



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO Y FACTORES RELACIONADOS EN UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL**

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS DIAGNOSED WITH SYSTEMIC LUPUS
ERYTHEMATOSUS (SLE) AND RELATED FACTORS IN A TERTIARY LEVEL**

AUTORES:

Aguilar García Karla Fiorella¹,

Mayta Jiménez Mercedes Berenice¹,

1. Estudiante de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

ASESOR:

Rodríguez Hurtado Diana ²

2. Médico asistente del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Profesor asociado de la Facultad de

Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Institución donde se realizó el estudio: Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

1. ABSTRACT:

Objective: To measure quality of life (QoL) and to identify related factors in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) who attend Arzobispo Loayza National Hospital Rheumatology Service. **Material and methods:** Observational descriptive study, convenience sampling. 60 patients (≥ 18 years) with previous diagnosis of SLE were evaluated according to the criteria of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) 2012. To evaluate QoL was used the Mezzich's Quality of Life Index (MQoLI). In the analysis, frequencies, mean and median were applied. If both variables to be evaluated were numerics and had a non-normal distribution, the Spearman correlation test was used. The test U of Mann-Whitney was used to compare means when the variables comprise 2 groups and its distribution was not normal, and was applied Kruskal-wallis when variable had more than 2 groups and not normal distribution. **Results:** The mean (m) of the QoL was 6.50 [CI95% 6.15-7.04]. Community support (m=4.68), psychological and emotional well-being (m=5.85) and personal fullness (m=5.88) were the domains with the lowest QoL. A statistically significant relationship was found between poorer quality of life and a greater number of comorbidities ($p = 0.037$) ($\rho = -0.270$). **Conclusions:** The QoL in patients with lupus was 6.5. A significant relationship was found between a higher number of comorbidities and a lower QoL.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, Quality of Life, Social support.

RESUMEN:

Objetivo: Medir la calidad de vida (CV) e identificar factores relacionados en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de la consulta externa de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional, muestreo por conveniencia. Se evaluó a 60 pacientes (≥ 18 años), con diagnóstico de LES, según criterios de las Clínicas de Colaboración Internacional contra el Lupus eritematoso sistémico (SLICC) 2012. Para evaluar calidad de vida se utilizó el Índice de Calidad de vida de Mezzich (ICV). En el análisis se aplicó frecuencias, media y mediana. Si ambas variables a ser evaluadas eran numéricas y tenían una distribución normal se utilizó la prueba de correlación de Spearman, se usó la prueba U de Mann-Whitney para comparar medias cuando las variables presentan 2 grupos y su distribución era no normal, y se aplicó Kruskal-wallis cuando las variables tenían más de 2 grupos y distribución no normal. **Resultados:** La media (m) de la CV fue de 6,50 [IC95% 6,15-7,04]. Apoyo comunitario (m=4,68), bienestar psicológico y emocional (m=5,85) y plenitud personal (m=5,88) fueron los dominios con menor CV. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre una peor calidad de vida y un mayor número de comorbilidades ($p=0,037$) ($\rho=-0,270$). **Conclusiones:** La CV en pacientes con lupus fue 6.5. Se encontró una relación significativa entre el mayor número de comorbilidades y una menor CV.

Palabras clave: Lupus eritematosos sistémico, Calidad de vida, Apoyo social.

2. INTRODUCCIÓN:

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune crónica y potencialmente mortal, que se presenta principalmente en mujeres en edad fértil, y se manifiesta de diferentes formas comprometiendo múltiples órganos; debido al impacto que tiene en la vida del paciente puede afectar su estilo de vida y sus hábitos, así como su funcionalidad, sus habilidades profesionales, su estabilidad emocional y psicológica, al tener que enfrentar una enfermedad impredecible y permanente (1, 2). Además son susceptibles a sufrir desfiguración, secuelas incapacitantes, dolor crónico y efectos secundarios causados por la terapia usada para controlar la enfermedad; como el uso crónico de corticoides, lo cual los predispone a padecer cuadros psicóticos, depresión, inmunosupresión, etc., esto afecta su salud mental y a la percepción que tienen de su vida, sus capacidades y su calidad de vida (3, 4, 5).

La calidad de vida se define como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura, el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (6). Este concepto, si bien es subjetivo, cada vez se está estudiando más su relación con las enfermedades crónicas, debido a que en la actualidad estas enfermedades son cada vez más prevalentes, incluyendo LES (7). El entendimiento de la enfermedad y cómo lidiar con ella también es un proceso subjetivo, único en cada pacientes al igual que la experiencia del dolor y del daño físico, por lo cual es importante unir la evaluación objetiva de la enfermedad, la cual realiza el médico, con la parte subjetiva, calidad de vida, para poder atender al paciente de forma completa y exitosa (8).

Sumado a esto, varias investigaciones indican que una menor CV se relaciona con una mayor morbilidad, mortalidad y peor pronóstico a largo plazo en pacientes con LES (8, 9, 10). En estos estudios, se han evaluado diferentes características demográficas y propias de la enfermedad

como la edad, sexo, ingreso económico, nivel educativo, etc. en relación con la CV. Se ha encontrado que la edad avanzada, la etnia no caucásica, la pobreza, el daño orgánico, la actividad lúpica, la depresión, la baja autoestima, la soltería y una deficiente educación, se relacionan con una menor calidad de vida. Estos factores varían dependiendo de la población donde se evalúa, por lo que es importante conocer los factores que influyen en la CV de nuestra población (11, 12). En nuestro país, al momento solo se ha realizado un estudio sobre calidad de vida en LES, el cual recolectó información de 3 hospitales en Lima, se comparó a 120 mujeres con diagnóstico de LES con 120 controles sanas, y se investigaron los factores psicosociales asociados a la CV. Se encontró que una inadecuada relación con los progenitores, baja autoestima, la soltería, deficiente educación y una carencia de ingresos económicos, son factores que influyen en un mal pronóstico (11). El objetivo del presente estudio fue medir la calidad de vida e identificar factores relacionados en pacientes con lupus eritematoso sistémico que asisten a la Consulta Externa del servicio de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes con LES

Se realizó un estudio descriptivo observacional, con muestreo por conveniencia. Se entrevistó a 60 pacientes adultos (≥ 18 años) de la consulta externa del servicio de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con previo diagnóstico de LES por historia clínica según SLICC 2012 y que hubiesen firmado el consentimiento informado. La recolección de datos se hizo desde enero a junio del 2016, con previo permiso del servicio de Reumatología. Se excluyeron a pacientes con historias clínicas incompletas o aquellos que tuvieran alguna condición que imposibilitara contestar el ICV.

Evaluación de la Calidad de Vida

Se utilizó el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores (6), el cual se subdivide en 10 dominios, cada uno evalúa un concepto de salud: Bienestar físico; es decir, sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos; bienestar psicológico o emocional, sentirse bien y satisfecho consigo mismo; autocuidado y funcionamiento independiente, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones; funcionamiento ocupacional, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas; funcionamiento interpersonal, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos; apoyo social-emocional, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional; apoyo comunitario, poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y de otros servicios; plenitud personal, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes; satisfacción espiritual, haber desarrollado una actitud hacia la vida más

allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas y calidad de vida global, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.

El índice se califica del 1 al 10 por cada dominio, donde 1 es malo y 10 es excelente. Para el cálculo de la CV se usó la media de los 10 dominios, un valor más cercano a 10 nos indica mejor CV mientras que un valor más cercano al 1 nos indica menor CV. Este índice ha sido previamente validado para su uso en el Perú (6).

Variables de enfermedad

En conjunto con la entrevista y la historia clínica del paciente se obtuvo la siguiente información: Tiempo de diagnóstico, que se define como el tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el momento de la entrevista; tipo de tratamiento, comorbilidades y daño orgánico, este último medido por el Systemic Lupus International Collaborating Clinics y el American College of Rheumatology (SLICC-ACR), el cual tienen un rango de puntaje de 0 a 47. A partir de un puntaje de 1 se consideró daño orgánico y a mayor puntaje el pronóstico es más desfavorable.

Variables demográficas

Se registraron las variables edad, sexo, nivel de educación, estado laboral, estado marital (tener o no pareja), embarazo actual e ingreso económico según el ingreso familiar mensual en base al APEIM (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de mercados), el cual lo divide en marginal o E (400 - <800 soles mensuales), muy bajo o D (800 - <1200 soles), bajo o C (1200- <2000 soles), medio bajo-medio o B (2000-6000 soles) y medio alto-alto o A (>6000 soles).

Análisis estadístico

Se usó el programa SPSS® Versión 20.0 para analizar la información. Se utilizaron tablas de frecuencia para todas las variables, en las numéricas se calculó la media y desviación estándar cuando la distribución era normal y la mediana cuando era no normal.

Cuando ambas variables a ser evaluadas eran numéricas y tenían una distribución no normal se utilizó la prueba estadística de correlación de Spearman, Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney, para comparar medias cuando las variables están conformadas por 2 grupos y su distribución era no normal, y para mayores de 2 grupos se utilizó Kruskal-wallis si tenía distribución no normal. Se consideró una relación estadísticamente significativo cuando $p < 0,05$ para un intervalo de confianza (IC) de 95%.

4. RESULTADOS:

Participaron 60 pacientes en el estudio, 57 mujeres (95%) y 3 varones (5%). La mediana de la edad fue 36,5 años con un rango intercuartil (RIC) de entre 26-43,5; las edades se dividieron en 5 grupos: 16 pacientes estuvieron en el rango entre 18-26 años (26,7%), 12 entre 27-35 años (20%), 18 entre 36-44 años (30%), 8 entre 45-53 años (13,3%) y 6 entre 54-61 años (10%). Según nivel educativo, 2 eran analfabetos (3,3 %) y siendo 4,7 su CV media; 8 llegaron a primaria (13,3%) (m=6,71), 24 llegaron a algún grado de secundaria (40%) (m=6,76) y 26 a grado técnico o superior (43,3%) (m=6,55). En cuanto al estado marital, 29 tenían pareja (48,3%) y 31 no tenían pareja (51,7%) (Tabla 1 y 3).

Cuarenta y seis pacientes no laboraban (76,7%) y 14 laboraban al momento de la entrevista (23,3%). Según el ingreso económico familiar, 33 tuvieron un ingreso marginal o E (55%), 13 muy bajo o D (21,7%), 9 bajo o C (15%), 3 medio bajo-medio o B (5%) y 2 medio alto-alto o A (3,3%). Solo 2 pacientes (3,3%) se encontraban gestando al momento de la entrevista (Tabla 1).

Dieciocho pacientes no presentaron comorbilidades (30 %) y 42 si las presentaron (70%), entre las comorbilidades descritas se encontró que 19 presentaron hipertensión arterial (31,7%), 7 presentaron síndrome antifosfolipídico (11,7%), 6 presentaron hipotiroidismo (10%), 4 presentaron hepatopatía crónica (6,7%) y 3 presentaron diabetes mellitus (5%). Con respecto al número de comorbilidades se encontró que 20 pacientes presentaron 1 comorbilidad y siendo 7,01 su CV media; 18 pacientes presentaron 2 comorbilidades (m=6,11), 2 pacientes presentaron 3 comorbilidades (m=7,80) y 2 pacientes presentaron 4 comorbilidades (m=5,85) (Tabla 2).

La mediana del tiempo de diagnóstico (TD) fue de 4,5 años (RIC: 0,915-8), con un mínimo de 6 meses y máximo 33 años. Para correlacionar con la calidad de vida, esta variable se agrupó

según enfermedad temprana la cual se define como un tiempo de diagnóstico menor o igual a 5 años (12).

Según el tratamiento, aquellos que habían recibido hasta el momento de la entrevista solo corticoide fueron 20 (33,33%), 18 (30%) recibió corticoides más antimaláricos, 21 (35%) corticoides más citotóxicos/inmunosupresores, y 1 (1.67%) recibió antimaláricos, corticoides y citotóxicos/inmunosupresores (Tabla 2).

Seis pacientes (10%) no presentaron daño orgánico y 54 lo presentaron (90%). (Tabla 2) La mediana del daño orgánico fue de 2 (RIC: 1-3). Los pacientes con puntaje de 1 de daño orgánico fueron 22 y siendo 6,33 la CV media; 17 pacientes tuvieron 2 como puntaje (m=6,67); 5 tuvieron 3 como puntaje (m=6,26) y 5 tuvieron 4 como puntaje (m=5,44) (Tabla 2 y 4).

La calidad de vida media fue de 6,50 [IC95% 6,15-7,04] y de los dominios los menores puntajes fueron apoyo comunitario (m=4,68), bienestar psicológico o emocional (m=5,85) y plenitud personal (m=5,88) (Tabla 5).

Se realizó la prueba Shapiro-Wilks para evaluar la normalidad de las variables. Calidad de vida tuvo distribución normal ($p > 0,05$) (Tabla 6). (Se eliminó las variables categóricas y su tipo de distribución)

Se realizaron las pruebas estadísticas correspondientes, siendo el número de comorbilidades la única variable en la que se encontró una relación inversa estadísticamente significativa ($p = 0,037$) ($\rho = -0,270$) (Tabla 7).

5. DISCUSIÓN:

La calidad de vida de nuestra muestra fue 6,50 lo cual fue menor que la CV de la población sana de Lima, evaluada por Mezzich ($m=7,63$) (Mezzich no reporta un valor de intervalo de confianza) (6). En otros países también se encontró que los pacientes con LES tuvieron bajos niveles de CV, como lo reportado en el estudio LUMINA; realizado en Estados Unidos, aunque la calidad de vida fue medida por un instrumento diferente al ICV (12). Asimismo, estudios realizados en Polonia, Canadá y Colombia concluyeron también que la CV de sus pacientes con LES era menor que el de su población sana, medida por el SF-36 (13-16).

De los dominios evaluados, el que refleja una menor CV fue el de apoyo comunitario ($m=4,68$). En la literatura mundial, se encontraron resultados similares, en un estudio realizado en Brasil, donde se utilizó el score de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100), el cual consta de 6 dominios: Físico, psicológico, nivel de independencia, espiritualidad, social y ambiente. En ese estudio el dominio ambiente fue el que alcanzó el menor puntaje en 95 pacientes con LES, este evalúa el ambiente familiar, apoyo financiero, seguro de salud, vecindario y transporte; al igual que el dominio apoyo comunitario de Mezzich (13).

El dominio apoyo comunitario se define como la percepción que tiene el paciente de tener un buen vecindario, disponer de apoyo financiero o de otros servicios (6). En nuestra muestra, si bien no se ha registrado la variable de seguro social, sabemos que la mayoría de los pacientes contaba con Seguro Integral de Salud (SIS), si bien esto se considera como apoyo financiero, este dominio no solo evalúa apoyo financiero sino también el tener un buen vecindario u algún otro servicio de apoyo.

Otros dominios donde se encontró una menor calidad de vida fueron bienestar psicológico o emocional ($m=5,85$) y plenitud personal ($m=5,88$). Estos valores también son menores en comparación al estudio de valoración de Mezzich, quien encontró que en la población sana de Lima el bienestar psicológico o emocional tenía una media de 7,65 y la plenitud personal una media de 7,32 (6). Con respecto al bienestar psicológico o emocional, Vinaccio sostiene que las enfermedades crónicas generan un mayor impacto en el aspecto psicológico y emocional de la persona, ya que se ve obligada a un proceso rápido de adaptación el cual suscita emociones por lo general negativas, como miedo, ira o ansiedad (7). Además, en una población en Brasil donde se usó el SF-36, se encontraron resultados similares, se vio que un peor bienestar emocional se relaciona con una menor CV, mayor morbilidad y mortalidad en sus pacientes (10).

Con respecto a los factores relacionados, se encontró una relación significativa inversa entre menor calidad de vida y mayor número de comorbilidades (Tabla 6). Resultado similar obtuvieron Bayliss y colaboradores, en una población donde se estudió LES y varias enfermedades crónicas, se encontró que un mayor número de comorbilidades por pacientes se relaciona con una menor calidad de vida, especialmente en los dominio físicos, medida por el SF-36 (17). Además, en la literatura mundial, LES se asocia con una mayor presencia de comorbilidades como enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular y osteoporosis, (18) lo cual coincide con nuestro estudio donde la mayoría de pacientes presentó hipertensión arterial.

Una de las limitaciones del estudio es el número de muestra, ya que al ser haber aplicado un muestreo por conveniencia ($n=60$), no es representativa de la población de pacientes lúpicos. Otra limitación es el instrumento usado para medir CV, ya que a pesar de ser un instrumento confiable y estar validado para la población de Lima Metropolitana, su aplicación aún no está muy extendida por lo que las comparaciones con estudios que usan otro instrumento es limitada;

además se debe considerar que al ser una prueba autoadministrable tendría cierta limitación al ser usada en personas analfabetas aunque en el estudio de validación realizado por Mezzich se incluyó 30 pacientes analfabetos (19).

Se concluye que el valor de la calidad de vida en la población estudiada es de 6,5 según el Índice de Mezzich. El tener mayor número de comorbilidades se relaciona con una menor calidad de vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Panopalis P, Petri M, Manzi S. The systemic lupus erythematosus tri-nation study: longitudinal changes in physical and mental well-being. *Rheumatology*. 2005; 44 (6): 751–755
2. Vinaccia S, Quiceno J, Zapata C. Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev colomb psicol*. 2006; 15: 57–65.
3. Cal S, Santiago M. Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psychol Health Med*. 2013; 18(5): 558-563
4. Serra H, Roganovich J, Rizzo L. Glucocorticoides: Paradigma de medicina traslacional de lo molecular al uso clínico. *Medicina (B. Aires)*. 2012; 72(2): 158-170.
5. Maame B, Amissah A, Gordon C. Contemporary treatment of systemic lupus erythematosus: an update for clinicians. *Ther Adv Chronic Dis*. 2010; 1(4): 163–175.
6. Robles Y, Saavedra J, Mezzich J. E. Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. *Anales de salud mental*. 2010; 26(12): 33-43
7. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. 2005; 1(2): 125-137
8. Doria A, Rinaldi S, Ermani M. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*. 2004; 43(12): 1580–1586.
9. Yazdany J, Yelin E. Health-Related Quality of Life and Employment Among Persons with Systemic Lupus Erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am*. 2010; 36(1): 15–32.

10. Freire E, Bruscato A, Ciconelli R. Quality of life in systemic lupus erythematosus. Patients in Northeast Brazil: Is health related to quality of life a predictor of survival for these patients? *Act Reumatol Port.* 2009; 34(2A): 207-211.
11. Arias J. La calidad de vida de pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Psiquiatría y Salud Integral.* 2003; 3(3): 16-27
12. Alarcón GS, McGwin G, Uribe A. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic lupus cohort (LUMINA). XVII. Predictors of self-reported health-related quality of life early in the disease course. *Arthritis & Rheumatism.* 2004; 51(3): 465-474.
13. Reis M, Pereira I. Health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus in Midwest Brazil. *Bras J Rheumatol.* 2010; 50(4): 408-422
14. Kuriya B, Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Quality of life over time in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2008; 59(2):
15. Kulczycka L, Sysa-Jedrzejowska A, Zalewska-Janowska A, Miniszewska J, Robak E. Quality of life and socioeconomic factors in Polish patients with systemic lupus erythematosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008; 22(10): 1218-1226.
16. Medina J, Mora C, Jaimes D, Arbeláez A., Valencia P., et al. Valoración de la actividad, del daño crónico y alteración de la calidad de vida en una cohorte de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico por medio de SELENA-SLEDAI, BILAG 2004, SLICC/ACR y SF-36. *Rev Colomb Reumatol.* 2013; 20(4): 211-217

17. Bayliss E, Ellis J, Steiner J. Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: Initial validation of a comorbidity assessment instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3:51
18. Rees F, Doherty M, Grainge M. Burden of Comorbidity in Systemic Lupus Erythematosus in the UK, 1999–2012. *Arthritis Care & Research*. 2016; 68(6): 819–827
19. Schwartz K, Zapata-Vega M, Mezzich J, Mazzotti G. Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(1): 24-28.

7. TABLAS:

Tabla 1. Frecuencia de las variables demográficas de pacientes con diagnóstico de LES (n=60)

Variables	n=60	(%)
Edad		
18-26	16	26,7
27-35	12	20
36-44	18	30
45-53	8	13,3
54-61	6	10
Sexo		
Hombre	3	5
Mujer	57	95
Embarazada	2	3,3
Nivel Educativo		
Analfabeto	2	3,3
Primario	8	13,4
Secundario	24	40
Técnico o superior	26	43,3
Con Pareja	29	48,3
Sin Pareja	31	51,7
Labora	14	23,3
No labora	46	76,7
Ingreso económico del hogar		
E	33	55
D	13	21,7
C	9	15
B	3	5
A	2	3,3

Tabla 2. Frecuencias de las variables clínicas de pacientes con diagnóstico de LES (n=60).

Variables	n=60	(%)
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	19	31,7
Síndrome antifosfolipídico	7	11,7
Hipotiroidismo	6	10
Hepatopatía crónica	4	6,7
Dislipidemia	3	5
Diabetes mellitus	3	5
Osteoporosis	3	5
Obesidad	3	5
Vasculitis	3	5
Depresión	2	3,3
Síndrome de Sjogren	2	3,3
Fibrosis pulmonar	2	3,3
Secuela de Accidente Cerebrovascular	2	3,3
Número de comorbilidades		
0	18	30
1	20	33,4
2	18	30
3	2	3,3
4	2	3,3
Daño orgánico (SLICC-ACR)		
Sí	54	90
No	6	10
Tiempo de diagnóstico		
≤5años	34	56,7
>5años	26	43,3
Tipo de tratamiento		
Solo corticoide	20	33,3
Corticoide más antimalárico	18	30
Corticoide más citotóxico/inmunosupresor	21	35
Corticoide más los 2 anteriores	1	1,67

Tabla 3. Calidad de vida según las variables demográficas en pacientes con diagnóstico de LES

(n=60).

VARIABLES	CV	DE
Edad		
18-26	7,33	1,24
27-35	6,46	1,81
36-44	6,33	1,95
45-53	6,08	1,76
54-61	6,36	1,91
Género		
Hombre	8,33	1,61
Mujer	6,40	1,77
Nivel Educativo		
Analfabeto	4,70	4,24
Primario	6,71	1,86
Secundario	6,76	1,61
Técnico o superior	6,55	1,84
Con Pareja	6,33	1,59
Sin Pareja	6,85	1,84
Labora	7,24	1,49
No labora	6,28	1,84
Ingreso económico del hogar		
Marginal (E)	6,34	1,61
No Marginal (>E)	6,90	1,85

DE: desviación estándar

Tabla 4. Calidad de vida según las variables clínicas de pacientes con diagnóstico de LES.

(n=60)

Variables	CV	DE
Índice de daño orgánico (puntaje)		
1	6,33	2,08
2	6,67	1,50
3	6,26	1,65
4	5,44	0,98
Número de comorbilidades		
0	6,57	1,91
1	7,01	1,69
2	6,11	1,66
3	7,80	1,27
4	5,85	3,5
Tiempo de diagnóstico		
≤5años	6,57	1,80
>5años	6,63	1,67
Tipo de tratamiento		
Solo corticoide	6,16	2,09
Corticoide más antimaláricos	6,34	1,71
Corticoide más citotóxicos/inmunosupresor	6,94	1,59

DE: Desviación estándar

Tabla 5. Resultados de la media de los dominios de Índice de Calidad de Vida de Mezzich.

Escala de calidad de vida	media	DE	95% Intervalo de confianza	
			Inferior	Superior
Bienestar Físico	6,48	2,49	5,84	7,13
Bienestar Psicológico o emocional	5,85	2,49	5,21	6,49
Autocuidado y Funcionamiento independiente	7,17	2,97	6,40	7,94
Funcionamiento Ocupacional	6,03	3,15	5,22	6,85
Funcionamiento Interpersonal	7,15	2,76	6,44	7,86
Apoyo socio-emocional	8,25	2,24	7,67	8,83
Apoyo comunitario	4,68	3,20	3,86	5,51
Plenitud Personal	5,88	2,74	5,17	6,59
Satisfacción espiritual	7,23	2,48	6,59	7,87
Calidad de Vida Global	6,95	2,49	6,31	7,59
Puntaje Total	6,50	1,80	6,15	7,04

DE: Desviación estándar

Tabla N°6. Prueba de normalidad Shapiro-wilk en variables numéricas.

Variables*	p
Edad	0,02
Número de comorbilidades	0,01
Tiempo de diagnóstico	0,00
Puntaje total de Calidad de Vida	0,129

*Valor continuo de las variables

Tabla 7. Asociación de factores relacionados con la calidad de vida total según prueba estadística.

Variables	Prueba estadística
	p
Edad	0,15*
Número de comorbilidades	0,03*
Daño orgánico (SLICC-ACR)	0,47*
Tiempo de diagnóstico	0,73*
Sexo	0,11**
Pareja	0,21**
Labora	0,06**
Ingreso económico del hogar	0,17**
Nivel Educativo	0,409***
Tipo de tratamiento	0,31***

*Correlación de Spearman; **U de Mann-whitney; ***Kruskal-Wallis