

Adaptación de la versión para pacientes de las recomendaciones para el tratamiento hacia un objetivo (T2T) en artritis reumatoidea para su uso en Argentina

José Luis Velasco Zamora^{1,2}, Yamila Chichotky², S. Cuadros³, Marcelo Abdala³, Rodrigo García Salinas⁴, S. Papasidero⁵, Rafael Chaparro del Moral⁵, M.A. Correa⁶, Gustavo Citera⁶

¹Centro de Diagnóstico y Tratamiento Javier Sábato, Berazategui, Buenos Aires. ²Reumatología al Sur, Centro Médico especializado, Berazategui, Buenos Aires. ³Servicio de Reumatología, Hospital Centenario, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe. ⁴Sección Reumatología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires. ⁵Servicio de Reumatología, Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ⁶Servicio de Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen

En el año 2008 fueron publicadas las recomendaciones para el tratamiento hacia el objetivo en artritis reumatoidea (*treat to target*: T2T). Originalmente diseñadas como recomendaciones para guiar a reumatólogos en el tratamiento de la AR, en el año 2011 se publicó la primera versión para pacientes de estas recomendaciones en inglés.

Objetivo: validar la versión para pacientes de las recomendaciones T2T para su uso en Argentina a través de la adaptación transcultural de la versión original.

Método: Se realizó un proceso de adaptación transcultural a partir de la versión original. De este proceso de traducción y retraducción y del análisis por parte de un comité de expertos, se obtuvo una versión prefinal.

Esta versión fue sometida a una prueba de campo mediante una entrevista a pacientes alfabetos consecutivos con diagnóstico de AR en diferentes centros de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires y Santa Fe. En esta entrevista se evaluó validez de forma, equivalencia conceptual, interpretabilidad y aceptabilidad. El resultado obtenido de estas entrevistas fue discutido con el comité designado de investigadores para desarrollar una versión final de la pieza validada.

Durante la entrevista se permitió leer la versión en español prefinal y se invitó a calificar de 0 a 10 cada oración de acuerdo al grado de comprensión del texto. A su vez se exploró el grado de acuerdo y de adaptabilidad a su problema de salud y se reemplazaron las palabras que ofrecieron mayores dificultades.

Resultados: Se entrevistaron un total de 55 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR, con una mediana de edad de 52 años (RIC 41-64) y un tiempo de evolución de 75 meses (RIC 40-120).

Abstract

In 2008 recommendations for the treatment towards the target in rheumatoid arthritis (*treat to target*: T2T) were published. Originally designed as recommendations to guide rheumatologists in the treatment of RA, in 2011 the first patient version of these recommendations was published in English.

Objective: To validate the Spanish version of the patient version of the T2T recommendations through cross-cultural adaptation of the original version.

Method: A cross-cultural adaptation process was made from the original version. In this process of translation and back translation and analysis by a committee of experts, a prefinal version was obtained.

This version was subjected to a field test by interviewing alphabets consecutive patients diagnosed with RA at different centers in Buenos Aires, CABA and Santa Fe. Construct validity, cross-cultural adaptability, interpretation and acceptability were evaluated and later discussed with the committee to get the final version.

After reading patients had to point each sentence from 0 to 10 according to the degree of understanding of the text. The degree of agreement and adaptability to their health problem was explored and words that offered greater difficulties were replaced.

Results: A total of 55 consecutive patients with RA were interviewed, with a median age of 52 years (IQR 41-64) and a disease duration of 75 months (IQR 40-120).

Almost all patients responded that the text was clear and easy to understand. The level of agreement with the recommendations and T2T principles averaged 9.6 (95% CI: 9.3-9.7) and 94% of patients felt that these recommendations can be put into practice. No differences were found between the level of education, type

Correspondencia

E-mail: velascozamora@yahoo.com.ar

El 31% tenía una educación formal de siete años o inferior. La casi totalidad de los pacientes respondió que el texto fue claro y fácil de entender. El grado de acuerdo con las recomendaciones y principios T2T tuvo un promedio de 9,6 (IC 95%: 9,3-9,7) y el 94% de los pacientes opinaron que estas recomendaciones se pueden llevar a la práctica. No encontramos diferencias entre el nivel de educación, tipo de atención recibida y tiempo de evolución de la enfermedad con el grado de comprensión de las recomendaciones. Hubo mayor dificultad para comprender las recomendaciones 1, 2 y 3 vinculada al concepto de remisión clínica. Se decidió intercambiar el orden de las dos primeras recomendaciones para mejorar la comprensión del texto.

Los resultados fueron discutidos con el comité y se obtuvo la versión final de acuerdo a las devoluciones emitidas por los pacientes.

Palabras clave: T2T, artritis reumatoidea, recomendaciones, Argentina.

of care and disease duration with the degree of understanding of the recommendations. It was more difficult to understand recommendations 1, 2 and 3 linked to the concept of clinical remission. The committee decided to change the order of the first two recommendations to improve the understanding of the text and the final version was obtained.

Key words: T2T, rheumatoid arthritis, recommendations, Argentine.

Introducción

“El tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) debe apuntar a la mejor atención y debe basarse en una decisión compartida entre el paciente y el reumatólogo¹”. El grupo de trabajo de EULAR ha revalorizado este principio en las recomendaciones y en sus actualizaciones para el tratamiento de la AR debido a la importancia que tiene la participación del paciente en la toma de decisiones. En los últimos años se han desarrollado numerosas opciones y estrategias de tratamiento para pacientes con AR, transformando a la remisión en una opción potencialmente abordable en la práctica cotidiana. El proceso de decisión compartida entre el paciente y el médico ha sido definido como el proceso por el cual ambos toman en cuenta la mejor evidencia disponible en el tratamiento, considerando tanto riesgos y beneficios como las preferencias del paciente². Hay evidencias que un paciente más informado e involucrado en la toma de decisiones médicas conduce a un mayor conocimiento de su enfermedad y de sus tratamientos, más satisfacción con las decisiones y mayor adherencia a la medicación^{3,4,5}.

Los resultados de los ensayos clínicos y estudios observacionales durante las últimas décadas han demostrado que un tratamiento siguiendo un control estricto redundaba en beneficios cuantificables a corto y largo plazo. Durante el año 2008, un grupo de reumatólogos y pacientes han tomado la iniciativa de desarrollar un set de recomendaciones para el control estricto en el tratamiento y seguimiento de pacientes con AR⁶. Estas recomendaciones han sido extensamente discutidas durante dos días involucrando a más de 60 expertos de diferentes continentes, incluyendo a 6 pacientes representativos de esta

población. El resultado fue la publicación de 4 principios generales y 10 recomendaciones vinculadas al tratamiento farmacológico, el monitoreo regular de la actividad de la enfermedad y el ajuste del tratamiento adecuado a la obtención de un objetivo determinado. Recientemente se ha publicado una actualización de estas recomendaciones motivando pequeños pero considerables cambios con respecto al original⁷.

Comulgando con los principios de estas recomendaciones, en el año 2011 se publicó la primera versión para pacientes de las recomendaciones del T2T⁸. Un grupo de miembros del comité internacional del T2T desarrolló una versión de las recomendaciones en un lenguaje llano, luego sometida a discusión y reformulación durante una reunión con nueve pacientes de diferentes países. El resultado fue una versión discutida, con frases más cortas y en un lenguaje mucho menos técnico que la original. El grupo ha identificado diferentes palabras o conceptos que mostraban una mayor barrera para el entendimiento, por lo que se decidió desarrollar un glosario con las que presentaron mayor dificultad de comprensión. Esta versión no ha sido aun validada en un grupo extenso de pacientes y se ha remarcado la importancia de lograr versiones adaptadas a diferentes idiomas y culturas⁷.

El propósito de este trabajo fue obtener una versión adaptada de las recomendaciones a través de una prueba de campo en pacientes con AR de nuestro país.

Métodos

Diseñamos un estudio observacional y descriptivo con la intención de desarrollar una versión en español de las re-

comendaciones publicadas en inglés⁷.

Procedimiento de la adaptación

El objetivo de la adaptación de un cuestionario para su uso en una nueva cultura es que la versión resultante sea equivalente al original. Para conseguir esto, la adaptación se llevó a cabo siguiendo las directrices y principios aceptados para la adaptación transcultural de instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud^{8,9}. Previamente se realizó una búsqueda bibliográfica con la finalidad de determinar si se había publicado una versión en español de estas recomendaciones con resultados negativos.

En primer lugar, se obtuvo el permiso del autor principal por correo electrónico para realizar la adaptación (M P T de Wit) siguiendo los lineamientos internacionalmente aceptados para lograrlo^{9,10}.

El segundo paso del proceso fue la obtención de dos traducciones independientes (T1 & T2). Fueron luego sometidas a comparación y se obtuvo una única traducción sintética de ambas (T1/2). Posteriormente, se realizaron dos retraducciones o traducciones inversas al idioma original del documento obtenido, en forma independiente y ciega. Cada punto de la versión española fue comparada con sus correspondientes de la versión original y categorizada en función del acuerdo conceptual literal (la retrotraducción es lingüística y/o semánticamente equivalente a la pregunta de la versión original), semejante (lingüística y/o semánticamente equivalente, pero hay alguna palabra con distinto significado) y diferente (las preguntas expresan un significado diferente y, por tanto, no son equivalentes). A continuación, los autores realizaron una evaluación general del cuestionario y solucionaron las posibles discordancias para intentar mantener el significado original, llegando a un consenso para una versión piloto o prefinal. En ella se pretendió respetar al máximo el orden y la extensión del cuestionario original para evitar introducir nuevos elementos distorsionadores o sesgos.

Para alcanzar este objetivo, se realizó un estudio transversal con el fin de exponer esta versión a una población consecutiva de pacientes con AR. El estudio fue realizado en diferentes centros públicos y privados de nuestro país, invitando a participar del mismo a pacientes con AR consecutivos de la práctica cotidiana.

Aquí se exploró la validez de forma, la equivalencia conceptual, la interpretabilidad y la aceptabilidad de la versión en idioma original, a través de las siguientes premisas:

- Identificar las oraciones y/o frases que generen dificultades
- Determinar las razones de estas dificultades
- Registrar las soluciones propuestas para mejorar la claridad de la formulación

- Elaborar un informe final del pre-testeo.

Todos los comentarios fueron registrados en un formulario de evaluación cognitiva (uno para cada paciente)

Para realizar la prueba de campo se procuró obtener un muestreo no probabilístico e intencional de pacientes con AR teniendo en cuenta características demográficas y socioculturales (edad, sexo, nivel de educación, años de evolución de su enfermedad, procedencia). Los pacientes presentaron diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios de clasificación de ACR 1987 y capacidad para leer un texto simple¹¹. Se excluyeron sujetos analfabetos.

Para llevar a cabo el análisis se realizó una entrevista personal individual y semiestructurada de cada paciente utilizando un formulario especialmente diseñado.

Se exploró la impresión general de cada paciente a través de preguntas vinculadas a consultar el grado de dificultad y comprensión de cada recomendación. Se utilizó una escala visual para poder registrar el grado de dificultad encontrado en cada recomendación y se corroboró el grado de comprensión solicitándole al paciente que lo explique con sus palabras.

Para asegurarse que la mayor cantidad de personas comprendan el instrumento, se ha sugerido utilizar un lenguaje que sea entendido por niños de 10 a 12 años de edad. Se estimuló además el uso de oraciones cortas y simples, la utilización de nombres repetidos en lugar de pronombres, evitar el tiempo pasivo y el uso de metáforas y coloquialismos, utilizar términos específicos y no vagos, evitar el modo condicional o subjuntivo, evitar oraciones que contengan dos verbos diferentes que sugieran distintas acciones. Luego de haber realizado el análisis de comprensión de cada paciente se invitó a realizar una valoración global de los lineamientos de estas recomendaciones. Se consideró una escala de 0 a 10 para establecer en 0 su desacuerdo y en 10 su total acuerdo. Por último, se invitó a los pacientes a realizar comentarios, objeciones o recomendaciones en relación a su tratamiento en forma libre y abierta.

Análisis estadístico

Se incluyeron pacientes que completaron los datos requeridos. Las variables continuas fueron reportadas como medias y desvíos estándar (DE) o mediana y rango intercuartilo (RIC); las variables categóricas fueron reportadas en porcentajes. Para las diferencias entre grupos se empleó Chi2 o Prueba exacta de Fisher.

Resultados

Se entrevistaron un total de 55 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR en 6 instituciones públicas y privadas

de cuatro conglomerados urbanos del país. Las entrevistas fueron realizadas entre abril y julio de 2014. Los participantes fueron pacientes con AR con una mediana de edad de 52 años (RIC 41-64) y un tiempo de evolución de su enfermedad de 75 meses (RIC 40-120).

El 31% (n=17) de la población tenía 7 años o menos de educación: 13 pacientes primaria completa y 4 incompleta. De los 38 pacientes restantes: 19 completaron la educación secundaria, 13 no la completaron, y 5 realizaron estudios terciarios o universitarios (Figura 1). Con respecto al nivel general de comprensión, el 93% respondió que le resultó fácil de comprender, mientras que uno solo no respondió y cuatro manifestaron que el texto no fue claro.

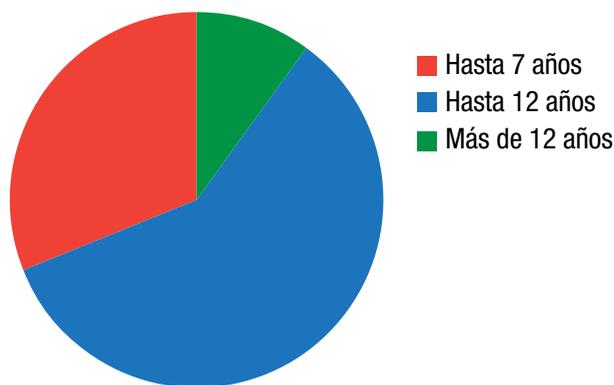


Figura 1. Proporción de pacientes de acuerdo al grado de educación previa: educación primaria 31% (7 años o menos), secundaria (12 años o menos) 59% y terciaria o universitaria 9,3%.

El grado de acuerdo con las recomendaciones y principios T2T tuvo un promedio de 9,6 puntos en una escala de 1 a 10 (IC 95%: 9,3-9,7) y el 94% de los pacientes manifestaron que estas recomendaciones se podrían llevar a la práctica asistencial, mientras que un solo paciente expresó que no y dos no respondieron. No se advirtieron observaciones en las preguntas abiertas para generar temas de agenda. Un paciente manifestó la necesidad de incluir aspectos relacionados a los ejercicios recomendados y otro sugirió establecer qué tipo de determinaciones de laboratorio se aconsejan.

Para la relación entre educación y el nivel de acuerdo con las recomendaciones se consideró educación primaria vs. mayor nivel de educación. Estuvieron totalmente de acuerdo con las recomendaciones 14/17 (82%) de los que tenían educación primaria vs. 29/37 (78%) de los que tenían un nivel de educación mayor ($p=0,736$). El 76% (22/29) de los pacientes atendidos en los hospitales públicos estuvieron de acuerdo con las recomendaciones vs. el 84% (22/26) de los que se atienden con medicina privada ($p=0,51$). No hubo diferencias en el tiempo de evolución

de la enfermedad entre los pacientes que estuvieron cien por ciento de acuerdo (media 76 meses DE: 47) y aquellos con menor acuerdo (media 89 meses DE: 70, $p=0,62$).

Cuando se analizaron las recomendaciones de manera individual se evidenció una reducción en la puntuación de la comprensión en los principios 1 a 3 (el promedio de las premisas 1, 2 y 3 fue de 7,9; el resto de las recomendaciones y principios tuvo un promedio de 9,20) (Figura 2). En cada entrevista se sugirió a los pacientes que manifestaran alguna observación en relación a alguna palabra que no pudieron llegar a comprender, las únicas observaciones establecidas por los pacientes fueron vinculadas al concepto de remisión clínica en siete oportunidades. De acuerdo a esta observación, se decidió intercambiar el orden de las dos primeras recomendaciones ya que se consideró que primero debería formularse la definición de remisión.

Posteriormente al análisis de los resultados, se generó una versión final de las recomendaciones basada en la apreciación crítica de lo reportado por los pacientes (Apéndice). Se obtuvo así un conjunto de 4 principios generales y 10 recomendaciones sin la necesidad de producir un glosario de términos, tal como se publicó en el artículo original⁷.

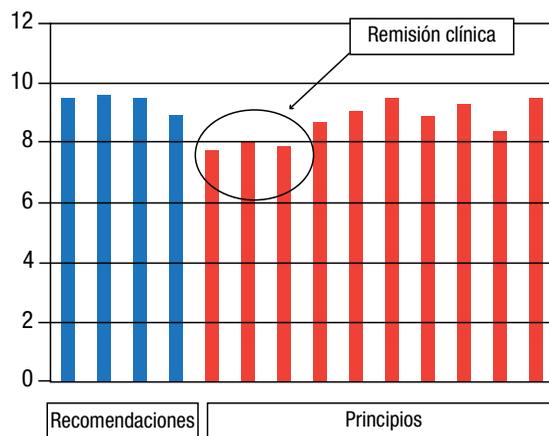


Figura 2. Nivel de entendimiento de las recomendaciones y los principios (en una escala de 1 a 10).

Discusión

Este proceso de validación ha generado una versión adaptada al español de las recomendaciones para pacientes del tratamiento dirigido hacia un objetivo, en una población de pacientes con AR. Desde la publicación inicial, este es el primer estudio de validación en idioma español de estas recomendaciones en un grupo de pacientes consecutivos con AR⁷. La exposición de este material a esta población ha permitido testear por primera vez una herramienta co-

PRINCIPIOS

- A) Las decisiones sobre el tratamiento de su enfermedad deben ser tomadas por usted y su reumatólogo en conjunto.
- B) El objetivo más importante del tratamiento es mejorar al máximo su *calidad de vida*. Esto puede ser alcanzado a través del control de los síntomas de su enfermedad (dolor, inflamación, rigidez y fatiga) y la prevención del daño de sus articulaciones y huesos; recobrando así el *funcionamiento normal* y la participación en las actividades de la vida cotidiana.
- C) Para lograr estos objetivos lo más importante es detener la *inflamación* de las articulaciones.
- D) El tratamiento dirigido al *control de la actividad de la enfermedad (estado de su artritis)* lleva a mejores resultados. Esto puede ser logrado midiendo la actividad de la enfermedad y *ajustando el tratamiento* si el objetivo no es alcanzado.

RECOMENDACIONES

- 1- Remisión clínica significa la ausencia de *los signos (lo que el médico encuentra al revisar al paciente)* y *los síntomas (lo que el paciente siente)* de la enfermedad que son causados por la inflamación.
- 2- El objetivo principal del tratamiento de la AR debería ser la *remisión clínica*.
- 3- Aunque *la remisión* debe ser el objetivo principal, para algunos pacientes no es posible alcanzarla, en especial para aquellos con enfermedad de larga duración. Sin embargo, podría ser una alternativa aceptable *la baja actividad de la enfermedad* (signos-síntomas menores).
- 4- El tratamiento con medicaciones debería ser evaluado y eventualmente corregido por lo menos cada tres meses, hasta alcanzar el objetivo deseado.
- 5- La actividad de la enfermedad debe ser medida y registrada regularmente. En pacientes con una *alta o moderada actividad de la enfermedad* (signos-síntomas mayores), esto debe ser realizado una vez por mes. En pacientes con una actividad baja *sostenida* o en remisión, esto puede ser hecho con menor frecuencia (por ejemplo: cada 3 a 6 meses).
- 6- *Las mediciones* de la actividad de la enfermedad, las cuales incluyen exámenes de las articulaciones, son necesarias en la rutina de la consulta habitual para guiar las decisiones en el tratamiento.
- 7- Cuando se decide un tratamiento, además de la actividad de la enfermedad, también deberían tomarse en cuenta el daño en las articulaciones y las limitaciones en las actividades diarias.
- 8- Una vez alcanzado el objetivo del tratamiento propuesto, ya sea la remisión o la baja actividad de la artritis, este estado de salud debería mantenerse a lo largo de toda la enfermedad.
- 9- La elección del objetivo y como medirlo pueden ser influenciados por situaciones particulares como la presencia de otras enfermedades, los factores individuales de cada paciente y los riesgos propios de los medicamentos.
- 10- El reumatólogo debe informar al paciente cuál será el objetivo del tratamiento y cómo se trabajará para lograr el mismo.

Apéndice. Versión para pacientes de los principios y recomendaciones del tratamiento hacia el objetivo para artritis reumatoidea

municacional vinculada al manejo de la AR. El resultado fue un dinámico y poco extenso documento que permitirá ser utilizado en la práctica diaria.

Uno de los aspectos más relevantes de esta adaptación fue la reformulación de la definición de remisión clínica, que se vinculaba a una barrera para el entendimiento conceptual del material entregado. Debido a la disminución en el rango de comprensión observado en las recomendaciones 1, 2 y 3 y a la sugerencia de los pacientes en relación al concepto de “remisión clínica” presente en estas premisas, se decidió invertir el orden original de la recomendación uno y dos. De este modo, el término remisión clínica queda definido antes de arribar al objetivo general expresado en la segunda recomendación.

Tradicionalmente, las decisiones acerca del tratamiento han sido enfocadas desde un punto de vista paternalista donde el prescriptor toma decisiones basadas en el conocimiento médico actualizado y el paciente cumple o no con el régimen establecido de tratamiento. En la actualidad,

la participación del paciente en la toma de decisiones es considerada beneficiosa por varias razones. Por un lado, el acuerdo del paciente con la elección del tratamiento y la estrategia es importante ya que la cooperación de este es esencial para llevar a cabo el tratamiento con éxito¹². Por otro lado, cuando se asume un verdadero proceso de decisiones compartidas se conduce a mejores resultados en salud, sobre todo en alcanzar el bienestar general, la adherencia y satisfacción al tratamiento, especialmente en enfermedades de curso crónico¹³. Finalmente, los pacientes tienen derecho a la autodeterminación fundada en mantenerse informados acerca del diagnóstico, objetivos y opciones de tratamiento, lo que les permite tomar las decisiones con autonomía y en libertad¹⁴.

Poner el énfasis en el proceso de decisión compartida con el paciente como parte integral de un proceso de alta calidad en salud, es el espíritu central de la estrategia del T2T en AR. La producción de una herramienta educativa de este tipo sin dudas, derrumba las barreras que

afectan la comprensión. Para lograr estos objetivos, los reumatólogos han sido llamados a abordar una atención centrada en los pacientes, con el fin de reducir el error médico y generar una atención médica de mayor calidad. Sin embargo, en la práctica cotidiana, el profesional se enfrenta a un considerable universo de limitantes que afectan el proceso de decisión compartida. Por un lado, los pacientes tienen baja confianza en ellos mismos para poder participar, manifiestan tener escasos conocimientos, y sus decisiones están influenciadas por las creencias populares, la cultura, el nivel educativo o el grado de alfabetización de los pacientes¹⁵. Algunas barreras señaladas por los profesionales son la falta de tiempo o la falta de confianza en sus capacidades para comunicar riesgos u objetivos¹⁶. En el presente trabajo, no encontramos asociación entre el nivel de educación de los pacientes y la comprensión del cuestionario.

Algunas disparidades relacionadas a la respuesta al tratamiento en pacientes con AR son relacionadas a inequidad en el uso del tratamiento indicado. Sin dudas, la intervención de un reumatólogo en el manejo de la enfermedad es clave a la hora de recibir un esquema de tratamiento adecuado. Sin embargo, otras variables como el estatus sociodemográfico, el sexo masculino o algunas características raciales pueden influir en la intervención con una medicación modificadora de la evolución¹⁷. También las minorías étnicas pueden jugar un factor determinante en la iniciación o el mantenimiento de una terapia adecuada¹⁸. Los resultados del estudio de Yelin y cols. han demostrado también que la disparidad en el uso y la indicación de una terapia biológica ha sido relacionada con variables socioeconómicas y étnicas¹⁹.

Otra variable que puede explicar esta inequidad en el uso de la medicación específica para la AR es el grado de conocimiento que los pacientes poseen sobre la enfermedad o los tratamientos vinculados a ella. Este nivel de conocimiento se lo puede determinar a través de una variable conocida como alfabetismo en salud o *health literacy*, que es definido como “el grado a través del cual un individuo tiene la capacidad de obtener, comunicar, procesar o comprender información y servicios médicos con la finalidad de tomar decisiones médicas apropiadas”²⁰. Un bajo nivel de alfabetismo en salud se focaliza no solo en las habilidades de los pacientes en general sino que nos permite conjeturar sobre un problema mucho más complejo que afecta al sistema sanitario. Cerca de la mitad de los adultos en los Estados Unidos tienen un limitado alfabetismo en salud y esto es más prevalente en las minorías y las personas mayores²¹. En un extenso y original estudio realizado en una población con AR de la Argentina, se pudo concluir que un cuarto de los pacientes estudiados presentaron un alfabetismo médico limitado²².

En el estudio de Barton J y cols., realizado en dos co-

hortes demográficamente distintas de pacientes con AR encontraron que cerca de un tercio de ellos reportaron un proceso subóptimo de comunicación con su médico². Estos investigadores concluyeron que aquellos pacientes con un grado de alfabetismo en salud limitado presentaron mucho más riesgo de una comunicación subóptima en el proceso de decisiones compartidas. Este deficiente proceso de comunicación podría ser la clave que nos permita comprender la vinculación entre el bajo conocimiento que los pacientes tienen de su enfermedad y los malos resultados que se obtienen del tratamiento. Estos resultados resaltan la hipótesis de cómo un deficiente proceso de decisiones compartidas pueden afectar la adherencia a las medicaciones y la consecuencia en el pronóstico de su enfermedad²³. Por otro lado, los pacientes con enfermedades reumáticas reclaman estar más involucrados en el proceso de toma de decisiones, la falta de compromiso en este proceso es vinculado a insatisfacción con el tratamiento y disminución de la adherencia al mismo^{24,25}.

Al momento de recibir el diagnóstico, aquellos pacientes con AR requieren procesar una considerable cantidad de información en un corto tiempo. No ser consciente de enfrentarse a un proceso de decisiones, tener poco tiempo y/o exponerlos a una sobredosis de información puede ser una barrera inicial para la participación activa del paciente. Un profesional que demuestra competencia, una aproximación desde lo afectivo y voluntad para discutir con el paciente sus miedos y expectativas, crea un ambiente adecuado para tomar decisiones basado en la confianza sin perder autonomía. La elaboración y la utilización de herramientas educativas gráficas que sean comprensibles para el paciente permitirán alcanzar los objetivos planteados de una manera más libre y sólida.

En este estudio se pudo arribar a la primera versión para pacientes en español de las recomendaciones para el tratamiento hacia un objetivo en AR. Sin dudas se trata de una herramienta que ayuda a crear una atmósfera de confianza para lograr un efectivo proceso de decisiones compartidas entre el paciente y el médico. Sin dudas, los cambios establecidos en la última versión publicada de las recomendaciones⁷ promoverá la reformulación de la versión para pacientes desarrollada a partir de la versión previa⁸. Creemos que es importante mantener una agenda abierta con los pacientes de manera que ellos puedan intervenir en la elaboración de un producto más adaptado a sus necesidades sociales y culturales para garantizar un mejor y mayor acceso a un abordaje terapéutico eficaz para su enfermedad.

Bibliografía

1. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al.

- EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2013; (0), 1-18.
2. Barton JL, Trupin L, Tonner C, et al. English language proficiency, health literacy, and trust in physician are associated with shared decision making in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2014;(41)7:1290-97.
 3. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decisions making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60:301-12.
 4. Arora NK, Ayanian JZ, Guadagnoli E. Examining the relationship of patients' attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. *Med Care* 2005;43:865-72.
 5. Wilson SR, Stub P, Buist AS, et al. Shared treatment decision making improve adherence and outcome in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;181:566-77.
 6. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010 ; 69 : 631-7 .
 7. Smolen JS, Breeveld FC, Burmester GR, et al. Treating Rheumatoid Arthritis to Target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *An Rheum Dis*. 2015;0:1-13.
 8. De Witt MPT, Smolen JS, Gossec L, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: the patient version of the international recommendations. *Ann Rheum Dis* 2011;70:891-895.
 9. Beaton DE, Bonbardi C, Guillemin F, et al. Guidelines for de process of cross-cultural adaptation of self report measures. *Spine*. 2000;25:3186-91.
 10. Agra Y. Adaptación transcultural de cuestionarios en ciencias de la salud. *Medifam* 1997;7:13-6.
 11. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315-24.
 12. O'Connor AM, Stacey D, Légaré, et al. Knowledge translation form patients: methods to support patients participation in decision making about preference sensitive treatment options in rheumatology. In evidence based rheumatology. Edited by TugwellP, London. MBU Publishing Group. 2004.
 13. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, De Weert GH, et al. Systematic review of shared making decision making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychoter Psychosom*. 2008; 77:219-26.
 14. Kassier JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Eng J Med*. 1994; 330:1895-6.
 15. Gravel K, Legare F, Graham I. Barriers and facilitators to implementing shared decisions-making in clinical practice: a systematic review of health professional's perceptions. *Implement Sci*. 2006,1:16.
 16. Braddock CH III, Edwards KA, Hasenberg NM, et al. informed decision making in outpatient practice: time to get back to basic. *JAMA*. 1999,282:2313-20.
 17. Scmajuk G, Trivedi AM, Solomon DH, et al. Receipt of the disease modifying antirheumatic drugs among patients with Rheumatoid arthritis in Medicare managed care plans. *JAMA*. 2011;305:480-6.
 18. Suarez-Almazor ME, Barrios-Rivera JP, Cox V, et al. Inicitation of disease modifying antirheumatic drugs in minority and disvadvantaged patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2007;34:2400-7.
 19. Yelin E, Tonner C, Kim SC, et al. Sociodemographic disease health system and contextual factors affecting the initiation of biologic agents in rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *Arthritis Care Res*. 2013.
 20. Brach C, Dreyer BP, Schillinger D. Physicians' roles in creating health literate organizations: a call to action. *J Gen Intern Med*. 2014;29:273-5.
 21. Paasche Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, et al. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20:175-84.
 22. Orozco MC, Marengo MF, Waimann CA, et al. The Impact of Inadequate Health Literacy on Disease Activity in Patients with Rheumatoid Arthritis. *ARHP Congress*. 2014. Abstract 2430.
 23. Mirsh J. Can Shared decision making help eliminated disparities in rheumatoid arthritis outcome?. *J Rheumatol*. 41(7):1257-9.
 24. Lim A, Ellis C, Brooksby A, et al. Patient satisfaction with rheumatology practitioner clinics: can we achieve concordance by meeting patients' information needs and encouraging participatory decision making?. *Ann Acad Med*. 2007;36:110-14.
 25. Nota I, Drossaert C, Tall E, et al. Patient participation in decisions about disease modifying antirheumatic drugs: a cross sectional survey. *BMC Musculosk Dis*. 2014;15:333.