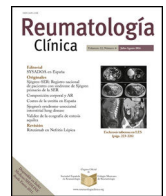




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal

Yessenia Cruz-Castillo^a, Nadia Montero^{b,*}, Rosa Salazar-Ponce^c y Rómulo Villacís-Tamayo^c

^a Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

^b Centro de Investigación en Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC), Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo, Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito, Ecuador

^c Unidad de Reumatología, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de abril de 2017

Aceptado el 11 de agosto de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Artritis reumatoide

Calidad de vida

Apoyo social

Desenlaces comunicados por los pacientes

R E S U M E N

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los factores clínicos, demográficos y socioeconómicos asociados en una cohorte de pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide (AR).

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal que evaluó la CVRS con la versión en español del instrumento *Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QoL-RA)* en pacientes con diagnóstico de AR según los criterios del Colegio Estadounidense de Reumatología y de la Liga Europea Contra el Reumatismo. Adicionalmente, se obtuvieron los siguientes datos: edad, estado civil, sexo, estrato socioeconómico, comorbilidades, duración de la enfermedad, medicación, positividad de factor reumatoide, de ACPA, actividad de la enfermedad mediante el índice de actividad de la enfermedad simplificado y funcionalidad física medida con MHAQ.

Resultados: Se evaluaron un total de 163 pacientes con AR, la puntuación media de la escala QoL-RA fue de $6,84 \pm 1,5$ puntos. Las medias más altas se obtuvieron en los dominios de interacción ($8,04 \pm 1,9$) y apoyo ($8,01 \pm 2$). Los factores que estuvieron asociados con la valoración global de la calidad de vida fueron: funcionalidad medida con MHAQ ($r = -0,70$; $p < 0,001$); duración de la enfermedad en años ($r = -0,178$; $p < 0,05$) y actividad de la enfermedad (diferencia de medias de 1,5; IC 95%: 1,09-1,91).

Conclusión: Los pacientes evaluados tuvieron una CVRS de buena a moderada. Los dominios relacionados con soporte y vida social fueron los mejor puntuados y los más bajos los relacionados con dolor y tensión nerviosa. La funcionalidad, la duración y la actividad de la enfermedad estuvieron estadísticamente asociadas a la CVRS.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Quality of Life in Ecuadorian Patients With Rheumatoid Arthritis: A Cross-sectional Study

A B S T R A C T

Objectives: To evaluate health-related quality of life (HRQoL) and associated clinical, demographic and socioeconomic factors in a cohort of Ecuadorian patients with rheumatoid arthritis (RA).

Patients and methods: A cross-sectional descriptive study evaluating (HRQoL) with the Spanish version of the Quality of Life Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) instrument in patients diagnosed with RA according to the criteria of the American College of Rheumatology and the European League Against Rheumatism. In addition, the following data were obtained: age, sex, marital status, socioeconomic stratum, comorbidities, disease duration, medication, rheumatoid factor positivity, disease activity using the simplified disease activity index and physical functionality measured with the modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ).

Keywords:

Rheumatoid arthritis

Quality of life

Social support

Patient reported outcome

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: nadia.montero@ute.edu.ec, nadiamonteromd@gmail.com
(N. Montero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.012>

1699-258X/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Results: A total of 163 patients were assessed, the mean score of the QoL-RA scale was 6.84 ± 1.5 points. The highest measurements were obtained in the domains of interaction (8.04 ± 1.9) and support (8.01 ± 2). The factors that were associated with the overall quality of life assessment were: functionality measured with MHAQ ($r = -0.70$; $P < .001$); disease duration in years ($r = -0.178$; $P < .05$); and disease activity (mean difference of 1.5; 95%CI: 1.09 to 1.91).

Conclusion: The patients evaluated had a good to moderate HRQoL. The domains related to support and social life were those with the highest scores and the lowest scores were related to pain and nervous tension. Functionality, duration, and disease activity were statistically associated with HRQoL.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que se produce, principalmente, en las articulaciones y que ocasiona distintos grados de deformidad, lo que conlleva una discapacidad funcional de grado variable que genera una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) respecto a la población general y mortalidad prematura^{1,2}.

Varios estudios han demostrado que el impacto de la AR es sustancial en el ámbito físico y mental, lo que confirma a la CVRS como un objetivo crucial en el manejo de estos pacientes^{3,4}. Adicionalmente, muchos pacientes valoran más la CVRS que las variables relacionadas con la enfermedad, por lo que la evaluación del estado clínico solamente en términos de actividad de la enfermedad puede no reflejar los desenlaces de salud de interés para los pacientes³.

En función de esto, guías elaboradas por el Colegio Estadounidense de Reumatología (ACR)⁵, la Liga Europea contra el reumatismo (EULAR)⁶ y el Instituto Nacional de Excelencia Clínica de Inglaterra⁷ recomiendan que la CVRS en los pacientes con AR sea evaluada periódicamente.

Por otra parte, dada la importancia de la CVRS en el manejo del paciente con AR, se han estudiado y descrito varios factores asociados a la enfermedad que impactan en mayor o menor grado en la CVRS, tales como edad, género, funcionalidad, duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, presencia de comorbilidades³, recursos sociales y económicos⁸.

En el Ecuador, sin embargo, no se dispone de estudios que evalúen el impacto de la AR en la CVRS, ni que hayan explorado los factores relacionados con ella. Estos datos son de gran importancia para construir políticas de salud enfocadas en limitar los efectos de la AR sobre la CVRS, lo cual, además de mejorar la atención a estos pacientes, se asociaría con un menor uso de recursos sanitarios.

El objetivo de este estudio fue evaluar la CVRS y los factores clínicos, demográficos y socioeconómicos asociados en una cohorte de pacientes ecuatorianos con AR.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, tras la autorización de un Comité de Bioética certificado por la autoridad sanitaria nacional, con pacientes ambulatorios con diagnóstico de AR que acudieron al Servicio de Reumatología del Hospital Carlos Andrade Marín, un hospital de referencia de la seguridad social ecuatoriana de la ciudad de Quito, de manera consecutiva entre septiembre y octubre del 2016. Para ser elegibles, los pacientes debieron tener un diagnóstico documentado de AR según los criterios del ACR y de la EULAR revisados en 2010¹.

Los datos de los pacientes con respecto a edad, estado civil, sexo, duración de la enfermedad, y medicación se recogieron a través de entrevistas. Para evaluar la actividad de la enfermedad se utilizó el índice de actividad de la enfermedad simplificado (SDAI por sus siglas en inglés), que es una de las 6 herramientas recomendadas para el uso clínico en puntos de atención por el ACR⁹. Estos

datos, junto con la positividad del factor reumatoide, positividad de anticuerpos antiproteína citrulinada y el historial de comorbilidades tales como diabetes mellitus, hipertensión, hipotiroidismo y enfermedades coronarias, se recogieron de la historia clínica de los pacientes.

La calidad de vida, el estrato socioeconómico y la funcionalidad fueron registrados por los investigadores a través de formularios específicos desarrollados para la investigación.

La calidad de vida se midió con la versión en español del instrumento *Quality of Life-Rheumatoid Arthritis* (QoL-RA) validado por Danao et al., en población hispana en los EE. UU.¹⁰. Esta es una escala de 8 ítems que mide habilidad física, dolor articular, interacción familiar y con amigos, apoyo familiar y de amigos, estado de ánimo, tensión nerviosa, artritis y salud. Cada ítem se califica en una escala de cero a 10. La puntuación aumenta con mejor calidad de vida.

El estrato socioeconómico se evaluó con el instrumento desarrollado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador¹¹. Esta herramienta divide el estrato socioeconómico en 5 categorías: alto; medio alto; medio típico; medio bajo y bajo.

La funcionalidad se evaluó con el instrumento *Modified Health Assessment Questionnaire* (MHAQ), que es una versión reducida del HAQ, con solo 8 ítems que se califican en una escala de 0 a 3, validado en español por Esteve-Vives et al.: a menores puntajes, mejor capacidad funcional. La principal ventaja de esta herramienta es su sencillez, lo que facilita su uso sistemático en la evaluación y seguimiento de pacientes¹².

Análisis estadístico

El conjunto de datos fue revisado y refinado antes del análisis en el paquete estadístico SPSS versión 24.0 (SPSS Inc., EE. UU.). Se calcularon estadísticos descriptivos, medidas de tendencia central (medias y desviaciones estándar) para variables cuantitativas y frecuencias, y porcentajes para variables categóricas.

Para la comparación de grupos, se utilizó la prueba t de Student y ANOVA de un factor, de acuerdo con las características de las variables. Con el fin de evaluar la correlación entre variables numéricas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, dada la distribución normal de los datos, que fue evaluada también mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y Shapiro-Wilk.

En el análisis multivariado se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, tomando como variable dependiente la calidad de vida medida con QoL-RA y cada uno de sus dominios. Se incluyeron en el modelo las variables: edad en años, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, duración de la AR en años, positividad del factor reumatoide, positividad de anticuerpos antiproteína citrulinada, terapia actual con biológicos, presencia de al menos una comorbilidad, actividad de la enfermedad y funcionalidad. Se incluyeron estas variables porque han sido reportadas en estudios previos como los factores con mayor capacidad explicativa del perfil de la calidad de vida en estos pacientes^{2,3,13,14}, y se anticipó que

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes evaluados

Sexo n (%)	
Femenino	132 (81)
Masculino	31 (19)
Edad media años (DE)	
	55,69 ($\pm 11,8$)
Duración de la enfermedad media años (DE)	
	12,72 ($\pm 10,4$)
Estado civil n (%)	
Soltero	23 (14,1)
Casado	94 (57,6)
Divorciado	28 (17,1)
Unión libre	10 (6,1)
Viudo	8 (4,9)
Estrato socioeconómico n (%)	
Alto	2 (7,4)
Medio alto	57 (35)
Medio típico	60 (36,8)
Medio bajo	33 (20,2)
Bajo	1 (0,6)
Actividad de la enfermedad por SDAI n (%)	
Remisión	63 (38,7)
Actividad baja	66 (40,5)
Actividad moderada	30 (18,4)
Actividad grave	4 (2,5)
Presencia de comorbilidad n (%)	
Sí	69 (42,3)
No	94 (57,7)
Uso de terapia biológica n (%)	
Sí	18 (11)
No	145 (89)
Enfermedad extraarticular n (%)	
Sí	9 (5,5)
No	154 (94,5)

SDAI: índice de actividad de la enfermedad simplificado.

clínicamente estarían asociados con la calidad de vida. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 163 pacientes con AR. Las características socioeconómicas de la población estudiada se exponen en la [tabla 1](#).

Se documentó el diagnóstico de hipotiroidismo en 40 pacientes (24,5%); hipertensión en 32 (19,6%); dislipidemia en 8 (4,9%) y diabetes mellitus en 5 (3,1%). Nueve pacientes presentaron antecedentes de enfermedad extraarticular: 6 síndrome de Sjögren, 2 fibromialgia y uno lupus eritematoso sistémico.

La media de años de diagnóstico de AR fue de $12,72 \pm 10,4$ años. En cuanto a la actividad de la enfermedad, 63 pacientes (38,7%) estuvieron en remisión ($SDAI \leq 3,3$); 66 pacientes (40,5%) en baja actividad ($SDAI \leq 11$); 30 pacientes (18,4%) en moderada actividad ($SDAI > 11$ y ≤ 26) y 4 pacientes (2,5%) presentaron una actividad grave de la enfermedad ($SDAI > 26$).

La puntuación media de la escala QoL-RA fue de $6,84 \pm 1,5$ puntos. Las medias más altas se obtuvieron en los dominios de interacción social ($8,04 \pm 1,9$) y apoyo familiar y de amigos ($8,01 \pm 2$), mientras que las más bajas se dieron en los dominios de tensión nerviosa ($6,00 \pm 2,3$) y dolor articular ($6,33 \pm 2,0$). El puntaje medio del MHAQ fue de $5,88 \pm 5,18$ ([fig. 1](#)).

En la [tabla 2](#), que muestra los análisis univariados, se puede observar que solo la actividad de la enfermedad determinó diferencias estadísticamente significativas en las medias de calidad de vida. Mientras que, según la correlación de Pearson, la funcionalidad medida con MHAQ y la duración de la enfermedad en años estuvieron significativamente correlacionadas con la calidad de

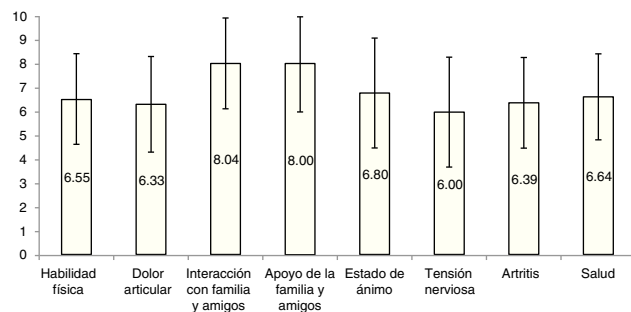


Figura 1. Medias y desviación estándar de cada dominio de la escala QoL-RA.

Tabla 2
Análisis univariado de factores asociados a calidad de vida en pacientes con AR

Variable	Medias	Diferencia de medias (IC 95%)	p
Sexo		0,21 (-0,36 a 0,80)	NS
Masculino	7,02		
Femenino	6,8		
Estrato socioeconómico		0,23 (-0,23 a 0,69) ^a	NS
Alto	6,36		
Medio alto	7,10		
Medio típico	6,63		
Medio bajo	7,03		
Bajo	3,87		
Estado civil		-0,24 (-0,7 a 0,23) ^b	NS
Soltero	7,03		
Casado	6,98		
Divorciado	6,43		
Unión libre	6,38		
Viudo	6,56		
Presencia de comorbilidades		-0,05 (-0,52 a 0,40)	NS
Sí	6,80		
No	6,86		
Actividad de la enfermedad		1,5 (1,09 a 1,91) ^c	<0,01
Remisión	7,76		
Actividad baja	6,72		
Actividad moderada	5,47		
Actividad grave	4,53		
Positividad de factor reumatoide		0,21 (-0,37 a 0,79)	NS
Sí	6,88		
No	6,67		
Positividad AAPC		0,37 (-0,30 a 1,04)	NS
Sí	7,19		
No	6,82		
Uso de biológicos		0,22 (-0,51 a 0,95)	NS
Sí	7,04		
No	6,81		

AAPC: anticuerpos antiproteína citrulinada; NS: no significativo.

^a Diferencia de medias cuando se dicotomizó el estrato socioeconómico en alto (alto, medio alto) versus medio y bajo (medio típico, medio bajo y bajo).

^b Diferencia de medias cuando se dicotomizó el estado civil en sin pareja (soltero, viudo y divorciado) versus con pareja (casado y unión libre).

^c Diferencia de medias cuando se dicotomizó la actividad de la enfermedad en remisión versus no remisión.

vida medida por QoL-RA ($r = -0,70$; $p < 0,001$ y $r = -0,178$; $p < 0,05$, respectivamente).

En el análisis multivariado, que se puede observar en la [tabla 3](#), la funcionalidad evaluada a través del MHAQ estuvo asociada con casi todos los dominios de la calidad de vida abordados en el QoL-RA, exceptuando los dominios de interacción y tensión nerviosa, con diferentes grados de correlación inversa con cada uno de ellos.

Tabla 3
Modelos de regresión lineal múltiple para los factores asociados con la calidad de vida y cada uno de sus dominios

	Factores asociados	β	R ²
Calidad de vida global	Edad	0,207**	0,60
	MHAQ	-0,461 [†]	
	Duración de la enfermedad	-0,154 [†]	
	Actividad de la enfermedad	-0,282 [†]	
Dominios QoL-RA			
	Habilidad física		
Dolor articular	MHAQ	-0,626*	0,39
	Edad	0,230*	0,52
Interacción con familia y amigos	MHAQ	-0,692 [†]	
	Actividad de la enfermedad	0,332 [†]	0,10
Apoyo de la familia y amigos	MHAQ	-0,694 [†]	0,48
	MHAQ	-0,361 [†]	0,38
Estado de ánimo	Actividad de la enfermedad	-0,309 [†]	
	Edad	0,265**	0,21
Tensión nerviosa	Duración de la enfermedad	-0,204**	
	Actividad de la enfermedad	-0,314 [†]	
Artritis	Edad	0,148**	0,52
	MHAQ	-0,392 [†]	
	Actividad de la enfermedad	-0,365 [†]	
Salud	MHAQ	-0,477 [†]	0,22

* p < 0,01.

** p < 0,05.

Por otra parte, la actividad de la enfermedad fue un factor asociado negativamente con los dominios de interacción, estado de ánimo y tensión nerviosa. Mientras que hubo una correlación positiva de la edad con los dominios de dolor articular, tensión nerviosa y artritis. La duración de la enfermedad se correlacionó negativamente con el dominio de tensión nerviosa.

El modelo presentó el mayor coeficiente de determinación para los dominios de dolor articular y artritis (R² = 0,52), y el valor más bajo (R² = 0,10) para la dimensión de interacción (tabla 2).

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que, en general, la calidad de vida entre los pacientes estudiados fue de moderada a buena, con una media de la escala total de 6,8 puntos. Pese a que en la literatura no se ha establecido un punto de corte dentro de la escala para definir buena calidad de vida, la puntuación media encontrada es similar a las reportadas en estudios previos en población latina, que reportan medias que se ubican en un rango de 5,28 a 7,38 puntos^{10,14-19}.

Por otra parte, las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en los dominios de interacción (8,04 ± 1,9) y apoyo (8,01 ± 2), resultados que coinciden con lo reportado en otros estudios realizados en población de habla hispana con el mismo instrumento en pacientes colombianos¹⁶⁻¹⁹, cubanos¹⁴, latinos residentes en California¹⁰ y una muestra de pacientes españoles¹⁵. En todos estos estudios los dominios mejor puntuados fueron precisamente los relacionados con soporte y vida social; sin embargo, las puntuaciones medias de QoL-RA global y por dominios son variables entre los distintos estudios: son mayores en la población colombiana¹⁶⁻¹⁹ y cubana¹⁴ y menores en la población española y latina residente en California¹⁰. Estos datos hacen pensar que la percepción de la calidad de vida de los pacientes con AR se ve influida por factores étnicos, sociales y culturales.

Adicionalmente, en este estudio se identificó que los valores de MHAQ (puntuaciones más altas), la duración de la enfermedad (más años de la enfermedad) y la actividad de la enfermedad (no alcanzar la remisión) estuvieron asociados con peores puntajes en la calidad de vida. La edad, por su parte, fue un factor que estuvo asociado de manera positiva con los dominios de dolor articular, tensión nerviosa y artritis; a mayor edad, mejor calidad de vida. Mientras que no se encontraron asociaciones con género, estado civil, estrato

socioeconómico, presencia de comorbilidades, positividad del factor reumatoide, positividad de anticuerpos antiproteína citrulinada y uso de biológicos.

En referencia a la funcionalidad física, nuestros resultados confluyen con lo reportado por varios autores, que han encontrado una correlación del MHAQ con la calidad de vida en pacientes con artritis medida con varios instrumentos^{2,13,19}. Con respecto a edad y duración de la enfermedad, una revisión sistemática, que evaluó el impacto de la AR sobre la CVRS medida con el instrumento SF-36 y los factores relacionados, encontró que estos estuvieron asociados con la CVRS en pacientes con AR³. En dicha revisión sistemática también reportaron que, a mayor edad, el puntaje de calidad de vida en el dominio de salud mental y el puntaje global para el componente mental aumentaron, mientras que los puntajes de los dominios de función física disminuyeron.

Si bien está demostrado el impacto negativo de la edad sobre los dominios físicos de la calidad de vida, se ha reportado que en condiciones clínicas crónicas tales como enfermedad renal crónica²⁰ o enfermedad pulmonar obstructiva crónica²¹, la calidad de vida podría ser peor en pacientes más jóvenes. Este hecho se podría explicar por una menor capacidad de adaptación en personas jóvenes al impacto que las enfermedades crónicas tienen sobre diversos aspectos de la vida, como relaciones personales, empleo, autoestima y planes para el futuro.

Es importante notar que, mientras que en el presente estudio no se encontró asociación con el estrato socioeconómico, otros estudios han reportado esta asociación como un subrogado de la satisfacción económica, en los que pacientes económicamente insatisfechos obtienen puntajes menores de calidad de vida^{2,22-24}. Esta diferencia podría explicarse por la metodología usada para definir el estrato socioeconómico y, adicionalmente, por que los pacientes evaluados en este estudio pertenecen al sistema de salud de la seguridad social del Ecuador y en su mayoría fueron catalogados como clase media típica. Este punto es importante, ya que los estudios señalan que un nivel de vida bajo se asocia a una peor calidad de vida.

Las principales limitaciones del estudio incluyen el hecho de que la muestra pertenece a pacientes de un hospital ubicado en la zona urbana del Ecuador, lo cual podría traducirse en diferencias importantes en el nivel socioeconómico del resto de los pacientes ecuatorianos y en la accesibilidad a servicios de salud. Según la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador, en el Ecuador predominan los estratos socioeconómicos medio típico y medio bajo²⁵, mientras que en la cohorte de pacientes evaluados en este estudio predominaron los estratos socioeconómicos medio alto y medio típico. Por otra parte, se sabe que existen inequidades en el acceso a los servicios de salud entre la población urbana y rural, lo cual se ve reflejado en el porcentaje de población con afiliación a, al menos, un tipo de seguro de salud, el cual es mucho mayor en la población urbana que en la rural²⁶. Dichas limitaciones podrían conducir a que la calidad de vida encontrada en este estudio corresponda a la de una muestra poblacional más favorecida y con mejor acceso a recursos sanitarios que la del resto del país. Al respecto, este estudio responde con la fortaleza de incluir pacientes de un hospital de referencia nacional, lo que representa, por tanto, la situación de la calidad de vida de una proporción de la población con AR residente en todas las provincias del Ecuador.

El diseño, por otra parte, es transversal, lo que no nos permite evaluar los cambios en la calidad de vida a medida que la enfermedad progresa ni los factores que influyen en este cambio. Otra limitante tiene que ver con la herramienta usada para evaluar la CVRS: pese a que el QoL-RA tiene evidencia limitada en validez de contenido y pruebas de hipótesis según una revisión sistemática²⁷, se decidió su uso porque es un instru-

mento validado en español en población latinoamericana, lo cual hace que los resultados sean comparables con estudios previos. Otro aspecto que considerar en la interpretación de los resultados de este estudio es el hecho de que las comorbilidades y las manifestaciones extraarticulares se recogieron de las historias clínicas cuando estaban descritas, por lo que estas podrían estar infrarrepresentadas.

En la práctica diaria, el manejo de los pacientes con AR se ha enfocado en mejorar las variables clínicas y por mucho tiempo se consideró la evaluación de la actividad de la enfermedad como un instrumento más fiable que la percepción que tiene el paciente del dolor o de su estado global de salud¹. El énfasis creciente en la perspectiva de salud de los pacientes al considerar las elecciones de tratamiento ha dado como resultado que la evaluación global del paciente y de su calidad de vida se convierta en una parte esencial en la práctica diaria y también en un desenlace importante en ensayos clínicos y estudios observacionales²⁸. Este sentido, en el manejo del paciente con AR en el Ecuador, debe profundizarse y este trabajo, al ser el primero que se realiza en el país sobre calidad de vida y AR, plantea una línea de base desde la cual partir para futuras investigaciones.

En conclusión, los pacientes evaluados tuvieron una CVRS de buena a moderada. Los dominios relacionados con soporte y vida social fueron los mejor puntuados, y los más bajos fueron los relacionados con dolor y tensión nerviosa. La funcionalidad física, la duración y la actividad de la enfermedad estuvieron estadísticamente asociadas a la CVRS.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Agradecemos a las doctoras Verónica Villacís y María Eugenia Gómez de la Unidad de Reumatología del Hospital Carlos Andrade Marín, por su colaboración en la recolección de datos.

Bibliografía

- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson D, Bingham C, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62:2569–81.
- Franco-Aguirre J, Cardona-Tapias A, Cardona-Arias J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014. *Rev Colomb Reumatol.* 2015;22:153–61.
- 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;44:123–30.
- Hendrikx J, de Jonge MJ, Franssen J, Kievit W, van Riel PL. Systematic review of patient-reported outcome measures (PROMs) for assessing disease activity in rheumatoid arthritis. *RMD Open.* 2016;2:e000202.
- Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan M, et al. 2015 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016;68:1–25.
- 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.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210715>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Rheumatoid arthritis in adults: Management [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009 [consultado 3 Ene 2017]. Disponible en: www.nice.org.uk/CG79.
- Grossi EJ, Ganiats TG, Sarkin AJ. Sociodemographic differences in quality of life in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics.* 2006;24:109–21.
- Anderson J, Caplan L, Yazdany J, Robbins ML, Neogi T, Michaud K, et al. Rheumatoid arthritis disease activity measures: American College of Rheumatology recommendations for use in clinical practice. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64:640–7.
- Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001;45:167–73.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos del Ecuador. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico NSE 2011 [Internet] [consultado 15 Mar 2016]. Disponible en: www.inec.gov.ec/5Cr.
- Esteve-Vive J, Batlle-Gualda E, Tornero J, Tenorio M, Boquet D, Martínez-Sanchís A. Adaptación del Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ) a la población española. *Rev Esp Reum.* 1994;21.
- Cho S-K, Kim D, Jun J-B, Bae S-C, Sung Y-K. Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). *Rheumatol Int.* 2013;33:93–102.
- Prada DM, Hernández C, Gómez JA, Gil R, Reyes Y, Solís U, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev Cuba Reum.* 2015;17:48–60.
- Fernández Lisón L, Vázquez B, Fernández L, Moreno P, Fruns I, Liso J. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp.* 2008;32:178–81.
- Cadena J, Vinaccia S, Perez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya J. The impact of disease activity on the quality of life mental health status, and family dysfunction in Colombian Patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2003;9:142–50.
- Tobón S, Vinaccia S, Cadena J, Anaya J. Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA). *Psicol Salud.* 2004;14:25–30.
- Vinaccia S, Fernández H, Moreno E, Pedro S, Padilla GV. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. *Rev Colomb Reumatol.* 2006;13:264–70.
- Vinaccia Alpi S, Quiceno JM, Lozano F, Romero S. Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta Colomb Psicol.* 2017;20:60–9.
- Gentile E, Beauger D, Speyer E, Jouve E, Dusso L B, Jacqueline C, et al. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: Results of a national survey in France. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:88.
- Schane R, Woodruff P, Dinno A, Covinsky K, Walter L. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1757–62.
- Garip Y, Eser F, Bodur H. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: Comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. *Rheumatol Int.* 2011;31:769–72.
- Alishiri GH, Bayat N, Fathi Ashtiani A, Tavallai SA, Assari S, Moharamzad Y. Logistic regression models for predicting physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Mod Rheumatol.* 2008;18:601–8.
- Marra CA. The impact of low family income on self-reported health outcomes in patients with rheumatoid arthritis within a publicly funded health-care environment. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:1390–7.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico NSE. 2011. [Internet] [consultado 15 Mar 2016] Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas.Sociales/Encuesta.Estratificacion.Nivel.Socioeconomico/111220.-NSE.Presentacion.pdf>.
- Freire W, Ramirez-Luzuriaga M, Belmont P. Tomo I: Encuesta nacional de salud y nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública.* 2015;2:117.
- Lee J, Kim SH, Moon SH, Lee E-H. Measurement properties of rheumatoid arthritis-specific quality-of-life questionnaires: Systematic review of the literature. *Qual Life Res.* 2014;23:2779–91.
- Alawneh KM, Khassawneh BY, Ayesh MH, Smadi M. Rheumatoid arthritis in Jordan: a cross sectional study of disease severity and associated comorbidities. *Ther Clin Risk Manag.* 2014;10:363–6.