo ya cuestionarios (en inglés) para la evaluación del paciente con artritis reumatoide, será preciso elaborar otros instrumentos o solamente traducir y adaptar los ya existentes para su uso en nuestra

población (21). El HAQ original se ha modificado varias veces y en diversos países de acuerdo a su realidad.

El MDHAQ es un instrumento que contiene al MHAQ y valora otros aspectos del paciente con AR como escala visual análoga (EVA) de dolor, fatiga y estado de salud; además síntomas generales y aspectos psicológicos, tal instrumento puede ser útil en la práctica diaria ya que se puede adaptar y aplicar en nuestro medio; pues no todos evaluamos en cada consulta el estado de salud de los pacientes reumatoides y debido a que es un marcador pronóstico es menester su aplicación de rutina.

El MDHAQ, que incluye una versión del MHAQ, pretende ser un HAQ completo más práctico para aplicarlo en la rutina diaria; tiene la virtud de introducir preguntas sobre actividades recreativas y de deportes que no incluye ninguno de los instrumentos utilizados regularmente en la evaluación de la capacidad funcional.

ATRIBUTOS DEL INSTRUMENTO .- los siguientes son los atributos que debe reunir un instrumento de medición:

- 1. Viabilidad (factibilidad).**- es posible su aplicación en las personas de nuestro medio
- 2. Reproducibilidad.**- luego de la traducción y retraducción sí es posible su reproducción en las mismas condiciones
- 3. Validez de criterio.**- investiga la precisión, fiabilidad, consistencia del instrumento y puede ser evaluado al comparar el instrumento con otra medición más precisa (ej. instrumento contra la verificación directa de las actividades preguntadas)

4. **Validez discriminativa (sensibilidad al cambio).**- es la capacidad de detectar cambios en la condición de salud del paciente, quiere decir si la condición cambia, el instrumento también cambia positiva o negativamente. Sólo se puede probar en función de pacientes que experimentan dichos cambios y no en los que permanecen estables en su condición clínica
5. **Validez de constructo.**- un constructo es un concepto añadido de haber sido inventado o adoptado para un propósito científico especial. Es el criterio metodológico más importante para validar escalas funcionales.

Se compara el desempeño del instrumento contra otras mediciones similares (clase funcional de Steinbrocker, variables de actividad como dolor, rigidez matutina)

Como no existen patrones de oro , se compara el instrumento con otros que midan conceptos semejantes
6. **Validez aparente.**- si los componentes miden lo que pretenden medir. Se da de acuerdo a la opinión del médico que evalúa al paciente
7. **Validez de contenido.**- estudia la coherencia entre los componentes y el índice de discapacidad, examinando las correlaciones entre éstos

V. **METODOLOGÍA.**

Tipo de estudio: Estudio prospectivo longitudinal descriptivo para evaluar la aplicabilidad y determinar el estado funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide del Hospital Nacional Dos de Mayo, entre los meses de junio y diciembre del 2004

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.-

Tamaño muestral: el número de pacientes para evaluar el estado funcional se determinó mediante el diseño de muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta que el objetivo principal es validar el cuestionario se consideró un 15% de error de respuesta entre la primera y segunda medición, un nivel de significancia al 5% y un error de precisión al 5%. El cálculo de la muestra se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$n = Z_{\text{alfa}}^2 PQ / E^2$$

Donde

Z: nivel de significancia

P: error de respuesta entre la primera y segunda medición

Q: (1 - P)

E: Error de precisión. (generalmente es 5%)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.15)(0.85)}{(0.05)^2} = 196$$

Población de estudio: en el presente estudio se evaluaron 212 pacientes que acudieron al servicio de Reumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de junio a diciembre del 2004, de los cuales se incluyeron 200 que cumplían con los siguientes criterios:

1. Diagnóstico de artritis reumatoide de acuerdo a los Criterios de Clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) (28)
2. Edad mayor a 16 años
3. No padecer otras enfermedades del tejido conectivo o crónicas (asma, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, tiroideas)

4. No haber sido sometido a cirugía mayor (tórax, abdomen, pelvis) en los últimos 3 meses
5. No ser analfabetos

Se excluyeron 12 pacientes por padecer hipotiroidismo, diabetes mellitus y esquizofrenia y 4 no acudieron a la reevaluación

Instrumento: El MD-HAQ es un instrumento que consiste en:

- a) una versión modificada del HAQ, con tres preguntas sobre aspectos psicológicos del paciente
- b) escalas visuales análogas, de parte del paciente de:
 1. dolor
 2. actividad global de la enfermedad
 3. fatiga
- c) información clínica de síntomas generales, datos demográficos y un consentimiento informado del paciente para llenar cuestionarios y permitir su uso en estudios clínicos (ver anexos 1 y 5)

El sistema de puntuación en relación a las actividades de la vida diaria es semejante al HAQ original: “sin dificultad”= 0, “con algo de dificultad”= 1, “con mucha dificultad”= 2, “incapaz de hacerlo”= 3

El puntaje de cada componente es determinado por la anotación más alta de cualquiera de sus preguntas

El índice se calcula sumando los puntajes de los items 1 a 10 y se divide entre 10

Técnica de recolección de datos:

- Los médicos del servicio de Reumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo citaron a todos los pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de artritis reumatoide que acudieron al consultorio externo durante los meses junio a diciembre del 2 004 para que el investigador dé la orientación correspondiente, luego se obtuvo un consentimiento informado de su participación en el estudio (anexo 5)
- Los pacientes que aceptaron participar del estudio, completaron el cuestionario MDHAQ (ver anexo 1) de forma autoadministrada.
- Luego se realizó el conteo articular (articulaciones dolorosas, hinchadas y con limitación) por el investigador, transcribiendo a una ficha para obtener el índice articular (ver anexo 2).
 - Se obtuvo el grado funcional de acuerdo a la clasificación de Steinbrocker (ver anexo 3).
 - Se consignaron los datos de VSG, PCR y látex (solicitados en la primera evaluación).
 - Se observó la realización de 4 actividades físicas en el consultorio, calificando en una escala de 0 a 3 (ver anexo 4)
 - Similar evaluación se realizó un periodo después en los mismos pacientes, quiere decir que se realizó un seguimiento a corto plazo (a criterio del médico tratante), evaluando todos los aspectos para así valorar la sensibilidad al cambio

Análisis estadístico: Las evaluaciones estadísticas, incluyen tabulaciones descriptivas (estadísticas de resumen, cuadros de salida y gráficos) de las características clínicas de los pacientes. Se realizó el análisis de la variación de la capacidad funcional mediante la estadística de prueba tstudent para

medidas repetidas cuando los datos son cuantitativos o la estadística de prueba McNemar para datos cualitativos. Así mismo, el cambio del conteo articular y la clase funcional se determinó mediante la estadística de prueba McNemar. Finalmente se correlacionaron los ítems referidos a la capacidad funcional de los pacientes mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Toda evaluación estadística se realizó a un nivel de significancia de 5%. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 10,0

VII. RESULTADOS.-

1. Características de los pacientes.-

TABLA 1

	n	%
Total	200	
Edad		
Mediana / rango	42 / (20 – 74)	
Grupo etáreo		
17 - 30	28	14
31 – 40	62	31
41 – 50	46	23
51 – 60	39	20
> 60	25	13
Sexo		
Femenino	152	76
Masculino	48	24
Educación		
Primaria	75	37
Secundaria	61	31
Técnico	25	13
Superior	39	19
Estado civil		
Soltero	53	27
Conviviente	25	13
Casado	92	46
Divorciado	10	5
Viudo	20	10

En esta tabla se muestran algunas características socio-demográficas de los pacientes evaluados

La mayoría de los pacientes (54%) tenía entre 31 a 50 años, fueron en su mayoría mujeres (76 %)

El 36% recibió educación primaria

TABLA 2: Ocupación de los pacientes

	n	%
Total	200	100
Su casa	85	42.5
Comerciante	19	9.5
Agricultor	18	9
Estudiante	15	7.5
Empleada	10	5
Obrero	10	5
Profesor	10	5
Administración	9	4.5
Otros	16	8
No trabaja	8	4

Aquí se aprecia que el mayor porcentaje de los pacientes son amas de casa (42%)

TABLA 3: Procedencia de los pacientes

	n	%
LIMA CERCADO	88	44.0
CONO ESTE	46	23.0
CONO NORTE	13	6.5
CONO OESTE	1	0.5
CONO SUR	18	9.0
PIURA	2	1.0
APURIMAC	3	1.5
AREQUIPA	2	1.0
HUANCAYO	3	1.5
CUSCO	2	1.0
PUNO	2	1.0
BARRANCA	3	1.5
HUARAL	1	0.5
HUARMEY	1	0.5
HUACHO	2	1.0
CHANCAY	6	3.0
CANTA	2	1.0
CHILCA	2	1.0
CHINCHA	1	0.5
CAÑETE	2	1.0
Total	200	100

Los pacientes procedían de diversos lugares, con mayor frecuencia del mercado de Lima (jurisdicción del hospital)

2. Diagnóstico.-

TABLA 4

	n	%
Total	200	
Conoce su diagnóstico		
Artritis	55	28
Artritis reumatoide	121	61
Osteoartritis	5	3
Desconocido	19	10
Tiempo de enfermedad		
< 2 años	33	17
2 – 6 años	83	41
> 6 años	84	42

El 61% de los pacientes conoce el nombre de su enfermedad , mientras que un 10% no

El 42% de los pacientes tiene >6 años de enfermedad

3. Morbilidad asociada.-

TABLA 5

SINTOMAS ASOCIADOS A AR:	Casos	Porcentaje
Boca seca	58	29%
Fatiga inusual	46	23%
Pérdida de apetito	46	23%
Dolor de cuello	38	19%
Dificultad para pasar alimentos	37	19%
Sensación de falta de aire	26	13%
Sequedad en los ojos	25	13%
Adormecimiento u hormigueo de brazos o piernas	18	9%
SINTOMAS SECUNDARIOS A LA ENFERMEDAD:		
Ansiedad, sentirse nervioso	48	24%
Problemas para dormir	37	19%
Depresión, melancolía	27	14%
Problemas con las actividades sociales	18	9%
SINTOMAS ASOCIADOS A POLIFARMACIA:		
Acidez o gases en el estómago	39	20%
Náuseas	19	10%
Vómitos	2	1%
Heces oscuras o sanguinolentas	2	1%
SINTOMAS ASOCIADOS A PROBLEMAS SEXUALES		
Problemas sexuales	13	7%
Problemas ginecológicos (mujeres)	5	3%
Quemazón en órganos sexuales	3	2%

En esta tabla destacan la boca seca, fatiga y pérdida del apetito como síntomas asociados a su enfermedad; también la ansiedad y el insomnio es frecuente. Por otro lado los síntomas dispépsicos asociados a los medicamentos sobretodo lo presenta un grupo considerable

Es importante recordar que la artritis reumatoide produce limitación funcional en todas las actividades del individuo, incluida la esfera sexual

4. Laboratorio.- el 80% de los pacientes tenían factor reumatoide positivo

TABLA 6

	n	%
Total	200	
Velocidad de sedimentación		
Mediana / rango	20 / (8 - 68)	
Proteína C reactiva		
Mediana / rango	3 / (0 - 35)	
Factor reumatoide		
Positivo	160	80
Negativo	40	20

6. Capacidad funcional.-

TABLA 6

	Antes n	Después n	p
MHAQ			
Media +- DE	4.5 +- 1.9	3.8 +- 1.9	< 0.001
Mediana / rango	4.3 / (1 – 8.7)	3.3 / (1.3 – 7.7)	
EVA			
Media +- DE	5.7 +- 2.2	3.5 +- 1.7	< 0.001
Mediana / rango	5.3 / (1,2 – 10)	3.5 / (0 – 8)	
Conteo articular			
Dolor a la presión			
Media +- DE	9.4 +- 5.5	6.2 +- 3.8	< 0.001
Mediana / rango	8 / (3 – 35)	5 / (1 – 23)	
Tumefacción blanda			
Media +- DE	6.4 +- 4.1	3.5 +- 2.5	< 0.001
Mediana / rango	5 / (0 - 22)	3 / (0- 12)	
Limitación al movimiento			
Media +- DE	4.9 +- 3.2	2.9 +- 2.2	< 0.001
Mediana / rango	4 / (0 – 18)	3 / (0 – 10)	

p: t student para datos relacionados

Se observa que el MHAQ en la primera evaluación tuvo una mediana de 4.3 y en la segunda evaluación de 3.3 con diferencia significativa entre las dos evaluaciones

La mediana del puntaje medido en la EVA para la primera evaluación fue de 5.3 , con una tendencia hacia el dolor angustiante y para la segunda evaluación 3.5 con tendencia a sentir disconfort por el dolor, pero un dolor de menor intensidad

También se aprecia mejoría significativa en el conteo articular y en la apreciación de dolor a través de la escala visual análoga en ambas evaluaciones

7. Clase funcional.-

TABLA 7

	Antes		Después		p
	n	%	n	%	
Pctes evaluables	200		200		
Clase funcional					
I	7	3	53	27	< 0.001
II	106	53	131	65	
III	79	40	16	8	
IV	8	4			
Observación Dir					
Media +- DE	4 ± 1.9		2.6 ± 1.6		
Mediana / rango	3.3 / (0.8 - 9.2)		2.5 / (0.8 - 6.7)		< 0.001*

p: McNemar

*. t-student para datos relacionados

El 93% tuvo una clase funcional II – III en la primera evaluación, mientras que en la reevaluación el 65% tenía clase funcional II, no habiendo algún paciente en clase IV

8. Estado actual del paciente.-

TABLA 8

. Estado actual del paciente

	Antes		Después		p
	n	%	n	%	
Pacientes evaluables	200		200		
Rigidez en dedos de las manos					
Si	144	72%	117	59%	< 0.001 *
No	56	28%	83	42%	
Tiempo hasta q estén flexibles					
Media \pm DE	94 \pm 78.5		50 \pm 44.7		< 0.001
Mediana / rango	60 / (15 - 360)		30 / (10 - 240)		
Sintió Fatiga durante la semana					
Media \pm DE	4.3 \pm 2.5		2.9 \pm 1.9		< 0.001
Mediana / rango	4.3 / (0 - 9.2)		2.5 / (0 - 8)		
Se siente hoy comparado a hace una sem.					
Mucho mejor	4	2%	32	16%	< 0.001*
Mejor	41	21%	129	65%	
Igual	101	51%	39	20%	
Peor	35	18%	-		
Mucho peor	19	10%	-		
Su enfermedad le afecta					
Media \pm DE	5.5 \pm 2.3		3.8 \pm 1.9		< 0.001
Mediana / rango	5 / (1 - 10)		4 / (0 - 8)		

p: t-student para datos relacionados. *. McNemar

En relación a estos datos se utilizó la prueba t-student para datos relacionados cuando los datos eran cuantitativos y McNemar cuando eran cualitativos

Hubo disminución en el porcentaje de pacientes que refirieron tener rigidez matutina (diferencia estadísticamente significativa), lo que se aprecia mejor al

preguntarles cuánto tiempo (en minutos) transcurría hasta que llegue a tener flexibilidad (que tendrá durante el resto del día) y se obtuvo para la primera evaluación una mediana de 60 minutos y en la segunda evaluación una mediana de 30 minutos; es decir se redujo en un 50%, siendo la diferencia estadísticamente significativa

En relación a la fatiga que sintió durante la última semana, en la primera evaluación hubo una tendencia a no tener fatiga (mediana 4.3) y en la segunda evaluación la mediana fue de 2.5 (muy cerca de no tener fatiga)

La mejoría en su estado general fue significativa en relación a cómo se sintió hace una semana

* **TRADUCCIÓN – RETRADUCCIÓN:** es el primer paso en la validación de un instrumento originalmente hecho en otro idioma

El cuestionario original en inglés fue traducido al español por los médicos reumatólogos Carlos Glave y Cecilia Chung, posteriormente este documento fue retraducido al inglés por la especialista de lingüística Clara María Cavagnaro, bachiller en humanidades de la Pontificia Universidad Católica del Perú (no tiene relación con los autores originales del instrumento ni con los traductores al castellano).

VIII. Proceso de validación.-

Significa que todos los atributos del instrumento deben ser probados, las diferentes variables se correlacionaron con el MHAQ y se evaluó de la siguiente manera:

a) Viabilidad (factibilidad): se observó que todos los pacientes pudieron llenar el cuestionario autoadministrado

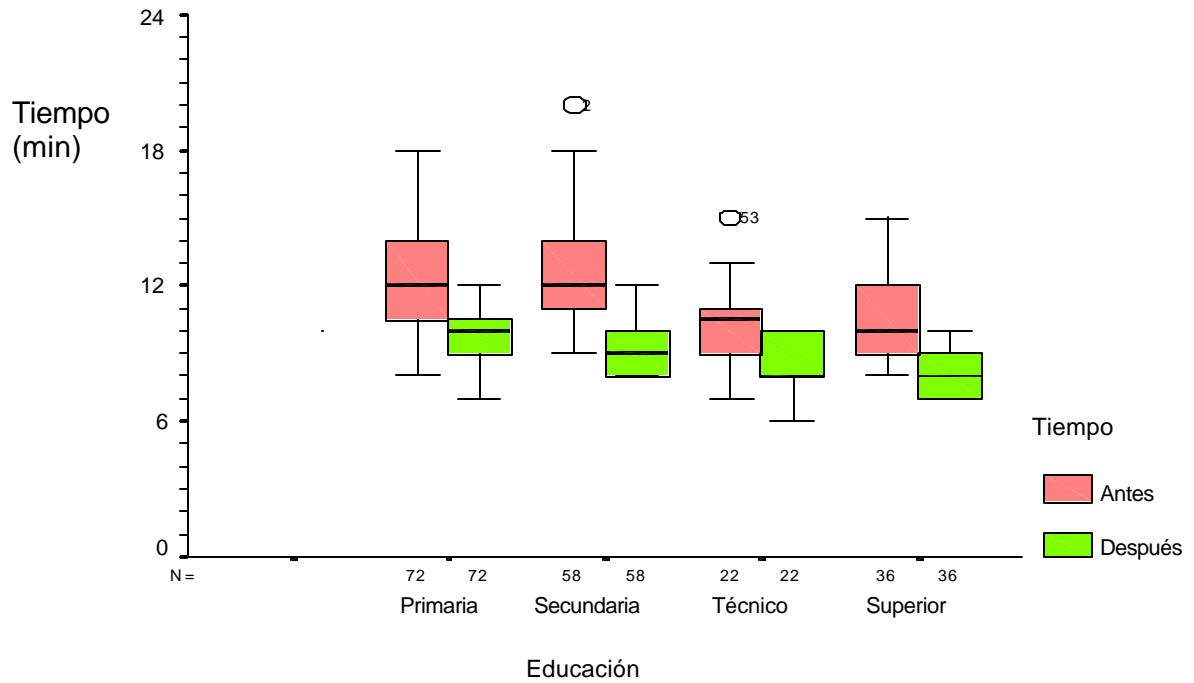
El 38% (77) de los pacientes necesitaron ayuda de un familiar para responder el cuestionario

El tiempo promedio de llenado del mismo fue 11,7 minutos

El tiempo de llenado varió según el grado de instrucción, fue mayor en pacientes con grado de instrucción primaria y secundaria

	Casos	Media	DS
TMPa			
Primaria	75	12.19	2.08
Secundaria	61	12.4	2.29
Técnico	25	10.41	1.76
Superior	39	10.47	2.25
Total	200	11.81	2.28
TMPd			
Primaria	75	9.83	1.33
Secundaria	61	9.31	1.47
Técnico	25	8.45	1.13
Superior	39	8.19	0.98
Total	200	9.20	1.41

a: antes y d: después



Para determinar los factores influyentes en el tiempo de llenado, se analiza previamente la correlación existente.

En el cuadro siguiente se muestra las correlaciones del tiempo de llenado del cuestionario con el dolor, y el conteo articular. Los resultados muestran que no existe una asociación significativa; es decir, el dolor y el conteo articular no influye en el tiempo de llenado.

Correlación de tiempo de llenado con EVA y conteo articular.

	TMP a	TMP d
TMP a	1	0.623
TMP d	0.623	1
EVA a	0.038	-0.063
EVA d	0.000	0.036
Dolor a la presión a	0.224	-0.009
Dolor a la presión d	0.156	0.017
Tumefacción blanda a	0.234	0.060
Tumefacción blanda d	0.144	-0.062
Limitación al movimiento a	0.310	0.193
Limitación al movimiento d	0.287	0.318

El cálculo del índice de discapacidad se pudo realizar en forma manual en un minuto

- b) Validez de criterio:** se evaluó correlacionando las respuestas del MDHAQ con la habilidad demostrada en la observación directa de las actividades, se encontró una correlación superior al 70%

	MDHAQ a	MDHAQ d	OBS-D a	OBS-D d
MDHAQ a	1	0.87	0.73	0.70
MDHAQ d	0.87	1	0.76	0.80
OBS-D a	0.73	0.76	1	0.78
OBS-D d	0.70	0.80	0.78	1

a: antes y d: después

c) Validez discriminativa (sensibilidad al cambio):

Permite medir cambios, quiere decir si la condición cambia el instrumento también cambia, positiva o negativamente

Parte de la validación de un instrumento es saber si mide los cambios que se producen en la condición clínica (validez discriminativa) y esto sólo se puede ver en los pacientes que son reevaluados y que han cambiado su condición clínica a la vez que los resultados del instrumento también cambiaron.

En los casos en que el paciente se mantiene sin cambios clínicos, el instrumento debe dar resultados similares (consistencia de los resultados)

Correlación de MDHAQ, conteo articular y EVA

	MDHAQ		Dolor a	Tumefacción	Limitación al	Dolor a la	Tumefacción	Limitación al	EVA	
	a	d	presión a	blanda d	movimiento a	presión d	blanda a	movimiento d	a	d
MDHAQ a	1	0.88	0.65	0.53	0.40	0.65	0.62	0.45	0.60	0.59
MDHAQ d	0.88	1	0.64	0.48	0.29	0.65	0.58	0.34	0.67	0.69
Dolor a la presión a	0.65	0.64	1	0.90	0.65	0.91	0.83	0.50	0.45	0.41
Tumefacción blanda d	0.53	0.48	0.90	1	0.64	0.89	0.90	0.56	0.29	0.25
Limitación al movimiento a	0.40	0.29	0.65	0.64	1	0.62	0.65	0.70	0.36	0.31
Dolor a la presión d	0.65	0.65	0.91	0.89	0.62	1	0.88	0.59	0.46	0.42
Tumefacción blanda a	0.62	0.58	0.83	0.90	0.65	0.88	1	0.60	0.43	0.35
Limitación al movimiento d	0.45	0.34	0.50	0.56	0.70	0.59	0.60	1	0.29	0.29
EVA a	0.60	0.67	0.45	0.29	0.36	0.46	0.43	0.29	1	0.86
EVA d	0.59	0.69	0.41	0.25	0.31	0.42	0.35	0.29	0.86	1

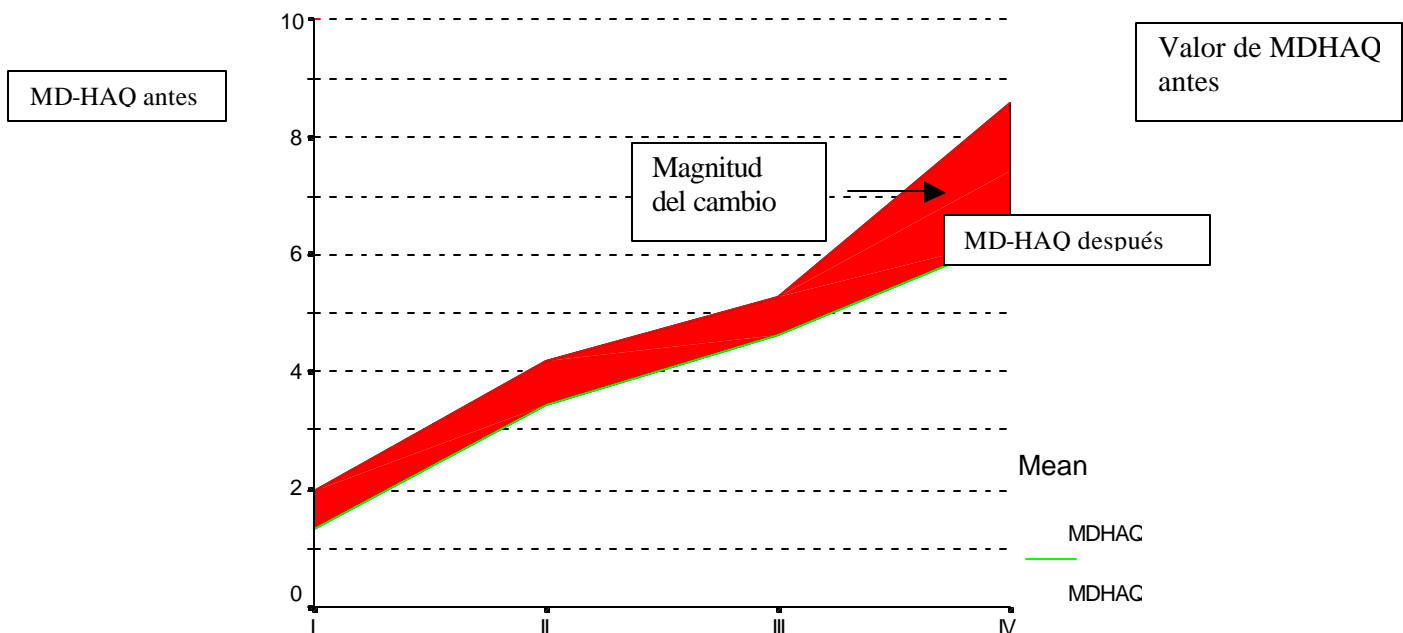
A: antes y d: después.

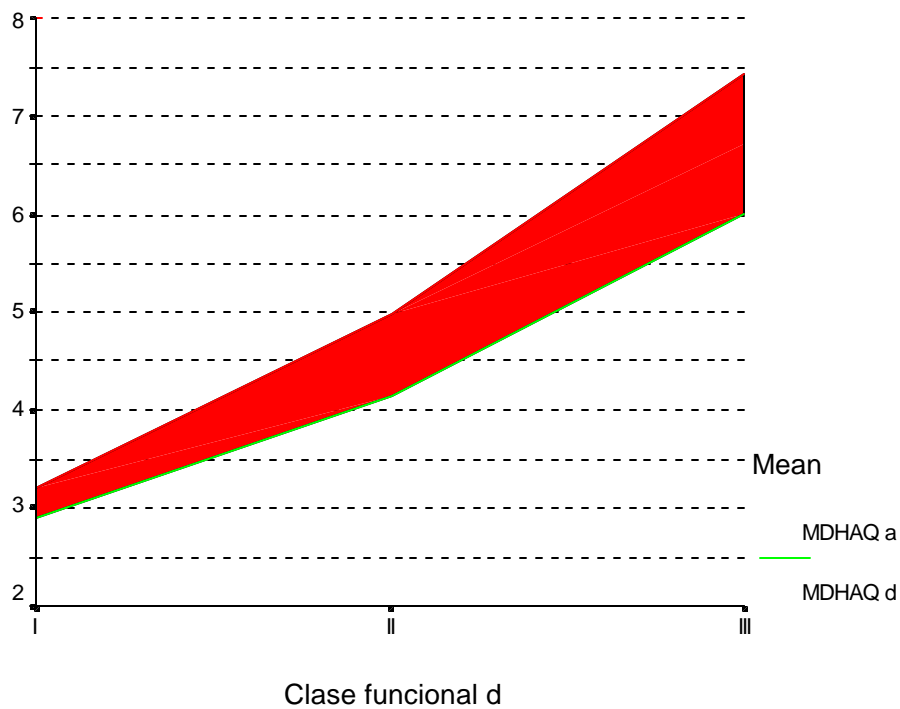
En esta tabla se aprecia que existe una moderada correlación de MDHAQ y conteo articular (dolor a la presión) $r = 0.65$, es decir cuando el puntaje MDHAQ es alto, el dolor a la presión es también moderadamente alto; lo cual resulta similar para antes y después.

Si observamos MDHAQ -a y EVA -a ($r = 0.60$), significa una correlación moderada, similarmente MDHAQ -d y EVA -d : $r = 0.69$.

d) Validez de constructo: compara el desempeño del instrumento con otras mediciones similares (parámetros que son semejantes al instrumento al no existir un estandar de oro)

En el siguiente gráfico se observa la magnitud de la variación de los cambios de los puntajes MDHAQ de la 1ra y 2da evaluación, de acuerdo a la clase funcional; en general los cambios fueron significativos a mayor clase funcional.

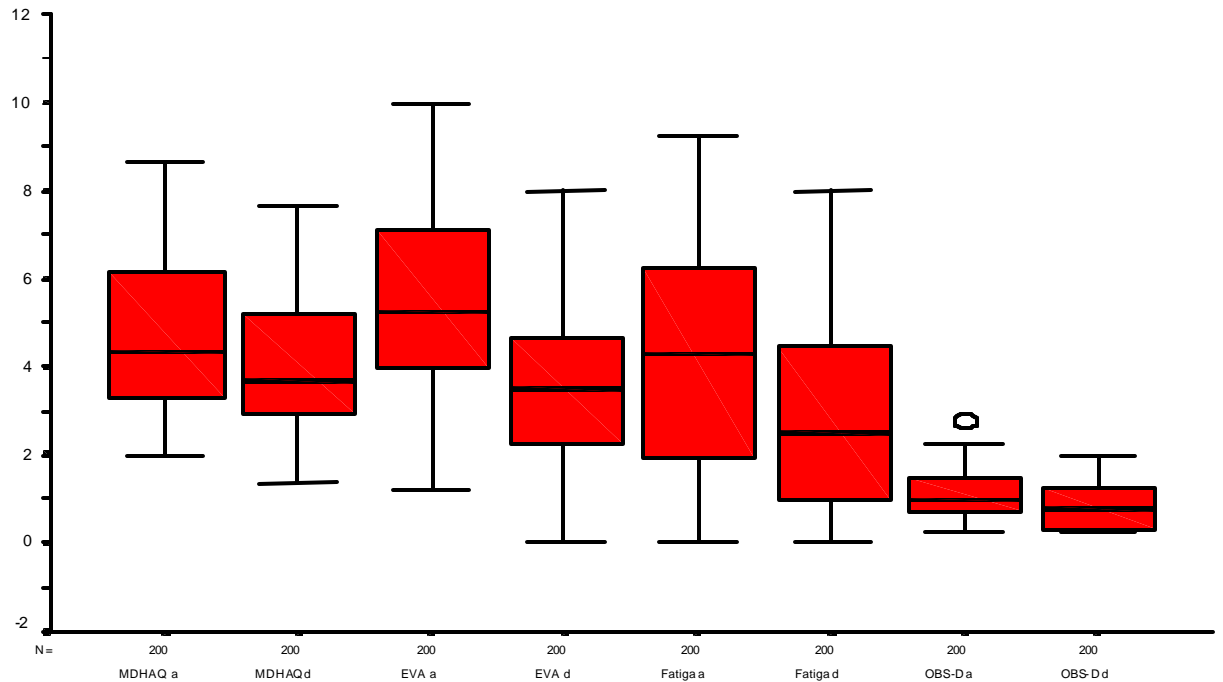




El propósito de los gráficos es mostrar el comportamiento o el cambio promedio alcanzado entre MDHAQ antes y después, cuando el paciente pertenecía a una determinada clase funcional durante la primera evaluación (grafico 1) o la segunda evaluación (grafico 2).

e) **Validez aparente:** si los componentes miden lo que se pretende medir

Es la opinión de los médicos especialistas, se compara los datos del paciente con la observación directa del médico investigador



f) **Validez de contenido:** se correlacionaron los componentes del cuestionario entre sí, lo cual demuestra el grado de asociación de los 10 items del MDHAQ (antes y después). En la siguiente tabla, los valores sombreados con azul indican que existe una correlación significativa entre los items correspondientes

Correlaciones de los 10 ítems de MDHAQ.

	VES1	ACO1	LLEV1	CAM1	LAV1	AGA1	CANO1	BUS1	CAM31	PART1	VES2	ACO2	LLEV2	CAM2	LAV2	AGA2	CANO 2	BUS2	CAM3 2	PART2
VES1	1.00	0.77	0.48	0.20	0.28	0.60	0.21	0.22	0.30	0.26	0.77	0.56	0.30	0.25	0.25	0.48	0.53	0.18	0.21	-0.03
ACO1	0.77	1.00	0.52	0.38	0.49	0.49	0.32	0.43	0.44	0.36	0.60	0.75	0.47	0.44	0.36	0.44	0.51	0.44	0.41	0.24
LLEV1	0.48	0.52	1.00	0.32	0.51	0.35	0.29	0.18	0.07	0.27	0.31	0.30	0.74	0.23	0.35	0.36	0.33	0.14	0.18	0.31
CAM1	0.20	0.38	0.32	1.00	0.36	0.29	0.15	0.64	0.57	0.56	0.10	0.36	0.44	0.63	0.25	0.27	0.15	0.62	0.51	0.53
LAV1	0.28	0.49	0.51	0.36	1.00	0.27	0.68	0.35	0.19	0.35	0.25	0.33	0.54	0.35	0.69	0.48	0.45	0.55	0.24	0.36
AGA1	0.60	0.49	0.35	0.29	0.27	1.00	0.16	0.25	0.40	0.28	0.58	0.34	0.31	0.29	0.10	0.49	0.63	0.16	0.36	0.07
CANO1	0.21	0.32	0.29	0.15	0.68	0.16	1.00	0.29	0.17	0.20	0.13	0.15	0.34	0.24	0.56	0.38	0.55	0.34	0.03	0.06
BUS1	0.22	0.43	0.18	0.64	0.35	0.25	0.29	1.00	0.60	0.46	0.22	0.39	0.24	0.53	0.40	0.23	0.19	0.67	0.49	0.38
CAM31	0.30	0.44	0.07	0.57	0.19	0.40	0.17	0.60	1.00	0.68	0.40	0.37	0.14	0.47	0.20	0.15	0.25	0.47	0.66	0.39
PART1	0.26	0.36	0.27	0.56	0.35	0.28	0.20	0.46	0.68	1.00	0.26	0.34	0.30	0.44	0.37	0.21	0.18	0.41	0.51	0.48
VES2	0.77	0.60	0.31	0.10	0.25	0.58	0.13	0.22	0.40	0.26	1.00	0.42	0.13	0.15	0.22	0.33	0.51	0.16	0.40	0.12
ACO2	0.56	0.75	0.30	0.36	0.33	0.34	0.15	0.39	0.37	0.34	0.42	1.00	0.31	0.33	0.27	0.37	0.35	0.51	0.47	0.37
LLEV2	0.30	0.47	0.74	0.44	0.54	0.31	0.34	0.24	0.14	0.30	0.13	0.31	1.00	0.33	0.43	0.33	0.21	0.30	0.27	0.36
CAM2	0.25	0.44	0.23	0.63	0.35	0.29	0.24	0.53	0.47	0.44	0.15	0.33	0.33	1.00	0.26	0.23	0.25	0.63	0.45	0.35
LAV2	0.25	0.36	0.35	0.25	0.69	0.10	0.56	0.40	0.20	0.37	0.22	0.27	0.43	0.26	1.00	0.42	0.12	0.51	0.27	0.38
AGA2	0.48	0.44	0.36	0.27	0.48	0.49	0.38	0.23	0.15	0.21	0.33	0.37	0.33	0.23	0.42	1.00	0.54	0.40	0.19	0.18
CANO2	0.53	0.51	0.33	0.15	0.45	0.63	0.55	0.19	0.25	0.18	0.51	0.35	0.21	0.25	0.12	0.54	1.00	0.26	0.20	0.00
BUS2	0.18	0.44	0.14	0.62	0.55	0.16	0.34	0.67	0.47	0.41	0.16	0.51	0.30	0.63	0.51	0.40	0.26	1.00	0.46	0.46
CAM32	0.21	0.41	0.18	0.51	0.24	0.36	0.03	0.49	0.66	0.51	0.40	0.47	0.27	0.45	0.27	0.19	0.20	0.46	1.00	0.73
PART2	-0.03	0.24	0.31	0.53	0.36	0.07	0.06	0.38	0.39	0.48	0.12	0.37	0.36	0.35	0.38	0.18	0.00	0.46	0.73	1.00

VIII. DISCUSIÓN.-

La artritis reumatoide es una enfermedad discapacitante, con mayor impacto en el dolor y movilidad de las personas, haciendo declinar su calidad de vida (componentes físico y emocional) (22)

La identificación y tratamiento de los aspectos no físicos de la enfermedad crónica, como la depresión y ansiedad, se deben considerar como parte del manejo (22)

Medidas como el conteo articular, discapacidad funcional, factor reumatoide y velocidad de sedimentación globular elevada son válidos en el diagnóstico y pronóstico, sin embargo muchos individuos identificados por estos marcadores tienen otras enfermedades y mucha gente con artritis reumatoide progresiva tendrían valores positivos para una o más de estas medidas, por ello su manejo no se basa en una sólo medida (23)

Existen muchos marcadores que predicen discapacidad y mortalidad, lo sorprendente es el elevado valor pronóstico de los cuestionarios en comparación al conteo articular, índice radiológico, factor reumatoide o VSG sólo a largo plazo (5, 23)

Uno de los cuestionarios autoadministrados con valor pronóstico para artritis reumatoide es el MDHAQ, que incluye al HAQ modificado para evaluar la capacidad funcional, escala visual análoga (EVA) para evaluar dolor, salud global y fatiga, minutos de rigidez matutina y una lista de síntomas asociados (23); todos ellos interrelacionados en el tiempo ayudan a evaluar respuestas terapéuticas y morbilidad, ya que una sola dimensión no es útil

La ventaja de estos cuestionarios es la información específica y detallada de diversas áreas de salud que son afectadas por la enfermedad y que variarían con las intervenciones terapéuticas (12)

El número de pacientes evaluados en este estudio es representativo de la población de pacientes con AR atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo

Los pacientes que por diversos motivos tenían dificultades en el llenado tenían una persona acompañante que ayudó con el llenado del cuestionario (tabla 1)

Es importante mencionar que el 42% eran amas de casa, trabajo que requiere sobretodo el uso de las extremidades superiores, lo que se ve reflejado en este cuestionario

Muchos estudios han reportado que las mujeres y pacientes de mayor edad, con FR (+) tienen pobre capacidad funcional (6), vemos en este trabajo que el 76% son mujeres, predominó el grupo etáreo de 31 a 50 años y el 80% es FR positivo

Para que un instrumento sea válido y pueda ser utilizado en ensayos clínico, Tugwell y Bombardier en 1 982 propusieron criterios metodológicos (g) que figuran a continuación:

1. validez de criterio
2. validez de constructo
3. validez aparente
4. validez de contenido
5. validez discriminativa
6. viabilidad

Reproducibilidad: es el primer paso en la validación de un instrumento originalmente hecho en otro idioma.

El HAQ fue originalmente desarrollado y validado para población de habla inglesa en los Estados Unidos y Canadá, y ha sido traducido y adaptado culturalmente a más de 60 diferentes idiomas o dialectos (8)

Este cuestionario fue traducido al español y retraducido al inglés sin obtener mayores cambios semánticos

El objetivo principal del presente trabajo es la validación de un instrumento, lo que a continuación se discutirá:

1. Viabilidad: el 100% de los pacientes llenó el cuestionario, habiendo necesitado ayuda de un familiar el 38%, el tiempo de llenado promedio fue 11 minutos, habiendo sido mayor en pacientes con grado de instrucción primaria y secundaria (12 minutos) y no se encontró asociación significativa con el dolor y el conteo articular

Zaudvelt y col. encontraron dificultad al llenar el cuestionario en elegir la respuesta correcta, debido a la variación diaria de su discapacidad y al elegir entre las respuestas “alguna” y “mucho” dificultad en un 15% de 92 pacientes estudiados (15)

Si bien muchos pacientes con AR de larga evolución terminan adaptándose a su situación, de modo que, incluso para ellos su incapacidad funcional puede pasar inadvertida; un cuestionario puede poner de manifiesto áreas específicas en las que el paciente está teniendo dificultades, aunque él no sea consciente de ello, haciendo que el propio paciente sea el que aporte la mayor cantidad de información posible (5)

2. Validez de criterio: la correlación entre el MDHAQ y la observación directa fue alta (0,70), indicando su consistencia al verificar sus respuestas con la observación directa de sus actividades

Una de las ventajas de este cuestionario es proporcionar información objetiva sobre la gravedad de la enfermedad a través de la observación directa (5)

3. Validez discriminativa: se evaluó la sensibilidad del instrumento para detectar cambios clínicamente útiles en un mismo paciente luego de un periodo de observación de 32 días promedio (parte esencial al evaluar una medida de resultado) (12)

El deseo de identificar en los pacientes el mínimo nivel de cambio significativo en su estado de salud se vio en el periodo de uno a dos meses (6)

4. Validez de constructo: dentro de los instrumentos de valoración del estado funcional y del estado general de salud , son muy utilizados: la clasificación funcional de Steinbrocker (33,1%) y el cuestionario HAQ (23%) (5), siendo el último el único predictor estadísticamente significativo de discapacidad laboral (13)

IX. CONCLUSIÓN:

- De acuerdo a este trabajo, se concluye que el Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) es un instrumento válido para medir la capacidad funcional en los pacientes con artritis reumatoide

X. SUGERENCIAS:

- Los pacientes con artritis reumatoide se deben beneficiar de los instrumentos que existen para evaluar su capacidad funcional; pues requieren poco tiempo, son fáciles de puntuar, son válidos, fiables y sensibles al cambio
- Debemos aprovechar todos los recursos personales a disposición de los pacientes, incluyendo al personal no médico, para que participen activamente en la obtención de esta información
- El uso de estos instrumentos debe formar parte de la atención médica que prestamos a nuestros pacientes con AR y no significar un “extra”

XI. BIBLIOGRAFÍA:

1. Revista peruana de Reumatología . Sociedad peruana de Reumatología, Vol 5, N°2 1 999 Lima-Perú
2. Revista española de Reumatología Vol 27, N°6, junio-julio 2 000
3. Medicine 2 000 Vol 8 , N°27
4. Early Rheumatoid Arthritis –Clinical Rheumatology Balliere Vol 15, N° 1, march 2001
5. Evaluación clínica de los pacientes con artritis reumatoide en España - Revista española de Reumatología 2 003; 30(3)
6. Does the Stanford Health Assessment Questionnaire have potential as a monitoring tool for subjects with rheumatoid arthritis? – AnnRheumDis 2 001
7. HAQ modifications: is standardisation needed? AnnRheumDis 2 001
8. The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress and documentation , Journal of Rheumatology 2 003, 30: 167-78
9. Measuring Health Status in british patients vith rheumatoid arthritis: reliability, validity and responsiveness of the shorto form 36-item health survey (SF-36) – British Journal of Rheumatology 1 998; 37; 425-436
10. Measuring the meaning of disability in rheumatoid arthritis: the Personal Impact Health Assessment Questionnaire (PI-HAQ), extend report – Annals of the Rheumatic diseases 2002; 61: 986-993
11. Benchmarking: the five year outcome of rheumatoid arthritis assessed using a pain score, the Health Assessment Questionnaire, and the Short Form-36 (SF-36) in a community and a clinic based sample- Annals of the Rheumatic Diseases october 2 001;60:956-961
12. A comparison of two recently developed health status instruments for patients with arthritis : DUTCH-AIMS2 and IRGL – British Journal of Rheumatology 1 998; 37: 157-164

13. The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early years of disease: a UK community-based study , *Rheumatology* 2 000; 39: 1403-1409
14. How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the Early RA study (ERAS)- *Rheumatology* 2 000; 39:603-611
15. Health Assessment Questionnaire modifications: is standardisation needed?, *Ann Rheum Dis* 2 001;60: 841-845
16. A study of the Health Assessment Questionnaire to evaluate functional status in polymyalgia rheumatica, *Rheumatology* 2 000; 39:883-885
17. Comparison of the MOS SHORT FORM-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis- *British Journal of Rheumatology* 1 998; 37: 862-869
18. Rheumatoid arthritis -Rheumatic disease clinics of North America Vol.27, N°2 may 2 001
19. Glave Testino C, Segami I, Ugarte C, Becerra F y col: Estandarización de la versión peruana de índice de incapacidad funcional del cuestionario de evaluación de salud (Health Assessment Questionnaire HAQ). *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Vol 57 N°3, pp174-178 1 996
20. Alarcón G, Calvo F, Soto G y col. : Adaptación y validación del cuestionario de evaluación de salud modificado (M-HAQ) en pacientes peruanos con artritis reumatoide. *Revista Peruana de Reumatología (suppl)*; 2:40. 1 996
21. Alarcón G. : Clinimetría propia o adaptada en la evaluación del paciente con artritis reumatoide : El “HAQ-Perú”; *Revista Peruana de Reumatología* Vol.2, N°3 1 996

22. J. Talamo, A. Frater : Use of the short form 36 (SF36) for health status measurement in rheumatoid arthritis . *British Journal of Rheumatology* 1997; 36: 463-469
23. T. Pincus, T. Sokka : Uniform databases in early arthritis: specific measures to complement classification criteria and indices of clinical change. *Clinical experimental Rheumatology* 2003; 21 (suppl.31)
24. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and / or osteoarthritis : a literature review. *Journal of clinical nursing* , July 2002; vol 11 (4)
25. James F. Fries and col. Measurement of patient outcome in arthritis *Arthritis and Rheumatism*, vol 23, N° 2 (Feb 1980)
26. Predictors of joint damage in rheumatoid arthritis: Review article, *APMIS* 104: 81-93, 1996
27. Mortality in rheumatoid arthritis: relationship to single and composite measures of disease activity: original papers. *Rheumatology* 2001; 40: 447-452
28. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 1988 March 31 (3) : 315 -24

XII. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL PARA EVALUAR EL ESTADO DE LA SALUD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE- HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

Por favor trate de responder cada una de las preguntas exactamente como lo piensa o lo siente
No hay respuestas correctas ni incorrectas, gracias

Iniciales: _____ Edad: _____ M _____ F _____
 Distrito: _____ Ocupación _____
 Sin instrucción _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnico _____ Superior _____
 Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Conviviente _____

1. Marque con una (x) en la respuesta (una sola) que mejor refleje sus habilidades:

DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿fue ud capaz de	sin NINGUNA dificultad	con ALGO de dificultad	con MUCHA dificultad	INCAPAZ de hacerlo
a. Vestirse solo(a), incluso amarrarse los zapatos y abotonarse?	_____0	_____1	_____2	_____3
b. Acostarse y levantarse de la cama?	_____0	_____1	_____2	_____3
c. Llevarse a la boca una taza o vaso lleno?	_____0	_____1	_____2	_____3
d. Caminar fuera de casa en un terreno plano?	_____0	_____1	_____2	_____3
e. Lavarse y secarse todo el cuerpo?	_____0	_____1	_____2	_____3
f. Agacharse para recoger ropa del suelo?	_____0	_____1	_____2	_____3
g. Abrir y cerrar la llave del caño?	_____0	_____1	_____2	_____3
h. Subir y bajar de un auto, bus, tren o avión?	_____0	_____1	_____2	_____3
i. Caminar 3,5 kilómetros?	_____0	_____1	_____2	_____3
j. Participar en juegos y deportes como quisiera?	_____0	_____1	_____2	_____3
k. Tener un sueño reparador?	_____0	_____1	_____2	_____3
l. Controlar los sentimientos de ansiedad o nerviosismo?	_____0	_____1	_____2	_____3
m. Controlar los sentimientos de depresión y melancolía?	_____0	_____1	_____2	_____3

4. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ¿cuánto dolor ha sentido debido a su enfermedad? Por favor ponga una marca en la línea de abajo para indicar el nivel de severidad de su dolor:

SIN DOLOR ; _____ ; EL DOLOR MÁS INTENSO QUE EXISTA

3. **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA** ¿se ha sentido rígido al levantarse por las mañanas?

___ SÍ ___NO

Si su respuesta es “**NO**”, pase por favor a la pregunta 4

Si su respuesta es “**SÍ**”, escriba por favor el número de **minutos** _____, o el número de **horas** _____ que le toma llegar a tener la flexibilidad que tendrá por el resto del día

4. **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA** ¿cuán problemáticos han sido para ud. síntomas como fatiga o cansancio **INUSUAL?**, por favor coloque una marca en la línea de abajo:

NO TIENE FATIGA ¡_____! MUCHA FATIGA

5. ¿Cómo se siente **HOY** comparativamente a como se sentía hace una semana?. Marque sólo uno:

Mucho mejor ___(1), Mejor ___(2), Igual ___(3), Peor___(4), Mucho peor ___(5)

1. Considerando todas las formas en las que sus enfermedades pueden afectarlo(a) en este momento, coloque una marca en la línea de abajo para mostrar cómo se está sintiendo:

Muy bien _____ Muy mal

2. ¿Cuál es su enfermedad reumática principal? Por favor marque (X) un solo casillero

- No estoy seguro(a)
- Artritis reumatoide
- Osteoartritis
- Fibromialgia
- Alguna prueba de laboratorio positiva
- Otro _____

3. ¿En qué año tuvo ud.el primer síntoma de su enfermedad? _____

4. ¿Cuál es la razón principal por la que ud.está consultando a un reumatólogo el día de hoy?

5. Por favor marque con una (x) si usted ha tenido alguno de las siguientes molestias **DURANTE EL ÚLTIMO MES:**

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ___ Fiebre | ___ Diarrea |
| ___ Aumento de peso (> 5Kg) | ___ Heces oscuras o sanguinolentas |
| ___ Pérdida de peso (>5kg) | ___ Dolores de cabeza |
| ___ Sensación de estar enfermo | ___ Problemas al orinar |
| ___ Fatiga inusual | ___ Problemas ginecológicos (mujeres) |
| ___ Hinchazón de glándulas salivales | ___ Mareos |
| ___ Pérdida de apetito | ___ Perder de equilibrio |
| ___ Manchas o ronchas en la piel | ___ Dolores o calambres musculares |
| ___ Moretones o sangrado inusual | ___ Debilidad muscular |

- Otros problemas de la piel
- Pérdida de cabello
- Problemas para escuchar
- Zumbido de oídos
- Úlceras en la boca
- Boca seca
- Problemas con el olfato o gusto
- Sensación de nudo en la garganta
- Tos
- Sensación de falta de aire
- Silbido en el pecho
- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Dificultad para pasar alimentos
- Acidez o gases en el estómago
- Dolor estomacal o cólico
- Náuseas
- Vómitos
- Estreñimiento
- Sequedad en los ojos
- Otros problemas en los ojos

- Parálisis de brazos o piernas
- Adormecimiento u hormigueo de brazos o piernas
- Nariz tupidada
- Desmayos súbitos
- Hinchazón de manos
- Hinchazón de tobillos
- Hinchazón de otras articulaciones
- Dolor articular
- Dolor de espalda
- Dolor de cuello
- Fumar cigarros
- Más de dos bebidas alcohólicas por día
- Depresión, melancolía
- Ansiedad, sentirse nervioso
- Problemas para concentrarse
- Problemas de memoria
- Problemas para dormir
- Problemas sexuales
- Quemazón en órganos sexuales
- Problemas con las actividades sociales
- Uso de drogas no vendidas en tiendas

Por favor, marque aquí (X) si no ha tenido ninguno de los síntomas antes mencionados _____

6. ¿Cuál es su ocupación actual? (si ud no está trabajando ahora, cuál fue su última ocupación?)

7. ¿Cuántas personas viven con ud en casa? _____; por favor marque (X) las personas que viven con ud
 ud esposo(a)/ pareja otros (describa) _____
 padres vive solo(a)
 hijos
8. En este momento ¿es / está ud (marque por favor con (X)
 trabajando a tiempo completo? retirado?
 trabajando a tiempo parcial? estudiante?
 ama de casa a tiempo completo? discapacitado?
 otros? (describa) _____
9. ¿Cuántos años de educación formal ha completado? (por favor ponga un círculo en el número de años)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

ANEXO 2

FORMATO DE EXAMEN ARTICULAR

	Sensible o con dolor al mov	Hinchada	Limitada en mov o deforme		Sensible o con dolor al mov	Hinchada	Limitada en mov o deforme
1° IFP D	_____	_____	_____	1° IFP I	_____	_____	_____
2° IFP D	_____	_____	_____	2° IFP I	_____	_____	_____
3° IFP D	_____	_____	_____	3° IFP I	_____	_____	_____
4° IFP D	_____	_____	_____	4° IFP I	_____	_____	_____
5° IFP D	_____	_____	_____	5° IFP I	_____	_____	_____
1° MCF D	_____	_____	_____	1° MCF I	_____	_____	_____
2° MCF D	_____	_____	_____	2° MCF I	_____	_____	_____
3° MCF D	_____	_____	_____	3° MCF I	_____	_____	_____
4° MCF D	_____	_____	_____	4° MCF I	_____	_____	_____
5° MCF D	_____	_____	_____	5° MCF I	_____	_____	_____
Muñeca D	_____	_____	_____	Muñeca I	_____	_____	_____
Codo D	_____	_____	_____	Codo I	_____	_____	_____
Hombro D	_____	_____	_____	Hombro I	_____	_____	_____
Cadera D	_____	_____	_____	Cadera I	_____	_____	_____
Rodilla D	_____	_____	_____	Rodilla I	_____	_____	_____
Tobillo D	_____	_____	_____	Tobillo I	_____	_____	_____
1° MTF D	_____	_____	_____	1° MTF I	_____	_____	_____
2° MTF D	_____	_____	_____	2° MTF I	_____	_____	_____
3° MTF D	_____	_____	_____	3° MTF I	_____	_____	_____
4° MTF D	_____	_____	_____	4° MTF I	_____	_____	_____
5° MTF D	_____	_____	_____	5° MTF I	_____	_____	_____

ANEXO 3
CLASE FUNCIONAL (STEINBROCKER)

- I Completamente capaz de realizar AVD en cuidado personal, ocupaciones y tiempo libre
- II Capaz de realizar actividades usuales de cuidado personal y ocupacional, pero limitado para las actividades de tiempo libre
- III Capaz de realizar actividades usuales de cuidado personal, pero limitado para actividades ocupacionales y de tiempo libre
- IV Limitado en la capacidad para realizar las actividades de cuidado personal, ocupacional y de tiempo libre

ANEXO 4
OBSERVACIÓN DIRECTA

Por favor realice lo siguiente:

1. Vestirse solo (abotonarse, usar cierres y abrocharse)
2. Levantarse desde una silla recta sin apoyarse en los brazos
3. Recoger un papel del piso
4. Abrir frascos tapa rosca, previamente abiertos

- 0 Puede hacerlo sin dificultad
- 1 Puede hacerlo con dificultad
- 2 Necesita ayuda
- 3 No puede hacerlo

ANEXO 5
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

_____ acepta participar voluntariamente en el trabajo de investigación que estará a cargo de la doctora Marie Maldonado Aucchuallpa, bajo la supervisión de los médicos del servicio de Reumatología del Hospital Nacional Dos de Mayo; el cual servirá para determinar mi estado de salud actual y a futuro, por padecer artritis reumatoide.

Toda la información que se obtenga a través de este cuestionario será usado por la investigadora responsable con la finalidad de elaborar un trabajo de investigación.

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad plena de la información obtenida

Habiendo sido informado en forma adecuada sobre los objetivos del estudio, acepto y firmo este documento.

Lima, _____ de _____ del 2 004

Investigadora

paciente