

*Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con **artritis reumatoide** en Colombia*

—
Consenso basado en la evidencia



■ A R T R I T I S R E U M A T O I D E ■

Consenso basado en la evidencia

Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con Artritis Reumatoide en Colombia



Consenso basado en la evidencia: indicadores de gestión del riesgo
en pacientes con Artritis Reumatoide en Colombia

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISBN: 978-958-56579-0-8

Bogotá D. C., Colombia, mayo de 2018

© Todos los derechos reservados

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización escrita
de la Cuenta de Alto Costo

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



JUNTA DIRECTIVA

Pablo Fernando Otero Ramón
Presidente de Junta Directiva
Sura EPS

Javier Peña Ramírez
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico

Nubia Gregoria Espinosa Garzón
Compensar EPS

Claudia Morales Moreno
Saludvida EPS S.A.

Gustavo Adolfo Aguilar
Asociación Mutual la Esperanza - ASMET SALUD

Ángela María Cruz
Cooimeva E.P.S. S.A.

Ana Eugenia Velásquez
Empresas Públicas de Medellín- Departamento Médico

Claudia Constanza Rivero Betancourt
Capital Salud EPSS

GRUPO DESARROLLADOR

Expertos metodológicos

Lizbeth Acuña

Directora Ejecutiva
Cuenta de Alto Costo

Patricia Sánchez Quintero

Coordinadora de Gestión del Conocimiento
Cuenta de Alto Costo

Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinador de Gestión del Riesgo
Cuenta de Alto Costo

Diana Constanza Pulido Martínez

Especialista en Analítica
Cuenta de Alto Costo

Neili Carolina Bermúdez Plaza

Economista
Cuenta de Alto Costo

Expertos clínicos

Paul Alejandro Méndez Patarroyo

Medicina interna, reumatología
Fundación Santa Fe de Bogotá
Presidente de la Asociación Colombiana de Reumatología

María Constanza Latorre

Medicina interna, reumatología
Country Medical Center
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Pedro Santos Moreno

Medicina interna, reumatología
Biomab - Centro de atención integral en artritis reumatoide
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Wilson Bautista Molano

Medicina interna, reumatología
Profesor de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Álvaro Arbeláez Cortés

Medicina interna, reumatología
Clínica de Artritis Temprana SAS
Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Juan Manuel Bello Gualtero

Medicina interna, reumatología
Epidemiología clínica.
Hospital Militar Central
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Luis Javier Cajas Santana

Medicina interna, reumatología
Universidad Nacional de Colombia
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

María Claudia Díaz Jiménez

Medicina interna, reumatología
Hospital San Ignacio
Cayre - IPS
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Oscar Jair Felipe Díaz

Medicina interna, reumatología
Coordinador de Reumatología - Clínica de Artritis - Medicarte S.A
Unidad de Reumatología - Clínica Las Vegas
Medellín - Antioquia - Colombia
Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Andrés Alfonso González Romero

Medicina interna, reumatología

Cayre IPS

Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Edwin Jáuregui Cuartas

Medicina interna, reumatología

Epidemiología clínica.

Cayre -IPS

Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Yimy Francisco Medina Velásquez

Medicina interna, reumatología

Universidad Nacional de Colombia

Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Carlos Darío Ochoa Rojas

Medicina interna, reumatología

Coordinador del programa de artritis reumatoide para Vital Salud IPS

Director Médico del Centro de Reumatología y Medicina Interna

Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Marlio Charry Barrios

Medicina interna, reumatología

Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Daniel G. Fernández Ávila

Medicina interna, reumatología

Epidemiología clínica

Hospital Universitario San Ignacio

Profesor Asistente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana

Miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

Expertos temáticos

Jaime Hernán Rodríguez Moreno

Subdirector de implantación y disseminación
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS

Jennifer Lorena Ortiz Melo

Ministerio de Salud y Protección Social
Subdirección de enfermedades no transmisibles
Grupo de Riesgo de los Trastornos Degenerativos, Neuropatías y Autoinmunes

Kelly Johanna Jerez Sierra

Profesional especializado
Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos
Superintendencia Nacional de Salud

Diana del Pilar Rojas Morales

Superintendencia Nacional de Salud

Adriana Cardona Molina

Coordinadora de gestión del riesgo
Equipo Gestión Salud
Sede Valle
CONSORCIO SALUD Compensar, Comfenalco Valle

Adriana Patricia Paredes Zambrano

Coordinadora nacional de alto costo
Capital Salud

Martha Matilde Castaño Vergara

Directora departamento de alto costo
Mutual SER

Claudia Yaneth Ramírez Murcia

Directora programa artritis reumatoide
EPS Sanitas

Olivia Alejandra Sabogal Ortiz

Médica epidemióloga
Área de riesgo intermedio y avanzado
Famisanar EPS

Manuel Tiberio Ayala

Salud Vida EPS

Leonar Verhelst Beleño

Médico analista de riesgo en salud
Dirección planeación en salud
Gerencia de Salud
EPS SURA

Luz Arelis Castro Ordoñez

Líder cohorte artritis reumatoide y enfermedades autoinmunes
Vicepresidencia técnica y de salud
Gerencia nacional de riesgo
Salud Total S.A.

Hernán Torres O.

Líder salud empresarial
Subgerencia gestión de riesgos
Servicio Occidental de Salud SOS EPS

Catalina González Vélez

Profesional en epidemiología
Gestión del riesgo
Savia Salud

Karen Tatiana Riaño Ospina

Profesional programas especiales
Cruz Blanca

Diego Alejandro Benavides

Director ambulatorio-Gerencia de prestación de servicios
Nueva EPS

Dora Rosaura Rocha Sánchez

Referente de la Cuenta de Alto Costo
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca Comfacundi - ARS

Shirley Milena Hincapié Jara

Referente de artritis
Asmet Salud

Natalia Suárez

Coordinadora nacional alto costo
Ecoopsos EPS-S

Rubén Dario Vanegas Echeverry

Gerente cohorte osteomuscular y neurociencias
Compensar EPS

Diana Marcela Toscano Martínez

Coordinadora nacional de alto costo
Saludvida EPS

Cuenta de Alto Costo

Directora Ejecutiva

Dra. Lizbeth Acuña Merchán

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

Coordinación de Gestión del Conocimiento

Dra. Patricia Sánchez Quintero

Coordinación de Gestión del Riesgo

Dr. Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinación de Gestión de la Tecnología

Ing. Fernando Valderrama Castellanos

Coordinación de Auditoría y Gestión de la Información

Dra. María Teresa Daza

Coordinación de Gestión de Proyectos

Dr. Luis Alejandro Moreno Ramírez

Organizadora de la elaboración del documento

Diana Constanza Pulido Martínez

Coordinación editorial

Alejandro Niño Bogoya

Diseño

Adriana Rodríguez-Conto

Diagramación

María Victoria Vásquez Rodríguez

CONTENIDO

Abreviaturas	21
Glosario	23
Convenciones.....	25
Introducción	29
Pregunta de investigación	31
Objetivos.....	33
Objetivo general.....	33
Objetivos específicos.....	33
Alcance	35
Limitaciones	37
Metodología	39
Paso 1: selección del tema.....	40
Resultados de la búsqueda de evidencia	47
Indicadores prioritarios para medir la gestión del riesgo en los pacientes con artritis reumatoide	53
Indicadores de proceso	55
1. Oportunidad de la atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por el especialista)	55
2. Oportunidad del diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)	56
3. Oportunidad del tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de los síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD).....	57
4. Proporción de los pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el Factor Reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico	58
5. Proporción de los pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico	59

6. Proporción de los pacientes en quienes se evaluó el daño estructural por artritis reumatoide al diagnóstico	60
7. Proporción de los pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico	60
8. Proporción de los pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD	62
9. Proporción de los pacientes que reciben simultáneamente metotrexate y ácido fólico	62
10. Proporción de los pacientes que asisten a terapia ocupacional o a terapia física	63
11. Proporción de los pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses.	64
12. Proporción de los pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses.	65
Indicadores de resultado	67
1. Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)	67
2. Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses).	68
Referencias bibliográficas	71
Anexo 1. Herramienta de calificación AGREE II	77
Anexo 2. Herramienta de calificación GRADE	79
Anexo 3. Herramienta de calificación SIGN	91
Anexo 4. Herramienta de calificación REVISIÓN CRÍTICA.	93

ABREVIATURAS

AR: Artritis Reumatoide.

AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II.

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados.

CAC: Cuenta de Alto Costo.

COLCIENCIAS: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DAS28: Disease Activity Score-28

DMARD: Disease-Modifying Antirheumatic Drugs.

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

EOC: Entidades Obligadas a Compensar.

ET: Entidades Territoriales.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

FR: Factor Reumatoide.

FARME: Medicamentos Modificadores de la Enfermedad.

GIRS: Gestión Integral del Riesgo en Salud.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

HAQ: Health Assessment Questionnaire.

IETS: Instituto de Evaluación Tecnológica Económica en Salud.

INS: Instituto Nacional de Salud.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCR: Proteína C Reactiva.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular.

GLOSARIO

Los conceptos relacionados con la enfermedad que se describen a continuación, se toman de la guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (1).

ANTICUERPOS ANTI-CITRULINA (ANTICCP): es una proteína inmune que se une a un aminoácido no estándar (citrulina) que se forma mediante la eliminación de los grupos amino de los aminoácidos naturales, arginina.

ARTRITIS REUMATOIDE: enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por una destrucción progresiva de las articulaciones, la cual se acompaña habitualmente de dolor y edema articular.

BAJA ACTIVIDAD O REMISIÓN: criterios de remisión basados en un índice clinimétrico de actividad de la enfermedad. Para propósitos de este consenso, el índice utilizado es el DAS28.

CASOS NUEVOS REPORTADOS: personas cuya fecha de diagnóstico se encuentra dentro del periodo de reporte, en este caso 01 de julio de 2015 a 30 de junio de 2016.

CLINIMETRÍA: conjunto de escalas e índices que miden diferentes variables de una enfermedad (actividad, calidad de vida, funcionalidad, daño, entre otras).

DAS28: índice para evaluar la actividad en artritis reumatoide, el cual consiste en el conteo de articulaciones dolorosas e inflamadas de 28 posibles, la VSG y la valoración global del paciente mediante una escala visual análoga (0 - 100).

ESTRATEGIA TREAT TO TARGET: (tratamiento hacia el objetivo), estrategia que trata de llevar al paciente a un control adecuado de su enfermedad teniendo un objetivo terapéutico bien identificado (remisión o baja actividad). Si no se ha logrado el objetivo, se realizan ajustes terapéuticos apropiados en cada visita hasta lograrlo.

FACTOR REUMATOIDEO: es un autoanticuerpo del tipo IgM producido contra la fracción Fc de la inmunoglobulina G (IgG).

GESTIÓN DEL RIESGO: la gestión del riesgo puede entenderse como el proceso de identificar la vulnerabilidad de las poblaciones ante una amenaza, luego analizar las posibles consecuencias derivadas su impacto sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y los mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y afrontar el evento crítico de llegar a ocurrir (2).

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD: se puede comprender como el proceso de afrontar la incertidumbre sobre la situación de salud de una población o de una persona que busca reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables combinando simultáneamente medidas preventivas y mitigadoras (2).

HAQ: cuestionario desarrollado para valorar la discapacidad y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.

PCR: proteína producida por el hígado cuando existe una inflamación aguda, infección o degradación tisular en el organismo.

TERAPIA FARME - DMARD: terapia que incluye Fármacos AntiReumáticos Modificadores de la Enfermedad (Disease Modifying AntiRheumatic Drugs, en inglés). Para el caso de este consenso se asume la sigla en inglés considerando su aplicación en cualquier contexto.

VSG: velocidad de sedimentación globular es un reactante de fase aguda que indica la presencia y la intensidad de un proceso inflamatorio.

CONVENCIONES

- ✓ El indicador aplica para la categoría.
- ✗ El indicador no aplica para la categoría.
- Bueno
- Regular
- Malo

Tabla 1. Indicadores prioritarios para la medición y monitoreo de la gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide en Colombia

N°	Dominio	Indicador			Punto de corte		Población	
		Nombre	Numerador	Denominador	Primer año	Segundo año	PCNR*	Prevalentes
1	Oportunidad	Oportunidad de la atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por el especialista).	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de la primera visita con el especialista.	Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● <12 semanas ● ≥12 - <16 semanas ● ≥16 semanas 		✓	✗
2	Oportunidad	Oportunidad del diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico).	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de diagnóstico.	Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● <16 semanas ● ≥16 - <20 semanas ● ≥20 semanas 		✓	✗

N°	Dominio	Indicador			Punto de corte		Población		
		Nombre	Numerador	Denominador	Primer año	Segundo año	PCNR*	Prevalentes	
3	Oportunidad	Oportunidad del tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de los síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD).	Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de inicio del primer tratamiento con DMARD.	Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● <20 semanas ● ≥20 - <24 semanas ● ≥24 semanas 			✓	✗
4	Diagnóstico	Proporción de los pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el Factor Reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico.	Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se realizó antiCCP y FR durante el proceso diagnóstico.	Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >40% ● >30 - ≤40% ● ≤30% 	<ul style="list-style-type: none"> ● >80% ● >70 - ≤80% ● ≤70% 		✓	✗
5	Diagnóstico	Proporción de los pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico	Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se realizó PCR y VSG al momento del diagnóstico.	Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >40% ● >30 - ≤40% ● ≤30% 	<ul style="list-style-type: none"> ● >90% ● >80 - ≤90% ● ≤80% 		✓	✗
6	Diagnóstico	Proporción de los pacientes en quienes se evaluó el daño estructural por artritis reumatoide al diagnóstico.	Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se realizó radiografía de manos y radiografía de pies durante el proceso diagnóstico.	Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >30% ● >20 - ≤30% ● ≤20% 	<ul style="list-style-type: none"> ● >80% ● >70 - ≤80% ● ≤70% 		✓	✗

N°	Dominio	Indicador			Punto de corte		Población	
		Nombre	Numerador	Denominador	Primer año	Segundo año	PCNR*	Prevalentes
7	Evaluación pre-tratamiento	Proporción de los pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	Número de casos con diagnóstico de AR en quienes se hizo tamizaje para TB previo al inicio de biológicos.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide que usan biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> ● >90% ● >80-≤90% ● ≤80% 		✓	✓
8	Tratamiento	Proporción de los pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD).	Número de casos con diagnóstico de AR en quienes se inicia DMARD comotratamiento.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >70% ● >60-≤70% ● ≤60% 		✓	✓
9	Tratamiento	Proporción de los pacientes que reciben simultáneamente metotrexate y ácido fólico.	Número de casos con diagnóstico de AR con metotrexate y ácido fólico simultáneo.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >90% ● >80-≤90% ● ≤80% 		✓	✓
10	Rehabilitación	Proporción de los pacientes que asisten a terapia ocupacional o a terapia física.	Número de casos con diagnóstico de AR que asisten a terapia ocupacional o a terapia física.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >70% ● >60-≤70% ● ≤60% 		✓	✓

N°	Dominio	Indicador			Punto de corte		Población	
		Nombre	Numerador	Denominador	Primer año	Segundo año	PCNR*	Prevalentes
11	Seguimiento	Proporción de los pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses.	Número de casos con diagnóstico de AR con DAS28 en los últimos 6 meses.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >60% ● >50 - ≤60% ● ≤50% 	<ul style="list-style-type: none"> ● >90% ● >80 - ≤90% ● ≤80% 	✓	✓
12	Seguimiento	Proporción de los pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses.	Número de casos con diagnóstico de AR con HAQ en los últimos 6 meses.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide.	<ul style="list-style-type: none"> ● >60% ● >50 - ≤60% ● ≤50% 	<ul style="list-style-type: none"> ● >80% ● >70 - ≤80% ● ≤70% 	✓	✓
13	Resultado	Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses).	Número de casos con diagnóstico de AR en tratamiento por 6 meses o más con DMARD que se encuentran en remisión.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide en tratamiento por 6 meses o más con DMARD.	<ul style="list-style-type: none"> ● >20% ● >10 - ≤20% ● ≤10% 	<ul style="list-style-type: none"> ● >30% ● >20 - ≤30% ● ≤20% 	✓	✓
14	Resultado	Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses).	Número de casos con diagnóstico de AR en tratamiento por 6 meses o más con DMARD que se encuentran en baja actividad de la enfermedad.	Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide en tratamiento por 6 meses o más con DMARD.	<ul style="list-style-type: none"> ● >40% ● >30 - ≤40% ● ≤30% 	<ul style="list-style-type: none"> ● >50% ● >30 - ≤50% ● ≤30% 	✓	✓

* Proporción de casos nuevos reportados.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria que sin tratamiento genera discapacidad, dolor, reducción de la calidad de vida y mortalidad prematura por el aumento de hasta el 50% del riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares en comparación con la población general (3,4). La prevalencia a nivel mundial oscila entre 0.5% a 1%, anualmente se diagnostican entre 25 a 50 nuevos casos por cada 100 000 habitantes. La AR genera sufrimiento en los pacientes, dado el dolor que padecen y la discapacidad que genera. La carga de la enfermedad no sólo se relaciona con los costos directos derivados de los servicios de salud prestados (medicamentos, manejo de efectos adversos, hospitalizaciones, seguimiento, entre otros), sino por los costos indirectos que produce al disminuir la capacidad laboral de los pacientes (presentismo, ausentismo y desempleo) y los costos intangibles derivados de la enfermedad mental, el inadecuado control del dolor y el estrés producido en pacientes y familiares (1,3,5).

Por estas razones, es importante realizar una evaluación y monitoreo de la gestión de los aseguradores y prestadores en esta enfermedad a través de la estandarización de mediciones objetivas que permitan identificar oportunidades de mejora en el proceso de atención, desde su diagnóstico hasta el tratamiento adecuado para evitar complicaciones (mayores hospitalizaciones y discapacidad).

Para el año 2016, 68 247 pacientes fueron reportados a la CAC, de los cuales 3709 fueron registrados como diagnosticados durante el periodo de análisis. Los datos por cada 100 habitantes en el país son: prevalencia 0,2 y mortalidad 0,0; la incidencia es de 10,4 por 100 000 habitantes (6). Considerando la situación de la enfermedad en el SGSSS, la CAC ha desarrollado el consenso basado en la evidencia para la definición de indicadores de gestión del riesgo en los pacientes con AR, para el cual se adoptó la metodología para el desarrollo de indicadores de la guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica del IETS (7) que recomienda el uso de la metodología "Rand/UCLA appropriateness method" (RAM) para la selección y construcción de indicadores (8).

El presente documento contiene la pregunta de investigación, los objetivos, el alcance y las limitaciones en su primera parte, seguido por la descripción de la metodología que incluye la definición de la pregunta a través de la

estrategia PICO, el proceso para la realización de la revisión bibliográfica y la calificación de la evidencia. Adicionalmente, se describe la metodología para la calificación de los indicadores y la descripción de la reunión de cierre, donde se definieron finalmente 14 indicadores.

Por último, se describen los 14 indicadores seleccionados, los cuales fueron agrupados en 7 dominios relacionados con el continuo de la atención de los pacientes con AR (oportunidad, diagnóstico, evaluación pretratamiento, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y resultados en salud). Adicionalmente, se presentan, la justificación, la definición, las unidades de medida, la línea de base, los estándares y los puntos de corte, así como las limitaciones y las observaciones inherentes a cada indicador. Al finalizar el documento se encuentran los anexos de los instrumentos de calificación de la literatura revisada según el tipo de documento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los indicadores prioritarios para la evaluación y la monitorización de la gestión del riesgo en las personas con artritis reumatoide por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Entidades Obligadas a Compensar, las entidades territoriales, los regímenes especiales y de excepción y prestadores en Colombia?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Definir los indicadores de evaluación y monitorización para la gestión del riesgo en las personas con artritis reumatoide por parte de las EAPB, EOC, ET, los regímenes especiales, y de excepción y los prestadores en Colombia, a través del consenso entre actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Objetivos específicos

- Identificar los indicadores con mejor evidencia científica para la medición de la gestión del riesgo en artritis reumatoide.
- Evaluar la factibilidad de los indicadores para su medición y utilidad en Colombia.
- Seleccionar los indicadores para medir la gestión del riesgo en artritis reumatoide.
- Definir la línea de base, la meta y la progresividad en cada uno de los indicadores.

ALCANCE

Se busca identificar los indicadores prioritarios para la evaluación y la monitorización de la gestión del riesgo en las personas con AR por parte de las EAPB, EOC, ET, los regímenes especiales y de excepción y los prestadores en Colombia, los cuales son determinantes para modificar los efectos de la enfermedad en el paciente, su familia y el sistema de salud. Este consenso es aplicable a nivel nacional, los indicadores propuestos no pretenden sustituir las guías de práctica clínica, direccionar el tratamiento ni influir en la relación entre las Empresas Prestadoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Tampoco pretende promover la selección de tratamientos, insumos o medicamentos.

Los indicadores presentados en este consenso no excluyen la medición de otros considerados como pertinentes, necesarios y relevantes para la evaluación de los procesos y los resultados al interior de las entidades. De igual manera, no tiene injerencia en los aspectos relacionados con las tarifas, pagos, infraestructura, costos, tipos de contratación ni otros aspectos relacionados con el pago por la atención prestada a los pacientes.

LIMITACIONES

A partir de la revisión de la literatura científica se identificaron los indicadores determinantes, los cuales tienen limitaciones para su medición dado que actualmente no hay fuentes de información que dispongan de las variables adicionales a las planteadas por la Resolución 1393 de 2015. Sin embargo, con la información disponible que ha sido reportada a la CAC se medirán los indicadores relevantes para la gestión del riesgo del AR en Colombia.

METODOLOGÍA

El Consenso de artritis reumatoide toma los conceptos del manual metodológico de deliberación y participación del IETS y adapta la metodología planteada por la guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica. Estas guías presentan los procesos técnicos para la formulación de la pregunta de investigación, la revisión de la literatura, la graduación de la evidencia científica y el proceso para la selección y construcción de los indicadores (7,9).

Para la selección y construcción de los indicadores se realizará una adaptación de la metodología “*The RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM)*”¹, lo que permitirá evaluar los indicadores para la gestión del riesgo en pacientes con artritis reumatoide por parte de las EAPB, EOC, ET, los regímenes especiales y de excepción y los prestadores en Colombia (8). A continuación, se presentan los pasos por seguir para el desarrollo del Consenso de AR:

Figura 1. Construcción Equipo CAC, agosto 2017.



¹ Permite combinar la mejor evidencia científica disponible con el juicio colectivo de los expertos, en este caso, temático, metodológico y administrativos.

Paso 1: selección del tema

Surge de la necesidad de promover la gestión del riesgo en salud por parte de las EAPB/EOC, las entidades territoriales, los regímenes de excepción y especiales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en pacientes con diagnóstico de AR.

Estrategia PICO

Para la estructuración de la pregunta se tuvo en cuenta la estrategia PICO, donde se incluye la población en estudio o problema (P); la intervención (I); la comparación (C) y el resultado (O, del inglés outcome). La estrategia tiene como fin:

- Enfocar la investigación en el problema y el resultado de mayor relevancia.
- Facilitar la búsqueda de la literatura seleccionando los términos que serán usados en la revisión.
- Identificar el problema y los resultados relacionados con cuidados específicos de los pacientes (10,11).

Con base en estos puntos se definieron los siguientes aspectos:

- **Problema o población:** indicadores para pacientes con AR reportados a la Cuenta de Alto Costo según la Resolución 1393 de 2015 (12).
- **Intervención:** a través de la revisión de la literatura disponible se identificarán los indicadores de gestión del riesgo o intervenciones de interés para los pacientes con AR.
- **Comparadores:** estas intervenciones identificadas permitirán hacer comparaciones usando como referente los indicadores establecidos en otros países y por otros registros.
- **Resultados (Outcomes):** Evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo en los pacientes con AR por parte de las EAPB, EOC, ET, regímenes especiales y de excepción y prestadores en Colombia.

Paso 2 presentación de la pregunta, objetivos y el alcance

Se diseñó un aplicativo en línea creado para el desarrollo virtual del consenso de AR, donde se socializaron la pregunta de investigación, los objetivos, el alcance y las limitaciones. De esta manera, se dio apertura al consenso y se dispuso de un espacio de participación para los actores involucrados, esto con el fin de realizar sugerencias al respecto.

Adicionalmente, se dispuso el formulario de declaración de conflictos de intereses (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSchFL9doSr3f1J->

1QW8kYFxD9v2Rcfiu2O1v82m1ubf-YoImA/viewform) en el sitio web creado para el desarrollo del consenso. En el formulario todos los participantes del consenso debían declarar si su juicio profesional podría estar o no afectado por otro interés secundario como el beneficio financiero, de prestigio, promoción personal, profesional, o de algún otro tipo.

Paso 3: revisión de la literatura

La pregunta PICO determinó las estrategias de búsqueda, de esta manera, se estandarizaron los términos MeSH. Posteriormente se realizó una búsqueda de literatura en las siguientes bases de datos: Medline (PUBMED y Ovid), Scopus.

Para la búsqueda, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

- a. Población objeto: pacientes con artritis reumatoide en cualquier proceso de atención (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación), así como los resultados en salud derivados de la atención (remisión o baja actividad de la enfermedad).
- b. Se incluyeron las publicaciones hechas en los últimos 10 años.
- c. Estudios en humanos, con restricción de idioma inglés y español.
- d. Se tuvieron en cuenta las referencias bibliográficas de los artículos incluidos y las referencias enviadas por los expertos clínicos y temáticos con el fin de incluir los artículos que no fueron identificados durante la búsqueda.
- e. Se utilizaron los siguientes términos en los motores de búsqueda:

Medline (PUBMED)

"Quality Indicators, Health Care"[Mesh] AND "Arthritis, Rheumatoid"[Mesh] AND ("2007/09/18"[PDat]: "2017/09/14"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang])

Scopus

(quality AND indicator AND rheumatoid AND arthritis) AND PUBYEAR > 2006 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ip") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ch")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))

Revisión de títulos

Se revisaron 260 títulos y se descartaron aquellos que fueran: 1) cartas al editor, o editoriales; 2) no se relacionaran con la pregunta de investigación, 3) no incluyeran la población o los resultados de interés o 4) estuvieran duplicados (solo se dejó una referencia).

Revisión de abstracts

Se revisaron 56 abstracts y se excluyeron aquellos que fueran: 1) cartas al editor, o editoriales; 2) no se relacionaran con la pregunta de investigación o 3) no incluyeran la población o los resultados de interés.

Revisión completa de textos

Se revisaron 53 referencias. Se excluyeron aquellos cuya metodología o los resultados no daban respuesta a la pregunta de investigación.

Finalmente se incluyeron 44 referencias.

Paso 4: calificación y síntesis de la evidencia

Se realizó una lectura crítica de la literatura y se procedió a calificarla según el tipo de evidencia científica. Para la calificación de la evidencia, se construyeron 4 matrices: la primera, para la calificación de las guías de práctica clínica a través del instrumento AGREE II, que busca evaluar la rigurosidad y transparencia metodológica en la que se desarrolló la guía (13) (ver anexo 1), el formulario en línea se construyó teniendo en cuenta los seis dominios que evalúa el instrumento y las 23 preguntas clave.

La segunda matriz fue construida para la calificación de los artículos de revisión a través de las recomendaciones del sistema GRADE. Adicionalmente, se tuvo en cuenta el tipo de diseño del estudio², su objetivo, las posibles variables para el indicador, la clasificación de la importancia relativa de las variables de resultado, la calidad de la evidencia científica según el tipo de diseño de los estudios, la graduación de las recomendaciones y por último, la representación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones (14) (ver anexo 2).

La tercera se construyó para calificar las revisiones sistemáticas de la literatura con la herramienta SIGN (7). Por último, se creó una matriz de calificación para la evaluación crítica de documentos con metodologías de consenso (Delphi, conferencia de consenso, entre otras) y documentos de descripción de indicadores de otros registros administrativos a nivel mundial, lo anterior considerando la importancia de estos documentos dentro de la construcción de los indicadores del consenso de AR (ver anexos 3 y 4, respectivamente).

La calificación de las referencias seleccionadas fue distribuida de la siguiente manera:

² Estudios observacionales, revisiones no sistemáticas, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Herramienta AGREE II	Calificación de 7 guías de práctica clínica
Herramienta GRADE	Calificación de 19 artículos
Herramienta SIGN	Calificación de 1 artículo
Herramienta revisión crítica	Calificación de 17 documentos

Construcción de la matriz de recomendaciones y definiciones de interés

De forma paralela, se construyó una matriz con el listado de las recomendaciones y las definiciones de interés que se encontraron durante la revisión bibliográfica. Dicha matriz fue enviada a los participantes a través del foro virtual con el fin de revisar las 53 recomendaciones extraídas durante la revisión de la literatura, las cuales fueron divididas en 9 dominios que consideraban todo el proceso de atención de los pacientes con AR:

Oportunidad,

- I. Diagnóstico;
- II. Evaluación pretratamiento;
- III. Tratamiento no farmacológico;
- IV. Tratamiento farmacológico;
- V. Rehabilitación y manejo del dolor;
- VI. Seguimiento;
- VII. Atención especializada,
- VIII. Indicadores de resultado.

Adicionalmente, incluía el tipo de indicador (proceso o resultado), el nombre, la descripción, la población objeto de aplicación (total de casos o nuevos casos) y las diferentes GPC y artículos que soportaban la recomendación.

Finalmente, se listaron 17 indicadores seleccionados a partir de la revisión de la mejor evidencia científica con el juicio colectivo de los expertos, para posteriormente ser llevados a un proceso de votación.

Paso 5: evaluación de los indicadores

Para realizar la votación de los indicadores en el consenso de AR, se adaptó la metodología RAM, donde se incluyeron dos rondas de votación virtual y una tercera presencial (8). Los 17 indicadores seleccionados fueron evaluados por los expertos temáticos (expertos en aseguramiento y prestación

de servicios de salud), metodológicos y clínicos, a través de un formulario enviado vía web.

En esta etapa, los participantes del consenso determinaron si los indicadores propuestos eran apropiados, y cumplían tres criterios esenciales:

- I. Relevancia del indicador;
- II. Viabilidad, entendida como la posibilidad de acceso a las fuentes de información de donde se obtendrán los datos;
- III. Validez del contenido o medición que refleja lo que pretende medirse, en este caso, el indicador o indicadores que permiten evaluar la gestión del riesgo en los pacientes con AR.

A continuación, se presentan los resultados de las rondas de calificación:

Primera ronda de calificación de los indicadores:

La evaluación se hizo individualmente utilizando un formulario que fue enviado vía web a todos los participantes. El formulario incluía los 17 indicadores propuestos y su respectiva escala Likert de calificación (de 1 a 9), donde la calificación 1 determinaba que el indicador era **altamente inapropiado** y la calificación 9 determinaba que el indicador era **altamente apropiado** (8).

Teniendo en cuenta lo anterior, cada uno de los indicadores fue clasificado según la mediana del panel de la siguiente manera:

- Apropiado: mediana del panel de 7 a 9, **sin desacuerdo**;
- Indeterminado: mediana del panel de 4 a 6, **posibilidad de desacuerdo**;
- Inapropiado: mediana del panel de 1 a 3, **sin acuerdo**.

De los 17 indicadores evaluados, 14 obtuvieron una calificación de 7 o superior por la mitad o más de los expertos, siendo considerados como válidos. Por otro lado, 3 indicadores fueron calificados como indeterminados, en esta ronda de calificación ningún indicador fue excluido. La calificación y las observaciones sobre los indicadores de la primera ronda fueron enviadas a los participantes.

Segunda ronda de calificación de Indicadores:

Teniendo en cuenta la calificación de los indicadores y las sugerencias de los participantes, se hicieron los ajustes a los mismos para llevar a cabo la segunda ronda de calificación. Al igual que la primera ronda, esta calificación fue individual y a través de un formulario vía web. Así, de los 18 indicadores, 16 obtuvieron una calificación de 7 o superior por la mitad o más de los expertos, siendo considerados como válidos.

Por otro lado, dos (2) indicadores fueron calificados como indeterminados, donde un tercio de los participantes se encontraban en los extremos de calificación (1-3 o 7-9), por lo que se requirió la medida de “desacuerdo” teniendo en cuenta el Rango interpercentil (IPR) mayor al Rango interpercentil ajustado por simetría (IPRA) ($IPR > IPRA$). La metodología define que existe desacuerdo cuando el IPR es mayor al IPRA. El IPRA fue calculado con la fórmula $IPRAS = 2.35 + [Asymmetry Index (AI) * 1.5]$ (8,15).

Lo anterior permitió medir objetivamente el punto de desacuerdo entre los participantes, dando como resultado la exclusión de los siguientes indicadores relacionados con el seguimiento de los pacientes:

- Proporción de los pacientes con cálculo del riesgo cardiovascular con escala de Framingham modificada para Colombia;
- Proporción de los pacientes con valoración por psicología o psiquiatría en los últimos 12 meses.

Paso 6: socialización, presentación y calificación de indicadores

Definición de línea de base y puntos de corte

Con la información reportada a la CAC con corte a 30 de junio de 2016, se calculó la línea de base para cada uno de los indicadores con información disponible. Según el resultado, se definieron los puntos de corte de acuerdo con los quintiles de cada indicador. Para los indicadores sin línea de base, se definieron los estándares con el apoyo de los expertos clínicos y los hallazgos de la revisión de la literatura.

Reunión de cierre

Se hizo una convocatoria abierta a los representantes de todos los actores del sistema de salud para el cierre del consenso de AR, el cual fue llevado a cabo el día 14 de diciembre de 2017. Inicialmente, se hizo la presentación de los 32 participantes y luego se expuso la metodología con la que se realizó el consenso. A continuación, se presentaron los 17 indicadores seleccionados con su respectiva ficha técnica, la línea de base, los estándares y las consideraciones para su cálculo.

Los indicadores fueron sujetos a calificación y votación teniendo en cuenta los conceptos de relevancia, viabilidad y validez de contenido ya mencionados previamente. La votación se llevó a cabo con el sistema *Turning Point*, teniendo en cuenta los siguientes grupos de interés:

1. Representación de los expertos clínicos: 1 voto.
2. Representación del gobierno: 1 voto (MSPS, INS, Supersalud, IETS).

3. Representación del aseguramiento y prestadores de servicios: 1 voto dividido en los 8 sectores del aseguramiento, 1) comercial-contributivo; 2) comercial - subsidiado; 3) cajas de compensación familiar - C; 4) cajas de compensación familiar - S; 5) cooperativas - contributivo; 6) cooperativas - subsidiado; 7) indígenas y adaptadas; por último, 8) públicas y mixtas.
4. Representación de los pacientes: 1 voto.

En total, 23 participantes representaron el sector de aseguramiento, 5 el sector del gobierno y 3 en representación de los expertos clínicos. Finalmente, la Defensoría del Pueblo asistió en nombre de los pacientes.

Para incluir el indicador debía contar con una votación de 50% o más a favor. Al finalizar la votación, el siguiente indicador fue excluido:

- Proporción de los pacientes en tratamiento para AR con último HAQ menor o igual a 1 (medido por HAQ de los últimos 6 meses) y 2 indicadores relacionados con la oportunidad de atención por médico reumatólogo o por médico internista y familiar se incluyeron en uno.

Finalmente, se llegó a consenso sobre 16 indicadores relevantes, viables y válidos para gestionar el riesgo en pacientes con AR por parte de las EAPB, EOC, las entidades territoriales, los regímenes especiales y de excepción y los prestadores en Colombia.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE EVIDENCIA

La gestión del riesgo en salud pretende enfrentar la incertidumbre sobre la situación en salud de una población o individuo. Las intervenciones identificadas para promover la gestión del riesgo en los pacientes con AR podrían disminuir la progresión de la enfermedad con el fin de minimizar las complicaciones no planeadas dentro de la atención como las enfermedades cardiovasculares prematuras, la muerte prematura y las exacerbaciones de la enfermedad, las cuales incrementan la asistencia a servicios de salud y las hospitalizaciones de los pacientes, incurriendo en inadecuados resultados en salud y aumento de los costos directos de la atención de la patología (2,3,5,16).

Adicionalmente, la AR incrementa los costos indirectos en salud, ya que es una enfermedad asociada al sufrimiento. Se puede decir que el dolor crónico experimentado y la discapacidad producida por la pérdida de la funcionalidad, que produce especialmente en las personas activas laboralmente, una autopercepción de pérdida de la productividad laboral o presentismo, así como la pérdida de la capacidad laboral, derivando en ausentismo y retiro laboral (3,5,17,18). Teniendo en cuenta lo anterior, las intervenciones de los efectos de la enfermedad desde la promoción de la gestión del riesgo podrían contribuir con la modificación su curso, los resultados en salud y el impacto social que genera la patología.

Según Gómez (2014), el riesgo involucra tres elementos: 1) el evento cuya ocurrencia se quiere modificar; 2) los diferentes factores causales asociados con la ocurrencia del evento, que pueden ser externos a las personas o inherentes a ellas, por último, 3) los efectos generados cuando el evento ocurre (2). En el caso de la AR, los factores causales que pueden ser gestionados eficazmente se relacionan con los factores de detección temprana y la sospecha de la enfermedad según los criterios clasificatorios de ACR/EULAR 2010 (1), por otro lado, los factores que modifican el pronóstico como la estrategia *Treat to target*³ son gestionables y contribuyen con el mejoramiento de los resultados en salud en los pacientes que padecen la enfermedad. Por último, los factores derivados de la atención médica, considerados como aquellos

³ Estrategia que promueve el inicio de una terapia de manera oportuna y un seguimiento estricto en los pacientes comprometidos hasta lograr el objetivo de remisión o baja actividad de la enfermedad (1).

cuando el servicio de atención médica brinda servicios dirigidos a modificar la historia natural de la enfermedad pueden ser gestionables y se incluyen como parte de los factores modificables con la medición de los indicadores de calidad en el presente consenso (2).

Según el alcance de este documento, cabe mencionar que la gestión de riesgo será evaluada desde la ocurrencia del evento (diagnóstico de la AR). Lo anterior, permite analizar e intervenir en los factores pronósticos y derivados de la atención médica que podrían modificar el curso clínico de la enfermedad. Así mismo, en los resultados en salud y la carga económica que la artritis reumatoide representa para el SGSSS.

Oportunidad en la atención y la prestación de servicios

Según la Organización Mundial de la Salud, ofrecer cuidados en salud oportunos, como uno de los dominios de la calidad de la atención en salud, contribuye con el mejoramiento de los resultados en salud deseados para las personas y las poblaciones (19). En concordancia con lo anterior, en Colombia se han generado políticas que promueven la gestión de la calidad en la prestación de los servicios, tales como la Ley 1751 de 2015, que sitúa como núcleo del derecho fundamental de la salud a “la igualdad de trato y oportunidades en el acceso” definiendo como sustrato el continuo de la atención en la “promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (20).

La valoración temprana de los pacientes con síntomas sugestivos de AR tiene una buena relación riesgo/beneficio, ya que evita la realización de un diagnóstico tardío con consecuentes desenlaces negativos a largo plazo como daño articular medido por erosiones y disminución de la calidad de vida (1,21). En el momento en que se presente un paciente con sinovitis persistente que afecte articulaciones pequeñas de las manos o los pies o más de una articulación debe ser remitido oportunamente con un profesional competente en la realización de diagnósticos diferenciales en enfermedades autoinmunes, preferiblemente reumatología. Según la revisión de la literatura, la remisión oportuna de los pacientes con sospecha de AR debe ser menor a 3 meses desde la presentación de los síntomas hasta la visita con un especialista con las competencias profesionales para realizar diagnósticos diferenciales (reumatología, medicina interna o medicina familiar), lo anterior con el fin de modificar la progresión de la enfermedad, con el consecuente mejoramiento de los resultados de remisión y baja actividad (21-27).

El daño estructural permanente ocurre tempranamente en el curso de la enfermedad, por tanto, un diagnóstico e inicio oportuno del tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad cambian su curso, enlentecen la progresión del daño articular y contribuyen con la disminución de la morbilidad y la mortalidad asociada a la AR. Concomitantemente, permiten

mejorar el estado funcional de los pacientes permitiendo una mejor calidad de vida (28,29).

El inicio temprano de tratamiento con DMARDs (primeros 4 meses desde los síntomas) optimiza la “ventana de oportunidad” favoreciendo a los pacientes. De hecho, se ha observado que los pacientes con AR que inician tratamiento con modificadores de la enfermedad dentro de los primeros 3 meses posteriores al inicio de los síntomas muestran menor progresión radiológica en relación con aquellos que inician el tratamiento después de la realización de las pruebas de riesgo. Adicionalmente, el inicio temprano del tratamiento permite alcanzar los objetivos de control de la actividad de la enfermedad y contribuye con el mantenimiento de la calidad de vida (1,21,28-31).

Realización de pruebas dentro del proceso diagnóstico

Según el estudio de costo efectividad realizado por el grupo desarrollador de la guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la AR, la alternativa más costo-efectiva en el diagnóstico es el uso en serie del factor reumatoide (FR) más Anticuerpos Anticitrulina (Anti-CCP) (1). La realización de anticuerpos dentro del proceso diagnóstico determina el pronóstico de los pacientes, una revisión sistemática de la literatura determinó que la evaluación de la prueba anti-CCP al momento del diagnóstico está inversamente asociado con la remisión de los pacientes a 24 meses (OR 0.63, 95% CI 0.45 - 0.89) cuando se ajusta por DAS28, duración de la enfermedad, HAQ y sexo masculino (29,32).

Aunque se considera una recomendación débil a favor para establecer el diagnóstico, la realización de reactantes de fase aguda hacen parte del proceso y su realización contribuye con la diferenciación del diagnóstico respecto a otras patologías (1,24,31,33). Dentro del proceso diagnóstico también debe ser evaluado el daño estructural con la realización de radiografía convencional de manos y pies como parte de la valoración de la integridad articular. Su utilidad yace en el establecimiento del pronóstico en los pacientes con artritis reumatoide temprana (1,24,29,33,34).

Evaluación pretratamiento

En el 2014 fueron notificados al Sivigila 12824 casos de tuberculosis, siendo 24,2 casos por 100 000 habitantes la incidencia para dicho año. Los lugares con mayor incidencia fueron: Amazonas 73,0 por 100 000 habitantes) y Chocó (52,7 casos por 100 000 habitantes). Sin embargo, las entidades territoriales que concentran el mayor número de casos son Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá con el 42,5 % (35). En los pacientes con AR que van a iniciar por primera vez DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico (Tofacitinib) es determinante la realización de pruebas de tamizaje para tuberculosis (TB), lo anterior teniendo en cuenta que se ha documentado

una alta incidencia de TB posterior al inicio de terapia anti-FNT (factor de necrosis tumoral). Adicionalmente, según las recomendaciones realizadas por el *Centers for Disease Control and Prevention*-CDC, las pruebas de tamizaje deben realizarse en áreas con alta incidencia de tuberculosis activa como Latinoamérica (1,22,31,36-39). Concomitantemente, se debe tener en cuenta el tiempo de realización de la prueba respecto al inicio del tratamiento, ya que su resultado debe interpretarse dentro de los 6 meses posteriores a la realización de la misma (36).

Tratamiento con medicamentos modificadores de la enfermedad - DMARD

Actualmente, todo paciente con diagnóstico de AR requiere el inicio de medicamentos modificadores de la enfermedad a menos que se encuentre contraindicado, exista inactividad de la enfermedad o se haya documentado que el paciente se rehúsa a consumirlo (3,38). La instauración temprana del tratamiento con DMARDs impacta en la evolución de la enfermedad, el daño articular y la discapacidad física, trayendo consigo mejoras en resultados en salud a largo plazo como los eventos cardiovasculares prematuros y la mortalidad prematura (1). El tratamiento oportuno y el seguimiento estrecho han demostrado ser intervenciones con las cuales se pueden lograr los objetivos del manejo de la enfermedad: remisión o baja actividad (1,27). A través de la revisión de la literatura se pudo determinar que este indicador como medida de calidad es determinante para gestionar el riesgo en la atención de pacientes con AR (25,26,33,40-42).

Terapia simultánea de metotrexate y ácido fólico

El metotrexate es la piedra angular del tratamiento de AR, con gran beneficio en el control de la enfermedad, los desenlaces en la calidad de vida de los pacientes y la progresión radiológica (28,43). El grupo desarrollador de la guía de práctica clínica determinó como recomendación fuerte a favor el uso de metotrexate y ácido fólico, esto considerando que el ácido fólico mejora la tolerancia al DMARD sintético, dando como resultado mayor adherencia al tratamiento y menos reacciones adversas, permitiendo que se mantenga el uso de este medicamento sin requerimientos de escalonamiento a menos que este sea indicado (1). Al igual que la prescripción de DMARD en los pacientes con AR, este es un indicador determinante de calidad de la atención en los pacientes que padecen la enfermedad (24,31,33).

Terapia ocupacional y terapia física como parte del tratamiento

La reducción de las capacidades físicas, la presencia de síntomas como dolor, fatiga, rigidez y la disminución de la fuerza generan dificultades para la realización de las actividades diarias de los pacientes, tanto en el trabajo

como en el hogar (1,38). Dado lo anterior, las intervenciones no farmacológicas como ejercicios dinámicos y la terapia ocupacional deben considerarse como parte del tratamiento en pacientes con artritis reumatoide (27).

En las patologías crónicas, el inicio de una práctica de rehabilitación temprana debe propenderse para evitar la discapacidad futura y mantener la funcionalidad de la persona, adicionalmente, en los pacientes en remisión o actividad baja la realización de terapia física contribuye con el mejoramiento de la conservación funcional y la reserva cardiovascular, que en las enfermedades crónicas inflamatorias como la AR puede disminuir el riesgo cardiovascular (1,22,24). El acceso a terapia ocupacional en los pacientes con AR fue catalogado como recomendación fuerte a favor por el grupo desarrollador de la GPC colombiana, con resultados positivos en la capacidad funcional, la participación social y control del dolor de los pacientes. La educación promovida por los profesionales de salud que ofrecen este tipo de terapias, empodera a los pacientes y los hace partícipes del proceso, mejorando su calidad de vida, ya que tienen los conocimientos y la capacidad de controlar las exacerbaciones, el dolor y la fatiga producida por la enfermedad (1,21,25,44).

Evaluación de la actividad de la enfermedad

La evaluación de la actividad de la enfermedad debe realizarse periódicamente, ya que permite tomar decisiones sobre las mejores opciones de inicio o cambio de tratamiento en los pacientes. Su realización mensual al inicio de la enfermedad y de forma periódica (al menos una vez al año) hace parte de las estrategias de seguimiento (1,22,24,26,31,32,36,39). La evaluación puede realizarse con diferentes pruebas de clinimetría, sin embargo, la más utilizada como resultado en diferentes estudios es el DAS28, es por esta razón que en este consenso se decide realizar la medición teniendo en cuenta el reporte de esta medición a la CAC⁴.

Evaluación del estado funcional del paciente

El manejo de la AR es un proceso reiterativo y requiere el control periódico de la actividad de la enfermedad y la evaluación de la limitación funcional de los pacientes con el fin de determinar si la disminución de la funcionalidad es el resultado del aumento de la inflamación (progresión de la enfermedad), daño mecánico o ambos, lo que permite tomar decisiones sobre el tratamiento y el uso de las terapias no farmacológicas como adyuvantes. Adicionalmente, su medición es un factor pronóstico, se ha documentado

⁴ Recomendación por expertos.

que puede estar inversamente asociado con la remisión de la enfermedad (22,24,26,34,36-39,45-47).

Resultados en los pacientes con AR: remisión y baja actividad de la enfermedad

El objetivo del manejo en los pacientes con AR es lograr la remisión de la enfermedad, definida como ausencia de signos y síntomas de actividad inflamatoria de la misma(1,27). La estrategia “*Treat to target*” es altamente efectiva en la reducción rápida de la actividad de la enfermedad en los pacientes, sin embargo, requiere de una monitorización estricta con pruebas clinimétricas como el DAS28, es por esta razón que la información del resultado de las pruebas mencionadas es determinante para la toma de decisiones terapéuticas. Logrando la remisión o la baja actividad de la enfermedad se disminuye la inflamación articular, la progresión radiológica y se conserva la funcionalidad, lo que disminuye el aumento en los costos directos e indirectos derivados de la atención en salud de pacientes no controlados (3,22,27,29,38,47,48). Medir resultados en salud es tener en cuenta el ciclo del cuidado y no solo las intervenciones o actividades que determinan el cuidado en salud (49).

INDICADORES PRIORITARIOS PARA MEDIR LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A partir de la revisión de la literatura y la participación de los expertos temáticos (MSPS, INS, Superintendencia, en aseguramiento y prestación de servicios de salud); metodológicos (equipo CAC, IETS); clínicos (sociedades científicas, especialistas) y los representantes de los pacientes (Defensoría del Pueblo) se construyeron y consolidaron los indicadores mínimos para la gestión de riesgo en los pacientes con AR. Se presentan según los dominios a los que pertenecen, el tipo de indicador, la metodología para su medición y las limitaciones correspondientes. A continuación, se presenta un resumen de los indicadores:

Tabla 2. Resumen de los indicadores prioritarios por dominio y según poblaciones de medición.

Dominio	Nº	Nombre del indicador	Población	Tipo de indicador
Oportunidad	1	Oportunidad de la atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por el especialista).	Nuevos casos (2017)	Proceso
	2	Oportunidad del diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico).	Nuevos casos	Proceso
	3	Oportunidad del tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de los síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD).	Nuevos casos	Proceso
Diagnóstico	4	Proporción de los pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el Factor Reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico.	Nuevos casos	Proceso
	5	Proporción de los pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico	Nuevos casos	Proceso
	6	Proporción de los pacientes en quienes se evaluó el daño estructural por artritis reumatoide al diagnóstico.	Nuevos casos	Proceso

Evaluación pretratamiento	7	Proporción de los pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico.	Nuevos casos Total casos	Proceso
	8	Proporción de los pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD).	Nuevos casos Total casos	
Tratamiento	9	Proporción de los pacientes que reciben simultáneamente metotrexate y ácido fólico.	Nuevos casos (2017) Total casos (2018)	Proceso
	10	Proporción de los pacientes que asisten a terapia ocupacional o a terapia física.	Nuevos casos (2017) Total casos (2018)	
Seguimiento	11	Proporción de los pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses.	Nuevos casos Total casos	Proceso
	12	Proporción de los pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses.	Nuevos casos Total casos	
Resultados en salud	13	Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses).	Nuevos casos Total casos	Resultado
	14	Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses).	Nuevos casos Total casos	

Fuente: Cuenta de Alto Costo, diciembre 2017.

INDICADORES DE PROCESO

1. Oportunidad de la atención por especialista en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera atención por el especialista)

Justificación	La valoración temprana de los pacientes con síntomas sugestivos de AR por un especialista (reumatólogo, médico internista o médico familiar) tiene una buena relación riesgo/beneficio, ya que evita la realización de un diagnóstico tardío con consecuentes desenlaces negativos a largo plazo como el daño articular medido por erosiones y la disminución de la calidad de vida.
Definición	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de inicio de los síntomas por AR: se conoce como la fecha de inicio de los síntomas relacionados con la AR. Sin embargo, dado que esta fecha puede tener sesgo de recordación por parte del paciente y teniendo en cuenta que el tiempo para el diagnóstico de la artritis temprana es de 1 año, en la reunión del cierre del consenso los participantes llegaron al acuerdo de acotar el periodo a máximo 1 año para el inicio de los síntomas respecto a la primera visita. - Primera atención por especialista: se conoce como la fecha de la primera visita al especialista por AR. En el consenso, los participantes llegaron al acuerdo de incluir para la medición al reumatólogo, el médico internista y el médico familiar como primer especialista de atención por AR, teniendo en cuenta que son especialidades con competencia para realizar el diagnóstico diferencial en las enfermedades autoinmunes.
Dominio	Oportunidad.
Método de medición	<p>Mediana de semanas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de la primera visita con médico internista o médico familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considera la mediana como método de medición dada la heterogeneidad de la información.
Unidad de medida	Mediana del número de semanas.
Periodicidad	Anual
Población	Nuevos casos diagnosticados (2017).
Fórmula	$\frac{\text{Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de síntomas hasta la fecha de primera visita con especialista}}{\text{Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide}}$

Línea de base	Por el momento no hay información en la estructura, por lo que se definirá según los resultados del año 2017.
Estándar	<12 semanas. Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre.
Punto de corte	<ul style="list-style-type: none"> ● <12 semanas ● ≥12-<16 semanas ● ≥16 semanas
Observaciones	Al obtener la variable adicional del especialista con quien el paciente tuvo la primera visita, se puede generar el indicador teniendo en cuenta a la reumatología, la medicina interna y la medicina familiar como especialidades con competencia profesional para realizar los diagnósticos diferenciales de las enfermedades autoinmunes.

2. Oportunidad del diagnóstico en semanas (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico)

Justificación	El diagnóstico oportuno permite iniciar tempranamente el tratamiento, lo que contribuye con la detención de la progresión del daño articular y la disminución de la morbilidad y la mortalidad asociadas a la artritis reumatoide.
Definición	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de inicio de los síntomas por AR: Se conoce como la fecha de inicio de los síntomas relacionados con la AR. Sin embargo, dado que esta fecha puede tener sesgo de recordación por parte del paciente y teniendo en cuenta que el tiempo para el diagnóstico de la artritis temprana es 1 año, en la reunión de cierre del consenso los participantes llegaron al acuerdo de acotar el periodo a máximo 1 año para el inicio de los síntomas respecto a la primera visita. - Diagnóstico: Se considera la fecha de diagnóstico de AR.
Dominio	Oportunidad.
Método de medición	Mediana del número de semanas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha del diagnóstico. - Se considera la mediana como método de medición dada la heterogeneidad de la información.
Unidad de medida	Mediana del número de semanas.
Periodicidad	Anual
Población	Nuevos casos diagnosticados.
Fórmula	$\frac{\text{Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de síntomas hasta la fecha de diagnóstico de artritis reumatoide}}{\text{Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide}}$
Línea de base	<p>P25: 15,2 semanas; P75: 35,2 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mediana: 25,5 semanas. - Población analizada: 554 casos nuevos reportados. - La población utilizada para el análisis fue del 15% del total de casos nuevos reportados (3709 casos).

Estándar	<16 semanas. Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre.
	● <16 semanas
Punto de corte	● ≥16- <20 semanas ● ≥20 semanas
Observaciones	Se excluyeron del análisis aquellos pacientes cuya diferencia entre la fecha de diagnóstico y la fecha de inicio de los síntomas sea menor o igual a 6 semanas considerando que clínicamente la patología se sospecha desde la semana 6 de síntomas (1).

3. Oportunidad del tratamiento en semanas (tiempo entre el inicio de los síntomas hasta el primer tratamiento con DMARD)

Justificación	El inicio temprano del tratamiento modifica la progresión de la enfermedad, permite alcanzar los objetivos de control de la actividad y contribuye con el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes que la padecen.
Definición	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de inicio de los síntomas por AR: Se conoce como la fecha de inicio de los síntomas relacionados con la AR. Sin embargo, dado que esta fecha puede tener sesgo de recordación por parte del paciente y teniendo en cuenta que el tiempo para el diagnóstico de la artritis temprana es de 1 año, en la reunión de cierre del consenso los participantes llegaron al acuerdo de acotar el periodo a máximo 1 año para el inicio de los síntomas respecto a la primera visita. - Inicio del tratamiento con DMARD: se considera la fecha de inicio del tratamiento con DMARD en los pacientes con AR.
Dominio	Oportunidad.
Método de medición	<p>Mediana del número de semanas entre la fecha de inicio de los síntomas hasta la fecha de inicio del primer tratamiento con DMARD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considera la mediana como método de medición dada la heterogeneidad de la información.
Unidad de medida	Mediana del número de semanas.
Periodicidad	Anual.
Población	Nuevos casos diagnosticados.
Fórmula	$\frac{\text{Sumatoria del número de semanas transcurridas entre la fecha de inicio de síntomas hasta la fecha de inicio de tratamiento con DMARD}}{\text{Total de casos nuevos diagnosticados con artritis reumatoide}}$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - P25: 24 semanas; P75: 36,5 semanas. - Mediana: 24,7 semanas. - Población analizada: 344 casos nuevos reportados. - La población utilizada para el análisis fue el 9,27% del total de casos nuevos reportados (3709 casos).
Estándar	<20 semanas Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre.

	● <20 semanas
Punto de corte	● ≥20-<24 semanas
	● ≥24 semanas
Observaciones	Se excluyeron del análisis aquellos pacientes cuya diferencia entre la fecha de inicio del tratamiento con DMARD y la fecha de inicio de los síntomas sea menor o igual a 6 semanas, considerando que clínicamente la patología se sospecha desde la semana 6 de los síntomas (1).

4. Proporción de los pacientes en quienes se realizó anticuerpos anti-citrulina y el Factor Reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico

Justificación	La realización de anticuerpos dentro del proceso diagnóstico determina el pronóstico de los pacientes, además se considera la opción más costo efectiva para realizar el diagnóstico de la artritis reumatoide.
Definición	Pacientes diagnosticados con AR dentro del periodo de análisis en quienes se realizó antiCCP y factor reumatoide IgM dentro del proceso diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se hizo dentro del proceso diagnóstico anticuerpos anti citrulina y factor reumatoide IgM del total de los casos nuevos diagnosticados.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados.
Fórmula	$\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se realizó antiCCP y factor reumatoide en el proceso diagnóstico}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos nuevos reportados diagnosticados en quienes se realizó antiCCP y FR dentro del proceso diagnóstico: 760. - Total de casos nuevos reportados: 3709. - Resultado: 20,4% IC 95% [19,2 - 21,8].
Estándar	<ul style="list-style-type: none"> - Primer año: 40% - Segundo año: 80%
	● >40%
Primer año:	● >30-≤40%
	● ≤30%
Punto de corte	● >80%
	● >70-≤80%
Segundo año:	● ≤70%

Observaciones	En la reunión de cierre del consenso se acordó incluir las pruebas de factor reumatoide y antiCCP dentro del proceso diagnóstico, de acuerdo con la guía de práctica clínica de Colombia; es una recomendación fuerte a favor para establecer no solo diagnóstico sino también pronóstico.
---------------	--

5. Proporción de los pacientes en quienes se realiza PCR y VSG al momento del diagnóstico

Justificación	La realización de reactantes de fase aguda hace parte del proceso de diagnóstico de los pacientes con sospecha de artritis reumatoide y su práctica contribuye con la diferenciación del diagnóstico respecto a otras patologías.
Definición	Pacientes diagnosticados con AR dentro del periodo de análisis en quienes se realizó PCR y VSG al momento del diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se hizo al momento del diagnóstico PCR y VSG del total de pacientes diagnosticados.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados.
Fórmula	$\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se realizó PCR y VSG al diagnóstico}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos nuevos reportados y diagnosticados con PCR y VSG al momento del diagnóstico: 1339. - Total de casos nuevos reportados: 3709. - Resultado: 36,1% IC 95% [34,5 - 37,6].
Estándar	<ul style="list-style-type: none"> - Primer año: 40% - Segundo año: 90%
Punto de corte	<ul style="list-style-type: none"> Primer año: <ul style="list-style-type: none"> >40% >30-≤40% ≤30% Segundo año: <ul style="list-style-type: none"> >90% >80-≤90% ≤80%

6. Proporción de los pacientes en quienes se evaluó el daño estructural por artritis reumatoide al diagnóstico

Justificación	Su realización dentro del proceso diagnóstico permite establecer el pronóstico en los pacientes con artritis reumatoide temprana.
Definición	Pacientes diagnosticados con AR dentro del periodo de análisis en quienes se realizó radiografía de manos y pies con el fin de determinar daño estructural como factor pronóstico dentro del proceso diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se hicieron, dentro del proceso diagnóstico, las radiografías de manos y pies como factor pronóstico del total de los pacientes diagnosticados.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados.
Fórmula	$\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se realizó radiografías de manos y pies en el proceso diagnóstico}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos nuevos reportados diagnosticados en quienes se realizó radiografía de manos y pies durante el proceso diagnóstico: 205. - Total de casos nuevos reportados: 3709. - Resultado: 5,52% IC 95% [4,83-6,31].
Estándar	<ul style="list-style-type: none"> - Primer año: 30% - Segundo año: 80%
Punto de corte	<ul style="list-style-type: none"> ● >30% ● >20-≤30% ● ≤20% ● >80% ● >70-≤80% ● ≤70%

7. Proporción de los pacientes en quienes se realizó tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico

Justificación	Es determinante la realización de las pruebas de tamizaje para tuberculosis (TB), lo anterior teniendo en cuenta que se ha documentado una alta incidencia de TB posterior al inicio de la terapia anti-FNT (factor de necrosis tumoral) y de las terapias con objetivo terapéutico como el tofacitinib.
---------------	--

Definición	Se considera el tamizaje para la tuberculosis en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quien se va a iniciar el tratamiento por primera vez con DMARDs biológicos (infiximab, certolizumab, adalimumab, etanercept, golimumab, abatacept, rituximab, tocilizumab) o sintéticos con objetivo terapéutico (tofacitinib).
Dominio	Evaluación pretratamiento.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se realizó tamizaje para la tuberculosis previo al inicio de DMARDs biológicos o con sintéticos con objetivo terapéutico del total de los pacientes que tienen este tipo de terapias.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados, Total de casos.
Fórmula	<p>Casos nuevos:</p> $\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se hizo tamizaje para TB previo al inicio de biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR que usan biológicos}} \times 100$ <p>Total de casos:</p> $\frac{\text{Número de casos con diagnóstico de AR en quienes se hizo tamizaje para TB previo al inicio de biológicos o sintéticos con objetivo terapéutico}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR que usan biológicos}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos reportados en tratamiento con DMARD biológico o con sintéticos con objetivo terapéutico a quienes se les realizó tamizaje para TB previo al inicio de los medicamentos: 615 casos. - Total de casos reportados: 6545. - Resultado: 9,39% IC 95% [8,69 - 10,1].
Estándar	90%.
Punto de corte	<ul style="list-style-type: none"> ● >90% ● >80-≤90% ● ≤80%
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> - En la reunión de cierre del consenso se definió la inclusión de los DMARD sintéticos con el objetivo terapéutico considerando la necesidad del tamizaje para tuberculosis previo al inicio de estos medicamentos. - En la reunión de cierre se consideró una prueba de tamizaje para tuberculosis como válida, si tenía 3 meses máximo de realización previo al inicio de DMARD biológicos ó sintéticos con objetivo terapéutico. - Se excluyeron del análisis los medicamentos que según la guía de práctica clínica colombiana se encuentran como recomendación Fuerte en contra o Débil en contra para su uso en los pacientes con artritis reumatoide (auranofina, ciclofosfamida, ciclosporina, sales de oro, D- penicilamina y anakinra).

8. Proporción de los pacientes en quienes se inicia DMARD como tratamiento para AR (cobertura de DMARD)

Justificación	La instauración temprana del tratamiento con DMARDs impacta en la evolución de la enfermedad, el daño articular y la discapacidad física, trayendo consigo mejoras en los resultados en salud a largo plazo.
Definición	Se considera a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento con medicamentos modificadores de la enfermedad.
Dominio	Tratamiento.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se inició medicamentos modificadores de la enfermedad como tratamiento inicial del total de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados, Total de casos.
	Casos nuevos:
	$\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR en quienes se inicia DMARD como tratamiento}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR}} \times 100$
Fórmula	Total de casos:
	$\frac{\text{Número de casos con diagnóstico de AR en quienes se inicia DMARD como tratamiento}}{\text{Total de casos con diagnóstico de AR}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos reportados diagnosticados en quienes se inicia DMARD como tratamiento: 20 462. - Total de casos nuevos reportados: 68 247. - Resultado: 29,9% IC 95% [29,6 - 30,3].
Estándar	70%. Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre.
	● >70%
Punto de corte	● >60-≤70%
	● ≤60%

9. Proporción de los pacientes que reciben simultáneamente metotrexate y ácido fólico

Justificación	El ácido fólico mejora la tolerancia al metotrexate, dando como resultado una mayor adherencia al tratamiento y menos reacciones adversas, permitiendo que se mantenga el uso de este medicamento como DMARD de primera línea.
---------------	--

Definición	Se considera como uso simultáneo de metotrexate y ácido fólico en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide el uso de ambos medicamentos cuando el paciente tiene prescrito metotrexate como DMARD.
Dominio	Tratamiento.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se inició metotrexate simultáneamente con ácido fólico del total de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que usan metotrexate.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados (2018), Total de casos (2019).
Fórmula	<p>Casos nuevos:</p> $\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR con metotrexate y ácido fólico simultáneo}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR en tratamiento con metotrexate}} \times 100$ <p>Total de casos:</p> $\frac{\text{Número de casos con diagnóstico de AR con metotrexate y ácido fólico simultáneo}}{\text{Total de casos con diagnóstico de AR en tratamiento con metotrexate}} \times 100$
Línea de base	Por el momento no hay información en la estructura, por lo que se definirá según los resultados 2017.
Estándar	90%
Punto de corte	<ul style="list-style-type: none"> ● >90% ● >80-≤90% ● ≤80%
Observaciones	Requiere una variable adicional sobre el uso simultáneo de ácido fólico y metotrexate en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.

10. Proporción de los pacientes que asisten a terapia ocupacional o a terapia física

Justificación	La realización de terapia física y ocupacional contribuye con el mejoramiento de la reserva cardiovascular y de la capacidad funcional en los pacientes, dando como resultado una mayor participación social y el control del dolor en los pacientes.
Definición	Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que asisten a terapia ocupacional o terapia física o programas de rehabilitación que incluyan dichos procedimientos.
Dominio	Rehabilitación.

Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que asisten a terapia ocupacional o a terapia física como parte de la rehabilitación del total de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados (2017), Total de casos (2018).
Fórmula	<p>Casos nuevos:</p> $\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR que asisten a programas de rehabilitación o terapia física}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR}} \times 100$ <p>Total de casos:</p> $\frac{\text{Número de casos con diagnóstico de AR que asisten a programas de rehabilitación o terapia física}}{\text{Total de casos con diagnóstico de AR}} \times 100$
Línea de base	Por el momento no hay información en la estructura, por lo que se definirá según los resultados del año 2017.
Estándar	70%
Punto de corte	<ul style="list-style-type: none"> ● >70% ● >60-≤70% ● ≤60%
Observaciones	Al obtener la variable adicional y ser verificada con el soporte de la historia clínica podrán generarse la línea de base, el estándar y el punto de corte del indicador.

11. Proporción de los pacientes en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses

Justificación	La evaluación periódica de la actividad de la enfermedad permite tomar decisiones sobre las mejores opciones de mantenimiento o cambio de tratamiento en los pacientes.
Definición	Realización de DAS28 al menos una vez en los últimos 6 meses como prueba de seguimiento de la actividad de la enfermedad en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.
Dominio	Seguimiento.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se realiza DAS28 al menos una vez en los últimos seis meses como prueba de seguimiento de actividad de la enfermedad, del total de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.

Población	Casos nuevos diagnosticados, Total de casos.
Fórmula	<p>Casos nuevos diagnosticados:</p> $\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR con DAS28 en los últimos 6 meses}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR}} \times 100$ <p>Total de casos</p> $\frac{\text{Número de casos con diagnóstico de AR con DAS28 en los últimos 6 meses}}{\text{Total de casos con diagnóstico de AR}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide en quienes se realizó DAS28 en los últimos 6 meses: 21742. - Total de casos reportados: 68247. - Resultado: 31,8% IC 95% [31,5 - 32,2].
Estándar	<p>Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer año: 60% - Segundo año: 90%
Punto de corte	<p>Primer año:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● >60% ● >50-≤60% ● ≤50% <p>Segundo año:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● >90% ● >80-≤90% ● ≤80%

12. Proporción de los pacientes en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses

Justificación	La evaluación periódica del estado funcional de los pacientes permite tomar decisiones sobre el tratamiento y el uso de terapias no farmacológicas como adyuvantes.
Definición	Realización del HAQ al menos una vez en los últimos 6 meses como prueba para la evaluación del estado funcional en los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.
Dominio	Seguimiento.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en quienes se realiza HAQ al menos una vez en los últimos seis meses como prueba para la evaluación del estado funcional del paciente, del total de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados, Total de casos.

	Casos nuevos diagnosticados:	
	$\frac{\text{Número de casos nuevos con diagnóstico de AR con HAQ en los últimos 6 meses}}{\text{Total de casos nuevos con diagnóstico de AR}} \times 100$	
Fórmula	Total de casos:	
	$\frac{\text{Número de casos con diagnóstico de AR con HAQ en los últimos 6 meses}}{\text{Total de casos con diagnóstico de AR}} \times 100$	
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide en quienes se realizó el HAQ en los últimos 6 meses: 8804. - Total de casos diagnosticados con artritis reumatoide: 68247. - Resultado: 12,9 % IC 95% [12,6 - 13,1]. 	
Estándar	Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre. <ul style="list-style-type: none"> - Primer año: 60% - Segundo año: 80% 	
Punto de corte	Primer año:	● >60%
		● >50-≤60%
		● ≤50%
		● >80%
	Segundo año:	● >70-≤80%
		● ≤70%

INDICADORES DE RESULTADO

Medir los resultados en salud es tener en cuenta el ciclo del cuidado y no solo las intervenciones o las actividades que determinan el cuidado en salud (49). Lograr la remisión o baja actividad de la enfermedad es el resultado de la gestión de las intervenciones que puede modificar los efectos de la patología en los pacientes, sus familiares, el sistema de salud y la sociedad, dados los costos directos, indirectos e intangibles (relacionados con la ansiedad, la depresión, el dolor y el estrés del paciente y sus familiares) que genera la artritis reumatoide (5,22,29) especially for patients from less developed areas, and to explore the cost transferability between regions to assist healthcare decision-making. METHODS The study was conducted in south and north China from May 2013 to December 2013. The burden of RA was investigated by interviewing participants with a questionnaire battery containing socio-demographic, cost of illness (COI

1. Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron remisión de la enfermedad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)

Definición	Se considera que los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento con DMARD se encuentran en remisión cuando el DAS28 es <2.6.
Dominio	Resultado.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento con DMARD en quienes el DAS28 de los últimos 6 meses fue <2.6, del total de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento por 6 meses o más con DMARD.
Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados, Total de casos.

	Casos nuevos diagnosticados:
	$\frac{\text{Número de casos nuevos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD en remisión}}{\text{Total de nuevos casos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD}} \times 100$
Fórmula	
	Total de casos:
	$\frac{\text{Número de casos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD en remisión}}{\text{Total de casos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos diagnosticados en tratamiento por más de 6 meses con DAS28 de los últimos 6 meses <2,6: 4599. - Total de casos nuevos reportados: 36676. - Resultado: 12,5% IC 95% [12,2%-12,8%].
Estándar	Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre del consenso. <ul style="list-style-type: none"> - Primer año: 20% - Segundo año: 30%
	>20%
	Primer año: >10-≤20%
	≤10%
Punto de corte	>30%
	Segundo año: >20-≤30%
	≤20%
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Para ser considerados dentro de la medición, los casos deben tener 6 meses o más de tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad-DMARD. - Se tiene en cuenta como resultado del DAS28 aquel reportado a la Cuenta de Alto Costo como el último realizado. Para la medición del indicador se incluyen aquellos realizados dentro de los 6 meses previos a la fecha de corte.

2. Proporción de los pacientes en tratamiento para AR que lograron baja actividad (medida por DAS28 de los últimos 6 meses)

Definición	Se considera que los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento con DMARD se encuentran en baja actividad de la enfermedad cuando el DAS28 es ≥2,6 a <3,2.
Dominio	Resultado.
Método de medición	Proporción de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento con DMARD en quienes el DAS28 de los últimos 6 meses fue ≥2,6 a <3,2, del total de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento por 6 meses o más con DMARD.

**INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES
CON ARTRITIS REUMATOIDE EN COLOMBIA**

Indicadores prioritarios para medir la gestión del riesgo en los pacientes con artritis reumatoide



Unidad de medida	Proporción (%).
Periodicidad	Anual.
Población	Casos nuevos diagnosticados, Total de casos.
Fórmula	<p>Casos nuevos diagnosticados:</p> $\frac{\text{Número de casos nuevos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD con actividad baja de la enfermedad}}{\text{Total de nuevos casos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD}} \times 100$ <p>Total de casos:</p> $\frac{\text{Número de casos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD con actividad baja de la enfermedad}}{\text{Total de casos diagnosticados con AR en tratamiento con DMARD}} \times 100$
Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> - Total de casos diagnosticados en tratamiento por más de 6 meses con DAS28 de los últimos 6 meses $\geq 2,6$ a $< 3,2$: 939. - Total de casos nuevos reportados: 36676 casos - Resultado: 2,56% IC 95% [2,40 - 2,72]
Estándar	<p>Definición del estándar por consenso de los expertos en la reunión de cierre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer año: 40% - Segundo año: 50%
Punto de corte	<p>Primer año:</p> $\begin{aligned} &>40\% \\ &>30-\leq 40\% \\ &\leq 30\% \end{aligned}$ <p>Segundo año:</p> $\begin{aligned} &>50\% \\ &>30-\leq 50\% \\ &\leq 30\% \end{aligned}$
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Para ser considerados dentro de la medición los casos deben tener 6 meses o más de tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad-DMARD. - Se tiene en cuenta como resultado del DAS28 aquel reportado a la Cuenta de Alto Costo como el último realizado. Para la medición del indicador se incluyen aquellos realizados dentro de los 6 meses previos a la fecha de corte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación-Colciencias, Universidad Nacional de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide. [En línea]. Bogotá D.C.; 2014. 1689-1699 p. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Artritis Reumatoidea/GPC AR COMPLETA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Artritis%20Reumatoidea/GPC%20AR%20COMPLETA.pdf)
2. Gomez Rivadeneira A. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monit Estrateg [En línea]. 2014;4-11. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/SSA/Articulo 1.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/SSA/Articulo%201.pdf)
3. Uhlig T, Moe RH, Kvien TK. The Burden of Disease in Rheumatoid Arthritis. Pharmacoeconomics. 2014;32(9):841-51.
4. Aviña-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi M, Etminan M, Esdaile JM, Lacaille D. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis of observational studies. Arthritis Rheum [En línea]. 2008;59(12):1690-7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/art.24092>
5. Hu H, Luan L, Yang K, Li SC. Burden of rheumatoid arthritis from a societal perspective: A prevalence-based study on cost of illness for patients with rheumatoid arthritis in China. Int J Rheum Dis. 2017;1-9.
6. Cuenta de Alto Costo. Situación de la Artritis Reumatoide en Colombia 2016. Bogotá D.C.; 2016.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS, Fundación Santa Fe de Bogotá. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Versión Marzo de 2014. [En línea]. 2014; Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/elaboracion_economica.aspx
8. Fitch K, Bernstein SJJ, Aguilar MDD, Burnand B, LaCalle JRR, Lazaro P, et al. The RAND / UCLA Appropriateness Method User's Manual [En línea]. Transformation.

2001. 109 p. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
9. Rivera D, Fernández E, Rengifo A. Manual Metodológico de Participación y Deliberación. [En línea]. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2014. 1-85 p. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Manual Participación 30 sep.pdf>
 10. Miller SA, Forrest JL. Enhancing your practice through evidence-based decision making: PICO, learning how to ask good questions. *J Evidenced-Based Dent Pract* [En línea]. 2001;1(2):aed0010136. Disponible en: <http://www.mosby.com/scripts/om.dll/serve?action=searchDB&searchDBfor=art&artType=abs&id=aed0010136>
 11. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem* [En línea]. 2007;15(3):508-11. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1393 de 2015 [En línea]. República de Colombia: Diario Oficial; 2015 p. 14. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Resolucion 1393 de 2015-ARTRITIS.pdf>
 13. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010;63(12):1308-11.
 14. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-6.
 15. Barber CEH, Marshall DA, Alvarez N, Mancini GBJ, Lacaille D, Keeling S, et al. Development of Cardiovascular Quality Indicators for Rheumatoid Arthritis: Results from an International Expert Panel Using a Novel Online Process. *J Rheumatol* [En línea]. 2015;42(9):1548-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26178275%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4758831>
 16. Crooks P. Managing high-risk, high-cost patients: the Southern California Kaiser Permanente Experience in the medicare ESRD Demonstration project. *Perm J* [En línea]. 2005;9(2):93-7. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3104845&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 17. Hoving J, van der Meer M, Volkova A, Frings-Dresen M. Illness perceptions and work participation: a systematic review. *Int Arch Occup Env Heal*. 2010;595-605.
 18. Bingerforst K, Isacosn D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain—a gender perspective. *Eur J Pain*. 2004;435-50.

19. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. *J Am Med Assoc.* 2006;267:1-50.
20. Ministerio de la Protección Social. Ley 1751 del 2015 [En línea]. *Diario oficial República de Colombia: Diario Oficial*; 2015 p. 13. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
21. National Institute for Health and Care Excellence. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis in o over 16s. *Natl Inst Heal Care Excell.* 2013;(June).
22. Petersson IF, Strömbeck B, Andersen L, Cimmino M, Greiff R, Loza E, et al. Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. *Ann Rheum Dis* [En línea]. 2014;73(5):906-8. Disponible en: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2013-203765>
23. Mahmood S, Van Oosterhout M, De Jong S, Landewé R, Van Riel P, Van Tuyl L. Evaluating quality of care in rheumatoid arthritis: Patients perspective. *Ann Rheum Dis* [En línea]. 2016;75:888. Disponible en: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L612777394%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-eular.5349%5Cnhttp://sfxhosted.exlibris-group.com/galway?sid=EMBASE&issn=14682060&id=doi:10.1136%2Fannrheumdis-2016-eular.5349>
24. MacLean CH, Saag KG, Solomon DH, Morton SC, Sampsel S, Klippel JH. Measuring quality in arthritis care: Methods for developing the Arthritis Foundation's quality indicator set. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [En línea]. 2004;51(2):193-202. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/art.20248>
25. Stoffer MA, Smolen JS, Woolf A, Ambrozic A, Bosworth A, Carmona L, et al. Development of patient-centred standards of care for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. *Ann Rheum Dis* [En línea]. 2014;73(5):902-5. Disponible en: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2013-203743>
26. Williams CA, Mosley-Williams AD, Overhage JM. Arthritis quality indicators for the Veterans Administration: implications for electronic data collection, storage format, quality assessment, and clinical decision support. *AMIA Annu Symp Proc* [En línea]. 2007;806-10. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=352674554>
27. Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis* [En línea]. 2016;76(6):948-59. Disponible en: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2016-210602>

28. Halabi H, Alarfaj A, Alawneh K, Alballa S, Alsaeid K, Badsha H, et al. Challenges and opportunities in the early diagnosis and optimal management of rheumatoid arthritis in Africa and the Middle East. *Int J Rheum Dis* [En línea]. 2015;18(3):268-75. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1756-185X%5C-nhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=2014769861](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1756-185X%5C-nhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=2014769861)
29. Navarro-Compán V, Smolen JS, Huizinga TWJ, Landewé R, Ferraccioli G, da Silva JAP, et al. Quality indicators in rheumatoid arthritis: Results from the METEOR database. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2015;54(9):1630-9.
30. Lukas C, Combe B, Ravaud P, Sibilia J, Landew R, van der Heijde D. Favorable Effect of Very Early Disease-Modifying Antirheumatic Drug Treatment on Radiographic Progression in Early Inflammatory Arthritis: Data from the Étude et Suivi des polyarthrites indifférenciées récentes (Study and Followup of Early Undifferentiate. *Arthritis Rheumatol*. 2011;63(7):1804-11.
31. Martín-Martínez MA, Andreu-Sanchez JL, Sanchez-Alonso F, Corominas H, Perez-Venegas JJ, Roma-Ivorra JA, et al. Indicador compuesto para evaluar la calidad asistencial en el manejo de los pacientes con artritis reumatoide en las consultas externas de Reumatología. *Reumatol Clínica*. 2017;
32. Katchamart W, Johnson S, Lin H-JL, Phumethum V, Salliot C, Bombardier C. Predictors for remission in rheumatoid arthritis patients: A systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [En línea]. 2010;62(8):1128-43. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/acr.20188>
33. Ferucci ED, Donnithorne KJ, Koller KR, Swango-Wilson A, Pflaum J, Lanier AP. Performance on rheumatoid arthritis quality indicators in an Alaska Native healthcare system. *Qual Saf Health Care* [En línea]. 2010;19(5):387-91. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20657010>
34. van Hulst LTC, Fransen J, den Broeder a a, Grol R, van Riel PLCM, Hulscher MEJL. Development of quality indicators for monitoring of the disease course in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1805-10.
35. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Tuberculosis. 2014;1-42. Disponible en: <http://www.ins.gov.co:81/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos/SIVIGILA/PRO Tuberculosis.pdf>
36. National Committee for Quality Assurance (NCQA), Physician Consortium for Performance Improvement (PCPI), American College of Rheumatology (ACR). Rheumatoid Arthritis Physician Performance Measurement Set. 2008;(July).

37. Anderson E, Bajaj P, Raghavan S, Patnaik A, Roppelt H. Assessment of American College of Rheumatology-Endorsed Quality Indicators in Rheumatoid Arthritis Patients. *JCR J Clin Rheumatol* [En línea]. 2016;22(2):63-7. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00124743-201603000-00003>
38. Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;68(1):1-25.
39. Vanschoiack LR, Shubayev VI, Myers RR, Sheets CG, Earthman JC. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology (ACR) Recommendations for the use of Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs and Biologics in the treatment of Rheumatoid Arthritis (RA). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;28(5):1286-92.
40. Anderson E, Bajaj P, Raghavan S, Patnaik A, Roppelt H. Assessment of American College of Rheumatology-Endorsed Quality Indicators in Rheumatoid Arthritis Patients: A Quality Improvement Initiative. *J Clin Rheumatol* [En línea]. 2016;22(2):63-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26906296>
41. Li LM, Tessier-Cloutier B, Wang Y, Bernatsky S, Vinet E, Ménard HA, et al. Assessing Process of Care in Rheumatoid Arthritis at McGill University Hospitals. *J Clin Rheumatol* [En línea]. 2013;19(4):175-9. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00124743-201306000-00003>
42. Adhikesavan LG, Newman ED, Diehl MP, Wood GC, Bili A. American College of Rheumatology quality indicators for rheumatoid arthritis: benchmarking, variability, and opportunities to improve quality of care using the electronic health record. *Arthritis Rheum* [En línea]. 2008;59(12):1705-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19035412>
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000247 DE 2014. República de Colombia: Diario Oficial; 2014.
44. Voshaar MJH, Nota I, Van De Laar MAFJ, Van Den Bemt BJJ. Patient-centred care in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(4-5):643-63.
45. Bombardier C, Mian S. Quality indicators in rheumatoid arthritis care: using measurement to promote quality improvement. *Ann Rheum Dis* [En línea]. 2013;72 Suppl 2:i128-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23253925>
46. van Tuyl LHD, Michaud K. Patient-Reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* [En línea]. 2016;42(2):219-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2016.01.010>

47. Hetland ML, Jensen DV., Krogh NS. Monitoring patients with rheumatoid arthritis in routine care: experiences from a treat-to-target strategy using the DANBIO registry. Clin Exp Rheumatol [En línea]. 2014;32(5 Suppl 85):S-141-146. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25365104>
48. Bergstra SA, Machado PM, van den Berg R, Landewé RBM, Huizinga TWJ. Ten years of METEOR (an international rheumatoid arthritis registry): Development, research opportunities and future perspectives. Clin Exp Rheumatol. 2016;34(6):87-90.
49. Porter ME. What Is Value in Health Care? N Engl J Med [En línea]. 2010;363(1):1-3. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=in-title:New+engla+nd+journal#0>.

ANEXO 1. HERRAMIENTA DE CALIFICACIÓN AGREE II

N°	Nombre de la guía	AGREE - Dominios de calificación (%)					
		1	2	3	4	5	6
1	Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación - Colciencias, Universidad Nacional de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide. [En línea]. Bogotá D.C.; 2014. 1689-1699 p. Available from: http://gpc.min-salud.gov.co/guias/Documents/Artritis Reumatoidea/GPC AR COMPLETA.pdf	100%	96,3%	93,1%	92,6%	83,3%	91,7%
2	Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2015;68(1):1-25.	83,3%	80,6%	74,0%	80,6%	63%	100%
3	Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis [En línea]. 2016;76(6):948-59. Available from: http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2016-210602 .	94,4%	88,9%	83,3%	72,2%	45,8%	100%
4	Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Ann Rheum Dis [En línea]. 2017;76(6):960-77. Available from: http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2016-210715 .	77,8%	83,3%	85,4%	88,9%	66,7%	100%
5	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009) Rheumatoid arthritis in adults: management [CG79]. Available at: https://www.nice.org.uk/guidance/cg79 [accessed 24 August 2017]. 2015;(February 2009).	86,1%	97,2%	95,8%	100%	87,5%	95,8%

N°	Nombre de la guía	AGREE - Dominios de calificación (%)					
		1	2	3	4	5	6
6	Vanschoiack LR, Shubayev VI, Myers RR, Sheets CG, Earthman JC. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology (ACR) Recommendations for the use of Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs and Biologics in the treatment of Rheumatoid Arthritis (RA). Arthritis Care Res (Hoboken). 2014;28(5):1286-92.	94,4%	86,1%	89,6%	94,4%	60,4%	100%
7	Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJL, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis [En línea]. 2016;76(1):17-28. Available from: http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2016-209775 .	77,8%	88,9%	87,5%	88,9%	70,8%	100%

Dominios de calificación: 1. Alcance y objetivos; 2.Participación de los implicados; 3. Rigor en la elaboración; 4. Claridad y presentación; 5. Apicabilidad; 6. Independencia editorial.

ANEXO 2. HERRAMIENTA DE CALIFICACIÓN GRADE

N.º	1
Referencia Bibliográfica	National Committee for Quality Assurance (NCQA), Physician Consortium for Performance Improvement (PCPI), American College of Rheumatology (ACR). Rheumatoid Arthritis Physician Performance Measurement Set. 2008;(July).
Título del Artículo	Rheumatoid Arthritis Physician Performance Measurement Set
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Diseño de indicadores para la evaluación de la calidad en la atención de pacientes con AR.
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Tamizaje para TB previo al inicio de FARMES biológicos. * Evaluación periódica de la actividad de la enfermedad. * Evaluación del estado funcional. * Evaluación y clasificación del pronóstico de la enfermedad. * Manejo de corticoides.
Variables de Resultado	9 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1
N.º	2
Referencia Bibliográfica	Bombardier C, Mian S. Quality indicators in rheumatoid arthritis care: using measurement to promote quality improvement. Ann Rheum Dis [En línea]. 2013;72 Suppl 2:ii128-31. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23253925
Título del Artículo	Quality indicators in rheumatoid arthritis care: using measurement to promote quality improvement
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Revisión de literatura sobre indicadores de calidad en pacientes con AR y discusión de la aplicabilidad de las mediciones en la práctica clínica para evaluar calidad de la atención de estos pacientes.

Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Tamizaje para TB previo al inicio de FARMES biológicos. * Evaluación periódica de la actividad de la enfermedad. * Evaluación del estado funcional. * Evaluación y clasificación del pronóstico de la enfermedad. * Manejo de corticoides. * Tratamiento con FARME cuando existe un dx de AR confirmado. * Cambio de tto según la actividad de la enfermedad. * Frecuencia evaluación de actividad de la enfermedad con DAS 28. * Medida del daño estructural.
VARIABLES DE RESULTADO	9 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1

N.º	3
------------	----------

Referencia Bibliográfica	Anderson E, Bajaj P, Raghavan S, Patnaik A, Roppelt H. Assessment of American College of Rheumatology-Endorsed Quality Indicators in Rheumatoid Arthritis Patients: A Quality Improvement Initiative. J Clin Rheumatol [En línea]. 2016;22(2):63-7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26906296
Título del Artículo	Assessment of American College of Rheumatology-Endorsed Quality Indicators in Rheumatoid Arthritis Patients: A Quality Improvement Initiative
Tipo de Documento	Analítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	Evaluar la calidad de la atención proveída a pacientes con AR en servicios de consulta externa basado en la adherencia a 7 indicadores de calidad.
Posibles variables para el indicador	* Indicadores postulados por ACR, lo hacen para evaluar adherencia de los reumatólogos.
VARIABLES DE RESULTADO	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º	4
------------	----------

Referencia Bibliográfica	Li LM, Tessier-Cloutier B, Wang Y, Bernatsky S, Vinet E, Ménard HA, et al. Assessing Process of Care in Rheumatoid Arthritis at McGill University Hospitals. J Clin Rheumatol [En línea]. 2013;19(4):175-9. Available from: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00124743-201306000-00003(10)
--------------------------	---

Título del Artículo	Assessing Process of Care in Rheumatoid Arthritis at McGill University Hospitals.
Tipo de Documento	Analítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	Evaluación del desempeño de indicadores de calidad desde el 2004 de la Fundación de Artritis en 2 hospitales universitarios.
Posibles variables para el indicador	* Cobertura de DMARD. * Ajuste de medicamentos según actividad de la enfermedad.
Variables de Resultado	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º 5

Referencia Bibliográfica	Hetland ML, Jensen D V., Krogh NS. Monitoring patients with rheumatoid arthritis in routine care: experiences from a treat-to-target strategy using the DANBIO registry. Clin Exp Rheumatol [En línea]. 2014;32(5 Suppl 85):S-141-146. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25365104
Título del Artículo	Monitoring patients with rheumatoid arthritis in routine care: experiences from a treat-to-target strategy using the DANBIO registry.
Tipo de Documento	Analítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	Presentar el número anual de pacientes incluidos en el registro DANBIO entre 2006 y 2013, las características de la enfermedad y la cobertura estimada del registro para 2013.
Posibles variables para el indicador	* Medición de PROs: HAQ, evaluación del dolor, fatiga, y del estado global del paciente. * Uso de DMARD sintético o DMARD biológico.
Variables de Resultado	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º 6

Referencia Bibliográfica	Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Kulak W. Evaluation of quality of life in chronic, progressing rheumatic diseases based on the example of osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Clin Interv Aging. 2016;11:1741-50.
--------------------------	--

Título del Artículo	Evaluation of quality of life in chronic, progressing rheumatic diseases based on the example of osteoarthritis and rheumatoid arthritis.
Tipo de Documento	Análítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	Evaluar los factores que influyen la calidad de vida que es condicionada por el estado de salud de pacientes con OA y AR.
Posibles variables para el indicador	* La evaluación del control del dolor es determinante en la calidad de vida de las personas con AR.
VARIABLES DE RESULTADO	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º	7
------------	----------

Referencia Bibliográfica	Sulaiman W, Zanyuin NM, Kheong MK, Bhojwani KM, Seung OP. Chronic pain with anxiety and depression: A comparison between patients attending multidisciplinary pain and rheumatology clinic. Biomed Res. 2017;28(1):405-10.
Título del Artículo	Chronic pain with anxiety and depression: A comparison between patients attending multidisciplinary pain and rheumatology clinic.
Tipo de Documento	Análítico/Observacional/Casos y controles
Objetivo del Estudio	Evaluar los niveles de ansiedad y depresión entre pacientes con dolor crónico atendidos en centros de reumatología (AR) y centros multidisciplinarios para el manejo del dolor.
Posibles variables para el indicador	* Medición de ansiedad y depresión en pacientes con AR determina calidad de vida. * Escalas e instrumentos de calificación de depresión, ansiedad, calidad de vida y calificación del dolor.
VARIABLES DE RESULTADO	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º	8
------------	----------

Referencia Bibliográfica	Ferucci ED, Donnithorne KJ, Koller KR, Swango-Wilson A, Pflaum J, Lanier AP. Performance on rheumatoid arthritis quality indicators in an Alaska Native healthcare system. Qual Saf Health Care [En línea]. 2010;19(5):387-91. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20657010
--------------------------	--

Título del Artículo	Performance on rheumatoid arthritis quality indicators in an Alaska Native healthcare system.
Tipo de Documento	Analítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	Determinación de indicadores de calidad relacionados con la atención de pacientes Nativoamericanos con AR.
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Realización anual de PCR y VSG * Examen físico al menos una vez al año hecho por especialista * Realización de radiografía de ambas manos y ambos pies al menos una vez en los siguientes 5 años del diagnóstico. * Cobertura de DMARD * Uso de ácido fólico en pacientes que usan metotrexate * Monitoreo de toxicidad en pacientes que usan DMARD o glucocorticoides * Uso de vacunas anuales.
Variables de Resultado	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º	9
Referencia Bibliográfica	Agnew-Blais JC, Coblyn JS, Katz JN, Anderson RJ, Mehta J, Solomon DH. Measuring quality of care for rheumatic diseases using an electronic medical record. <i>Ann Rheum Dis</i> [En línea]. 2009;68(5):680-4. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2924631&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
Título del Artículo	Measuring quality of care for rheumatic diseases using an electronic medical record.
Tipo de Documento	Analítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	-Determinar cual es la mejor forma de medir adherencia dependiendo de indicadores de calidad relacionados con el monitoreo de laboratorios. -
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad evaluación médico a reumatólogo debe ser menor de 3 meses. * Estudios de base y de control en pacientes con DMARD * Información sobre efectos adversos, toxicidad de medicamentos.
Variables de Resultado	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º	10
Referencia Bibliográfica	Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Kułak W. Evaluation of quality of life in chronic, progressing rheumatic diseases based on the example of osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Clin Interv Aging. 2016;11:1741-50.
Título del Artículo	Evaluation of quality of life in chronic, progressing rheumatic diseases based on the example of osteoarthritis and rheumatoid arthritis.
Tipo de Documento	Descriptivo/Serie de casos
Objetivo del Estudio	Evaluación de los factores que influyen la calidad de vida que son condicionados por el estado de salud de los pacientes con Osteoartritis o Artritis reumatoidea
Posibles variables para el indicador	* Calidad de vida * Escala de dolor * Test de actividades diarias o de grado de discapacidad
VARIABLES DE RESULTADO	6 variable importante pero no clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Débil positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B2
N.º	11
Referencia Bibliográfica	van Tuyl LHD, Michaud K. Patient-Reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis. Rheum Dis Clin North Am [En línea]. 2016;42(2):219-37. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2016.01.010
Título del Artículo	Patient-Reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Revisión de literatura para determinar los resultados en salud reportados por pacientes con AR.
Posibles variables para el indicador	* Evaluación de control de dolor. * Función física. * Evaluación global del paciente de la actividad de la enfermedad. * Evaluación de síntomas depresivos o de ansiedad.
VARIABLES DE RESULTADO	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Débil positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C2

N.º	12
Referencia Bibliográfica	Navarro-Compán V, Smolen JS, Huizinga TWJ, Landewé R, Ferraccioli G, da Silva JAP, et al. Quality indicators in rheumatoid arthritis: Results from the METEOR database. <i>Rheumatol (United Kingdom)</i> . 2015;54(9):1630–9.
Título del Artículo	Quality indicators in rheumatoid arthritis: Results from the METEOR database
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Verificar la factibilidad de la obtención, almacenamiento y análisis de los datos de la base METEOR.
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Tiempo desde la sospecha al diagnóstico. * Realización de imágenes y anticuerpos. * Frecuencia de visitas, al menos una al año. * Evaluación de la actividad de la enfermedad, al menos una vez al año. * Evaluación del estado funcional del paciente, al menos una vez al año. * Remisión de la actividad de la enfermedad, baja actividad de la enfermedad, nivel de limitación funcional. * Tiempo de inicio del tratamiento con DMARD <3 meses desde el dx. * Tipo de DMARD usado al inicio del tratamiento, MTX como primera opción.
VARIABLES DE RESULTADO	8 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1
N.º	13
Referencia Bibliográfica	Halabi H, Alarfaj A, Alawneh K, Alballa S, Alsaied K, Badsha H, et al. Challenges and opportunities in the early diagnosis and optimal management of rheumatoid arthritis in Africa and the Middle East. <i>Int J Rheum Dis [En línea]</i> . 2015;18(3):268–75. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1756-185X%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=2014769861
Título del Artículo	Challenges and opportunities in the early diagnosis and optimal management of rheumatoid arthritis in Africa and the Middle East.
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Revisión sobre diagnóstico temprano y tratamiento en África.
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Tratamiento temprano y agresivo con combinaciones de DMARDs en pacientes con marcadores de enfermedad con pronóstico pobre, especialmente en regiones con recursos limitados. * Iniciar programas educativos para iniciar el tratamiento tempranamente. * Desarrollar estrategias de autocuidado. * Adoptar grupos multidisciplinarios para el manejo de AR.

Variables de Resultado	7 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1

N.º	14
Referencia Bibliográfica	Mahmood S, Lesuis N, Van Tuyl LHD, Van Riel P, Landewé R. Quality in rheumatoid arthritis care. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(4-5):664-79
Título del Artículo	Quality in rheumatoid arthritis care
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Revisión de los indicadores postulados para evaluar la calidad de la atención en pacientes con AR.
Posibles variables para el indicador	* Tiene documentos de referencia sobre la justificación de la medición de remisión en los pacientes con AR, ya que mejora la productividad laboral, hay menor aparición de comorbilidades y el riesgo cardiovascular baja. * Identificación de todos los estudios donde se han sacado indicadores de calidad en el mundo.
Variables de Resultado	6 variable importante pero no clave
Calidad de la Evidencia	Baja
Fuerza de la Recomendación	Débil positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	C1

N.º	15
Referencia Bibliográfica	Strömbeck B, Petersson IF, Vliet Vlieland TP. M. Health care quality indicators on the management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a literature review. Rheumatology (Oxford) [En línea]. 2013;52(2):382-90. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23086518
Título del Artículo	Health care quality indicators on the management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a literature review.
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Realizar un inventario de indicadores disponibles y publicados sobre indicadores de calidad en salud para AR y OA.

Posibles variables para el indicador	<p>Las siguientes variables las toman de las referencias de los artículos que tienen indicadores de calidad por consenso</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tiempo de referencia (atención temprana) * Evaluación (actividad de la enfermedad, funcionalidad, dolor) * Factores pronósticos. * Daño estructural (rx) * Seguimiento * Manejo farmacológico * Farmacoterapia. * Vacunas y farmacoterapia * Tamizaje de tuberculosis * Profilaxis para osteoporosis * Factores de riesgo y comorbilidades * Educación. * Ejercicio. * Dispositivos de ayuda * Cirugía ortopédica * Pérdida de peso, cambios del estilo de vida.
Variables de Resultado	8 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1
N.º	16
Referencia Bibliográfica	Williams CA, Mosley-Williams AD, Overhage JM. Arthritis quality indicators for the Veterans Administration: implications for electronic data collection, storage format, quality assessment, and clinical decision support. AMIA Annu Symp Proc [En línea]. 2007;806-10. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=352674554
Título del Artículo	Arthritis quality indicators for the Veterans Administration: implications for electronic data collection, storage format, quality assessment, and clinical decision support.
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Determinación de indicadores de calidad para medir y mejorar la calidad de la atención en pacientes con AR, adaptada por el sistema Administrativo de Veteranos.

Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad de valoración por reumatología, menor de 3 meses. * Seguimiento con medidas estandarizadas: dentro de los primeros 6 meses de diagnóstico y después cada 6 meses, de conteo de articulaciones, estado funcional (HAQ), reactantes de fase aguda, daño articular anualmente o primeros 6 meses después del diagnóstico. * Tratamiento con DMARD a menos que este contraindicado o este documentado que el paciente no quiere usarlo. * Escalonamiento de tratamiento. * Comunicación con el paciente en relación con el uso de medicamentos analgésicos, DMARD y sus efectos adversos.
VARIABLES DE RESULTADO	8 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1

N. °	17
Referencia Bibliográfica	Desai S, Yazdany J. Quality measurement and improvement in rheumatology: Rheumatoid arthritis as a case study. <i>Arthritis Rheumatol.</i> 2011;63(12):3649–60.
Título del Artículo	Quality measurement and improvement in rheumatology: Rheumatoid arthritis as a case study.
Tipo de Documento	Revisión no sistemática
Objetivo del Estudio	Revisión de la literatura sobre medidas de calidad en artritis reumatoide
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Tamizaje para tuberculosis 6 meses previos al inicio del primer tratamiento con biológico. * Proporción de pacientes con evaluación y monitoreo de actividad de la enfermedad al menos una vez en los últimos 12 meses. * Proporción de pacientes con evaluación y monitoreo del estado funcional al menos una vez en los últimos 12 meses. * Pacientes con artritis reumatoide que han sido evaluados para el uso de glucocorticoides y para aquellos con dosis de prednisona de más de 10mg día o uso prolongado, documentación del manejo con glucocorticoides dentro de los 12 meses. * Uso de DMARD en pacientes con artritis reumatoide a menos que se encuentren contraindicados. * Pacientes en tratamiento con DMARD con evidencia de actividad de la enfermedad o evidencia de progresión por daño estructural (lesiones en radiografías en 6 meses), que tuvieron cambio de tratamiento, dosis o vía de administración. * Porcentaje de pacientes que usan hidroxilcloroquina y tienen estudio fondoscópico en el periodo de análisis. * Pacientes en tratamiento con metotrexate por 6 meses a los que se les realizó un hemograma de control en los siguientes 120 días. * Pacientes en tratamiento con metotrexate por 6 meses a los que se les realizó prueba de función renal de control en los siguientes 120 días.

Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Pacientes en quienes se realiza entre 90 y 14 días antes del inicio de DMARDS sintéticos un hemograma. * Pacientes en quienes se realiza entre 90 y 14 días antes del inicio de DMARDS sintéticos pruebas de función hepática. * Pacientes en quienes se realiza entre 90 y 14 días antes del inicio de DMARDS sintéticos pruebas de función renal. * Realización de PCR y VSG en los primeros 3 meses después del diagnóstico de artritis reumatoide. * Realización anual de PCR y VSG.
VARIABLES DE RESULTADO	8 variable clave
Calidad de la Evidencia	Muy Baja
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	D1
N.º	18
Referencia Bibliográfica	Adhikesavan LG, Newman ED, Diehl MP, Wood GC, Bili A. American College of Rheumatology quality indicators for rheumatoid arthritis: benchmarking, variability, and opportunities to improve quality of care using the electronic health record. <i>Arthritis Rheum</i> [En línea]. 2008;59(12):1705-12. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19035412
Título del Artículo	American College of Rheumatology quality indicators for rheumatoid arthritis: benchmarking, variability, and opportunities to improve quality of care using the electronic health record.
Tipo de Documento	Analítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	Medir como los reumatólogos en el Sistema de Salud de Estados Unidos desempeñaron los indicadores de calidad de la ACR para pacientes con AR y para un uso seguro del metotrexate, esto con el fin de desarrollar oportunidades de mejora.
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Conjunto de datos básicos (que el paciente tenga registros de examen de articulaciones, evaluación del estado funcional, APR, medida del dolor, evaluación global del médico y evaluación global del paciente). * Uso de DMARD * Progresión de la enfermedad (medido por el DAS28) * Discusión con el paciente del riesgo de usar MTX (discusión documentada en la historia clínica) * Línea de base y monitoreo para pacientes con MTX (el paciente con nueva prescripción de MTX debe tener registros de prueba de Hemoglobina, cuadro hemático, conteo de glóbulos blancos, conteo de plaquetas, creatinina, AST, ALT, Albumina, Fosfatasa alcalina, radiografía de tórax).
VARIABLES DE RESULTADO	8 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada

Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1
N.º	19
Referencia Bibliográfica	Lukas C, Combe B, Ravaud P, Sibilia J, Landew R, van der Heijde D. Favorable Effect of Very Early Disease-Modifying Antirheumatic Drug Treatment on Radiographic Progression in Early Inflammatory Arthritis: Data from the Étude et Suivi des polyarthrites indifférenciées récentes (Study and Followup of Early Undifferentiate). <i>Arthritis Rheumatol.</i> 2011;63(7):1804-11.
Título del Artículo	Favorable Effect of Very Early Disease-Modifying Antirheumatic Drug Treatment on Radiographic Progression in Early Inflammatory Arthritis: Data from the Étude et Suivi des polyarthrites indifférenciées récentes (Study and Followup of Early Undifferentiate).
Tipo de Documento	Análítico/Observacional/Cohorte
Objetivo del Estudio	Estudio realizado para comparar la progresión radiográfica en pacientes tratados con DMARD muy temprano en el curso de la enfermedad (dentro de 3 meses del diagnóstico) y aquellos que inician tratamiento tardíamente.
Posibles variables para el indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Tiempo de inicio de DMARD (3 meses desde el diagnóstico) * Uso de DMARD * Progresión radiológica: radiografías de manos, muñecas, y pies de línea de base y al año, valoradas por Sharp/van der Heijde score * Medición de DAS28 * Tiempo a la primera visita con reumatología * Factor reumatoide positivo * Compromiso de 3 o más grupos de articulaciones * Nivel de PCR * Anti-CCP positivo
VARIABLES DE RESULTADO	8 variable clave
Calidad de la Evidencia	Moderada
Fuerza de la Recomendación	Fuerte positiva
Representación de la Calidad y Fuerza	B1

ANEXO 3. HERRAMIENTA DE CALIFICACIÓN SIGN

Referencia	Katchamart W, Johnson S, Lin H-JL, Phumethum V, Salliot C, Bombardier C. Predictors for remission in rheumatoid arthritis patients: A systematic review. <i>Arthritis Care Res (Hoboken)</i> [En línea]. 2010;62(8):1128–43. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/acr.20188		
Título	Predictors for remission in rheumatoid arthritis patients: A systematic review.		
Objetivo	Resumir los potenciales predictores de remisión en pacientes con AR.		
Sección 1. VALIDEZ INTERNA	1.1	El artículo se refiere a una pregunta claramente formulada	No es claro
	1.2	Al menos dos personas seleccionan los estudios y extraen la información	No es claro
	1.3	La estrategia de búsqueda es suficientemente amplia y rigurosa.	Si
	1.4	Los autores declaran claramente si limitaron su revisión según idioma, tipo o estado de la publicación y como lo hicieron.	Si
	1.5	Los estudios incluidos y excluidos están listados. (es aceptable presentar estudios excluidos como referencias)	Si
	1.6	Se presentan las características de los estudios incluidos. (Debe reportarse las características de participantes, intervenciones y desenlaces)	Si
	1.7	La calidad científica de los estudios incluidos está evaluada y documentada.	Si
	1.8	La calidad científica de los estudios incluidos fue tenida en cuenta en el análisis y conclusiones de la revisión.	Si
	1.9	Son adecuados los métodos utilizados para combinar los resultados de los estudios individuales.	Si
	1.10	La probabilidad de sesgo de publicación es evaluada.	Si
	1.11	Los conflictos de interés son declarados	No
Sección 2. Evaluación general del estudio	2.1	Cual es su evaluación global de la calidad metodológica de este estudio?	Alta calidad (++)
	2.2	Son los resultados del presente estudio aplicables al grupo de pacientes abordados por esta guía?	Si

ANEXO 4. HERRAMIENTA DE CALIFICACIÓN REVISIÓN CRÍTICA

N. °	1	
Referencia	Barber CE, Patel JN, Woodhouse L, Smith C, Weiss S, Homik J, et al. Development of key performance indicators to evaluate centralized intake for patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Res Ther</i> [En línea]. 2015;17:322. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s13075-015-0843-7	
Título	Development of key performance indicators to evaluate centralized intake for patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis.	
Año	2015	
Fuente	PUBMED, Scope	
Categoría documento	Documento de indicadores AR	
Tipo de estudio	Metodología RAM	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Objetivo fue desarrollar indicadores de desempeño para usar en la evaluación de programas de atención centralizada para el cuidado de pacientes con AR.	
Posibles variables para indicador	* Revisión de la metodología	
	* Indicadores de evaluación administrativa de centros especializados en AR: - Pacientes que reciben información mientras esperan la atención por especialistas musculoesqueléticos. - Porcentaje de citas con especialista en musculoesquelética completados por calendario - Evaluación del número de especialistas en cada centro, experiencias de los pacientes en cada centro.	

N.º	2	
Referencia	Petersson IF, Strömbeck B, Andersen L, Cimmino M, Greiff R, Loza E, et al. Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. Ann Rheum Dis [En línea]. 2014;73(5):906-8. Available from: http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2013-203765 .	
Título	Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project.	
Año	2013	
Fuente	PUBMED, Scope	
Categoría documento	Documento de indicadores AR	
Tipo de estudio	Metodología Delphi	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollar indicadores de calidad sobre la atención en salud de pacientes con AR.	
Possible variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Pacientes con sospecha de AR remitidos a especialista (hasta 6 semanas después del inicio de síntomas). * Pacientes diagnosticados con AR que recibieron educación acerca de historia natural de la enfermedad, tratamiento, auto cuidado de la enfermedad (dentro de los tres primeros meses- incidentes). * Pacientes que tienen información de contacto de emergencia (en caso de requerir información sobre empeoramiento de la enfermedad, efectos adversos). * Pacientes que no han logrado baja actividad, visita reumatologo cada 3 meses * Pacientes con baja actividad o en remisión visita al reumatologo por lo menos una vez al año. * Pacientes con daños en articulaciones o tejidos blandos valorado por ortopedista. * Pacientes con AR con seguimiento por grupo interdisciplinario con seguimiento de <ul style="list-style-type: none"> a) Actividad de la enfermedad (DAS-28, CDAI, S-DAI), b) Daño estructural (RX, MRI, Ultrasonido), c) Estado funcional (HAQ), participación laboral. * Valoración del plan de tratamiento en cada visita de control. * Valoración de comorbilidades, eventos adversos, factores de riesgo relacionados con la terapia farmacologica anualmente. * Pacientes con tamizaje de tuberculina antes del inicio de terapia biologica. 	

Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración de la intensificación de la terapia en pacientes con alta y moderada actividad de la enfermedad. * Pacientes con diagnostico nuevo de AR referidos a profesoinal para consejeria en actividad física. * Pacientes que reportan dificultad para movimiento con valoración de uso de adaptaciones y dispositivos de ayuda para su movilidad * Reumatólogos que en su práctica calculan por lo menos una vez al año DAS28, CDAI o SDAI * Pacientes con actividad de la enfermedad superior a 3.2 que disminuyeron su actividad en los siguientes 6 meses despues del inicio de tratamiento.
-----------------------------------	---

N. °	3	
Referencia	van den Berg R, van der Heijde D, Landewé R, van Lambalgen K, Huizinga T. The METEOR initiative: The way forward for optimal, worldwide data integration to improve care for RA patients. Clin Exp Rheumatol. 2014;32:S135-40.	
Título	The METEOR initiative: The way forward for optimal, worldwide data integration to improve care for RA patients.	
Año	2014	
Fuente	PUBMED, Scope	
Categoría documento	Documento de descripción de la base de datos METEOR	
Tipo de estudio	Descripción de la base de datos METEOR	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	No
	Resultados	No
	Validez externa	No
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Descripción de la base de datos METEOR y sus aplicaciones, se utilizó la bibliografía para tomar los indicadores del task force.	
Posibles variables para indicador	Se tomaron las recomendaciones de un artículo referenciado, con el fin de buscar los indicadores que miden con la información de METEOR database.	

N.º	4	
Referencia	van Hulst LTC, Fransen J, den Broeder a a, Grol R, van Riel PLCM, Hulscher MEJL. Development of quality indicators for monitoring of the disease course in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2009;68:1805-10.	
Título	Development of quality indicators for monitoring of the disease course in rheumatoid arthritis.	
Año	2009	
Fuente	PUBMED	
Categoría documento	Documento de indicadores AR	
Tipo de estudio	Metodología RAM	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollar un set de indicadores de calidad del monitoreo del curso de la enfermedad para evaluar la calidad de la práctica clínica.	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Medición de frecuencias de seguimiento: Según remisión o no del paciente.* Medición de la actividad de la enfermedad. * Medición de la discapacidad funcional * Medición del daño estructural: al inicio del diagnóstico de AR y al año como seguimiento. * Cambio en la medicación según curso de la AR. * Indicadores de estructura que determinan la presencia de enfermeras entrenadas en reumatología para el seguimiento de pacientes. * Documentación del DAS -28 * Porcentaje de pacientes en remisión, DAS-28 menor de 2.6 en una fecha estandar (punto de corte) 	
N.º	5	
Referencia	National Institute for Health and Care Excellence. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis in o over 16s. Natl Inst Heal Care Excell. 2013;(June).	
Título	Rheumatoid arthritis in o over 16s NICE	

Año	2013	
Fuente	NICE https://www.nice.org.uk/	
Categoría documento	Documento de indicadores de calidad en AR	
Tipo de estudio	Descripción de los indicadores	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Guía de indicadores de calidad que cubren el diagnóstico y manejo de la AR en personas de 16 años y más.	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad de la aparición de síntomas al diagnóstico por reumatólogo (Estándares) * Oportunidad de inicio del tratamiento (Estándares) * Participación de pacientes en programas de educación y auto cuidado a lo largo del seguimiento de los pacientes. * Monitoreo del treat to target. Escalonamiento de los medicamentos según control de la enfermedad. * Proporción de pacientes que reciben consejería sobre exacerbaciones de la enfermedad, efectos adversos por el servicio de reumatología al día siguiente de presentados los síntomas. * Valoración anual por el servicio de reumatología. 	
N. °	6	
Referencia	Mahmood S, Van Oosterhout M, De Jong S, Landewé R, Van Riel P, Van Tuyl L. Evaluating quality of care in rheumatoid arthritis: Patients perspective. Ann Rheum Dis [En línea]. 2016;75:888. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L612777394%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-eular.5349%5Cnhttp://sfxhosted.exlibrisgroup.com/galway?si-d=EMBASE&iissn=14682060&id=doi:10.1136%2Fannrheumdis-2016-eular.5349	
Título	Evaluating quality of care in rheumatoid arthritis: Patients perspective	
Año	2016	

Fuente	Scopus	
Categoría documento	Documento de indicadores de calidad en AR	
Tipo de estudio	Diseño mixto	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Determinar desde la perspectiva del paciente cuales son los indicadores de calidad más apropiados para medir en AR.	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad de diagnóstico: desde el registro hasta la primera visita * Práctica médica acorde a un protocolo. * Disponibilidad de enfermeras entrenadas en reumatología. * Revisión de limitación articular , ejemplo: después de artrodesis. * Acceso a proveedores de salud. * Oportunidad de tratamiento: Prescripción de DMARD < 3 meses del diagnóstico. 	

N.º	7
Referencia	Bergstra SA, Machado PM, van den Berg R, Landewé RBM, Huizinga TWJ. Ten years of METEOR (an international rheumatoid arthritis registry): Development, research opportunities and future perspectives. Clin Exp Rheumatol. 2016;34(6):87-90
Título	Ten years of METEOR (an international rheumatoid arthritis registry): Development, research opportunities and future perspectives.
Año	2016
Fuente	Scopus
Categoría documento	Documento de descripción de la base de datos METEOR y sus utilidades
Tipo de estudio	Descripción de la base de datos METEOR
Revisión Título	SI
Revisión Abstract	SI

Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	No
	Resultados	No
	Validez externa	No
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Aplicaciones de la base METEOR para la investigación en AR.	
Posibles variables para indicador	Variable utilizada para determinar o evaluar la estrategia " treat-to-target". Utilizar medidas de actividad validadas: - Disease Activity Score (2) (DAS), the Simplified Disease Activity Index (3) (SDAI) or the Composite Disease Activity Index (4) (CDAI).	
N. °	8	
Referencia	Martín-Martínez MA, Andreu-Sanchez JL, Sanchez-Alonso F, Corominas H, Perez-Venegas JJ, Roma-Ivorra JA, et al. Indicador compuesto para evaluar la calidad asistencial en el manejo de los pacientes con artritis reumatoide en las consultas externas de Reumatología. Reumatol Clínica. 2017	
Título	Indicador compuesto para evaluar la calidad asistencial en el manejo de los pacientes con artritis reumatoide en las consultas externas de Reumatología.	
Año	2017	
Fuente	Scopus	
Categoría documento	Documento de indicadores AR	
Tipo de estudio	Metodología Delphi	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	

Tema/Objetivo	El objetivo del presente trabajo es construir un IC, como medida resumen de la calidad asistencial del manejo clínico de los pacientes con AR atendidos en los servicios de Reumatología de los hospitales españoles.
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad de diagnóstico: desde la primera visita con reumatología hasta el establecimiento del diagnóstico. * Oportunidad de tratamiento: primera visita con reumatólogo e inicio de tratamiento con MTX u otro FARME. * Consejo de abandono de hábito tabáquico. * Recomendación de mantener y alcanzar el peso ideal. * Evaluación explícita de factores de mal pronóstico. * Radiografía de tórax previo al inicio de metotrexate. * Prescripción de ácido fólico o folínico con MTX. * Uso adecuado de glucocorticoides. * Aumento de la dosis de MTX hasta 20 mg sem previo al cambio del medicamento. * Registro de la vía de administración del MTX. * Control con DAS28, CDAI, SDAI o criterios EULAR de remisión cada 4 semanas hasta alcanzar remisión o baja actividad. * Prescripción d infiltraciones para articulaciones inflamadas en el seno de un buen control sistémico de la enfermedad. * Evaluación con índices de actividad. * Descripción en HC la intensificación terapéutica según objetivo prefijado. * Combinación de FARMes previo a inicio de tto biológico. * Realización de radiografía de tórax y PPD antes del inicio de primer agente biológico. * Realización de pruebas de serología para VIH, VHC, VHB previo al inicio de tto con biológico. * Estudio de comorbilidades: DM, HTA, Dislipidemia. * Recomendaciones de vacunación para gripe, neumococo. * Monitorización del riesgo cardiovascular. * Historia clínica se anota el peso, la talla. * Mecanismo de asistencia cuando los pacientes tienen exacerbaciones de la enfermedad.
N.º	9
Referencia	Peter WF, Hurkmans EJ, van der Wees PJ, Hendriks EJM, van Bodegom-Vos L, Vliet Vlieland TPM. Healthcare Quality Indicators for Physiotherapy Management in Hip and Knee Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis: A Delphi Study. <i>Musculoskeletal Care</i> . 2016;14(4):219-32 (31)
Título	Healthcare Quality Indicators for Physiotherapy Management in Hip and Knee Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis: A Delphi Study.
Año	2016
Fuente	Scopus
Categoría documento	Artículo de investigación

Tipo de estudio	Metodología Delphi	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollar indicadores de calidad para el manejo de fisioterapia de pacientes con OA o AR de la cadera y la rodilla en Holanda.	
Posibles variables para indicador	Apoya la recomendación de pertenencia de los pacientes en programas de rehabilitación temprana.	
N. °	10	
Referencia	Eriksson JK, Askling J, Arkema E V. The Swedish Rheumatology Quality Register: Optimisation of rheumatic disease assessments using register-enriched data. Clin Exp Rheumatol. 2014;32:S147-9.	
Título	The Swedish Rheumatology Quality Register: Optimisation of rheumatic disease assessments using register-enriched data	
Año	2014	
Fuente	Scopus	
Categoría documento	Descripción del Registro de calidad Sueco de AR y sus utilidades	
Tipo de estudio	Descripción Registro de calidad Sueco de AR	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	No
	Resultados	No
	Validez externa	No

Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Describir el registro de calidad Sueco de AR y sus aplicaciones.	
Posibles variables para indicador	No se encuentra ninguna variable de interés.	
N.º	11	
Referencia	Román Ivorra J, Martínez JA, Lázaro P, Navarro F, Fernandez-Nebro A, De Miguel E, et al. Quality-of-care standards for early arthritis clinics. <i>Rheumatol Int.</i> 2013;33(10):2459-72.	
Título	Quality-of-care standards for early arthritis clinics.	
Año	2013	
Fuente	Scopus	
Categoría documento	Artículo original	
Tipo de estudio	Metodología Delphi	
Revisión Título	SI	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollar estándares de calidad para clínicas de artritis temprana.	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Evaluación por terapia física. * Evaluación por terapia ocupacional * Evaluación por psicología. * Evaluación por trabajo social * Acceso a programas de educación * Acceso telefónico directo en caso de requerir información sobre la enfermedad. * Oportunidad entre la aparición de síntomas y la valoración por clínicas de artritis * Oportunidad entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento * Protocolo de diagnóstico en atención básica: <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica, sinovitis, rigidez matutina, realización de radiografía de pies y manos, PCR, VSG FR, anti-CCP, serología para VHB, VHC. * Protocolo de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> - HC completa, rigidez matutina, examen articular, número de articulaciones edematizadas, radiografía pies y manos, RX de tórax, PPD, serología VHB y VHC, US articular. 	

Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Estándares para la evaluación de la enfermedad: - DAS -28, Evaluación global del paciente, evaluación del estado funcional. * Tratamiento y monitoreo: - Seguimiento de Guías * Respuesta a tratamientos: - Evaluación global del paciente, del estado funcional, de la actividad de la enfermedad. 	
N. °	12	
Referencia	American College of Rheumatology (ACR). Rheumatoid Arthritis Quality Indicators [En línea]. 2014. Available from: https://www.rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/Quality-Measurement	
Título	Rheumatoid Arthritis Quality Indicators	
Año	2014	
Fuente	ACR	
Categoría documento	Página web indicadores	
Tipo de estudio	Página web indicadores	
Revisión Título	NA	
Revisión Abstract	NA	
Revisión texto completo	NA	
Lectura crítica	Validez interna	NA
	Resultados	NA
	Validez externa	NA
Metodo de calificación de la evidencia	NA	
Tema/Objetivo	Página web que condensa los indicadores de calidad propuestos por ACR	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Medición de la actividad de la enfermedad. * Evaluación del estado funcional. * Tamizaje de tuberculosis en pacientes con AR que van a recibir por primera vez una terapia con DMARD tipo biológico. * Pacientes con diagnóstico de AR que reciben tratamiento con DMARD. 	
N. °	13	
Referencia	Moe RH, Petersson IF, Carmona L, Greiff R, Guillemin F, Udrea G, et al. Facilitators to implement standards of care for rheumatoid arthritis and osteoarthritis: the EU-MUSC.NET project. Ann Rheum Dis [En línea]. 2014;73(8):1545-8. Available from: http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2013-204980	

Titulo	Facilitators to implement standards of care for rheumatoid arthritis and osteoarthritis: the EUMUSC.NET project	
Año	2014	
Fuente	Scopus	
Categoría documento	Reporte conciso	
Tipo de estudio	Diseño mixto	
Revisión Título	Si	
Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	Si
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Explorar factores que permiten implementar con éxito estándares de cuidado.	
Posibles variables para indicador	Trabajo multidisciplinario y solicitud de los pacientes de materiales educativos.	

N.º	14
Referencia	Stoffer MA, Smolen JS, Woolf A, Ambrozic A, Bosworth A, Carmona L, et al. Development of patient-centred standards of care for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. <i>Ann Rheum Dis</i> [En línea]. 2014;73(5):902-5. Available from: http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2013-203743
Titulo	Development of patient-centred standards of care for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project.
Año	2014
Fuente	Scopus
Categoría documento	Reporte conciso
Tipo de estudio	Metodología Delphi
Revisión Título	Si
Revisión Abstract	SI
Revisión texto completo	SI

	Validez interna	Si
Lectura crítica	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollar estándares de cuidado en centros de pacientes de AR en Europa	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad de atención por profesional competente que realice el diagnóstico diferencial en menos de 6 semanas. * Pacientes que reciben educación sobre la enfermedad, el manejo y aspectos relacionados con "vivir" con la enfermedad. * Personas con AR deben recibir un plan de tratamiento desarrollado en conjunto con el médico tratante. * Acceso rápido cuando exista exacerbación de los síntomas. * Reevaluación de pacientes cada 3 meses cuando no tiene control de la enfermedad con FARMES sintéticos. * Personas con RA deben ser evaluadas sobre el control del dolor. * Acceso a tratamiento ortopédico (cirugía) dentro de los 3 meses posteriores al reconocimiento de daño articular, problemas de tejido. * Pacientes con AR deben tener acceso a tratamiento farmacológico y no farmacológico. * Pacientes con AR debe entender los beneficios de la actividad física y deben recibir información apropiada sobre ejercicio. * Recibir información relacionada con mecanismos de entrenamiento, protección articular y principios ergonómicos. * Deben recibir información sobre estilos de vida, prevención de accidentes, grupos de soporte, tratamiento adicionales. * Deben recibir información sobre terapias alternativas. 	
N. °	15	
Referencia	Pencharz JN, MacLean CH. Measuring quality in arthritis care: the Arthritis Foundation's Quality Indicator set for osteoarthritis. <i>Arthritis Rheum.</i> 2004;51(4):538-48.	
Título	Measuring quality in arthritis care: the Arthritis Foundation's Quality Indicator set for osteoarthritis.	
Año	2004	
Fuente	Referencia de otro artículo	
Categoría documento	Documento de indicadores AR	
Tipo de estudio	Metodología Delphi	
Revisión Título	Si	

Revisión Abstract	SI	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollar un sgrupo de medidas que evalúen la calidad de la atención en salud en pacientes con OA, AR, y el uso de analgésicos.	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Oportunidad de valoración por reumatología menor de 3 meses. * Seguimiento con medidas estandarizadas: dentro de los primeros 3 meses de diagnóstico y después en intervalos recomendados: de conteo de articulaciones, estado funcional (HAQ), actividad de la enfermedad, reactantes de fase aguda, evaluación de dolor. * Valoración anual por reumatólogo. * Evaluación de erosión en radiografías al diagnóstico y cada 3 años. * Evaluar inestabilidad atlantoaxial si el paciente es llevado a cirugía. * Uso de DMARD * Uso de metotrexate con ácido fólico conjunto. * Dosis de glucocorticoides por más de 3 meses debe considerarse el uso de vitamina D y terapia antiresortiva. * Prescripción de terapia antiresortiva en caso de uso de glucocorticoides. * Ingreso a programas de ejercicio aeróbico y fortalecimiento muscular en pacientes que no tienen contraindicación, prescritos al menos una vez al año. * Uso de aparatos de asistencia como ortésis. * Posibilidad de manejo quirúrgico en pacientes con dolor y limitación severa de caderas, rodillas a pesar del manejo farmacológico y no farmacológico. * Orientaciones según tipo de medicamento, monitoreo de toxicidad de DMARD y glucocorticoides. * Uso de DMARD en gestantes. * Uso de las siguientes vacunas en pacientes con tto inmunosupresor: Influenza, neumococo, meningococo, hemofilus B, hepatitis B y tétano. 	
N. °	16	
Referencia	Yazdany J, Robbins M, Schmajuk G, Desai S, Lacaille D, Neogi T, et al. Development of the American College of Rheumatology's Rheumatoid Arthritis Electronic Clinical Quality Measures. Arthritis Care Res (Hoboken) [En línea]. 2016;68(11):1579–90. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=119062257&site=ehost-live	
Título	Development of the American College of Rheumatology's Rheumatoid Arthritis Electronic Clinical Quality Measures.	
Año	2016	

Fuente	Scopus	
Categoría documento	Artículo especial	
Tipo de estudio	Metodología RAND/UCLA modificada, pruebas de validación y factibilidad de indicadores.	
Revisión Título	Si	
Revisión Abstract	Si	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Método de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollo y evaluación de medidas de calidad clínicas electrónicas en artritis reumatoide.	
Posibles variables para indicador	Indicadores utilizados en la construcción del modelo de calidad: * Evaluación de la actividad de la enfermedad * Evaluación del estado funcional * Uso de DMARD en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide * Tamizaje para tuberculosis previo al inicio de DMARD biológicos y sintéticos con objetivo terapéutico.	
N.º	17	
Referencia	Barber CEH, Marshall DA, Alvarez N, Mancini GBJ, Lacaille D, Keeling S, et al. Development of Cardiovascular Quality Indicators for Rheumatoid Arthritis: Results from an International Expert Panel Using a Novel Online Process. J Rheumatol [En línea]. 2015;42(9):1548–55. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26178275 http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4758831	
Título	Development of Cardiovascular Quality Indicators for Rheumatoid Arthritis: Results from an International Expert Panel Using a Novel Online Process.	
Año	2015	
Fuente	Scopus	
Categoría documento	Manuscrito de autor	
Tipo de estudio	Metodología RAND/UCLA modificada.	

Revisión Titulo	Si	
Revisión Abstract	Si	
Revisión texto completo	SI	
Lectura crítica	Validez interna	SI
	Resultados	SI
	Validez externa	SI
Metodo de calificación de la evidencia	Lectura crítica	
Tema/Objetivo	Desarrollar indicadores de calidad relacionados con enfermedad cardiovascular prematura para el tamizaje y uso por clínicas reumatológicas en pacientes con artritis reumatoide.	
Posibles variables para indicador	<ul style="list-style-type: none"> * Comunicación a pacientes sobre el incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. * Evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. * Estado de consumo de cigarrillo y consejería para cesación. * Tamizaje para hipertensión. * Comunicación a médico tratante de atención primaria de hallazgos de presión arterial elevada. * Medición de perfil lipídico. * Tamizaje para diabetes. * Ejercicio. * Tamizaje de índice de masa corporal y consejería de estilos de vida. * Minimización del uso de corticoides. * Comunicación sobre riesgos y beneficios del uso de AINES* en pacientes con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares. 	



Este libro fue realizado en caracteres
Avenir Next en el mes de febrero de 2018
Bogotá, D. C., Colombia



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Hacienda y Crédito Público



Libertad y Orden