

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Capacidad de respuesta de la versión en español colombiano del DLQI en pacientes con psoriasis en terapia biológica



Responsiveness of the Colombian Spanish Version of the DLQI in Psoriasis Patients With Biologic Therapy

Sr. Director,

Las escalas *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) utilizada para evaluación clínica y *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) que valora la calidad de vida, son los instrumentos más frecuentemente referenciados¹.

Aunque podría esperarse que la severidad de la psoriasis coincidiera con las escalas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la correlación hallada entre estas herramientas ha sido impredecible². Por tanto, nuestro objetivo fue evaluar la sensibilidad de la versión colombiana de DLQI en los pacientes que inician terapia biológica.

Realizamos un estudio longitudinal observacional (con al menos dos mediciones) basado en datos retrospectivos. Se examinó a pacientes >16 años con diagnóstico clínico de psoriasis/artropatía psoriásica entre 2014 y 2022 en Medicarte-IPS de Medellín, Colombia. Se excluyó a aquellos sin historia clínica, o con al menos dos medidas de DLQI/PASI. Se evaluaron las variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y CVRS.

Se efectuó un análisis univariante para describir la frecuencia de las variables. La capacidad de respuesta se evaluó calculando los valores delta de Glassy y *d* de Cohen, entre la primera medida de los pacientes y cada medición adicional del DLQI³. También se calificó la capacidad de respuesta en virtud del subtipo de psoriasis, valorándose la severidad de la enfermedad basal mediante PASI. Todos los análisis se realizaron utilizando el software R versión 4.1.1 (Core Team, Foundation for Statistical Computing, 2022. Viena, Austria).

De los 704 pacientes potencialmente elegibles, solo 652 tenían diagnóstico confirmado de psoriasis y, entre ellos, solo 257 poseían información sobre las medidas iniciales y > 2 de las puntuaciones DLQI/PASI (fig. 1).

La edad media de los participantes fue de 52,8 años (desviación estándar [DE] = 14,4). Las características socio-demográficas y clínicas se resumen en el **Anexos A y B del material adicional – tabla A**.

El subtipo principal fue la psoriasis en placas (88,3%), las comorbilidades más frecuentes fueron el sobrepeso (43,1%), la hipertensión (27,6%) y la obesidad (22,9%) (**Anexo 1 – tablaB**). Además, > 50% de los pacientes recibieron un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (57,8%), siendo el adalimumab el agente biológico más comúnmente utilizado (**Anexos A y B del material adicional – tablaC**).

El valor de la media inicial de PASI fue de 5,58 (DE 8,79) y los de las medidas subsiguientes fueron de 2,64; 2,46 y 2,19, respectivamente, siendo la media de DLQI inicial de 5,33 (DE 6,75), con cifras subsiguientes de 3,10; 2,46 y 2,14 (**tabla 1**). El mayor deterioro de CVRS se encontró en la psoriasis pustulosa (DLQI = 14,2 [DE 13,1]), seguido de compromiso en el cuero cabelludo y plantar/palmar, hallándose un valor *d* de Cohen = 0,37 (intervalo de confianza [IC] 95% = 0,24–0,50) (**Anexos A y B del material adicional – tabla 1 y fig. 2A**) y, para las segundas, terceras y últimas medidas, fueron de 0,38 (IC 95% = 0,22–0,53); 0,45 (IC 95% = 0,28–0,63); 0,46 (IC 95% = 0,26–0,67), respectivamente ($p < 0,05$). En cuanto al delta de Glass, dichas medidas fueron de 0,40 (IC 95% = 0,21–0,60), respectivamente (**Anexos A y B del material adicional – tabla 2 y fig. 2B-D**).

Se encontraron valores *d* de Cohen de 0,25 (0,10–0,41); 0,43 (0,12–0,74) y 0,68 (0,34–1,02) en las formas leve, moderada y severa, respectivamente (**tabla 2**).

Nuestros hallazgos sugieren que la versión colombiana del DLQI tiene una ligera capacidad de respuesta en las personas con psoriasis, aun cuando se administró una terapia biológica altamente efectiva. Ello contrasta con otros trabajos, en los que se había demostrado que el instrumento era altamente sensible al cambio en el curso de la enfermedad, tras iniciar una terapia⁴, aunque concuerda con publicaciones recientes que abogan por revisar el DLQI en los pacientes psoriásicos^{5,6}. De manera importante, en nuestro estudio se encontró específicamente que el DLQI era más sensible al cambio en los sujetos con psoriasis severa, hallazgo que es consistente con su mayor especificidad en las dermatosis inflamatorias severas.

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.06.021>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.01.002>

0001-7310/© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

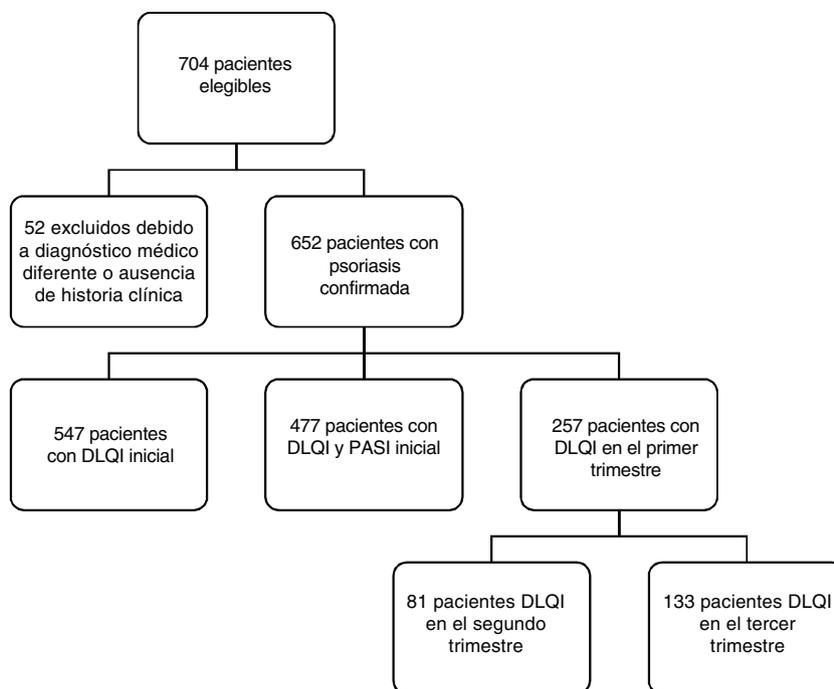


Figura 1 Flujograma de la selección y seguimiento de los participantes. DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; PASI: *Psoriasis Area and Severity Index*.

Tabla 1 Capacidad de respuesta de la medida con DLQI

Capacidad de respuesta en el primer trimestre				
DLQI	Inicial (n = 257)	Trim. 1 (n = 257)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	5,33 (6,75)	3,10 (5,53)	0,37 [0,24–0,50]	0,40 [0,21–0,60]
Mediana [IQR]	2,00 [0,8–00]	1,00 [0,3–00]		
Capacidad de respuesta en el segundo trimestre				
DLQI	Inicial (n = 173)	Trim. 2 (n = 173)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	4,55 (6,29)	2,46 (4,94)	0,38 [0,22–0,53]	0,42 [0,18–0,67]
Mediana [IQR]	1,80 [0–7,00]	0 [0–2,00]		
Capacidad de respuesta en el tercer trimestre				
DLQI	Inicial (n = 133)	Trim. 3 (n = 133)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	5,02 (6,93)	2,14 (4,10)	0,45 [0,28–0,63]	0,70 [0,36–1,05]
Mediana [IQR]	2,00 [0–7,00]	0 [0–2,00]		
Capacidad de respuesta en el cuarto trimestre				
DLQI	Inicial (n = 101)	Trim. 4 (n = 101)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	4,91 (7,34)	2,22 (4,65)	0,46 [0,26–0,67]	0,58 [0,21–0,95]
Mediana [IQR]	1,20 [0–7,00]	0 [0–2,00]		

DE: desviación estándar; DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; IC: intervalo de confianza; IQR: rango intercuartílico (25° percentil–75° percentil).

** p < 0,05

Prevalció el uso de anti-TNF, lo cual contrasta con la práctica clínica actual, pero dicho hallazgo puede explicarse por la inclusión de pacientes con menos información ausente en la etapa temprana del estudio, lapso en el cual estos

agentes biológicos eran los únicos comercialmente disponibles en Colombia.

Nuestro estudio encontró una puntuación DLQI inicial con un efecto moderado en CVRS, lo cual contradice a los

Tabla 2 Capacidad de respuesta en virtud de la severidad de la psoriasis

Psoriasis leve PASI < 5				
DLQI	Inicial (n = 170)	Primer trimestre Trim. 1 (n = 170)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	2,94 (4,70)	1,84 (3,79)	0,25 [0,10, 0,41]	0,29 [0,05, 0,53]
Mediana [IQR]	1,00 [0,4,00]	0 [0,2,00]		
Segundo trimestre				
DLQI	Inicial (n = 121)	Trim. 2 (n = 121)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	2,61 (4,43)	1,45 (3,17)	0,29 [0,10, 0,47]	0,29 [0,10, 0,47]
Mediana [IQR]	1,00 [0,4,00]	0 [0,1,00]		
Tercer trimestre				
DLQI	Inicial (n = 95)	Trim. 3 (n = 95)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	2,77 (4,66)	1,66 (3,75)	0,24 [0,03, 0,44]	0,30 [-0,03, 0,62]
Mediana [IQR]	1,00 [0,4,00]	0 [0,1,00]		
Cuarto trimestre				
DLQI	Inicial (n = 74)	Trim. 4 (n = 74)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	2,95 (5,61)	1,15 (2,67)	0,32 [0,08, 0,55]	0,68 [0,13, 1,21]
Mediana [IQR]	1,00 [0,3,75]	0 [0,1,00]		
Psoriasis moderada PASI ≥ 5-10				
Primer trimestre				
DLQI	Inicial (n = 44)	Trim. 1 (n = 44)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	7,49 (5,78)	4,77 (6,30)	0,43 [0,12, 0,74]	0,43 [0,02, 0,84]
Mediana [IQR]	6,50 [1,98, 12,3]	2,00 [0,6,25]		
Segundo trimestre				
DLQI	Inicial (n = 31)	Trim. 2 (n = 31)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	7,15 (5,53)	3,45 (5,63)	0,78 [0,28, 1,31]	1,07 [0,29, 1,82]
Mediana [IQR]	5,00 [1,95, 11,5]	1,00 [0,4,50]		
Tercer trimestre				
DLQI	Inicial (n = 20)	Trim. 3 (n = 20)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	7,74 (5,63)	2,75 (4,67)	0,24 [0,03, 0,44]	0,30 [-0,03, 0,62]
Mediana [IQR]	8,00 [2,73, 12,5]	2,00 [0,3,00]		
Cuarto trimestre				
DLQI	Inicial (n = 16)	Trim. 4 (n = 16)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	7,17 (6,14)	2,88 (4,80)	0,80 [0,23, 1,40]	0,89 [0,03, 1,74]
Mediana [IQR]	5,50 [1,60, 12,5]	1,00 [0,3,00]		
Psoriasis severa PASI ≥ 10				
Primer trimestre				
DLQI	Inicial (n = 42)	Trim. 1 (n = 42)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	12,1 (8,14)	5,98 (7,87)	0,68 [0,34, 1,02]	0,78 [0,31, 1,25]
Mediana [IQR]	11,0 [6,00, 18,0]	2,00 [0,9,75]		

Tabla 2 (continuación)

Segundo trimestre				
DLQI	Inicial (n = 20)	Trim. 2 (n = 20)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	10,9 (8,48)	7,05 (8,80)	0,51 [0,04, 1,00]	0,44 [−018, 1,06]
Mediana [IQR]	9,5 [3,00, 18,3]	3,00 [0,13,5]		
Tercer trimestre				
DLQI	Inicial (n = 17)	Trim. 3 (n = 17)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	12,8 (9,21)	4,18 (4,84)	1,26 [0,63, 1,95]	1,79 [0,57, 2,96]
Mediana [IQR]	15,0 [3,00, 19,0]	2,00 [0,4,00]		
Cuarto trimestre				
DLQI	Inicial (n = 10)	Trim. 4 (n = 10)	d de Cohen/IC 95%**	delta de Glass/IC 95%
Media (DE)	13,2 (9,34)	7,70 (8,96)	0,96 [0,20, 1,80]	−0,34 [0,34, 1,54]
Mediana [IQR]	14,00 [4,75, 18,8]	3,50 [2,00, 14,8]		

DE: desviación estándar; DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; IC: intervalo de confianza; IQR: rango intercuartílico (25° percentil–75° percentil); PASI: *Psoriasis Area and Severity Index*.

** p < 0,05

informes previos⁴, aunque puede deberse a la falta de equivalencia de la versión traducida del DLQI (no validada) al colombiano.

Las diferencias de las puntuaciones DLQI/PASI, en comparación con otros informes, podrían explicarse por el inicio de la terapia en la mayoría de los pacientes. Además, la puntuación puede haberse visto influida por la no equivalencia transcultural anteriormente mencionada de DLQI y/o las propiedades de la medida del instrumento PASI, ya que carece de sensibilidad para evaluar las variantes clínicas de la psoriasis (es decir, palmoplantar, cuero cabelludo, pustulosa, y artritis psoriásica).

La fortaleza principal de este estudio reside en haberse centrado en pacientes pertenecientes a la mayor cohorte de sujetos psoriásicos que recibieron terapia biológica en Colombia, y la evaluación de la capacidad de respuesta del DLQI en aquellos con la enfermedad leve, moderada y severa, ya que esta propiedad psicométrica del instrumento se ha estudiado poco a nivel global. Las limitaciones fueron su diseño retrospectivo, que es más propenso a los sesgos de información, debido a los datos ausentes. Además, la escasez de la información en años recientes en que pudo incluirse el uso de agentes biológicos más actuales se vio influida por la pandemia de COVID-19 durante los años 2020 y 2021, ya que los seguimientos presenciales fueron limitados.

En conclusión, la versión colombiana no validada del DLQI mostró una falta de capacidad de respuesta al evaluar a los pacientes con psoriasis leve y moderada, lo cual apela a la adaptación y validación transcultural de esta herramienta, para obtener una versión más equivalente al instrumento original.

Financiación

Este trabajo fue financiado por el Grupo de Investigación Dermatológica (GRID) de la Universidad de Antioquía (Medellín, Colombia), habiendo contribuido M.F. Tibaduiza y Y.K.

Berbero con sus propios recursos, para adquirir algunos materiales y servicios relacionados con el estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Mediacarte S.A.S. y EPS Sura por proporcionarnos acceso a su base de datos codificada de pacientes. También agradecemos a Catalina Orozco, Carolina Hincapié, Alejandro Berbero y Sebastián Burgos por su colaboración, así como al *Group of Investigative Dermatology* (GRID) de la Universidad de Antioquía (Medellín, Colombia) por su respaldo a la logística del estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2024.01.002](https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.01.002).

Bibliografía

- Bronsard V, Paul C, Prey S, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S, et al. What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:17–22, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03563.x>.
- Silva MF, Fortes MR, Miot LD, Marques SA. Psoriasis: correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) in patients assessed before and after systemic treatment. *An Bras Dermatol*. 2013;88:760–3, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132052>.

3. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2000;53:459–68, [http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356\(99\)00206-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00206-1).
 4. Barbieri JS, Gelfand JM. Responsiveness of the EuroQol 5-Dimension 3-Level instrument, Dermatology Life Quality Index (DLQI) and DLQI-Relevant for patients with psoriasis in the U.S.A. *Br J Dermatol.* 2019;181:1088–90, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.18142>.
 5. Rencz F, Brodszky V, Gulácsi L, Péntek M, Poór AK, Holló P, et al. Time to revise the Dermatology Life Quality Index scoring in psoriasis treatment guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:e267–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15537>.
 6. Nijsten T, Meads DM, de Korte J, Sampogna F, Gelfand JM, Ongenaes K, et al. Cross-cultural inequivalence of dermatology-specific health-related quality of life instruments in psoriasis patients. *J Invest Dermatol.* 2007;127:2315–22, <http://dx.doi.org/10.1038/sj.jid.5700875>.
- M.F. Tibaduiza^a, Y.K. Berbeo^a, C.M. Ton^b,
D.C. Aguirre-Acevedo^a y G. Sanclemente^{a,c,d,*}
- ^a *Grupo de Investigacion Dermatologica (GRID), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*
^b *Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*
^c *Hospital San Vicente Fundación, Medellín, Colombia*
^d *Hospital Alma Máter de Antioquia, IPS Universitaria, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gloria.sanclemente@udea.edu.co
(G. Sanclemente).