



Investigación original

Percepción de calidad de vida en pacientes con síndrome de Sjögren. Estudio de diez años



Urbano Solis Cartas^{a,b,*}, Eduardo Lino Bascó Fuentes^b
y Silvia Johana Calvopiña Bejarano^{b,c}

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

^b Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

^c Empresa de Capacitación Internacional, Riobamba, Ecuador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de octubre de 2019

Aceptado el 20 de marzo de 2020

On-line el 18 de julio de 2020

Palabras clave:

Calidad de vida

Síndrome de Sjögren

Viñetas Coop/Wonca

Xeroftalmia

Xerostomía

R E S U M E N

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmunitaria, inflamatoria y crónica, que se caracteriza por dolor, inflamación y sequedad de mucosas.

Objetivo: Determinar la percepción de la calidad de vida en pacientes con síndrome de Sjögren.

Metodología: Estudio descriptivo y correlacional; universo de 457 pacientes con diagnóstico de síndrome de Sjögren. La muestra fue de 417 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario de láminas Coop/Wonca para determinar la percepción de calidad de vida y la versión cubana del Health Assessment Questionnaire para determinar capacidad funcional. Se utilizó coeficiente de correlación de Pearson para determinar asociación entre las variables del estudio. Se describieron las características sociodemográficas de los pacientes investigados. **Resultados:** Promedio de edad de 53,22 años, predominio de pacientes entre 40 y 60 años (63,79%), femeninas (88,25%) y con tiempo de evolución entre tres y cinco años (64,99%). Existió predominio de síndrome de Sjögren secundario (72,66%) con predominio de presencia de pacientes con artritis reumatoide (49,43%). La puntuación de percepción de calidad de vida global fue de 21,78 y las dimensiones más afectadas fueron el dolor, las actividades sociales y las actividades cotidianas; el valor de correlación de Pearson entre la presencia de discapacidad funcional y las puntuaciones de percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) fue de 0,79.

Conclusiones: Existió correlación positiva fuerte entre la presencia de discapacidad funcional y las puntuaciones de CVRS; mientras mayores fueron las puntuaciones de discapacidad peor fue la percepción de calidad de vida de los pacientes.

© 2020 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: umsmwork74@gmail.com (U. Solis Cartas).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.03.004>

0121-8123/© 2020 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Perception of quality of life in patients with Sjögren syndrome. 10 year study

A B S T R A C T

Keywords:

Quality of life
Sjögren's syndrome
Coop/Wonca sheets
Xerophthalmia
Xerostomia

Introduction: Sjögren's syndrome is an autoimmune, inflammatory, and chronic disease, characterised by the presence of pain, inflammation, and dry mucosa.

Objective: To determine the perception of quality of life in patients with Sjögren's syndrome.

Methodology: A descriptive and correlational study with a group of 457 patients diagnosed with Sjögren's syndrome. The sample consisted of 417 patients who completed the Coop/Wonca slide questionnaire to determine the perception of quality of life, as well as the Cuban version of the Health Assessment Questionnaire to determine functional capacity. Pearson's correlation coefficient was used to determine the association between the study variables. The sociodemographic characteristics of the investigated patients were described. **Results:** The mean age of the patients was 53.22 years, with the majority between 40 and 60 years (63.79%), of whom 88.25% were female, and with time with disease between 3 and 5 years (64.99%). There was a predominance of secondary Sjögren's syndrome (72.66%) with a predominance of the presence of patients with rheumatoid arthritis (49.43%). The overall quality of life perception score was 21.78, and the most affected dimensions were pain, social activities, and daily activities. A Pearson correlation value of 0.79 was observed between the presence of functional disability and the perception of HRQoL scores.

Conclusions: There was a strong positive correlation between the presence of functional disability and health-related quality of life scores; the higher the disability scores, the worse the perception of quality of life of the patients.

© 2020 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U.

All rights reserved.

Introducción

El síndrome de Sjögren (SS) es conceptualizado como una enfermedad autoinmunitaria, de curso crónico y cuya base inflamatoria genera una sustitución del parénquima glandular por tejido conectivo que limita la función de las glándulas exocrinas^{1,2}. Es reportada como una enfermedad de distribución universal, que afecta a ambos sexos pero con predominio del sexo femenino; aunque suele presentarse a cualquier edad la mayor frecuencia de presentación ocurre por encima de los 40 años de edad con un pico de incidencia a partir de los 55 años²⁻⁴.

Se reporta una prevalencia que oscila entre el 0,09% y el 2,7% de la población, según los criterios de diagnóstico que se utilicen⁵. Estudios internacionales reportan una prevalencia entre el 2 y el 5% de la población general¹. En Europa se estima la presencia de la enfermedad en 1,8 de cada 1.000 habitantes, mientras que en países como Estados Unidos la cifra alcanza a 2,5 personas por cada 1.000 habitantes⁶.

Etiopatogénicamente se señalan a las infecciones virales, sustancias químicas, radiaciones, trastornos inmunológicos previos, componente genético y presencia de otras enfermedades, como los factores responsables de la aparición de la enfermedad^{4,7}. En este sentido suele diagnosticarse el SS en el 30% de los pacientes con artritis reumatoide, 20% de los pacientes con esclerosis sistémica y 10% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico. En el caso de los pacientes con enfermedades endocrino metabólicas, acompaña en el 16% a

los pacientes con diabetes mellitus y en el 13% a pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo⁸.

Clínicamente se caracteriza por la presencia de un cuadro inflamatorio poliarticular, con predominio del dolor sobre las manifestaciones inflamatorias y afectación sistémica, donde predominan los síntomas de sequedad de mucosas (oral, ocular, respiratoria, digestiva y vaginal, fundamentalmente). Genera complicaciones en cualquier sistema de órganos, siendo las complicaciones dermatológicas, oculares, cardiorrespiratorias, neurológicas y renales las que con mayor frecuencia se presentan. Un elemento importante dentro de las posibles complicaciones del SS lo constituye el aumento de hasta un 40% del riesgo de padecer enfermedades neoplásicas con predominio de presentación de linfomas^{9,10}. La presencia de manifestaciones clínicas y complicaciones genera distintos grados de discapacidad que repercuten negativamente en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los mismos. En la actualidad, existe una tendencia creciente hacia el estudio de la CVRS de los pacientes con enfermedades inmunológicas y los factores que inciden en la misma¹¹⁻¹³. En Ecuador no existen estudios que se orienten hacia la identificación de la percepción de la CVRS.

Es por ello que, teniendo en cuenta la relativa frecuencia con que se presenta el SS, la amplia variedad de manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad, la repercusión que tienen en la capacidad funcional y la percepción de la CVRS de los pacientes, y la no existencia de estudios en Ecuador, se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar la percepción de CVRS de los pacientes con SS.

Metodología

Se realizó una investigación básica con un diseño descriptivo y corte transversal. El universo estuvo constituido por 457 pacientes con diagnóstico de SS según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, durante el periodo comprendido entre enero del 2008 y diciembre del 2018. La muestra quedó conformada por 417 pacientes que debieron cumplir los criterios de inclusión y exclusión definidos para el estudio.

Se utilizaron tres instrumentos para recolectar la información. El primero de ellos fue una encuesta diseñada específicamente para el estudio y sometida a la valoración de los expertos los que emitieron criterios positivos sobre la misma. La encuesta constaba de un total de ocho preguntas orientadas hacia la obtención de información relacionada con las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la investigación. Se utilizó el cuestionario de láminas Coop/Wonca para determinar la percepción de CVRS y el *Health Assessment Questionnaire* de Cuba (HAQ-CU) para determinar la capacidad funcional.

Las láminas Coop/Wonca son un formulario genérico, validado en español y de amplia utilización, que integra elementos visuales. Evalúa siete dimensiones que son: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor. En cada dimensión existen posibilidades de respuesta con una puntuación que va de 1 a 5 puntos, siendo la puntuación mayor un indicador de peor percepción de CVRS. Uno de sus principales elementos negativos es el de no describirse un punto de corte a partir de la puntuación obtenida para identificar el tipo de percepción de CVRS. Es una escala invertida, lo que significa que mientras mayor es la puntuación obtenida peor es la percepción de CVRS de los pacientes. Generalmente se analizan de forma general e individual todas sus dimensiones¹¹.

El cuestionario HAQ-CU es una versión validada en Cuba que ha sido ampliamente utilizada para determinar capacidad funcional de pacientes con enfermedades reumáticas. Se basa en preguntar a los pacientes sobre su capacidad para realizar distintas actividades de la vida diaria; abarca ocho ítems y las puntuaciones van desde 0 puntos (totalmente capaz de realizar la actividad), hasta 3 puntos (totalmente dependiente para realizar la actividad). Se suman las puntuaciones y se obtiene la media, la cual se toma como resultado del cuestionario. Se establece que puntuaciones por debajo de 0,5 puntos evidencian que no existe discapacidad funcional; puntuaciones entre 0,5 y un punto muestran discapacidad ligera; puntuaciones mayores de 1 punto y menores de 2 puntos son representativas de discapacidad moderada y los pacientes que obtengan puntuación igual o superior a 2 puntos son considerados con discapacidad severa¹².

La información fue procesada de forma automatizada mediante la utilización del paquete estadístico SPSS en su versión 20,5 para Windows®. Se determinaron frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar asociación entre CVRS y capacidad funcional. El nivel de confianza fue determinado en el 95% con un margen de error del 5% y una significación estadística

fijada en una $p = 0,05$. Los resultados fueron expresados mediante tablas estadísticas para facilitar su comprensión.

Se tuvieron en cuenta los elementos estipulados en la declaración de Helsinki II relacionados con la realización de investigaciones en seres humanos. Todos los pacientes fueron informados previamente de los objetivos y metodología del estudio y solo fueron incorporados a la muestra de la investigación después de firmar el consentimiento informado. Los datos obtenidos fueron tratados bajo total confidencialidad y solo fueron utilizados con fines investigativos; no se brindó información personal de ningún paciente investigado. La participación en el estudio fue voluntaria y los pacientes tuvieron la oportunidad de retirarse si lo consideraban necesario sin que eso demeritara la atención recibida.

Resultados

Al analizar las características generales de los pacientes incluidos en el estudio (tabla 1) se obtuvo un promedio de edad de 53,22 años (DE 15,8 años). El grupo de edad más representado fue el que incluyó pacientes entre 40 y 60 años de edad (frecuencia 266; 63,79% y $p = 0,04$). Existió un predominio de pacientes femeninos (368 casos y 88,25%) que fue estadísticamente significativo, en comparación con los 49 pacientes (11,75%) del sexo masculino. El tiempo de evolución de la enfermedad que mayor representatividad alcanzó fue el comprendido entre 3 y 5 años (271 pacientes, 64,69%) que con una $p = 0,041$ fue estadísticamente significativo; le siguieron los pacientes con menos de tres años (79 casos y 18,94%) y los que refirieron diagnóstico de la enfermedad por un periodo mayor de cinco años (67 pacientes y 16,07%).

También se analizó el tipo de SS de los pacientes; en el 27,34% de los casos (114 pacientes) el diagnóstico fue de SS primario; mientras que en 303 casos se pudo comprobar el origen secundario de la enfermedad (72,66%). Las enfermedades que mayor representatividad tuvieron dentro de los pacientes con SS secundario fueron la artritis reumatoide (AR) (175 pacientes; 57,76% y $p = 0,044$), el hipotiroidismo (73 casos; 24,09% y $p = 0,078$) y el lupus eritematoso sistémico que fue referido por un total de 47 casos (15,51%). Solamente ocho pacientes (2,64%) presentaban diagnóstico de esclerosis sistémica.

El análisis de la percepción de CVRS se muestra en la tabla 2. La puntuación global obtenida en el estudio fue de 22,08 con una DE de 6,92. Las dimensiones que de forma general mayor afectación presentaron fueron la dimensión dolor (4,20 y DE 0,80), actividades sociales (3,99 y DE 1,01) y la relacionada con las actividades cotidianas (3,92 y DE 1,08). La dimensión que menor afectación presentó fue la de los sentimientos con una puntuación de 3,11 y una DE de 0,89.

Sin embargo, existieron diferencias en el análisis de la percepción de CVRS en relación con el sexo. En el caso de los hombres la puntuación global fue de 18,73 y las dimensiones más afectadas fueron el dolor (4,19 y DE 0,81), las actividades cotidianas (4,03 y DE 0,97) y la forma física (3,82 y DE 1,18). En el caso de las mujeres la puntuación global fue de 22,43 con una DE de 6,57. En las féminas las dimensiones que resultaron más afectadas fueron el dolor (4,22 y DE 0,78), las actividades sociales (4,03 y DE 0,97) y las actividades cotidianas (3,89 y DE 1,11). En ambos sexos la dimensión menos afectada fue la

Tabla 1 – Distribución de pacientes según características sociodemográficas

Características sociodemográficas	Muestra total de 417 pacientes con SS		
	Frecuencia	%	*p
Promedio de edad (años)	53,22 años **DE 15,8		
Grupos de edades			
Menor de 40 años	48	11,51	0,10
De 40 a 60 años	266	63,79	0,042
Mayor de 60 años	103	24,70	0,078
Sexo			
Masculino	49	11,75	0,11
Femenino	368	88,25	0,014
Tiempo de evolución			
Menor de 3 años	79	18,94	0,084
De 3 a 5 años	271	64,99	0,041
Mayor de 5 años	67	16,07	0,086
Tipo de SS			
Primario	114	27,34	0,074
Secundario	303	72,66	0,038
Tipo de enfermedad de base	Muestra de 303 pacientes con SS secundario		
Artritis reumatoide	175	57,76	0,044
Lupus eritematoso sistémico	47	15,51	0,10
Esclerosis sistémica	8	2,64	0,28
Hipotiroidismo	73	24,09	0,078

Fuente: cuestionarios de investigación.
 * p = 0,05.
 ** DE: desviación estándar. SS: síndrome de Sjögren.

Tabla 2 – Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida general y por dimensiones específicas

Percepción de CVRS	Hombres		Mujeres		Total	
	Media	*DE	Media	*DE	Media	*DE
General	18,73	6,27	22,43	7,57	21,78	7,22
Dimensiones						
Forma física	3,82	1,18	3,35	0,65	3,39	1,61
Sentimientos	3,38	0,62	3,07	0,93	3,11	0,89
Actividades cotidianas	4,03	0,97	3,89	1,11	3,92	1,08
Actividades sociales	3,11	0,89	4,03	0,97	3,99	1,01
Cambios en el estado de salud	3,01	0,99	2,73	1,27	2,77	1,23
Estado de salud	3,57	0,43	3,11	0,89	3,17	0,83
Dolor	4,19	0,81	4,22	0,78	4,20	0,80

Fuente: cuestionarios de investigación.
 * DE: desviación estándar.

relacionada con los cambios en el estado de salud, con puntuaciones de 3,01 (hombres) y 2,73 (mujeres), como se observa en la [tabla 2](#).

Al analizar la capacidad funcional de los pacientes ([tabla 3](#)) se obtuvo que el 61,87% de los pacientes con SS presentaron algún tipo de discapacidad funcional (258 pacientes), dato que fue estadísticamente significativo; los restantes casos (159 y 38,13%) no presentaron discapacidad funcional.

Dentro de los pacientes que se identificaron con discapacidad funcional destacaron, como dato estadísticamente significativo, los 133 pacientes (51,55%) que presentaron discapacidad moderada. Le siguieron en orden decreciente y sin tener sus resultados con significación estadística, los pacientes con discapacidad ligera (87 casos y 33,72%) y los que presentaron discapacidad severa que fueron un total de

38 casos que representaron el 14,72% de los pacientes con SS investigados.

En la [tabla 4](#) se muestra la distribución de pacientes con SS en torno a variables sociodemográficas y percepción de CVRS. Se observa que al analizar el tiempo de evolución de la enfermedad la peor percepción de CVRS la mostraron los pacientes con más de cinco años de diagnosticado el SS (media de 24,03 y DE 4,97); le siguieron los pacientes con tiempo de evolución entre tres y cinco años (media de 20,57 y DE 2,43) y por último los que mejor percepción de CVRS presentaron fueron los casos a los que se les diagnosticó la enfermedad en un periodo menor de tres años (media 18,59 y DE 4,41).

Al analizar el resultado de la correlación de Pearson entre la presencia de discapacidad funcional y las puntuaciones de percepción de CVRS se encontró una correlación positiva fuerte entre estas dos variables (0,79), además de encontrar un

Tabla 3 – Distribución de pacientes según capacidad funcional

Capacidad funcional	Muestra total 417 pacientes con SS		
	Frecuencia	%	*p
Sin discapacidad	159	38,13	0,069
Con discapacidad	258	61,87	0,038
Tipo de discapacidad	Muestra 258 pacientes con discapacidad		
Discapacidad ligera	87	33,72	0,072
Discapacidad moderada	133	51,55	0,043
Discapacidad severa	38	14,72	0,097

Fuente: cuestionarios de investigación.
* p = 0,05. SS: síndrome de Sjögren.

Tabla 4 – Distribución de pacientes según características sociodemográficas y percepción de CVRS (general)

Características sociodemográficas	Muestra total de 417 pacientes con SS	
	Media	*DE
Tiempo de evolución		
Menor de 3 años	18,59	4,41
De 3 a 5 años	20,57	2,43
Mayor de 5 años	24,03	4,97
Tipo de SS		
Primario	19,13	3,87
Secundario	22,86	3,14
Capacidad funcional		
Sin discapacidad	19,32	2,68
Con discapacidad	22,97	4,03

Fuente: cuestionarios de investigación.
* DE: desviación estándar. SS: síndrome de Sjögren.

valor de $p = 0,023$. La interpretación de este resultado muestra que al aumentar las puntuaciones de discapacidad funcional también aumentan las de percepción de CVRS, lo que significa que disminuye la percepción de CVRS de los pacientes con SS.

Discusión

El SS es una enfermedad autoinmunitaria, sistémica, que condiciona afectación en distintos órganos del cuerpo humano; de esta afectación se generan distintos grados de discapacidad que disminuyen la percepción de CVRS de los pacientes con esta enfermedad⁴. El monitoreo constante de los factores que inciden en la actividad clínica de la enfermedad constituye una herramienta de gran utilidad para minimizar la actividad de la afección, minimizar riesgos y aumentar la percepción de la CVRS de estos pacientes.

En el presente estudio se encontró un promedio de edad de 53,22 años con predominio de pacientes entre 40 y 60 años de edad. Este resultado es similar al reportado por otras investigaciones en las cuales se plantea que el SS presenta un predominio de afectación en pacientes por encima de 40 años de edad con pico de incidencia a partir de los 55 años¹⁴. Una posible explicación a este resultado puede estar basado en dos elementos fundamentales; el primero de ellos se relaciona con las alteraciones hormonales que ocurren en el sexo femenino a partir de los 40 años, pero con mayor magnitud a partir de los 50 años^{6,15}.

Durante este periodo existe un cese brusco de la función ovárica con disminución de la producción de estrógenos, los cuales han sido señalados como hormonas protectoras de la función e integridad articular y con cierto papel inmunomodulador¹⁶. Esta situación hace vulnerable al sistema inmunitario y es más frecuente que se produzcan alteraciones inmunológicas que resulten en la aparición de la enfermedad o la exacerbación de la actividad de la misma.

El segundo elemento que puede incidir en este resultado es que casualmente la gran mayoría de enfermedades reumáticas y endocrinometabólicas que pueden comportarse como detonadoras de la aparición del SS también tienen un pico de incidencia por encima de los 40 años de edad; casi seguramente influenciado por los elementos antes mencionados relacionados con la disminución de la protección inmunológica que ofrecen los estrógenos. Además, todas estas enfermedades incluyen dentro de sus patrones etiopatogénicos la presencia de infecciones virales como el Epstein Barr, que aunque presentan pico de incidencia en edades más tempranas de la vida, su incidencia sobre el sistema inmunológico requiere tiempo adicional^{17,18}.

De esta forma se justifica también el predominio de afectación del SS en el sexo femenino. Estos aspectos son incorporados dentro de los elementos epidemiológicos que se utilizan para la sospecha clínica de la enfermedad y orientan a los profesionales de la salud sobre la posible presencia de la enfermedad.

El tiempo de evolución, a pesar de ser otra de las características generales de la enfermedad estudiadas, no constituye

un resultado que pueda compararse con otros estudios ya que los resultados que se obtienen en cada investigación suelen ser diferentes y se relacionan con los métodos de investigación utilizados. En este estudio existió un predominio de pacientes con SS de entre tres y cinco años de evolución. El diagnóstico de la enfermedad resulta complejo; los síntomas pueden enmascarse con otras enfermedades y esto, unido a la necesidad de realizar estudios histopatológicos, hacen que en ocasiones el diagnóstico pase de forma desapercibida y que los pacientes presenten manifestaciones clínicas de la enfermedad mucho antes de que se realice el diagnóstico definitivo.

Existió un predominio de pacientes con SS secundario. La artritis reumatoide y el hipotiroidismo fueron las enfermedades de base que con mayor frecuencia fueron identificadas en el estudio. No se encontraron investigaciones que abordaran este tema. Sin embargo, es importante señalar que otras investigaciones reportan que la AR es la enfermedad reumática que mayormente da origen al SS⁸. En el caso de la elevada prevalencia del hipotiroidismo es importante destacar que, aunque no existen reportes en la literatura, sí se observa en la práctica médica diaria una elevada frecuencia de presentación de la enfermedad en el contexto de la investigación.

Al analizar la puntuación de percepción de CVRS se observa un valor superior a 22 puntos, este resultado muestra que la enfermedad disminuye considerablemente la percepción de CVRS de los pacientes con SS. Si se compara con lo reportado en otras investigaciones se observa un comportamiento similar ya que también en esos estudios se describe afectación de la CVRS en los pacientes investigados. En el estudio de Fernández Martínez et al., se estudiaron pacientes con SS primario y se concluyó que la enfermedad provoca un importante daño en la cavidad oral que genera una disminución considerable en la calidad de vida de los pacientes investigados¹⁹. También en el estudio de Aguilar se concluye que el SS afecta considerablemente la CVRS de las mujeres chilenas¹³.

Otros estudios, como el de Aguilar Riveros en Chile, publicado en el año 2019 y el de García Catalán et al., reportan afectación de la percepción de CVRS en pacientes con SS; aunque se utilizaron distintos instrumentos para medir la calidad de vida, en cada uno de los utilizados las puntuaciones obtenidas permitieron afirmar que el SS afecta considerablemente el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes²⁰. Por su parte, Fernández Martínez et al., además de reportar afectación de la CVRS de los pacientes investigados, señalan algunas medidas preventivas que pudieran incidir favorablemente en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, lo cual ha sido señalado en otras investigaciones^{19,21}.

La dimensión más afectada en ambos sexos fue la del dolor; es importante señalar que en los pacientes con SS existe un predominio del dolor por encima de las características inflamatorias, demostrando que es sin duda el dolor la manifestación clínica que con mayor frecuencia afecta a estos pacientes y por la que acuden en busca de ayuda¹⁶. Otras dimensiones que también mostraron elevadas puntuaciones fueron la forma física y las actividades cotidianas en los hombres y las actividades sociales y cotidianas en las mujeres. Este resultado se puede explicar por el efecto que ejerce el dolor en el resto de las actividades que realizan los seres humanos; el dolor impide la realización de ejercicios físicos y esto provoca

disminución del tono y trofismo muscular, afectando la forma física de los pacientes.

Además, la presencia de dolor impide a los pacientes cumplir con sus actividades cotidianas y limita la participación en actividades sociales. También influye negativamente en los sentimientos de los pacientes, que ven limitada su capacidad para desenvolverse en la vida. El dolor es considerado como la manifestación más discapacitante en pacientes con SS^{8,11,22}.

El estudio de la capacidad funcional de los pacientes mostró cómo la mayoría de ellos presentan algún grado de discapacidad y que entre ellos existió un predominio de pacientes con discapacidad moderada. Este resultado es similar al encontrado por otros autores al estudiar la capacidad funcional de los pacientes con otras enfermedades reumáticas^{12,15,16}. Es por eso por lo que se considera que las enfermedades reumáticas se encuentran dentro de las primeras causas de discapacidad a escala general¹.

Al analizar la CVRS de los pacientes con SS pero teniendo en cuenta sus características sociodemográficas se pudo observar que mientras mayor fue el tiempo de evolución de la enfermedad mayor fue la puntuación obtenida en el cuestionario de CVRS y, por ende, peor la percepción. Es importante señalar que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad mayor perpetuación del proceso inflamatorio resultante de las alteraciones inmunológicas y, por consiguiente, mayor daño sistémico.

Los pacientes con SS secundario también mostraron peor percepción de la CVRS; una posible explicación a esta situación puede estar dada por el efecto de sinergia que tienen las bases etiopatogénicas del SS y de las otras enfermedades de base; tanto en la AR, como en el hipotiroidismo, la diabetes mellitus y el lupus eritematoso sistémico, también existe una base inflamatoria e inmunológica, que refuerzan más aún el daño sistémico y con esto aumenta el riesgo de aparición de discapacidad y de disminución de percepción de la CVRS; esta explicación también es válida para entender la razón por la que los pacientes con discapacidad presentaron una puntuación mayor del cuestionario de CVRS.

Por último, se encontró una correlación positiva fuerte entre los valores del cuestionario de capacidad funcional y el de CVRS. De esta relación se interpreta que a medida que aumentan los valores de la discapacidad también aumenta la puntuación que se obtiene del cuestionario de láminas Coop/Wonca y, por lo tanto, es menor la percepción de la CVRS de los pacientes. En otras investigaciones se han utilizado distintos cuestionarios para medir tanto actividad de la enfermedad como percepción de la CVRS, sin embargo, los resultados obtenidos no dependen del cuestionario utilizado sino del estado de actividad y afectación causada por el SS en los pacientes afectados²¹.

Los resultados de esta investigación evidencian que el SS es una enfermedad que afecta de manera considerable la capacidad funcional y la percepción de calidad de vida de los pacientes. Al no tener una causa conocida resulta importante lograr un adecuado control de la enfermedad para minimizar el riesgo de daño sistémico y con esto prevenir la discapacidad y aumentar la percepción de la CVRS de los pacientes que la padecen.

Conclusiones

Existió una correlación positiva fuerte entre la presencia de discapacidad y el aumento de los valores de percepción de CVRS, lo que significa que mientras mayor es la discapacidad funcional peor es la percepción de la CVRS de los pacientes con SS.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Benítez Falero Y, Solís Cartas U, de Armas Hernández A, de Armas Hernández Y. Asociación entre Síndrome de Sjögren y enfermedad tumoral: a propósito de un caso. *AMC*. 2016;20:219-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211145291014>.
- Alarcón Segovia D. Tratado hispanoamericano de Reumatología VII. Bogotá: Editorial Nomos; 2006.
- Ladino RM, Gasitulli OA, Campos MX. Sjögren's syndrome: case report. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86:47-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.009>.
- Aránzazu Ceballos AD, Escobar Restrepo J, Ramírez Pulgarín S. Síndrome de Sjögren, más que un ojo seco. *Arch Med (Col)*. 2015;15:343-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273843539017>.
- de Paiva CS, Jones DB, Stern ME, Bian F, Moore QL, Corbiere S, et al. Altered Mucosal Microbiome Diversity and Disease Severity in Sjögren Syndrome. *Sci Rep*. 2016;6:23561, <http://dx.doi.org/10.1038/srep23561>.
- Solís Cartas U, Benítez Calero Y, Calvopiña Bejarano SJ, Aguirre Saimeda GL, de Armas Hernández A. Uncommon combination of hepatocarcinoma with Sjögren's syndrome. *Rev Cub Med Mil*. 2018;47:1-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2018/cmm1831.pdf>.
- Monteserín Matesanz M, García Chías B, Jiménez Vidal N, Cerero Lapiedra R, Esparza Gómez GC. Síndrome de Sjögren: Revisión e implicaciones en el ámbito de la salud oral. *Cient Dent*. 2014;11:49-54. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Begona_Garcia-Chías/publication/290482678_Sindrome_de_Sjogren_Revision_e_implicaciones_en_el_ambito_de_la_salud_oral/links/589456eda6fdcc0cfd35/Sindrome-de-Sjogren-Revision-e-implicaciones-en-el-ambito-de-la-salud-oral.pdf.
- Cabrera Escobar D, Ferrer Hurtado O, González Valdés L, Cañadilla González L, Tellería Castellanos AM. Manifestaciones bucales del síndrome de Sjögren. Presentación de un caso. *Rev Med Electr*. 2016;38:877-86. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/tme/article/view/1913/3217>.
- Fernández Báez F, Solís Cartas U, Serrano Espinosa I. Stevens Johnson como complicación de un síndrome de Sjögren. *Rev Cub Reumatol*. 2016;18:216-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000400008.
- Diez Morrondo C, Lema Gontad JM, Álvarez Rivas N, Atanes Sandoval A, De Toro Santos FJ, Pinto Tasende JA, et al. Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Sem Fund Esp Reu*. 2010;11:70-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2010.02.006>.
- Solís Cartas U, Calvopiña Bejarano SJ. Comorbilidades y calidad de vida en osteoartritis. *Rev Cub Reumatol*. 2018;20:e17. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1188918>.
- Prada Hernández DM, Hernández Torres C, Gómez Morejón JA, Gil Armenteros R, Reyes Pineda Y, Solís Carta U, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev Cub Reumatol*. 2015;17:48-60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2015/cre151h.pdf>.
- Repositorio Académico de la Universidad de Chile, Aguilar Riveros J.B. Experiencia de enfermedad y su asociación con calidad de vida en relación a salud general y oral en mujeres chilenas con Síndrome de Sjögren. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/173161>.
- Ordóñez García RJ, Barraqueta Bucaram MJ, Acosta Suarez GM, Molina Villacres ML. Síndrome de Sjögren primario. *RECIAMUC*. 2019;3:554-71. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reclamuc/3.\(2\).abril.2019.554-571](https://doi.org/10.26820/reclamuc/3.(2).abril.2019.554-571).
- Solís Cartas U, Calvopiña Bejarano SJ, Martínez Larrarte JP, Paguay Moreno ÁR, Saquipay Duchitanga GI. Percepción de calidad de vida en pacientes con osteoartritis: Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años. *Rev Colomb Reumatol*. 2018;25:177-83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.05.002>.
- Ledesma Echevarría C, Vento Pérez RA, León García M, Hernández Rodríguez Y. Nuevos elementos asociados a la fisiopatología de la trombocitopenia inmune primaria en niños. *Rev Cub Hematol Inmunol Hemoter*. 2017;36. Disponible en: <http://revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/viewFile/823/637>.
- Medina Ortega ÁP, López Valencia D, Mosquera Monje SL, Mora Obando DL, Dueñas Cuéllar RA. Virus de Epstein-Barr y su relación con el desarrollo del cáncer. *Iatreia*. 2017;30:131-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1805/180550477003/html/index.html>.
- Solís Cartas U, Hernández Cuéllar IM, Prada Hernández DM, de Armas Hernández A. Evaluation of the functional capacity in patient with osteoarthritis. *Rev Cub Reumatol*. 2014;16:23-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2014/cre141d.pdf>.
- Fernández Martínez G, Zamora Legoff V, Hernández Molina G. Oral health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome. *Reumatol Clin*. 2020;16:92-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.04.001>.
- García Catalán MR, Jerez Olivera E, Benítez-del-Castillo-Sánchez JM. Ojo seco y calidad de vida. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2019;84:451-8, <http://dx.doi.org/10.4321/S0365-66912009000900004>.
- Posso Osorio I, Méndez Rayo T, Soto D, Nieto Aristizábal I, Cañas CA, Tobón GJ. Clinimetrics in Sjögren's syndrome. *Rev Colomb Reumatol*. 2019;26:260-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2019.07.002>.
- Martínez Larrarte JP, Reyes Pineda Y. Síndrome de Sjögren. *Rev Cub Med*. 2010;49:61-76. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262464662_Sindrome_de_Sjogren.