

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Artículo original

Valoración de la calidad del sueño en pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis y lupus eritematoso sistémico: estudio del noreste argentino

Assessment of sleep quality in patients with rheumatoid arthritis, spondylarthritis and systemic lupus erythematosus: Northeast Argentine study

Ariana Ringer¹, María Noelia Antoniol², Nora Aste³, Emilio Pablo Ignacio Benavente⁴, Josefina Gallino⁵, María Marcela Schmid⁵, Marianela Eliana Mauri⁵, Adriana Seewald⁶, Úrsula Vanesa Paris⁶, Maximiliano Bravo⁷, Erika Roxana Catay⁷, María Emilia Sattler⁸, Vanina Góngora⁸, Pablo Finucci Curi⁸, Edson Javier Velozo⁹

RESUMEN

Introducción: las patologías autoinmunes y sus tratamientos pueden relacionarse con la calidad del sueño.

Objetivos: evaluar la calidad del sueño en pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (SpA) y lupus eritematoso sistémico (LES) a través del cuestionario de Pittsburgh de calidad del sueño (PSQI) en las provincias del noreste argentino.

Materiales y métodos: estudio multicéntrico (filial ARNEA), transversal, analítico y descriptivo. Se incluyeron pacientes con AR, SpA y LES. Se evaluó la calidad del sueño mediante PSQI. Se registraron índices de actividad, cronicidad y tratamientos para cada patología. Se realizó un análisis descriptivo y multivariado.

Resultados: se evaluaron 163 pacientes. Predominó la AR, seguida del LES. Según el PSQI, la calidad del sueño fue mala en un 77,3% y el 65% refirió múltiples problemas del sueño. En los pacientes con AR se observó una asociación estadísticamente significativa entre mayor DAS28 y mala calidad del sueño (OR 3.06; IC 95% 1,37-6,84; p=0,006). El uso de corticoides se asoció con un mayor PSQI. No hubo diferencias en la calidad del sueño ni el PSQI según patologías.

Conclusiones: la mala calidad del sueño fue altamente prevalente en pacientes con patologías autoinmunes, especialmente en aquellos con mayor actividad inflamatoria. Es importante incorporar la evaluación del sueño en la práctica clínica habitual.

ABSTRACT

Introduction: autoimmune pathologies (AP) and their treatments can be related to sleep quality.

Objectives: the aim of the study was to evaluate sleep quality in patients with rheumatoid arthritis (RA), spondyloarthritis (SpA), and systemic lupus erythematosus (SLE) using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire in the northeastern provinces of Argentina.

¹ Consultorio Privado de Reumatología, Colón, Entre Ríos, Argentina

² Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

³ Instituto de Cirugía Ambulatoria (ICA), Resistencia, Chaco, Argentina

⁴ Hospital de Alta Complejidad Juan Domingo Perón, Formosa, Argentina

⁵ Hospital Ángela I. de Llano, Ciudad de Corrientes, Corrientes, Argentina

⁶ Hospital de Agudos Dr. Ramón de Madariaga, Posadas, Misiones, Argentina

⁷ Centro Moreno, Ciudad de Formosa, Formosa, Argentina

⁸ Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina

⁹ Sanatorio y Universidad Adventista del Plata, Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina

¹⁻⁹ Filial Asociación de Reumatología del noreste argentino (ARNEA)

Palabras clave: artritis reumatoide; remisión; inhibidores de Janus quinasa; costo por respondedor.

Revista Argentina de Reumatología 2025; Vol. 36 (31-37)

Contacto de la autora: Ariana Ringer
E-mail: aruris15151@gmail.com
Fecha de trabajo recibido: 28/10/2024
Fecha de trabajo aceptado: 29/05/2025

Conflictos de interés: los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Key words: sleep quality; rheumatoid arthritis; ankylosing spondylitis; systemic lupus erythematosus.

Materials and methods: multicenter study (ARNEA), cross-sectional, analytical-descriptive. Patients with RA, SpA and SLE were included. Sleep quality was assessed using PSQI. Activity, chronicity and treatment indices were recorded for each pathology. A descriptive, univariate and multivariate analysis was carried out.

Results: 163 patients were evaluated, RA predominated, followed by SLE. According to PSQI, sleep quality was poor in 77.3%, 65% reported multiple sleep problems. A statistically significant association was observed in patients with higher DAS28 and poor sleep quality OR 3.06; IC95%1.37-6.84; $p=0.006$). The use of corticosteroids was associated with a higher PSQI. There were no differences in sleep quality or PSQI according to PA.

Conclusions: poor sleep quality was highly prevalent among patients with AP, especially in those with higher inflammatory activity and functional impairment. It is important to incorporate sleep assessment into routine clinical practice.

INTRODUCCIÓN

Estudios epidemiológicos demostraron que las alteraciones del sueño han aumentado en las últimas décadas¹⁻³. Además del distrés psicosocial, se sabe que determinadas patologías, así como el uso de diversos fármacos y el incremento de la edad de las personas, son factores que influyen en la calidad del sueño¹⁻⁵.

Para la valoración de la calidad del sueño existen métodos objetivos, como la polisomnografía y métodos subjetivos, como los test de calidad del sueño, entre ellos, el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI, cuestionario de Pittsburgh de calidad del sueño)^{6,7}.

Diversos estudios han valorado la calidad del sueño en pacientes con artritis reumatoide (AR) y otras patologías autoinmunes, pero hay escasa evidencia en lo que respecta a la evaluación comparativa entre las diferentes patologías con los distintos grados de actividad de las mismas, y en relación con los fármacos inmunosupresores utilizados en reumatología⁶⁻¹².

Los corticoides son conocidos alteradores del ciclo sueño-vigilia, principalmente cuando se ingieren a dosis altas o fuera de los horarios estipulados como picos fisiológicos (por ejemplo 8-9 a. m.). En el caso del metotrexato, como posible efecto colateral puede provocar somnolencia diurna, con afectación del sueño nocturno. Otras drogas también han sido referidas como potenciales perturbadoras del sueño¹³⁻¹⁷.

El PSQI incluye un puntaje global de 21 ítems en siete áreas: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, disturbios del sueño (como dolor, dificultades respiratorias, etc.), uso de medicaciones para dormir y disfunciones del sueño en el día (como somnolencia o falta de energía)⁶⁻⁷.

El objetivo del trabajo fue evaluar la calidad del sueño en pacientes con AR, espondiloartritis (SpA) y lupus eritematoso sistémico (LES) a través del cuestionario PSQI en las provincias del noreste argentino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico (Asociación de Reumatología del Noreste Argentino, filial ARNEA), transversal y analítico-descriptivo.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, concurrentes a los servicios o consultorios de Reumatología de las provincias pertenecientes a la filial ARNEA (Entre Ríos, Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones), con diagnóstico de AR, SpA y LES según criterios del *American College of Rheumatology* y la *European Alliance of Associations for Rheumatology* (ACR/EULAR 2010), del *Assessment of SpondyloArthritis international Society* (ASAS 2010) y EULAR/ACR 2019 respectivamente, que estuvieran de acuerdo en contestar el cuestionario, previa aceptación por consentimiento informado.

Se excluyeron pacientes con patología orgánica que alterara el sueño, como apnea obstructiva del sueño u otras detectadas por polisomnografía, obesidad y alteraciones cognitivas que impidieran recordar sus patrones de sueño.

De manera anónima se evaluó la calidad del sueño mediante el PSQI, y se consideró buena calidad del sueño a los valores comprendidos entre 0 y 4, y mala calidad del sueño a los comprendidos entre 5 y 21. Se registraron índices de actividad, cronicidad y tratamientos para cada patología.

Al ingresar el paciente a la consulta, el reumatólogo completó la ficha básica reumatológica con la siguiente información: datos demográficos, patología autoinmune, scores de

actividad y cronicidad de la misma, fármacos reumatológicos y para el tratamiento del dolor.

Se realizó estadística descriptiva con media y desvío estándar (DE) para variables continuas y frecuencias (n) y porcentajes para variables categóricas. La variable calidad del sueño se expresó como variable continua y se categorizó como “buena” y “mala”, siendo de 0 a 4 el equivalente a “buena calidad del sueño” y de 5 a 21 a “mala calidad del sueño”. Se dividió la población en buena y mala calidad del sueño, y se utilizaron X^2 y test de Fisher para comparar variables categóricas y T de Student para muestras independientes para variables continuas. Se efectuó una matriz de correlación de Pearson entre DAS28 y PSQI como variable continua. En el subgrupo de pacientes con AR, se realizó una regresión logística para identificar factores asociados a la mala calidad del sueño. Luego de un análisis bivariado, las variables seleccionadas para el modelo fueron las estadísticamente significativas y los tratamientos realizados.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética independiente Claude Bernard (20230123.E).

RESULTADOS

Se evaluaron 163 pacientes, 139 (85,2%) mujeres, con una edad media de 50 años (DE 14,3). Las características de la población se detallan en la

Tabla 1. En el cálculo del score global del PSQI, la calidad del sueño fue mala en un 77,3%. Cuando se discriminó por preguntas del score, los entrevistados refirieron múltiples problemas del sueño en un 65%. Un 82% necesitó 60 minutos o más para poder conciliar el sueño y el 29,5% utilizó una o más medicaciones para dormir. Más de la mitad mencionó somnolencia diurna (57,7%) y dificultades en la realización de tareas diurnas (49,7%). La media de horas de sueño reportadas fue de 6 (DE 1,58) y el horario de conciliación del sueño promedio fue a las 22 horas.

Los puntajes del *Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus National Assessment/ Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SELENA/ SLEDAI)* y del *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)* mostraron una tendencia a presentar mayores valores en el grupo con mala calidad del sueño, si bien, sin significancia estadística (Gráfico 1 y Tabla 1). Por su parte, se observó asociación estadísticamente significativa en los pacientes con mayor DAS28 y *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* y mala calidad del sueño (Tabla 1). En la matriz de correlación de Pearson, a mayor DAS28, mayor valor numérico de PSQI ($r=0.37$; $p=0,001$) (Gráfico 2). En el análisis multivariado del subgrupo de pacientes con AR, un mayor DAS28 siguió asociándose a la mala calidad del sueño (Tabla 2).

Tabla 1: Características de la población de acuerdo a la buena o mala calidad del sueño según PSQI.

	Mala calidad del sueño* (n=126; 77,3%)	Buena calidad del sueño* (n=37; 22,7%)	P valor
Procedencia, n(%)			
Corrientes	38 (77,6)	11 (22,4)	0,960
Chaco	12 (75,0)	4 (25,0)	0,750
Entre Ríos	38 (84,4)	7 (15,5)	0,179
Formosa	27 (81,8)	6 (18,2)	0,488
Misiones	11 (55,0)	9 (45,0)	0,111
Patología reumatológica, n(%)			
Artritis reumatoide	79 (76,7)	24 (23,3)	0,810
Lupus eritematoso sistémico	47 (94,0)	11 (6,0)	0,398
Espondiloartritis**	10 (100,0)	0 (0,0)	0,118
Fibromialgia asociada**	4 (57,1)	4 (42,9)	0,369
Tratamientos			
Metotrexato	74 (81,3)	17 (18,7)	0,169
Leflunomida	42 (89,4)	5 (10,6)	0,119
Azatioprina	10 (66,7)	5 (33,3)	0,302

Tabla 1: Características de la población de acuerdo a la buena o mala calidad del sueño según PSQI.

	Mala calidad del sueño* (n=126; 77,3%)	Buena calidad del sueño* (n=37; 22,7%)	P valor
Micofenolato**	7 (7,8)	2 (2,2)	1,000
Hidroxiclороquina	37 (69,8)	16 (30,2)	0,113
Biológicos	39 (75,0)	13 (25,0)	0,631
AINes	84 (73,7)	13 (26,3)	0,093
Opioides**	3 (75,0)	1 (25,0)	1,000
Corticoides Sí/No	76 (80,0)	19 (20,0)	0,331
Scores de actividad y secuela***			
DAS28, media (DE)	3,56 (1,25)	2,39 (0,94)	<0,001
SELENA/SLEDAI, media (DE)	3,82 (4,83)	1,00 (1,51)	0,111
BASDAI, media (DE)	5,19 (3,90)	0,66 (0,57)	0,089
HAQ, media (DE)	1,43 (1,40)	0,51 (0,63)	0,001
Dosis de corticoides, media (DE)***	4,33 (4,12)	2,84 (3,01)	0,043

*Buena calidad del sueño=corresponde a PSQI 0-4. Mala calidad del sueño=corresponde a PSQI 5-21. **Fisher's exact test.

***T-Student.

DAS28: Disease Activity Score; SELENA/SLEDAI: Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus National Assessment/ Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; HAQ: Health Assessment Questionnaire; DE: desvío estándar.

Tabla 2: Regresión logística en pacientes con artritis reumatoide con calidad del sueño como variable dependiente.

	OR	IC 95%	P valor
DAS28	3.06	1,37-6,84	0,006
HAQ	0.116	0,84-4,57	0,116
Dosis de corticoides	1.03	0,87-1,22	0,699
AINes	1.39	0,32-5,91	0,655
Metotrexato	2.72	0,76-9,77	0,123
Leflunomida	0.67	0,14-3,06	0,611
Biológicos	1.40	0,37-5,34	0,617

DAS28: Disease Activity Score; HAQ: Health Assessment Questionnaire; AINes: antiinflamatorio no esteroideo.

Gráfico 1: Scores de actividad y secuela.

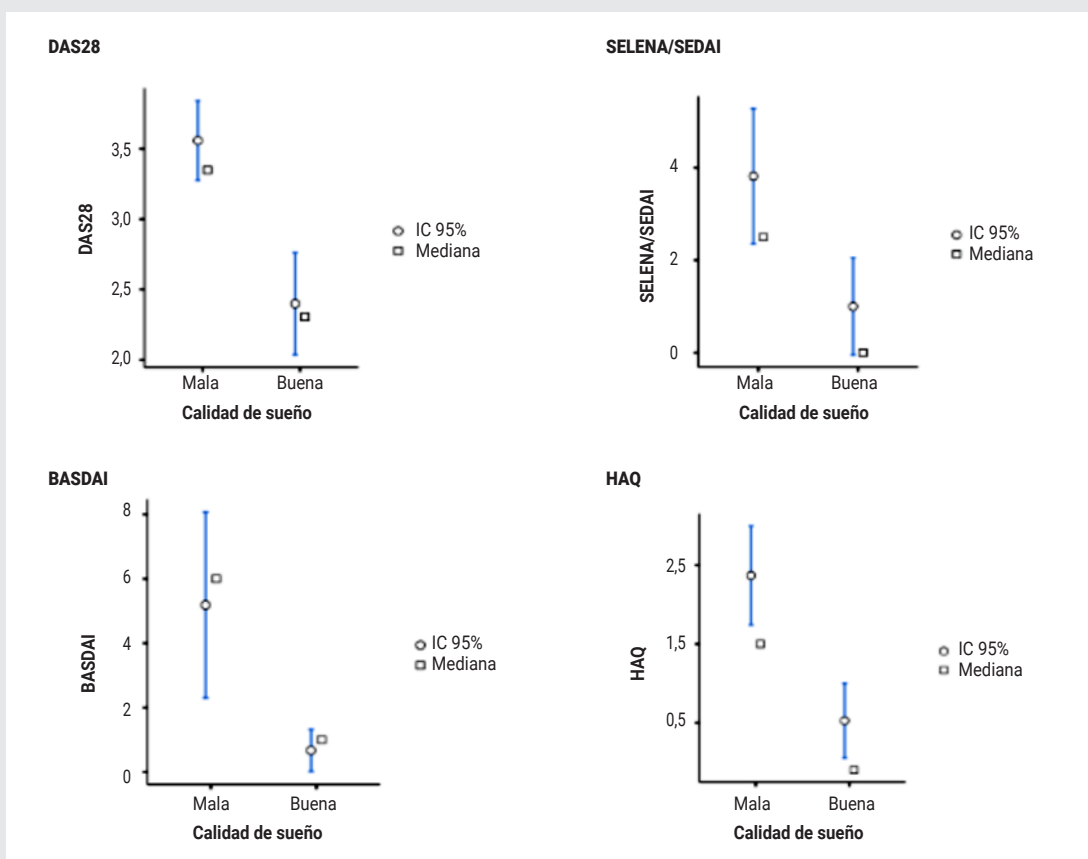
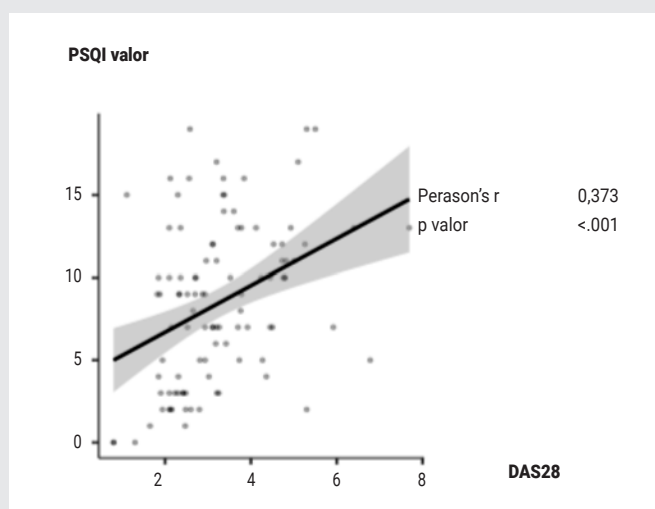


Gráfico 2: Correlación entre DAS28 y valor numérico de PSQI.



DISCUSIÓN

En la población estudiada, la mala calidad del sueño representó tres cuartos de la población. Más de la mitad de ellos manifestó múltiples problemas del sueño. Si bien la calidad del sueño es multifactorial y requiere un estudio exhaustivo, el cuestionario PSQI es una herramienta fácil de utilizar y aplicable en el consultorio, capaz de orientar la búsqueda de problemas del sueño. Se estima que hasta un tercio de la población general tiene alteraciones del sueño, siendo esta proporción más grande en pacientes con patologías autoinmunes¹⁸⁻²⁰.

Un DAS28 elevado se relacionó con mala calidad del sueño y peor PSQI en la subpoblación con AR. Hallazgos similares publicaron Debta et al.²¹, y fue el dolor un determinante significativo de las alteraciones del sueño en dicha población.

En pacientes con AR, Mac Beth et al.²² evaluaron los disturbios en la calidad del sueño por PSQI con menor calidad de vida según el *Health-Related Quality of Life* (HRQoL). Plantearon el interrogante de si la baja calidad de vida se debía a una consecuencia directa de la mala calidad del sueño o indirecta por la severidad del dolor, la astenia y el estado de ánimo. Dentro de los 268 pacientes incluidos en el estudio, al realizar el PSQI se evidenció que los problemas del sueño eran comunes y múltiples en un 90% de los pacientes. Dicho porcentaje fue ligeramente superior a los hallazgos del presente estudio²¹.

Løppenthin et al.⁸ reportaron que, de 384 pacientes con AR, un 61% presentó mala calidad del sueño mediante PSQI. Estos resultados se vincularon con astenia y fatiga física y mental, influyendo en las actividades diurnas⁸. Si bien en nuestra serie no se evaluaron directamente la astenia y la fatiga mental, la somnolencia diurna y la alteración de las actividades diarias fueron los problemas del sueño más referidos, después de la demora en conciliación del mismo.

En pacientes con LES y SpA, la mayoría presentó mala calidad del sueño y los scores SELNA/SLEDAI y BASDAI obtuvieron puntajes más altos en el grupo de mala calidad del sueño, aunque sin asociación estadística posiblemente por el bajo número de pacientes en cada grupo. Mirbagher et al.¹⁵ lograron demostrar la asociación entre la actividad del LES, los síntomas de

ansiedad y la depresión y la mala calidad del sueño, también medida por PSQI. Además, se relacionó con peor calidad de vida¹⁵. Por su parte, Costa et al.¹¹ asociaron la mala calidad del sueño con el uso de prednisona y la discapacidad funcional en pacientes con LES. En dicha serie, la depresión y la falta de actividad física fueron determinantes independientes de la calidad global del sueño¹¹.

En el grupo de pacientes con SpA, Krajewska-Włodarczyk et al.¹² observaron pobre calidad del sueño en el 67,7% de una cohorte con artritis psoriásica, estando directamente relacionado con la actividad de la enfermedad. Los autores detallaron que el dolor, las articulaciones tumefactas y los reactantes de fase aguda elevados fueron los determinantes de la mala calidad del sueño¹².

Una limitación del presente estudio fue el empleo de una herramienta subjetiva, como el PSQI, que puede tener sesgos de recuerdo y percepción, no siendo posible evaluar parámetros del sueño objetivos. Otras limitantes fueron que la cuantificación del dolor se incluyó dentro de otros scores, como el DAS28 y el BASDAI, no siendo individualizado como tal. Por su parte, no se detalló la asociación con la depresión o la ansiedad, y podría haber un subregistro de fibromialgia. Asimismo, el tamaño muestral limitado en algunos subgrupos (como SpA o pacientes tratados con ciertos fármacos) puede haber afectado la capacidad de detectar asociaciones significativas.

CONCLUSIONES

Las alteraciones del sueño son, en su mayoría, multifactoriales. Este estudio demostró una alta prevalencia de mala calidad del sueño en pacientes con enfermedades reumatológicas, asociada principalmente a mayor actividad inflamatoria y disfunción funcional. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una evaluación sistemática del sueño en la práctica clínica reumatológica y de intervenciones dirigidas no solo al control de la enfermedad, sino también a la mejora del bienestar general de los pacientes. Se requiere mayor investigación longitudinal para explorar las vías causales y el impacto de las intervenciones sobre el sueño en pacientes con enfermedades reumáticas.

Este estudio no recibió financiamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Grandner MA. Epidemiology of insufficient sleep and poor sleep quality. *Sleep and health* 2019;1:11-20.
- Shafto M, Leng Y, Kievit RA et al. How are age-related differences in sleep quality associated with health outcomes? An epidemiological investigation in a UK cohort of 2406 adults. *BMJ open* 2017;7(7):14-20.
- Tasnim S, Rahman M, Pawar P, et al. Epidemiology of sleep disorders during COVID-19 pandemic: a systematic scoping review. *MedRxiv* 2020;1:3-10.
- Martínez-de-Quel Ó, Suárez-Iglesias D, López-Flores M, et al. Physical activity, dietary habits and sleep quality before and during COVID-19 lockdown: A longitudinal study. *Clin.Med.* 2021;2:158-163.
- Richter K, Kellner S, Hillemecher T, et al. Sleep quality and COVID-19 outcomes: the evidence-based lessons in the framework of predictive, preventive and personalised medicine. *EPMA Journal.* 2020;12(2):221-241.
- Buyssse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep.* 1991;14(4):331-338.
- Hita-Contreras F, Martínez-López E, Latorre-Román PA, et al. Reliability and validity of the Spanish version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in patients with fibromyalgia. *Rheumatology international.* 2014;34(7):929-936.
- Løppenthin K, Esbensen BA, Jennum P, et al. Sleep quality and correlates of poor sleep in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology.* 2015;34(12):2029-2039.
- Omachi TA. Measuring sleep in rheumatologic diseases: the ESS, FOSQ, ISI, and PSQI. *Arthritis care and research.* 2011;63(11):287-297.
- Hughes M, Chalk A, Sharma P, et al. A cross-sectional study of sleep and depression in a rheumatoid arthritis population. *Clinical rheumatology.* 2021;40(4):1299-1305.
- Costa DD, Bernatsky S, Dritsa M, et al. Determinants of sleep quality in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care and Research: Official Journal of the American College of Rheumatology.* 2005;53(2):272-278.
- Krajewska-Włodarczyk M, Owczarczyk-Saczonek A, Placek W. Sleep disorders in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *Rheumatology.* 2018;56(5):301-306.
- Chandrasekhara, PKS, Jayachandran NV, Rajasekhar L, et al. The prevalence and associations of sleep disturbances in patients with systemic lupus erythematosus. *Modern rheumatology.* 2019;19(4):407-415.
- Kasitanon N, Achavalertsak U, Maneeton B, et al. Associated factors and psychotherapy on sleep disturbances in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2013; 22(13):1353-1360.
- Mirbagher L, Gholamrezaei A, Hosseini N, et al. Sleep quality in women with systemic lupus erythematosus: contributing factors and effects on health-related quality of life. *International journal of rheumatic diseases.* 2016;19(3):305-311.
- Hughes M, Chalk A, Sharma P, et al. A cross-sectional study of sleep and depression in a rheumatoid arthritis population. *Clinical rheumatology.* 2021;40(4):1299-1305.
- Detert J, Dziurla R, Hoff P, et al. Effects of treatment with etanercept versus methotrexate on sleep quality, fatigue and selected immune parameters in patients with active rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2016;34(5):848-856.
- Garbarino S, Lanteri P, Bragazzi NL, et al. Role of sleep deprivation in immune-related disease risk and outcomes. *Commun Biol.* 2021;4(1):1304.
- Fabbri M, Beracci A, Martoni M, et al. Measuring subjective sleep quality: a review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):1082.
- Zitser J, Allen IE, Falgàs N, et al. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) responses are modulated by total sleep time and wake after sleep onset in healthy older adults. *PLoS One.* 2022 Jun 24;17(6):e0270095.
- Debta DK, Padarabinda Tripathy K, Jain T, et al. Prevalence of sleep disturbances in rheumatoid arthritis and its association with disease severity. A hospital-based cross-sectional observation. *Cureus.* 2025;17(5):e84767.
- McBeth J, Dixon WG, Moore S, et al. Sleep disturbance and quality of life in rheumatoid arthritis: prospective mHealth Study. *J Med Internet Res.* 2022; 22;24(4):325-258.