



ACCESO  ABIERTO

Para citaciones: Rodríguez Cantillo, J., López Crespo, J., Polo Ibarra, J., Moreno Grau, Á., Alvis Guzmán, N. & Zakzuk Sierra, J. (2021). Medición de la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Hospital Universitario del Caribe, Bolívar, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 10(4), 246-255.

<https://doi.org/10.32997/rcb-2021-3667>

Recibido: 25 de agosto de 2021

Aprobado: 24 de septiembre de 2021

Autor de correspondencia:

Josefina Zakzuk Sierra
szakzucs@unicartagena.edu.co

Editor: Inés Benedetti. Universidad de Cartagena-Colombia.

Copyright: © 2021. Rodríguez Cantillo, J., López Crespo, J., Polo Ibarra, J., Moreno Grau, Á., Alvis Guzmán, N. & Zakzuk Sierra, J. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> la cual permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre y cuando el original, el autor y la fuente sean acreditados.



Medición de la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Hospital Universitario del Caribe, Bolívar, Colombia

Measurement of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis attending at the Hospital Universitario del Caribe, Bolívar, Colombia

Jonathan Rodríguez Cantillo¹, Juan López Crespo¹, Javier Polo Ibarra¹, Álvaro Moreno Grau^{2,3}, Nelson Alvis Guzmán⁴ & Josefina Zakzuk Sierra^{1,4}

¹ Instituto de Investigaciones Inmunológicas, Universidad de Cartagena.

² Consulta externa de Reumatología, Hospital Universitario del Caribe, Cartagena.

³ Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.

⁴ Facultad de Economía, Universidad de Cartagena.

RESUMEN

Introducción: en varias poblaciones se ha evidenciado un deterioro de la calidad de vida y de la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. Estos aspectos son importantes para tener en cuenta en el manejo de la enfermedad, pues en algunos casos han sido complementarios en la toma de decisiones sobre los enfoques y conductas terapéuticas. Hasta ahora, en el departamento de Bolívar, Colombia, se desconoce el grado de afectación de la calidad de vida asociada a esta condición de salud.

Objetivo: describir la afectación de la calidad de vida del paciente diagnosticado con artritis reumatoide en el departamento de Bolívar y establecer relaciones con sus características sociodemográficas y de severidad de la enfermedad.

Métodos: se hizo uso de las escalas HAQ-DI y EQ-5D-3L, así como de la escala DAS28-VSG para la medición de la actividad clínica de la enfermedad.

Resultados: el 77,1% de los pacientes indicó afectación en su calidad de vida con predominio de afectación moderada, siendo más frecuente el dolor/malestar (57,1%), y menos común el cuidado personal (40%). La afectación de la calidad de vida se correlacionó con la actividad clínica de la enfermedad y el nivel de incapacidad funcional. La actividad clínica de la enfermedad fue el predictor más importante de la incapacidad funcional medida por HAQ-DI.

Conclusión: en esta muestra representativa de pacientes con artritis reumatoide del departamento de Bolívar, se presenta una importante afectación en la calidad de vida.

Palabras Clave: Artritis reumatoide; Calidad de vida; EQ-5D; HAQ-DI; Salud Pública.

Abreviaturas: AR: Artritis reumatoide; DAS-28: Disease activity score; HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire-Disability Index; FARME: Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; GLM: Modelo de regresión generalizado; PROs: Desenlaces reportados por el paciente

ABSTRACT

Introduction: in several populations, a deterioration in the quality of life and functional capacity has been evidenced in patients with rheumatoid arthritis. These aspects are important to consider in the management of the disease, since in some cases they have been complementary to making decisions about management and therapeutic approaches. Until now, in the department of Bolívar, Colombia, the level of impact on the quality of life associated with this health condition is unknown.

Objective: to describe the affection on the quality of life of patients diagnosed with rheumatoid arthritis in the department of Bolívar and to establish relationships with their sociodemographic characteristics and severity of the disease.

Methods: the HAQ-DI and EQ-5D-3L scales were used, as well as the DAS28-ESR scale to measure the clinical activity of the disease.

Results: 77.1% of the patients indicated affection in their quality of life with a predominance of moderate affection, pain/discomfort being more frequent (57.1%), and personal care less frequent (40%). The impact on quality of life was correlated with the clinical activity of the disease and the level of functional disability. The clinical activity of the disease was the most important predictor of functional disability measured by HAQ-DI.

Conclusions: on this representative sample of patients with rheumatoid arthritis from the department of Bolívar, there is a significant impact on quality of life.

Keywords: Rheumatoid arthritis; Quality of Life; EQ-5D; HAQ-DI; Public Health.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune asociada con discapacidad progresiva, complicaciones sistémicas, muerte prematura y altos costos socioeconómicos (1). Se estima una prevalencia a nivel global de 0,24% (2), y una prevalencia estimada del 0,15% en Colombia (3), convirtiéndola en la enfermedad inflamatoria autoinmune osteoarticular más frecuente en adultos (4). En la actualidad se ha reconocido su origen multifactorial, en donde se ven involucrados distintos mecanismos moleculares y medioambientales que aportan a su etiología, con una incidencia en mujeres de aproximadamente el doble comparada con hombres (5). La AR está caracterizada por la presencia de edema y dolor en las articulaciones como producto de mecanismos fisiopatológicos que involucran la participación de diferentes tipos de células como macrófagos, linfocitos B, linfocitos T, condrocitos y osteoclastos que contribuyen al proceso de destrucción de las

estructuras sinoviales, aparición de dolor y pérdida de la funcionalidad de las articulaciones afectadas (6,7). La AR tiene un alto impacto en Salud Pública debido a que es la principal causa de discapacidad en adultos (8), con un importante efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes quienes refieren una importante disminución en la sensación de bienestar comparados con individuos cursando con otras enfermedades(9). La evaluación de la calidad de vida, la cual es definida como el grado de satisfacción que tiene un individuo en sus esferas físicas, emocional y social, es un apartado que se suma a la determinación del estado clínico y radiológico evaluado de forma convencional en el paciente con AR. El objetivo de este estudio es describir la afectación de la calidad de vida del paciente diagnosticado con AR en el departamento de Bolívar y establecer relaciones con sus características sociodemográficas y de severidad de la enfermedad.

MÉTODOS

Reclutamiento de los pacientes

Corresponde a un estudio descriptivo que tiene como objetivo identificar el grado de afectación de calidad de vida de una muestra de pacientes con AR residentes en el departamento de Bolívar. Desde abril de 2018 a julio de 2020, se reclutaron pacientes en el servicio de consulta externa de Reumatología del Hospital Universitario del Caribe.

En una segunda visita, un médico entrenado realizó el examen físico detallado del paciente, aplicó cuestionarios de evaluación clínica y calidad de vida, y tomó muestras de sangre periférica para la determinación de paraclínicos. Se incluyeron sujetos adultos (≥ 18 años), residentes del Departamento de Bolívar y con diagnóstico de AR en la historia clínica (códigos CIE: M053, M058, M059, M060, M068 y M069) de acuerdo con los criterios de clasificación de 2010 del Colegio Estadounidense de Reumatología y la Liga Europea contra las enfermedades Reumáticas (ACR/EULAR siglas en inglés) (21).

Se tuvieron como criterios de exclusión: comorbilidad de otra enfermedad autoinmune distinta a AR, mujeres embarazadas, pacientes con diagnóstico de otras poliartalgias inflamatorias, pacientes con otras enfermedades que causen artritis y pacientes que presenten complicaciones extraarticulares de la AR (vasculitis reumatoide, síndrome Felty, enfermedad pulmonar asociada y neoplasias, entre otras). El estudio contó con la aprobación del comité ética de la Universidad de Cartagena (N°87-2016) y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

Instrumentos

La evaluación clínica del estado de la enfermedad se realizó utilizando la herramienta clinimétrica de DAS28-VSG (22). La calidad de vida asociada a su estado de salud se evaluó mediante los cuestionarios HAQ-DI y EQ-5D-3L (23), ambas validadas en el idioma español.

DAS-28 (Disease Activity Score – 28)

La escala de severidad para medir la actividad de la enfermedad empleada fue el DAS-28. El puntaje obtenido en cada paciente se calculó mediante el uso de una calculadora especial (<http://calc.arthritis-il6.es/das28>) de la compañía Sanofi donde se ingresan los siguientes parámetros: número de articulaciones inflamadas y número de articulaciones dolorosas teniendo en cuenta 28 articulaciones: muñecas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, codos, hombros y rodillas; velocidad de sedimentación globular (VSG, medido en mm/h) y evaluación general subjetiva de la actividad de la enfermedad realizada por el paciente mediante la escala visual análoga (EVA, rango 0-100). Se considera que el paciente está en remisión o actividad leve de la enfermedad cuando se obtiene un valor menor de 3.2.

HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire)

Es un instrumento para la evaluación de la capacidad funcional en AR ya que realiza una valoración global del paciente. El cuestionario HAQ-DI consta de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad (discapacidad física) auto-percibida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades. La escala de valoración oscila en un rango entre 0 y 3: cero significa que el paciente es capaz de realizar la tarea en cuestión sin ninguna dificultad y tres que el paciente es incapaz de realizar dicha tarea (10).

EQ-5D-3L

El EQ-5D-3L es un instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Comprende inicialmente una parte descriptiva teniendo en cuenta 5 dimensiones de aspectos en salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y angustia/depresión, cada uno con tres niveles de severidad: ninguna afectación, alguna afectación, muy afectado. Esto permite el registro de hasta 243 estados de salud mediante la combinación de las distintas dimensiones y niveles (3⁵).

Por ejemplo, el registro de la respuesta “11111” sería de un paciente quien no describe afectación en las dimensiones preguntadas; por lo contrario, el registro “33333” sería la respuesta de un paciente con un alto grado de afectación en las 5 dimensiones. Estos resultados fueron codificados y ponderados de acuerdo a los valores de referencia de Argentina (11,12).

Después de esto se pregunta al paciente acerca de su estado de salud teniendo como instrumento de respuesta una escala denominada escala visual análoga en donde señala el estado de salud percibido en el día de la entrevista, un señalamiento que estará codificado dentro de un rango entre 0 a 100, siendo 100 el mejor estado de salud percibido y 0 el peor.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS versión 13.0 (Chicago, IL, EE. UU.). Dado que la mayoría de las variables no guardaban una distribución gaussiana, se emplearon métodos no paramétricos para los análisis. Las correlaciones se hicieron usando la prueba de Spearman.

Para evaluar la relación entre HAQ-DI como variable dependiente y DAS-28 como variable predictora teniendo en cuenta otras covariables relacionados con aspectos sociodemográficos (edad, género y ambiente urbano/rural) y de la enfermedad (duración de la enfermedad, uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) o de corticoide) se empleó un modelo de regresión generalizado (GLM) utilizando una distribución normal y una función de enlace de identidad. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. La mayor parte de los gráficos se generaron con el software GraphPad Prism versión 8.

Consideraciones éticas

Todos los sujetos fueron invitados a participar de forma voluntaria y se les informó que los datos recolectados serían tratados de forma anónima, sólo utilizados con fines académicos. Únicamente, el equipo de investigación tuvo acceso a la información registrada en las bases de datos creadas.

Además, se adhirió a las normas científicas internacionales, protocolo de Helsinki y principios de Belmont. Los sujetos de estudio firmaron un consentimiento informado. Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Cartagena (Acta 87 del 23 de mayo de 2016).

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los datos descriptivos de la muestra analizada. La mayor parte de los pacientes era de sexo femenino y pertenecía a un estrato socioeconómico bajo. De acuerdo con la medición del DAS-28, el 76.7% de los pacientes presentaba un estado activo de la enfermedad. Al momento de la encuesta, ocho pacientes no usaban o no recibían medicamentos.

Dentro los que recibían medicación, solo un pequeño porcentaje usaba algún medicamento biológico, todos de tipo anti-TNF (anti - factor de necrosis tumoral) (11.4%), y la mayor parte un FARME convencional (65.7%). El punto de corte para definir remisión funcional por HAQ-DI es 0.5 o menos. Según esto, el 34.3% de los pacientes de esta muestra tiene remisión funcional de la enfermedad.

La mayor parte de los pacientes (77,1%) indicó tener algún grado de afectación de la calidad de vida. En la Tabla 2 se presentan las dimensiones evaluadas mediante la escala EQ-5D-3L, en las que una importante proporción de pacientes refirieron problemas de movilidad. En la mayoría de las dimensiones evaluadas por la escala se registró afectación moderada, siendo el cuidado personal la dimensión afectada menos frecuente (40%) y de dolor/malestar, la más común (57,1%) con una frecuencia relativa alta de afectación severa (14,3%).

Solo el 22,9% de los pacientes registraron un estado de salud 11111. El estado 22222, que indica afectación moderada en todas las dimensiones fue el segundo estado más frecuente (11,4%). El valor promedio de evaluación general mediante VAS reportado por el paciente fue de 62,9 ($DE \pm 27,5$).

Tabla 1. Descriptiva de la muestra

Características (n=35)	Valor n (%)
Edad en años (media, DE)	57,1 ± 11,7
Sexo [n (%)]	
Femenino	28 (80)
Masculino	7 (20)
Escolaridad [n (%)]	
Estudios básicos incompletos	28 (80)
Secundaria completa	5(14.3)
Técnico o tecnólogo	2 (5.7)
Ocupación [n (%)]	
Desempleado	21 (60)
Jubilado	3 (8.6)
Empleado	10 (28.6)
Tipo de vinculación con el sistema de salud	
Contributivo	5 (14.3)
Subsidiado	30 (85.7)
Estrato socioeconómico [n (%)]	
1	24 (68.6)
2	8 (22.9)
3	3 (8.6)
Lugar de residencia [n (%)]	
Cartagena	21 (60)
Otros municipios de Bolívar	14 (40)
Ambiente [n (%)]	
Urbano	21 (60)
Rural	14 (60)
Estado Civil	
Casado	12 (34.3)
Soltero	8 (22.9)
Unión libre	10 (28.6)
Viudo	5 (14.3)
Antecedentes patológicos [n (%)]	
Quirúrgicos	17 (48.5)
Cardiovasculares	9 (25.7)
Metabólicos	2 (5.7)
Alérgicos	2 (5.7)
Transfusionales	2 (5.7)
Sin comorbilidades	12 (34.2)
DAS-28 (mediana, RIC)	4.2 (3.17-5.40)
Severidad según DAS-28	
En remisión – leve	7 (20)
Moderado	13 (37,1)
Severo	10 (28,6)
No determinado	5 (14,3)
Dolor por EVA (mediana, RIC)	25 (0-50,0)
Factor Reumatoideo positivo [n (%)]	22 (62,9) *
Presencia de Anticuerpos Anti-citrulina [n (%)]	23 (65,7) *
HAQ-DI (mediana, RIC)	1 (0,25-1,88)
Calidad de vida por EVA (mediana, RIC)	60 (40-90)

*(n=30) No se tuvo disponibilidad de muestra de sangre en 5 pacientes. RIC: Rango intercuartílico. EVA: Escala visual análoga.

Tabla 2. Dimensiones evaluadas de EQ-5D-3L (n=35)

	Movilidad	Cuidado personal	Actividades diarias	Dolor/Malestar	Ansiedad/D epresión
Ninguna afectación (n, %)	18 (51.4)	21 (60)	18 (51.4)	10 (28.6)	17 (48.6)
Algún problema (n, %)	17 (48.6)	14 (40)	15 (42.9)	20 (57.1)	18 (51.4)
Muy afectado (n, %)	0 (0)	0 (0)	2 (5.7)	5 (14.3)	0 (0.0)

La actividad clínica de la enfermedad medida por DAS-28 se correlacionó significativamente con la estimación de valores ponderados de EQ-5D-3L, la valoración global hecha por el paciente mediante la escala visual análoga (EVA) como parte del cuestionario EQ-5D-3L y el nivel de incapacidad funcional determinado por HAQ-DI, siendo mayor la relación con esta última escala (**Figura 1**). En un

GLM se estimaron los determinantes del grado de incapacidad funcional, encontrándose que el predictor más importante era la actividad clínica de la enfermedad medida por DAS-28 (Coeficiente Beta: 0.29, E.S.:0.07, $p < 0.0001$). El sexo femenino estuvo asociado a menor grado de incapacidad funcional (Coeficiente Beta: -0.54, E.S.:0.26, $p = 0.03$) (**Tabla 3**).

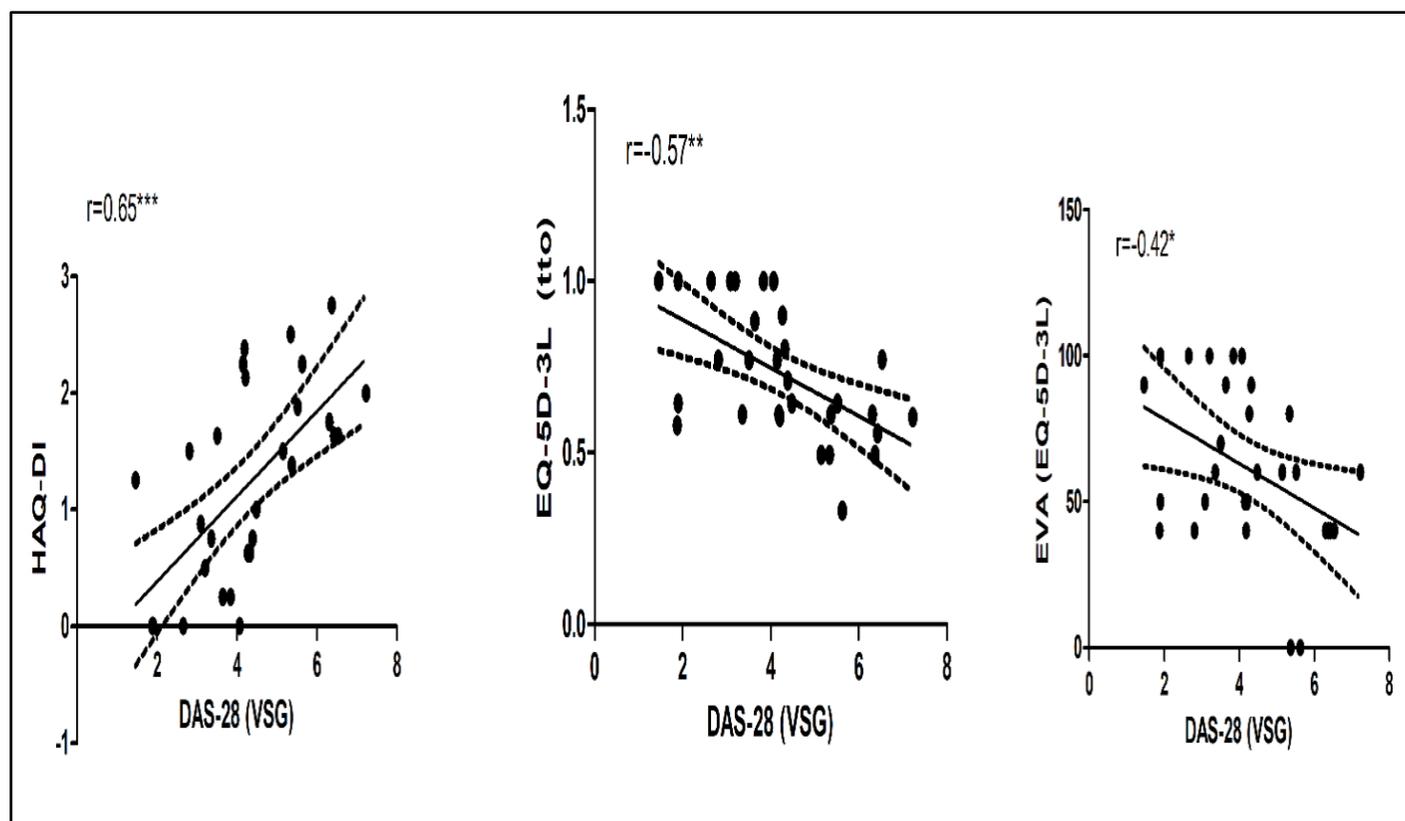


Figura 1. Correlación de DAS-28 con otras escalas aplicadas (HAQ-DI y EQ-5Q-3L). Los datos de la encuesta EQ-5Q-3L se analizaron usando los datos de utilidades (tto) transformados a partir de los estados de salud y de los valores obtenidos directamente de la escala visual análoga (EVA). El valor de r (rho) corresponde al coeficiente de correlación obtenido mediante la prueba de Spearman.

Tabla 3. Predictores de HAQ-DI: resultados del modelo lineal generalizado

Parámetro	B	Error estándar	p-valor
Género = Femenino	-0,542	0,2595	0,037
Género= Masculino	0	REF	REF
DAS-28	0,296	0,0745	<0,0001
Edad	0,014	0,0086	0,117
Tiempo de duración de la enfermedad (en años)	0,024	0,0191	0,216
Ambiente Rural	-0,260	0,2192	0,235
Ambiente Urbano	0	REF	REF
Uso de FARMEcs = No	0,226	0,2243	0,314
Uso de FARMEcs = Sí	0	REF	REF
Corticoides orales = No	-0,160	0,2403	0,506
Corticoides orales = Sí	0 ^a	REF	REF

REF: celda referencia; FARMEcs: Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se identificó que hay una alta afectación de la calidad de vida en pacientes con AR residentes en el Departamento de Bolívar, algo que no había sido descrito con anterioridad en nuestra población. En la actualidad, se reconoce la importancia de los desenlaces reportados por el paciente (PROs) en la valoración de la eficacia de intervenciones para el manejo de la enfermedad (13), una tendencia a la que se une nuestro medio mediante los resultados de este estudio.

Los datos de calidad de vida asociados a salud obtenidos en esta investigación se obtuvieron a través de un cuestionario genérico y uno específico de enfermedad. Los cuestionarios genéricos tienen en común la agrupación de ítems en escalas lo que permite tener una imagen del estado de salud física, psicológica y social en una forma cuantificable, lo que resulta ventajoso debido a que compara estados de salud de grupos de distintas condiciones o con la población general. En relación con esto, teniendo en cuenta los datos obtenidos en esta muestra de pacientes, se observa que el porcentaje de un estado de salud de bienestar (11111) (22%) es casi tres veces menor comparado con los obtenidos en la

Encuesta Nacional de Salud (ENDS) para la población entre 55 y 60 años de edad (62%) (14), un dato que puede utilizarse como referencia de valores esperados para población sana. Por otra parte, se encontró en nuestra muestra poblacional un valor de utilidad promedio derivado de esta escala (0,66) cercano al de otro estudio realizado en Colombia (0,72); a pesar de usar valores de referencia de población distintos (15). En nuestro estudio decidimos usar los valores de referencia de Argentina, el país latinoamericano hispanohablante más cercano con datos publicados para realizar las ponderaciones de los estados de enfermedad (12). El estudio realizado en países latinoamericanos publicado por *Xavier et al.*, los pacientes incluidos de Colombia tuvieron en promedio un puntaje de utilidad de 0,72, una situación similar en todo el subcontinente (15).

Con respecto a los datos sociodemográficos obtenidos en nuestro estudio, se pueden comparar con los de un estudio transversal de pacientes con AR de una institución de la ciudad de Medellín, el cual evaluó el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes (16). Este cotejo muestra una semejanza en los hallazgos, inicialmente con un valor promedio de edad ubicado

para ambos casos en la sexta década de la vida, un predominio claro en el número de casos en mujeres con respecto a los presentados en hombres y la existencia de anteriores comorbilidades para ambos grupos. Además de esto se encontró una mediana mayor de HAQ-DI en los pacientes de Bolívar (1; RIC: 0,25 – 1,88) comparados con los obtenidos en Medellín (0,87; RIC: 0,25-1,33), lo cual indica un mayor grado de discapacidad funcional (16). Es importante resaltar que la muestra de nuestro estudio pertenece a una población de estrato socioeconómico bajo, en su mayoría perteneciente al régimen subsidiado, por lo que debería analizarse si nuestros resultados tienen como causa el poco acceso a los medicamentos de tipo biológico en aquellos pacientes que cumplan con la indicación. Por su parte, el estudio de Franco-Aguirre et al (16) incluía pacientes de todos los estratos y en su mayoría pertenecientes al régimen contributivo.

En nuestros resultados se evidencia la relación entre severidad de la enfermedad según DAS-28 y la disminución de la capacidad funcional del paciente (HAQ-DI) y de la calidad de vida del paciente (EQ-5D-3L). En esta última, específicamente en la dimensión ansiedad/depresión, ningún paciente manifestó tener una gran afectación, mientras que aproximadamente la mitad de ellos refirieron encontrarse bien, unos resultados bastante llamativos debido a que durante la realización de la entrevista algunos pacientes se encontraban marcadamente afectados, aunque refirieran lo contrario. Una hipótesis para esto podría ser el resultado de una tendencia cultural caracterizada por la negación de la afectación de esta esfera. En la literatura, se ha descrito unos niveles de ansiedad y depresión mayores en pacientes con AR comparados con la población general (17), por lo que creemos que, en esta esfera, el estado referido por los pacientes podría no estar reflejado objetivamente. Un estudio colombiano demostró la importancia del manejo interdisciplinario de los pacientes con AR cuando se halló una reducción estadísticamente significativa de los síntomas de la enfermedad. estudio que incluyó un abordaje psicológico y rehabilitación física periódicos (18), una tendencia que podría ser adoptada en nuestro medio.

La utilización de la escala HAQ-DI ha demostrado su utilidad a la hora de predecir niveles de remisión de la AR con el paso del tiempo. Un bajo puntaje desde la línea de base se ha asociado de forma independiente con remisión sostenida de hasta 2 años (19), lo que la hace útil para el manejo de estos pacientes cuya funcionalidad física es una de las más comprometidas durante el curso de la enfermedad.

Dentro de las ventajas de EQ-5D-3L se encuentra su utilidad para la realización de estimaciones de años de vida ajustado por calidad (AVISA o QALYs en inglés), un indicador del estado de salud que involucran la calidad y la cantidad de vida de los pacientes, por lo que ha sido adoptada en diferentes países para análisis de costo-efectividad de medicamentos (20). Sin embargo, EQ-5D-3L parece no distinguir aquellos estados cercanos al máximo bienestar comparados con otras escalas, lo que quiere decir que los pacientes parecen describir un estado peor al que realmente se encuentran (21). Por lo anterior, existe una actualización hacia EQ-5D-5L la cual tiene una mayor sensibilidad para la medición del estado de bienestar del paciente. Lo anterior es el resultado de la adición de dos opciones de respuesta para las cinco dimensiones estudiadas, lo que permite un aumento desde los $3^5=245$ estados de salud medidos a unos $5^5= 3125$. Para efectos del presente estudio, los autores consideramos que la utilización de la escala EQ-5D-5L habría traído un mayor aprovechamiento de su sensibilidad al momento de medir el bienestar del paciente, razón por la cual podría ser tenida en cuenta para estudios posteriores.

Consideramos ventajosa la utilización de la escala DAS-28 por su facilidad de uso en un entorno clínico asistencial y por su capacidad de brindar información del estado y progresión de la enfermedad del paciente con AR, lo que influye en los ajustes de la terapia farmacológica. Sin embargo, se han identificado desventajas llamativas relacionadas con su dudoso nivel discriminatorio al momento de clasificar a pacientes en un estado de remisión de la enfermedad lo que afectaría la elección de la terapia. Existe un subgrupo de individuos que a pesar de encontrarse en la categoría

de remisión presentan actividad residual de la enfermedad. Se sabe que DAS-28 incluye dentro de sus cálculos a la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), unos marcadores de inflamación influenciados por la acción de distintos fármacos usados en esta enfermedad. Lo anterior quiere decir que la clasificación de los pacientes dentro de una categoría está fuertemente influenciada por la elección del medicamento. Por ejemplo, se han descrito casos de pacientes recetados con medicamentos que afectan la vía de la IL-6 y los cuales obtienen mayores tasas de remisión de acuerdo con el puntaje DAS-28, pero esa remisión no es alcanzada en la escala ACR-70, un hecho que resulta bastante incongruente. Por lo anterior, en la literatura se puede encontrar el término “falacia de la remisión” definida por DAS-28, para ejemplificar estos casos específicos; aun así, se reconoce que, comparada con otras escalas, sus puntos de corte para la severidad de la enfermedad son menos estrictos (22).

Reconocemos como limitaciones de nuestro estudio el pequeño tamaño de la muestra y la necesidad de incluir pacientes de diferentes sectores socioeconómicos con el propósito de analizar el comportamiento general de la población. Además, que para la estimación de los valores de utilidad a partir de los datos del cuestionario de EQ-5D-3L son más fidedignos si se tuvieran datos representativos de la población colombiana. No obstante, en ausencia de estudios que permitan hacer estas estimaciones tomamos a Argentina como la población más cercana de referencia tal como lo recomienda el EuroQol Group.

En conclusión, el grado de afectación de calidad de vida se correlacionó con la actividad clínica de la enfermedad medida por DAS-28 y el nivel de incapacidad funcional determinado por HAQ-DI. La evolución de la enfermedad y su influencia en la vida diaria de los pacientes puede ser evaluada de manera periódica con el uso de estas herramientas determinando un impacto individualizado de la artritis reumatoide.

CONFLICTOS DE INTERESES: los autores no reportan conflicto de intereses.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES: JRC: recolección, análisis e interpretación de datos, redacción del borrador del artículo, revisión crítica y aprobación final, responsable de la veracidad e integridad del artículo. JLC: recolección, análisis e interpretación de datos, redacción del borrador del artículo, revisión crítica y aprobación final, responsable de la veracidad e integridad del artículo. JPI: redacción del borrador del artículo. AMG: recolección de datos. NAG: análisis e interpretación de datos. JZS : concepción y diseño del estudio, recolección, análisis e interpretación de datos, redacción del borrador del artículo, revisión crítica y aprobación de versión final, responsable de la veracidad e integridad del artículo.

FINANCIACIÓN: este trabajo fue financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (Contrato 699-2017) y la Universidad de Cartagena y Carga de enfermedad e impacto económico de la artritis reumatoide en Colombia (Acta de compromiso 109-2019).

AGRADECIMIENTOS: agradecemos al Ministerio de Ciencia y Tecnología y a la Universidad de Cartagena por su apoyo en la financiación de este proyecto.

REFERENCIAS

1. Firestein GS. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. *Nature* 2003;423: 356-61.
2. Cross M, Smith E, Hoy D, Carmona L, Wolfe F, Vos T, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014.
3. Machado-Alba JE, Ruiz AF, Morales DAM. The epidemiology of rheumatoid arthritis in a cohort of Colombian patients. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;22(3):148-52.
4. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United

- States. Part I. *Arthritis Rheum.* 2008;58(1):15–25.
5. Gabriel SE, Crowson CS, O’Fallon WM. The epidemiology of rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota, 1955-1985. *Arthritis Rheum.* 1999 Mar;42(3):415-20. doi: 10.1002/1529-0131(199904)42:3<415::AID-ANR4>3.0.CO;2-Z. PMID: 10088762.
 6. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. A joint working group from the ACR and the European League Against Rheumatism devel. *ARTHRITIS Rheum.* 2010;62(9):2569–81.
 7. Zampeli E, Vlachoyiannopoulos PG, Tzioufas AG. Treatment of rheumatoid arthritis: Unraveling the conundrum. *J Autoimmun.* 2015;65:1–18.
 8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults--United States, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2001 Feb 23;50(7):120-5. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001 Mar 2;50(8):149.
 9. Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;44(2):123–30.
 10. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum.* 1980 Jan;23(2):137–45.
 11. Group TE. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (New York).* 1990 Dec;16(3):199–208.
 12. Augustovski FA, Irazola VE, Velazquez AP, Gibbons L, Craig BM. Argentine Valuation of the EQ-5D Health States. *Value Heal.* 2009 Jun;12(4):587–96.
 13. van Tuyl LHD, Michaud K. Patient-Reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2016;42(2):219–37.
 14. Barceló RAV, España JLN. Estado de salud de los colombianos: una aplicación del eq-5d-3l. *Arch Med.* 2018;18(1):134–45.
 15. Xavier RMH, Zerbini CAF, Pollak DF, Morales-Torres JLA, Chalem P, Restrepo JFM, et al. Burden of rheumatoid arthritis on patients’ work productivity and quality of life. *Adv Rheumatol.* 2019;59(1):1–11.
 16. Franco-Aguirre JQ, Cardona-Tapias AA, Cardona-Arias JA. Health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis from Medellín-Colombia, 2014. *Rev Colomb Reumatol.* 2015;22(3):153–61.
 17. Quiceno JM, Vinaccia S. Rheumatoid Arthritis: Psychobiological Considerations Resumen. *Rheum Arthritis Psychobiol Considerations Resum.* 2011;7:27–41.
 18. Santos-Moreno P, Alvis-Zakzuk NJ, Villarreal-Peralta L, Carrasquilla-Sotomayor M, Paternina-Caicedo A, Alvis-Guzmán N. A comprehensive care program achieves high remission rates in rheumatoid arthritis in a middle-income setting. Experience of a Center of Excellence in Colombia. *Rheumatol Int.* 2018;38(3):499–505.
 19. Lee K-E, Choi S-E, Xu H, Kang J-H, Park D-J, Lee S-S. HAQ score is an independent predictor of sustained remission in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2017 Dec 27;37(12):2027–34.
 20. Hernández-Alava M, Pudney S. Econometric modelling of multiple self-reports of health states: The switch from EQ-5D-3L to EQ-5D-5L in evaluating drug therapies for rheumatoid arthritis. *J Health Econ.* 2017 Sep;55:139–52.
 21. Brazier J, Roberts J, Tsuchiya A, Busschbach J. A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. *Health Econ.* 2004;873–884.
 22. Aletaha D, Smolen JS. Remission in rheumatoid arthritis: missing objectives by using inadequate DAS28 targets. *Nat Rev Rheumatol.* 2019;15(11):633–4.