

artículo original

Una nueva herramienta para valorar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoidea que no requiere licencia: el cuestionario QOL-RA II (Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II)

Carolina Ayelen Isnardi¹, Dafne Capelusnik¹, Emilce Edith Schneeberger¹, María de los Ángeles Correa¹, Romina Lim², María Hu², María Janina Tapia³, Eduardo Kerzberg³, Eliana Blanco⁴, Federico Luján Benavídez⁴, Luciana González Lucero⁵, Ana Lucía Barbaglia⁵, Marcela Bazzarelli⁶, Hernán Maldonado Ficco⁷, Silvana Pérez⁸, Claudia Hartvig⁹, Mariana Salcedo¹⁰, Gustavo Citera¹

¹Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²Hospital General de Agudos José M. Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

³Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁴Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁵Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán.

⁶Hospital Interzonal General de Agudos Petrona V. de Cordero, Buenos Aires.

⁷Hospital San Antonio de Padua, Córdoba

⁸Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁹Hospital Provincial de Rosario, Santa Fe.

¹⁰San Nicolás, Buenos Aires.

RESUMEN

Palabras clave:

artritis reumatoidea, calidad de vida, QOL-RA II.

Recientemente, validamos el cuestionario Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA) y detectamos la presencia de algunas limitaciones. Por esta razón, con la autorización de la autora, cambiamos dos preguntas y desarrollamos una nueva versión en español: el QOL-RA II.

Objetivo: Validar el QOL-RA II en una cohorte argentina de pacientes con Artritis Reumatoidea (AR).

Material y métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años de edad, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010. Se consignaron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas y actividad de la enfermedad. Se administraron los cuestionarios EQ-5D-3L, QOL-RA II, HAQ-A y PHQ-9. A 20 pacientes se les re-administró el cuestionario a los 7 días de haber completado el primero para evaluar reproducibilidad. **Análisis estadístico:** Test T de Student, ANOVA, Chi². Correlación de Spearman. Alpha de Cronbach. Coeficiente de correlación intraclase. Regresión Logística Multinomial con modelo factorial completo. Regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 430 pacientes, con un tiempo mediano (*m*) de evolución de 9 años (RIC: 4-16). La *m* del QOL-RA II fue 6,7 (RIC: 5,3-8). El tiempo promedio para completarlo fue de 1,7 \pm 0,57 minutos y para su cálculo de 12 \pm 1,7 segundos. Solo 9 (2,1%) pacientes no contestaron alguna pregunta. El cuestionario presentó excelente confiabilidad (α de Cronbach 0,97), reproducibilidad (CCI: 0,96) y buena correlación entre los diferentes ítems y el cuestionario total, sin evidencia de redundancia. QOL-RA II presentó además, buena correlación con EQ-

5D-3L (Rho: 0,6), HAQ-A (Rho: 0,55) y PHQ-9 (Rho: 0,56) y moderada con los índices de actividad de la enfermedad DAS28-ERS (Rho: 0,38) y CDAI (Rho: 0,46). Se evidenció peor calidad de vida en aquellos pacientes que no realizaban actividad física (\bar{X} 6,4±1,9 vs. 7±1,8, $p < 0,0001$), en los desocupados (\bar{X} 6,1±1,9 vs. 7±1,8, $p < 0,0001$) y en los tabaquistas (\bar{X} 6,2±1,7 vs. 6,7±1,9, $p=0,03$). Se observó una tendencia significativa a empeorar la calidad de vida a mayor actividad de la enfermedad. Ajustando por edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, las variables que se asociaron significativamente a peor calidad de vida fueron la desocupación, la mayor actividad de la enfermedad, la discapacidad funcional y la presencia de depresión.

Conclusión: El QOL-RA II demostró buena validez de constructo, reproducibilidad. Fue fácil de completar y calcular. No se observó redundancia entre las preguntas ni influencia por la edad ni el tiempo de evolución de la enfermedad.

A B S T R A C T

Key words:

rheumatoid arthritis, quality of life, QOL-RA II.

We have recently validated the Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA). We have found some limitations, that is why, with the author's permission, we have changed two questions and developed a new Spanish version, QOL-RA II.

Objective: To validate the QOL-RA II in an Argentinean cohort of patients with Rheumatoid Arthritis (RA).

Material and methods: Cross-sectional study. Patients ≥ 18 years old, with a diagnosis of RA according to ACR-EULAR 2010 criteria were included. Sociodemographic data, comorbidities, RA characteristics, disease activity current treatment were registered. Questionnaires were administered: EQ-5D-3L, QOL-RA, HAQ-A and PHQ-9. The QOL-RA II was re-administered in 20 patients to evaluate reproducibility. *Statistical analysis:* Student's T, ANOVA and Chi² tests. Spearman correlation. Cronbach's alpha. Reproducibility using ICC. Multinomial logistic regression with completed factorial model. Multiple linear regression.

Results: 430 patients were included, with a median (*m*) disease duration of 8.9 years (IQR: 4-16). QOL-RA was *m* 6.6 (IQR: 5.3-8). Mean time to complete it was 1.7±0.57 minutes and to calculate it 12±17 seconds. Only 2.1% of the questionnaires presented missing answers. It showed very good reliability (Cronbach's alpha 0.97), reproducibility (ICC: 0.96) and good correlation between the different items and the total questionnaire, without evidence of redundancy. Besides, QOL-RA II presented good correlation with EQ-5D-3L (Rho: 0.6), HAQ-A (Rho: 0.55) and PHQ-9 (Rho: 0.56) and moderate with DAS28-ESR (Rho: 0.38) and CDAI (Rho: 0.46). Worse quality of life was observed in patients not doing physical activity (\bar{X} 6.4±1.9 vs. 7±1.8, $p < 0.0001$), unemployed (\bar{X} 6.1±1.9 vs. 7±1.8, $p < 0.0001$) and current smokers (\bar{X} 6.2±1.7 vs. 6.7±1.9, $p=0.03$). Patients with higher disease activity had a significant poorer quality of life. Adjusting by age, sex and disease duration, unemployment, higher disease activity, disability and the presence of depression were independently associated to worse quality of life.

Conclusions: QOL-RA II demonstrated good construct validity, reproducibility and reliability. It was easy to complete and calculate. There were no redundancy between questions and it was not influenced by age and disease duration.

Correspondencia

E-mail: gustavocitera@gmail.com

Introducción

En un trabajo previo, hemos validado en una cohorte multicéntrica el cuestionario Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA), diseñado para valorar la calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoidea (AR)¹. El mismo fue desarrollado por un grupo estadounidense en una población hispanoparlante y está compuesto por 8 preguntas que hacen referencia a diferentes aspectos de la calidad de vida². Sin embargo, sabemos que pueden existir diferencias interculturales entre poblaciones de distintos países de América que podrían dificultar la comprensión de los enunciados y afectar el desempeño de este tipo

de herramientas³. En nuestra experiencia, detectamos la presencia de redundancia entre las preguntas N° 3 y la N° 6, que hacen referencia a dolor artrítico y artritis, respectivamente. Además, 3,1% de los cuestionarios presentaron al menos una pregunta difícil, siendo la más frecuente la pregunta N° 3. Por último, a diferencia de lo ocurrido con el EQ-5D-3L, observamos que la calidad de vida medida por QOL-RA era influida por la edad del paciente y el tiempo de evolución de la enfermedad.¹

Dada la presencia de estas limitaciones, autorizados por la autora del cuestionario original, hemos desarrollado una nueva versión en español, a la que llamamos QOL-RA II. La pregunta N° 3 fue reemplazada por dolor en sus articulaciones, y la N° 6 por cansancio y agotamiento. (Anexo I)

Anexo I. Cuestionario de calidad de vida QOL-RA II

Cuestionario de calidad de vida QOL-RA II

1. Si Ud. considera solo sus habilidades físicas , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
2. Si Ud. solo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
3. Si Ud. solo considera su dolor en sus articulaciones , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
4. Si Ud. solo considera su nivel de tensión nerviosa , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
5. Si Ud. solo considera su salud , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
6. Si Ud. solo considera su cansancio/agotamiento , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
7. Si Ud. solo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
8. Si Ud. solo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo , ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:	Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

El objetivo de este estudio fue validar esta nueva versión del cuestionario QOL-RA (QOL-RA II) en una cohorte de pacientes con AR.

Material y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes consecutivos ≥ 18 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de AR según criterios ACR-EULAR 2010⁴.

Los pacientes con dificultades para completar el autocuestionario (analfabetos, no videntes) y aquellos con comorbilidades no compensadas que pudieran influir sobre la calidad de vida de los mismos fueron excluidos.

Se consignaron datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, ocupación, jubilado/pensionado, causa de desocupación, escolaridad, presencia de comorbilidades como hipertensión, diabetes, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía e hipotiroidismo. Se interrogó sobre la práctica de actividad física en forma regular, definida como una hora al día al menos tres veces por semana. Se determinaron características de la enfermedad como tiempo de evolución, positividad para Factor Reumatoideo (FR) y anti-CCP (anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados), presencia de erosiones articulares y nódulos reumatoideos. Se evaluaron fatiga, dolor, actividad de la enfermedad según el paciente y el médico por medio de escala visual numérica (EVN), recuento de 28 articulaciones tumefactas y dolorosas, presencia de rigidez matinal y su duración y tratamiento actual. Se registraron los valores de eritrosedimentación (ERS) en

mm/h y proteína C reactiva (PCR) en mg/dl correspondientes a la visita. Se administraron cuestionarios para determinar calidad de vida, EQ-5D-3L⁵ y QOL-RA II, capacidad funcional a través de HAQ-A (Health Assessment Questionnaire-Argentinean version)⁶ y depresión por PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9)⁷. Se calcularon los índices compuestos: DAS-28 (Disease Activity Score-28)⁸, CDAI (Clinical Disease Activity Index)⁹, SDAI (Simplified Disease Activity Index)¹⁰ e IAS (Índice de Actividad Simplificado)¹¹.

El cuestionario QOL-RA II está compuesto por 8 preguntas que evalúan diferentes aspectos de la calidad de vida. Se responden mediante una escala visual numérica, en la cual 1 representa muy mala calidad de vida y 10 excelente. Luego se calcula mediante la suma lineal de sus componentes y posteriormente se divide por 8. De esta manera se obtiene un valor total que va de 1, la peor calidad de vida posible, a 10, la mejor.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Las variables continuas se compararon por test T de Student o ANOVA y las categóricas por test de Chi² y test exacto de Fisher. Las correlaciones se realizaron mediante test de Spearman. La confiabilidad del cuestionario se evaluó por alpha de Cronbach. La reproducibilidad se midió a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI), re-administrando el cuestionario a un grupo de pacientes, estables de su enfermedad, a los 7 días de haber realizado el primero. Se determinaron los efectos techo y suelo. Se calculó el tiempo para completar y calcular ambos cuestionarios de calidad de vida, y se registraron las dificultades que los pacientes presentaron para completar algún ítem. La tendencia a la variación lineal del QOL-RA II en base a la actividad de la enfermedad se realizó mediante regresión logística multinomial con modelo factorial completo. Finalmente, para evaluar la asociación del QOL-RA II con los diferentes aspectos de la enfermedad se realizaron modelos de regresión lineal múltiple utilizando QOL-RA II y EQ-5D-3L como variables dependientes, ajustando por sexo, edad y tiempo de evolución.

Resultados

Se incluyeron 430 pacientes provenientes de diez centros de reumatología distribuidos en 4 provincias del territorio argentino. (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Tucumán). La mayoría de los pacientes eran de sexo femenino (87,7%), con una mediana (*m*) de edad de 54 años (RIC: 45-62) y un tiempo mediano de evolución de la AR de 9 años (RIC: 4-16). De ellos, 128 (29,8%) realizaban actividad física de manera regular y 226 (52,6%) se encontraban desocupados al momento de la visita. En referencia a la actividad de la enfermedad, utilizando como herramienta al DAS-28, el 43,3% se encontraba en remisión, 14,4% tenían actividad leve, 36,3% moderada y 6% alta. Otras características basales de la población se describen en la Tabla 1.

La *m* del cuestionario QOL-RA II fue 6,7 (RIC 5,3-8). El tiempo promedio para completarlo fue de 1,7 \pm 0,6 minutos y para su cálculo de 12 \pm 1,7 segundos. En el caso del EQ-5D-3L, los mismos fueron 1,3 \pm 0,5 minutos (*p*=0,013) y 5,8 \pm 1,5 segundos (*p*=0,01), respectivamente. Nueve (2,1%) pacientes no contestaron alguna pregunta y solo 4 (0,9%) de ellos no lo hicieron debido a dificultades en la comprensión del enunciado.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la población.

Variables	Pacientes con AR n=430
Edad (años) m (RIC)	53,1 (45-62)
Mujeres n (%)	377 (87,7)
Tiempo de evolución (años) m (RIC)	9 (4 -16)
Escolaridad (años) m (RIC)	9 (7-12)
FR positivo n (%)	386 (89,8)
Anti-CCP positivo n (%)	273/339 (80,5)
Enfermedad erosiva n (%)	274 (63,7)
Vive solo n (%)	88 (20,5)
Actividad física n (%)	128 (29,8)
Desocupados n (%)	226 (52,6)
Comorbilidades n (%)	192 (44,7)
• Hipertensión n (%)	132 (30,7)
• Hipotiroidismo n (%)	77 (17,9)
• Tabaquismo n (%)	88 (20,5)
• Diabetes n (%)	37 (8,6)
• EPOC n (%)	16 (3,7)
• Cardiopatía n (%)	34 (7,9)
N° articulaciones tumefactas m (RIC)	0 (0-3)
N° articulaciones dolorosas m (RIC)	1 (0-4)
ERS m (RIC) (n = 257)	20 (10-37)
PCR (mg/dl) m (RIC) (n = 246)	0,5 (0,2-1)
DAS28-ERS m (RIC)	2,9 (1,9-3,9)
SDAI m (RIC)	10 (3,5-19)
CDAI m (RIC)	8 (3-16)
Fatiga (EVN) m (RIC)	10 (0-40)
HAQ-A m (RIC)	0,9 (0,4-1,8)
PHQ-9 m (RIC)	7 (3-13)
EQ-5D-3L m (RIC)	0,7 (0,5-0,9)
QOL-RA II m (RIC)	6,7 (5,3-8)

FR: Factor Reumatoideo, Anti-CCP: Anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados, ERS: eritrosedimentación, PCR: Proteína C Reactiva, DAS28: Disease Activity Score-28, SDAI: Simplified Disease Activity Index, CDAI: Clinical Disease Activity Index, HAQ-A: Health Assessment Questionnaire-Argentinean version, PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9, EQ-5D-3L: EURO Quality 5 dimensions 3 lines, QOL-RA II: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale II.

El QOL-RA II presentó excelente confiabilidad, con un valor de alpha de Cronbach de 0,97. Luego de re-administrar el cuestionario a 20 pacientes siete días después de completado el primero, la reproducibilidad fue muy buena (CCI: 0,96, IC 95%: 0,90-0,99). El efecto suelo fue de 0,7% y el efecto techo de 2,8%. La correlación entre los diferentes ítems fue buena, fluctuando entre 0,4 y 0,76. No se evidenció redundancia entre las preguntas. (Tabla 2)

En el análisis univariado, QOL-RA II presentó buena correlación con el EQ-5D-3L (Rho: 0,6), al igual que con otras variables clínicas de la enfermedad, capacidad funcional y depresión. (Tabla 3) La calidad de vida fue significativamente peor en aquellos pacientes que no realizaban actividad física de forma regular (\bar{X} 6,4±1,9 vs. 7±1,8, $p < 0,0001$), así como también en los que se encontraban desocupados (\bar{X} 6,1±1,9 vs. 7±1,8, $p < 0,0001$), en los tabaquistas (\bar{X} 6,2±1,7 vs. 6,7±1,9, $p=0,03$) y en quienes presentaban rigidez matinal (\bar{X} 5,7±1,9 vs. 7,1±1,7, $p < 0,0001$). (Tabla 4).

Tabla 2. Correlación interítem e intraítem con cuestionario total.

	QOL-RA II 1	QOL-RA II 2	QOL-RA II 3	QOL-RA II 4	QOL-RA II 5	QOL-RA II 6	QOL-RA II 7	QOL-RA II 8	QOL-RA II Total
QOL-RA II 1	-	0,46	0,74	0,58	0,71	0,65	0,50	0,60	0,80
QOL-RA II 2		-	0,43	0,40	0,50	0,45	0,68	0,55	0,67
QOL-RA II 3			-	0,66	0,70	0,76	0,49	0,59	0,84
QOL-RA II 4				-	0,63	0,68	0,54	0,66	0,80
QOL-RA II 5					-	0,70	0,57	0,66	0,84
QOL-RA II 6						-	0,54	0,66	0,85
QOL-RA II 7							-	0,67	0,75
QOL-RA II 8								-	0,83

Tabla 3. Correlación entre cuestionario QOL-RA II y variables sociodemográficas y clínicas de la enfermedad. Análisis univariado.

Variables	Rho	p
Edad	0,042	0,388
Tiempo de evolución de AR	0,020	0,672
Escolaridad	0,064	0,185
Dolor (EVN)	-0,467	0,0001
Actividad por el paciente (EVN)	-0,502	0,0001
Actividad por el médico (EVN)	-0,415	0,0001
PCR	-0,310	0,0001
ERS	-0,236	0,0001
Rigidez matinal	-0,376	0,0001
Fatiga	-0,338	0,0001
DAS28-ERS	-0,388	0,0001
DAS28-PCR	-0,384	0,0001
CDAI	-0,462	0,0001
HAQ-A	-0,552	0,0001
PHQ-9	-0,551	0,0001
EQ-5D-3L	0,597	0,0001

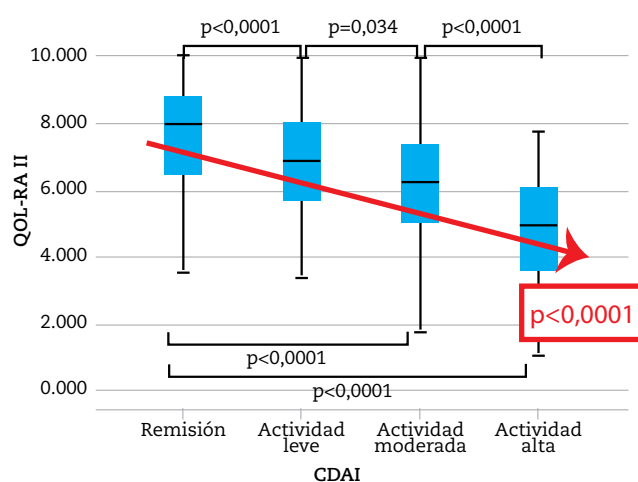
EVN: Escala Visual Numérica, ERS: eritrosedimentación, PCR: Proteína C Reactiva, DAS28: Disease Activity Score-28, CDAI: Clinical Disease Activity Index, HAQ-A: Health Assessment Questionnaire-Argentinean version, PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9, EQ-5D-3L: EURO Quality 5 dimensions 3 lines.

Además, la calidad de vida se asoció significativamente con los diferentes niveles de actividad de la enfermedad. Al mismo tiempo, identificamos una tendencia significativa a empeorar la calidad de vida a medida que aumenta la actividad de la AR medida por CDAI. (Figura 1)

En el análisis multivariado, ajustando por edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, utilizando como variable dependiente al QOL-RA II, las variables que se asociaron significativamente a peor calidad de vida fueron la desocupación, mayor actividad de la enfermedad y discapacidad funcional y la presencia de depresión. (Tabla 5)

Tabla 4. Asociación entre cuestionario QOL-RA y variables sociodemográficas y clínicas. Análisis univariado.

Variables		Valor del QOL-RA II ($\bar{X} \pm DE$)	p
Sexo femenino	SI	6,53 \pm 1,93	0,563
	NO	6,69 \pm 1,64	
Vive solo	SI	6,64 \pm 1,95	0,610
	NO	6,53 \pm 1,89	
Actividad física	SI	7,01 \pm 1,83	0,001
	NO	6,36 \pm 1,88	
Ocupado	SI	6,96 \pm 1,80	0,0001
	NO	6,10 \pm 1,90	
Comorbilidades	SI	6,47 \pm 1,70	0,401
	NO	6,60 \pm 2,02	
Tabaquismo	SI	6,16 \pm 1,69	0,029
	NO	6,65 \pm 1,9	
Hipertensión	SI	6,43 \pm 1,92	0,360
	NO	6,61 \pm 1,88	
Diabetes tipo II	SI	6,46 \pm 1,71	0,746
	NO	6,56 \pm 1,91	
Rigidez matinal	SI	5,77 \pm 1,86	0,0001
	NO	7,11 \pm 1,71	

Figura 1. Distribución de los valores de QOL-RA II según los niveles de actividad por CDAI.

Discusión

La validación de esta nueva versión del cuestionario QOL-RA, a la que hemos denominado QOL-RA II, en pacientes argentinos con diagnóstico de AR demostró muy buena validez de constructo, reproducibilidad y confiabilidad². Ha presentado buena correlación con diferentes variables de la actividad de la enfermedad, y particularmente con el otro instrumento utilizado para el mismo fin, el EQ-5D-3L⁵.

Si bien los tiempos requeridos para completar y calcular el QOL-RA II fueron significativamente mayores que los necesarios para el EQ-5D-3L⁵, el tiempo total no supera los 2 minutos. Además cabe destacar, que el uso de este último requiere de una herramienta o aplicación específica para su cálculo y exige licencia para su uso. En el caso del QOL-RA

Tabla 5. Asociación de QOL-RA II con características sociodemográficas y clínicas. Modelo de regresión lineal múltiple.

Variable	B	Intervalo de confianza del 95%		p
		Inferior	Superior	
Sexo	-0,068	-0,484	0,349	0,750
Edad	0,006	-0,006	0,018	0,293
Tiempo de evolución	0,001	-0,001	0,002	0,397
Ocupado	0,334	0,042	0,626	0,025
Actividad física regular	0,243	-0,063	0,549	0,059
Fatiga	-0,002	-0,008	0,004	0,493
CDAI	-0,032	-0,049	-0,016	0,0001
PHQ-9	-0,085	-0,112	-0,058	0,0001
HAQ-A	-0,647	-0,856	-0,4381	0,0001

*Variable dependiente: QOL-RA II

CDAI: Clinical Disease Activity Index, PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9, HAQ-A: Health Assessment Questionnaire-Argentinean version.

II, su valor total se obtiene mediante una operación simple, realizable con una calculadora tradicional y no requiere permiso para su empleo. Estas características confieren la posibilidad de su utilización en la práctica diaria.

Aunque no existe consenso, en la actualidad, acerca del mecanismo más apropiado para lograr la adaptación transcultural de este tipo de cuestionarios, una de las opciones más reconocidas es la valoración por parte de un comité de expertos³. En nuestra experiencia, la modificación del QOL-RA se realizó durante una reunión del grupo de estudio de AR de la Sociedad Argentina de Reumatología (GESAR-AR). En este contexto, se discutieron diferentes opciones para optimizar el desempeño del QOL-RA, y se decidió finalmente cambiar el contenido de dos preguntas, como fue previamente mencionado.

El QOL-RA II ha logrado superar las limitaciones observadas al validar la versión original en una población argentina con AR¹. No se observó redundancia entre las preguntas, debido a que en todos los casos la correlación entre ellas no supera el valor de 0,8. Consideramos que los términos "dolor artrítico" y "artritis" pueden ser difíciles de discriminar por parte de los pacientes y por eso al reemplazar el último por cansancio/agotamiento, hemos podido corregir esta dificultad. Además, la inclusión de este aspecto agrega al cuestionario la capacidad de valorar un síntoma característicamente presente en los pacientes con AR que influye negativamente sobre su calidad de vida. Múltiples trabajos han demostrado el impacto que tiene la fatiga en la práctica de las tareas de la vida cotidiana, el desempeño laboral y la participación de actividades sociales y familiares¹²⁻¹⁵. En este contexto, en un trabajo reciente de Efthymiadou O y cols.¹⁶, en el cual le preguntaron a los pacientes qué aspectos relacionados con la calidad de vida no son incluidos en el EuroQol, el ítem más frecuentemente señalado fue la fatiga y/o la falta de energía. La intensidad del cansancio reportado por los pacientes a través de una escala visual numérica correlacionó significativamente con la calidad de vida medida por QOL-RA II en este trabajo. Sin embargo, pierde su significancia estadística en el análisis multivariado al ajustar el modelo con otras variables clínicas y sociodemográficas.

A diferencia de lo observado en la validación previa del QOL-RA original², en que el 3,1% de los pacientes presentaron alguna dificultad para completar al menos un ítem, en esta nueva versión solo 0,9% de los pacientes presentaron dificultades. Si bien identificamos en la validación del QOL-RA que aquellos pacientes que tuvieron algún impedimento en la comprensión de los ítems tenían menor educación formal, el término “dolor artrítico”, que corresponde a la pregunta menos frecuentemente respondida, suele ser difícil de comprender. Por esta razón, se decidió reemplazarlo por “dolor en sus articulaciones”, una expresión más coloquial y fácil de interpretar en nuestro país.

Por último, hemos evidenciado que la calidad de vida medida por QOL-RA II se asoció significativamente a la ocupación, la actividad de la enfermedad, la discapacidad funcional y la depresión, independientemente de la edad, sexo y tiempo de la evolución de la enfermedad. Esto último lo diferencia de los resultados obtenidos al validar el cuestionario original, convirtiéndolo en una herramienta superior para valorar la calidad de vida en pacientes argentinos.

Conclusión

El cuestionario QOL-RA II demostró muy buena validez de constructo, reproducibilidad y confiabilidad, y ha logrado superar las limitaciones encontradas en la versión original. Es sencillo de utilizar y no requiere licencia para su uso, convirtiéndolo de esta manera en la mejor herramienta para la valoración de la calidad de vida en pacientes argentinos con AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, et al. Validación del índice QOL-RA (Quality of Life-Rheumatoid Arthritis) en una cohorte argentina de pacientes con Artritis Reumatoidea. *Rev Argent Reumatol* 2018;29(1):19-25.
2. Danao L, Padilla G, Johnson D. An English and Spanish Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 2001;45(2):167-73.
3. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol* 2015;68(4):435-41.
4. Funovits J, Aletaha D, Bykerk V, Combe B, Dougados M, Emery P, et al. The 2010 American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: methodological report phase I. *Ann Rheum Dis* 2010;69(9):1589-95.
5. Tugwell P, Idzerda L, Wells G. Generic quality-of-life assessment in rheumatoid arthritis. *Am J Manag Care* 2008;14(4):234.
6. Citera G, Arriola M, Maldonado-Cocco J, Rosemffet M, Sánchez M, Goñi M, et al. Validation and crosscultural adaptation of an Argentine spanish version of the health assessment questionnaire disability index. *J Clin Rheumatol* 2004;10(3):110-5.
7. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13.
8. Prevo0 M, van' t Hof M, Kuper H, van Leeuwen M, van de Putte L, van Riel P. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995;38(1):44-8.
9. Aletaha D, Nell V, Stamm T, Uffmann M, Pflugbeil S, Machold K, et al. Acute phase reactants add little to composite disease activity indices for rheumatoid arthritis: validation of a clinical activity score. *Arthritis Res Ther* 2005;7(4):R796-806.
10. Smolen J, Breedveld F, Schiff M, Kalden J, Emery P, Eberl G, et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology* 2003;42(2):244-57.
11. Curet A, Rillo O, Chaparro del Moral R, Papasidero S, Citera G, Maldonado Cocco JJ, et al. Modificación y aplicación de un índice de actividad simplificado (IAS) en pacientes con artritis reumatoidea. *Rev Argent Reumatol* 2005;16(1):13.
12. Mancuso CA, Rincon M, Sayles W, Paget SA. Psychosocial variables and fatigue: a longitudinal study comparing individuals with rheumatoid arthritis and healthy controls. *J Rheumatol* 2006;33(8):1496-502.
13. Matcham F, Ali S, Hotopf M, Chalder T. Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2015;39:16-29.
14. Nikolaus S, Bode C, Taal E, van de Laar MA. Fatigue and factors related to fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res* 2013;65(7):1128-46.
15. Lacaillle D, White MA, Backman CL, Gignac MA. Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients' perspective. *Arthritis Rheum* 2007;57(7):1269-79.
16. Efthymiadou O, Mossman J, Kanavos P. Health related quality of life aspects not captured by EQ-5D-5L: Results from an international survey of patients. *Health Policy* 2018 pii: S0168-8510(18)30677-8.