

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Artículo original

Fatiga en pacientes con lupus eritematoso sistémico: datos del registro RELESSAR prospectivo

Fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: data from the RELESSAR-prospective registry

Malena Viola¹, María Celina de la Vega¹, Darío Mata¹, Martín Riopedre¹, Gimena Gómez¹, Carla Gobbi², Marina Micelli³, Paula Alba⁴, Alejandro Brigante⁵, Agustina Damico⁶, Romina Rojas Tessel⁷, Mercedes García⁸, Gelsomina Alle⁹, Lucía Mendoza Martínez¹⁰, Florencia Gordillo¹¹, Claudia Pena⁸, Verónica Bellomio¹², Paula Corbalan⁸, Maitén Sarde⁸, Gisela Pendon¹³, Carolina Aeschlimann¹⁴, Paula Fernández⁸, Manuel Rodríguez Gramazza⁸, Bettina Sardi⁸, Micaela Cosatti¹⁵, Cecilia Pisoni¹⁵, Joan Dapeña¹⁶, Lucila García⁸

RESUMEN

Introducción: la fatiga es una manifestación frecuente y poco comprendida del lupus eritematoso sistémico (LES) presente en hasta el 86% de los pacientes y con impacto negativo en la calidad de vida. Su evaluación sistemática sigue siendo una necesidad no cubierta en la práctica clínica.

Objetivos: evaluar el grado de fatiga en pacientes con LES mediante una escala visual análoga (EVA), y analizar su asociación con variables sociodemográficas y clínicas.

Materiales y métodos: estudio transversal basado en los datos de la visita basal del registro RELESSAR prospectivo de la Sociedad Argentina de Reumatología. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de LES ≤ 5 años. Se consideró fatiga significativa una EVA ≥ 4 . Se realizaron análisis univariados y multivariados para determinar factores asociados.

Resultados: se incluyeron 198 pacientes; el 53% presentó fatiga ≥ 4 . En el análisis multivariado, la fatiga se asoció con la actividad de la enfermedad (SLEDAI-2K) (OR 1,15; IC 95% 1,08–1,24; $p < 0,001$) y con el tiempo al diagnóstico (OR 1,84; IC 95% 1,23–2,92; $p = 0,005$). También se observó mayor frecuencia de hospitalizaciones y peor valoración global.

Conclusiones: la fatiga es prevalente en pacientes con LES y se asocia con mayor actividad, por lo cual se destaca la necesidad de su evaluación sistemática.

ABSTRACT

Introduction: fatigue is a frequent and poorly understood manifestation of systemic lupus erythematosus (SLE), present in up to 86% of patients and negatively impacting quality of life. Its systematic assessment remains an unmet need in clinical practice.

Objectives: to evaluate the degree of fatigue in patients with SLE using a visual analog scale (VAS) and to analyze its association with sociodemographic and clinical variables.

- ¹ Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ² Hospital Allende, Córdoba, Argentina
- ³ Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁴ Hospital Italiano de Córdoba, Córdoba, Argentina
- ⁵ Sanatorio Güemes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁶ Hospital Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁷ Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina
- ⁸ Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina
- ⁹ Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ¹⁰ Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ¹¹ Hospital Antonio J. Scaravelli, Mendoza, Argentina
- ¹² Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán, Argentina
- ¹³ Hospital Zonal de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

¹⁴ Instituto médico Fisherton, Rosario, Santa Fe, Argentina

¹⁵ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

¹⁶ Hospital Donación Francisco Santojanni, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico; fatiga; SLEDAI; tiempo al diagnóstico; calidad de vida.

Revista Argentina de Reumatología 2025; Vol. 36 (94-101)

Contacto de la autora: Malena Viola

E-mail: malenaviola@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 21/10/2025

Fecha de trabajo aceptado: 20/12/2025

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

Key words: systemic lupus erythematosus; fatigue; SLEDAI; time to diagnosis; quality of life.

Materials and methods: cross-sectional study based on the baseline visit of the RELESSAR-prospective registry of the Argentine Society of Rheumatology. Patients aged ≥ 18 years with an SLE diagnosis of ≤ 5 years were included. Significant fatigue was defined as VAS ≥ 4 . Univariate and multivariate analyses were performed to identify associated factors.

Results: a total of 198 patients were included; 53% presented fatigue ≥ 4 . In multivariate analysis, fatigue was associated with disease activity (SLEDAI-2K) (OR 1,15; IC 95% 1,08–1,24; $p < 0,001$) and time since diagnosis (OR 1,84; IC 95% 1,23–2,92; $p = 0,005$). Higher fatigue was also related to more frequent hospitalizations and worse global assessment.

Conclusions: fatigue is prevalent among patients with SLE and is associated with higher disease activity, underscoring the need for its systematic evaluation in clinical practice.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune y crónica con una patogenia compleja que puede ocasionar un amplio espectro de signos y síntomas clínicos, entre los cuales se incluye la fatiga¹; esta es una manifestación poco comprendida y está presente en el 67-86% de los pacientes con LES^{2,3}. Se define como una sensación abrumadora de cansancio o agotamiento extraordinario que no se alivia completamente con el descanso o el sueño⁴. Puede presentar componentes físicos y mentales que interfieren con la capacidad de los individuos para desenvolverse en su vida cotidiana. Se asocia con irritabilidad, dificultad en la concentración y falta de motivación para las actividades diarias⁵. Adicionalmente se relaciona con mayor uso de recursos en atención sanitaria, peor calidad de vida y riesgo aumentado de incapacidad laboral⁴. Su evaluación periódica es una necesidad insatisfecha en los pacientes con LES, ya que más del 80% ha reportado que la misma no es abordada adecuadamente por el equipo de salud⁶.

En la mayoría de los casos la causa de la fatiga es desconocida; dentro de los factores asociados,

se han reportado alteraciones del sueño, inactividad física, depresión, dolor crónico⁷, ansiedad² y falta de apoyo social⁸. En relación a la actividad de la enfermedad, algunos estudios mostraron asociación entre el aumento de la actividad y la fatiga⁹, identificándose como un factor predictor a lo largo del tiempo¹⁰. La interrelación entre los diferentes factores mencionados y la fatiga no se comprende, y se ha postulado que estos mecanismos pueden cambiar con el tiempo y probablemente varíen entre las personas, por lo tanto, su óptimo manejo requiere un enfoque personalizado¹¹.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el grado de fatiga en pacientes con LES mediante una escala visual análoga (EVA), y su asociación con datos sociodemográficos y relacionados a la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal que incluyó la visita basal de los pacientes pertenecientes al registro multicéntrico prospectivo de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología (RELESSAR-P). Los pacientes incluidos en RELESSAR-P tenían diagnóstico de LES según criterios del

American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997, del Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology (SLICC) 2012 o ACR/ European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) 2019, y un tiempo de evolución de la enfermedad menor o igual a 5 años. Se evaluó la presencia de fatiga mediante una EVA con un rango de 1-10. La muestra se dividió en dos grupos según la mediana de fatiga: 4 (Q1, Q3 0-10). Otras variables analizadas fueron: etnia (misma clasificación que GLADEL)¹², cobertura de salud (obra social, prepaga, pública o desconocida), nivel socioeconómico según la escala de Graffar¹³, edad, sexo, comorbilidades según criterios estandarizados (hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico, dislipemia, osteoporosis, hipotiroidismo, obesidad y tabaquismo), tiempo al diagnóstico definido como el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico medido en meses, manifestaciones clínicas propias del LES según criterios de clasificación, tratamiento con inmunosupresores convencionales y/o biológicos, y antecedentes de hospitalizaciones. Se definió infección grave como aquella condición infecciosa que requirió hospitalización, tratamiento con antibióticos intravenosos o que tuvo un desenlace fatal. Se realizó evaluación global del médico mediante el *Physician global assessment* (PGA) y valoración global del paciente con el *Patient global assessment* (PtGA), actividad de la enfermedad medida por el *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI-2K)¹⁴ y daño a través del SLICC/SDI¹⁵.

Las variables continuas se resumieron utilizando la media y el desvío estándar (DE) si cumplían con el supuesto de normalidad, o con la mediana y los cuartiles 1 (Q1) y 3 (Q3) si este supuesto no se cumplía. Las variables categóricas se resumieron en términos de frecuencia y porcentaje. Las variables categóricas se compararon con el test chi-cuadrado o test de Fisher, y las continuas con el test t-Student si se cumplía el supuesto de normalidad, o el test de Wilcoxon en caso de que no se verificará dicho supuesto. Para determinar qué variables se asociaron a fatiga, se realizó regresión logística univariada y multivariada considerando las variables cuyo test de asociación haya dado como resultado

$p < 0,15$. Se estimaron los *odds ratios* (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). En todos los test el nivel de significación empleado fue de 0,05. Se utilizó el software R para el análisis de los datos.

Este estudio se realizó acorde a las guías de buenas prácticas clínicas (*Good Clinical Practice*, GCP), definidas en la *International Conference on Harmonisation* (ICH), y de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, la ley 3301/09 y los lineamientos del Comité de Ética. Los datos personales se mantuvieron anónimos y protegidos según las normas internacionales y nacionales vigentes para garantizar la confidencialidad acorde a la Ley de Protección de los Datos Personales N° 25.326/2000. El protocolo y el consentimiento informado fueron aprobados por un Comité de Ética independiente del Hospital San Martín de La Plata (protocolo HSMLP2020/0043). Los pacientes firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

En el análisis se incluyeron 198 pacientes. La mediana de fatiga fue 4 (Q1, Q3 0-10) y la frecuencia de fatiga ≥ 4 fue 53%. Las características de la población fueron las siguientes: 175 pacientes de sexo femenino (88,4%), mediana de edad de 35 años (Q1-Q3: 27-50), 127 pacientes de etnia mestiza (64,1%). El resto de las características se detalla en la Tabla 1.

Los pacientes con fatiga ≥ 4 tuvieron mayor tiempo al diagnóstico (media 0,7 [DS 1,1] vs. 0,4 [DS 0,7]; $p = 0,010$), un valor más elevado de SLEDAI-2K (mediana 6 [RIC 4,0; 10,0] vs. 2,0 [RIC 0; 6,0]; $p = 0,001$), mayor frecuencia de antecedentes de hospitalizaciones ($n = 57$ [54,8%] vs. $n = 36$ [39,6%]; $p = 0,047$), mayor porcentaje de manifestaciones mucocutáneas y generales ($n = 64$ [61,0%] vs. $n = 36$ [38,7%]; $p = 0,003$) y un valor más elevado en la evaluación global del médico (mediana 2 [RIC 1,0; 2,0] vs. 1,00 [RIC 0; 1,0]; $p < 0,001$) y del paciente (mediana 5 [RIC 4,00; 7,00] vs. 2,00 [RIC 1,0; 3,0]; $p < 0,001$).

En la Tabla 2 se muestra el análisis multivariado. Las variables que se asociaron en forma independiente a fatiga ≥ 4 fueron: SLEDAI-2K (OR 1,15, IC 95% 1,08-1,24; $p < 0,001$) y tiempo al diagnóstico (OR 1,84, IC 95% 1,23-2,92; $p = 0,005$).

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y tratamientos según el grado de fatiga.

	EVA fatiga <4 (n=93)	EVA fatiga ≥4 (n=105)	Valor p	Total (n=198)
Edad, Mediana [Q1, Q3]	36,0 (27,3; 51,8)	35,0 (26,0; 47,5)	0,362	35,0 (27,0; 50,0)
Sexo femenino, n(%)	80 (86,0)	95 (90,5)	0,429	175 (88,4)
Etnia, n(%)			0,787	
Afrolatinoamericana	2 (2,1)	1 (0,9)		3 (1,5)
Amerindia	7 (7,5)	5 (4,8)		12 (6,1)
Caucásica	22 (23,7)	25 (23,8)		47 (23,7)
Mestiza	59 (63,4)	68 (64,8)		127 (64,1)
Otras	3 (3,2)	6 (5,7)		9 (4,5)
Tiempo al diagnóstico, (años) media (DS)	0,4 (0,7)	0,7 (1,1)	0,010	0,579 (0,9)
Duración de la enfermedad (años) mediana (Q1, Q3)	2,0 [1,0; 5,0]	2,0 (1,0; 4,7)	0,349	2,00 (1,0; 5,0)
Cobertura médica, n(%)			0,478	
Obra social	47 (50,5)	45 (42,9)		92 (46,5)
Prepaga	13 (14,0)	11 (10,5)		24 (12,1)
Prepaga + obra social	1 (1,08)	1 (0,9)		2 (1,0)
Pública	32 (34,4)	47 (44,8)		79 (39,9)
Desconocida	0 (0)	1 (0,9)		1 (0,5)
Nivel socioeconómico, n(%)			0,182	
Bajo/medio bajo	32 (34,4)	51 (48,6)		83 (41,9)
Desconocido	4 (4,3)	6 (5,7)		10 (5,1)
Medio	45 (48,4)	37 (35,2)		82 (41,4)
Medio alto	12 (12,9)	11 (10,5)		23 (11,6)
Nivel educativo, en años, mediana (Q1, Q3)	12,0 (12,0; 16,0)	12,0 (11,5; 15,0)	0,284	12,0 (12,0; 15,0)
Comorbilidades				
Diabetes, n(%)	3 (3,3)	3 (2,9)	1,000	6 (3,1)
Hipertensión arterial, n(%)	22 (24,2)	18 (17,1)	0,298	40 (20,4)
Síndrome metabólico	3 (3,3)	7 (6,7)	0,340	10 (5,1)
Dislipemia	11 (12,1)	9 (8,6)	0,566	20 (10,2)
Hipotiroidismo	25 (27,2)	19 (18,3)	0,187	44 (22,4)
Osteoporosis	9 (10,5)	6 (6,7)	0,527	15 (8,5)
Obesidad (IMC ≥30)	8 (8,7)	10 (9,5)	1,000	18 (9,1)
Hábito tabáquico				
Exfumador	15 (17,4)	17 (16,8)	0,362	32 (17,1)
Actual	7 (8,1)	15 (14,9)		22 (11,8)
Nunca	64 (74,4)	69 (68,3)		133 (71,1)
Desconocido	7 (7,5)	4 (3,8)		11 (5,6)
Índice de actividad SLEDAI 2K, mediana (Q1, Q3)	2,0 [0; 6,0]	6,0 (4,0; 10,0)	<0,001	4,00 (2,0; 9,0)
Tratamiento LES				
Metotrexato	22 (36,7)	29 (41,4)	0,708	51 (39,2)
Antimaláricos	93 (100)	103 (98,1)	0,499	196 (99,0)
Leflunomida	1 (1,7)	5 (7,0)	0,218	6 (4,58)
Abatacept	0 (0)	1 (5,9)		1 (3,8)
Azatioprina	27 (43,5)	26 (37,7)	0,614	53 (40,5)
Ciclofosfamida IV	19 (31,7)	27 (38,0)	0,564	46 (35,1)
Micofenolato mofetil	20 (33,3)	32 (44,4)	0,262	52 (39,4)

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y tratamientos según el grado de fatiga.

	EVA fatiga <4 (n=93)	EVA fatiga ≥4 (n=105)	Valor p	Total (n=198)
Micofenolato mofetil	20 (33,3)	32 (44,4)	0,262	52 (39,4)
Rituximab	7 (7,8)	9 (50,0)	0,231	16 (59,3)
Corticoides orales	85 (92,4)	97 (94,2)	0,833	182 (93,3)
Corticoides en pulsos	34 (37,8)	47 (45,2)	0,369	81 (41,8)
Hospitalizaciones de relevancia clínica (desde el diagnóstico) n(%)	36 (39,6)	57 (54,8)	0,047	93 (47,7)
Infecciones graves	12 (13,0)	11 (10,7)	0,773	23 (11,8)
Índice de daño SLICC-SDI, mediana (Q1, Q3)	0 [0; 1,0]	0 (0; 1,0)	0,132	0 (0; 1,0)
SAF				
Sí	8 (9,4)	11 (12,1)	0,528	19 (10,8)
Anticuerpos sin clínica	6 (7,1)	10 (11,0)		16 (9,1)
Enfermedad de Sjögren asociada	16 (17,6)	17 (16,2)	0,946	33 (16,8)
Anti-DNA positivo, n(%)	51 (57,3)	63 (62,4)	0,573	114 (60,0)
Anti-Ro positivo, n(%)	42 (50,0)	37 (40,7)	0,276	79 (45,1)
Hipocomplementemia, n(%)	25 (28,1%)	35 (34,0)	0,470	60 (31,3)
Manifestaciones presentes al momento de la evaluación				
Manifestaciones generales y mucocutáneas actuales, n(%)	36 (38,7)	64 (61,0)	0,003	100 (50,5)
Manifestaciones neuropsiquiátricas, n(%)	3 (3,2)	7 (6,7)	0,340	10 (5,1)
Serositis, n(%)	2 (2,1)	7 (6,7)	0,177	9 (4,5)
Manifestaciones pulmonares, n(%)	3 (3,2)	6 (5,7)	0,505	9 (4,5)
Manifestaciones cardiovasculares, n(%)	2 (2,2)	1 (0,9)	0,603	3 (1,5)
Manifestaciones hematológicas, n(%)	23 (25,0)	30 (28,8)	0,657	53 (27,0)
Valoración global del médico (PGA), mediana (Q1, Q3)	1,0 (0; 1,0)	2,00 (1,0; 2,0)	<0,001	1,0 (0,7; 2,0)
Valoración global del paciente, mediana (Q1, Q3)	2,0 (1,0; 3,0)	5,00 (4,0; 7,0)	<0,001	4,0 (2,0; 6,0)

EVA: escala visual análoga; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido.

Tabla 2: Análisis univariado y multivariado de los factores asociados a fatiga ≥4.

Variables	Análisis univariado				Análisis multivariado		
	N	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	p-valor
Tiempo al diagnóstico (por cada año)	195	1.58	1.12, 2.32	0,013	1.84	1.23, 2.92	0,005
Hospitalizaciones desde el diagnóstico	195	1.85	1.05, 3.30	0,034			
Manifestaciones generales y mucocutáneas actuales	198	2.47	1.40, 4.41	0,002			
Valoración global del paciente	188	1.58	1.37, 1.86	<0,001			
Valoración global del médico	188	2.34	1.67, 3.39	<0,001			
SLEDAI total	176	1.14	1.07, 1.22	<0,001	1.15	1.08, 1.24	<0,001

DISCUSIÓN

La mediana de fatiga fue 4 y el 53% de los pacientes estuvo por encima de este valor. Considerando que la fatiga es uno de los síntomas iniciales más frecuentemente reportados^{2,3}, tanto en el período previo al diagnóstico como a lo largo de la evolución de la enfermedad, su evaluación sistemática y periódica en el ámbito de la consulta ambulatoria adquiere particular relevancia^{5,6}. No obstante, pese a su alta prevalencia en las etapas tempranas del LES, la fatiga continúa siendo un síntoma subestimado en la práctica clínica habitual¹⁶.

En nuestro trabajo los pacientes con fatiga ≥ 4 tenían mayor tiempo al diagnóstico, un valor más elevado de SLEDAI-2K, mayor frecuencia de antecedentes de hospitalizaciones previas, mayor porcentaje de manifestaciones mucocutáneas y generales, y un valor más elevado en la evaluación global del médico y del paciente. Puntajes más altos de PGA y SLEDAI-2K reflejaron una mayor actividad del LES, incluyendo manifestaciones sistémicas y hallazgos de laboratorio¹⁷. La enfermedad activa se asoció con un mayor riesgo de hospitalizaciones, principalmente por brotes de la enfermedad, infecciones o una combinación de ambas¹⁸, lo que conlleva un incremento de los costos directos e indirectos^{19,20}.

En el análisis multivariado se observó asociación entre la actividad de la enfermedad y la presencia de fatiga; por lo tanto, este síntoma podría considerarse un marcador de actividad persistente a pesar de no estar contemplado en los índices convencionales de evaluación. En concordancia con esta hipótesis, la extensión a 6 años del estudio BLISS-76 demostró una mejoría sostenida de la fatiga en los pacientes tratados con belimumab. Dicha mejoría fue mayor en los pacientes con títulos elevados de anti-DNA de doble cadena y niveles disminuidos de C3/C4 al inicio del estudio, así como en aquellos que alcanzaron respuesta en el desenlace primario *SLE Responder Index-4* (SRI-4). En conjunto, estos hallazgos refuerzan la noción de que la fatiga podría constituir un síntoma que refleja la actividad de la enfermedad²¹.

En la literatura se han reportado resultados discordantes en relación a la presencia de fatiga y la actividad de la enfermedad. En el estudio de Arnaud et al. se observó una prevalencia de

fatiga del 67,7%, y en el análisis multivariado, la actividad de la enfermedad fue una de las variables que se asoció de forma independiente con la fatiga². En el estudio de Tench et al., el 81-92% de los pacientes presentaban fatiga, y al comparar la mediana de fatiga de acuerdo a la actividad de la enfermedad se observó que los valores de fatiga fueron 33% mayores en pacientes con enfermedad activa²². Por otro lado, el estudio de Azizoddin et al. evaluó la contribución de seis variables en el desarrollo de fatiga en 116 mujeres con LES. En el análisis de regresión lineal multivariado la actividad de la enfermedad no se asoció de manera significativa con fatiga. El estrés tuvo el mayor efecto sobre la fatiga, seguido por la depresión²³. El estudio de Barbera et al. evaluó la presencia de fatiga y los factores asociados en 102 mujeres en forma consecutiva a través de una escala visual análoga; respecto de la actividad de la enfermedad medida por SLEDAI-2K, no se observó correlación²⁴.

Por último, en nuestro trabajo observamos una asociación entre la fatiga y el tiempo al diagnóstico del LES; este resultado podría explicarse por un mayor subdiagnóstico de la enfermedad en pacientes que presentan síntomas inespecíficos al inicio y por un mayor retraso en la consulta médica. Dentro de los factores asociados al retraso diagnóstico, se ha descripto la inespecificidad de los signos y síntomas iniciales, la demora en la consulta por parte del paciente, la falta de derivación a médicos especialistas y de criterios diagnósticos validados²⁵. La cohorte alemana LuLa evaluó el tiempo de retraso en el diagnóstico del LES y su asociación con la evolución de la enfermedad en 585 pacientes. La media de duración entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico del LES fue de 47 meses. Al realizar el análisis de regresión lineal se identificó que cuanto mayor fue el retraso en el diagnóstico, el nivel de fatiga fue mayor²⁶. Por último, una encuesta en línea realizada en los Estados Unidos evaluó 827 pacientes para conocer la experiencia respecto del retraso en el diagnóstico y determinar el acceso a la atención sanitaria. Este estudio identificó que los pacientes tardaron en promedio 2,1 años en buscar ayuda médica desde el inicio de los síntomas. La tasa de uso de recursos de atención de salud fue alta, y fue la fatiga la causa más frecuentemente reportada para buscar atención ambulatoria²⁷.

Nuestro estudio posee varias limitaciones: el bajo número de pacientes incluidos, el diseño transversal y la falta de evaluación de la ansiedad y depresión mediante escalas validadas, dos variables que han sido relacionadas con la fatiga en trabajos previos. Dentro de las fortalezas, podemos destacar que se trata de un estudio multicéntrico, los criterios de ingreso a la cohorte se establecieron previo al inicio del registro de datos, la recolección de la información se realizó en forma sistematizada y los datos fueron monitoreados por revisores independientes.

CONCLUSIONES

La distribución de la fatiga medida por EVA en nuestra cohorte reflejó que el 53% de los pacientes se encontraba por encima de la mediana, lo que resalta la importancia de su evaluación sistemática y periódica en el seguimiento clínico de pacientes con LES. En nuestro estudio, una mayor actividad de la enfermedad se asoció con niveles más elevados de fatiga. Asimismo, se observó que la fatiga se relacionó con un mayor tiempo al diagnóstico del LES. Estos hallazgos permiten concluir que la fatiga constituye un síntoma altamente prevalente, que debe ser priorizado y monitoreado de manera regular debido a su significativo impacto en la evolución clínica de los pacientes con LES.

Agradecimientos

A UNISAR.

Este estudio no recibió financiamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Mertz P, Schlencker A, Schneider M, Gavand PE, Martin T, Arnaud L. Towards a practical management of fatigue in systemic lupus erythematosus. *Lupus Sci Med*. 2020;7(1):1-5. doi:10.1136/lupus-2020-000441.
- Arnaud L, Gavand PE, Voll R, Schwarting A, Maurier F, Blaison G, et al. Predictors of fatigue and severe fatigue in a large international cohort of patients with systemic lupus erythematosus and a systematic review of the literature. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2019;58(6):987-96. doi:10.1093/rheumatology/key398.
- Cleanthous S, Tyagi M, Isenberg DA, Newman SP. What do we know about self-reported fatigue in systemic lupus erythematosus? *Lupus*. 2012;21(5):465-76. doi:10.1177/0961203312436863.
- Ahn GE, Ramsey-Goldman R. Fatigue in systemic lupus erythematosus. *Int J Clin Rheumatol*. 2012;7(2):217-27. doi:10.2217/IJR.12.4.
- Kawka L et al. Fatigue in systemic lupus erythematosus. An update on its impact, determinants and therapeutic management. *J Clin Med* 2021;10(17):3996. doi: 10.3390/jcm10173996.
- Moses N, Wiggers J, Nicholas C, Cockburn J. Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus. *Patient Educ Couns*. 2005 Apr;57(1):30-8. doi:10.1016/j.pec.2004.03.015.
- Da Costa D, Dritsa M, Bernatsky S, Pineau C, Ménard HA, et al. Dimensions of fatigue in systemic lupus erythematosus: relationship to disease status and behavioral and psychosocial factors. *J Rheumatol*. 2006 Jul;33(7):1282-8.
- Jump RL, Robinson ME, Armstrong AE, Barnes EV, Kilbourn KM, Richards HB. Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disease activity, pain, depression, and perceived social support. *J Rheumatol*. 2005 Sep;32(9):1699-705.
- Wysenbeek AJ, Leibovici L, Weinberger A, Guedj D. Fatigue in systemic lupus erythematosus. Prevalence and relation to disease expression. *Br J Rheumatol*. 1993 Jul;32(7):633-5. doi:10.1093/rheumatology/32.7.633.
- Tayer WG, Nicassio PM, Weisman MH, Schuman C, Daly J. Disease status predicts fatigue in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2001 Sep;28(9):1999-2007.
- Dures E, Farisoğulları B, Santos EJF, Molto A, Feldthausen C, Harris C, et al. 2023 EULAR recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. *Ann Rheum Dis*. 2023;1260-7. doi:10.1136/ard-2023-244514.
- Pons-Estel BA, Catoggio LJ, Cardiel MH, Soriano ER, Gentiletti S, Villa AR, et al. The GLADEL multinational Latin American prospective inception cohort of 1,214 patients with systemic lupus erythematosus: ethnic and disease heterogeneity among Hispanics. *Medicine (Baltimore)*. 2004 Jan;83(1):1-17. doi:10.1097/01.md.0000104742.42401.e2.
- Méndez-Castellano H. Sociedad y estratificación: método Graffar-Méndez Castellano. Caracas (Venezuela): FUNDACREDESA; 1994. 206 p. ID: lil-335634.
- Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol*. 2002 Feb;29(2):288-91.
- Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012 Aug;64(8):2677-86. doi:10.1002/art.34473.
- Kapsala NN, Nikolopoulos DS, Flouda SP, Chavatzas AP, Tseronis DD, Aggelakos MD, et al. From first symptoms to diagnosis of systemic lupus erythematosus: mapping the journey of patients in an observational study. *Clin Exp Rheumatol*. 2023 Jan;41(1):74-81. doi:10.55563/clinexprheumatol/x3s9td.
- Aranow C, Askanase A, Oon S, Huq M, Calderone A, Morand EF, Nikpour M. Laboratory investigation results influence Physician's Global Assessment (PGA) of disease activity in SLE. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun;79(6):787-792. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216753.
- Pons-Estel GJ, Quintana R, Ugarte-Gil MF, Harvey GB, Wojdyla D, Serrano-Morales R, et al. Predictors of first hospitalization due to disease activity and infections in systemic lupus erythematosus patients. *Lupus*. 2024 Nov;33(13):1492-1501. doi:10.1177/09612033241283551.

19. Murimi-Worstell IB, Lin DH, Kan H, Tierce J, Wang X, Nab H, et al. Healthcare utilization and costs of systemic lupus erythematosus by disease severity in the United States. *J Rheumatol*. 2021 Mar;48(3):385-393. doi:10.3899/jrheum.191187.
20. Jönsen A, Hjalte F, Willim M, Carlsson KS, Sjöwall C, Svenungsson E, et al. Direct and indirect costs for systemic lupus erythematosus in Sweden. A nationwide health economic study based on five defined cohorts. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Jun;45(6):684-90. doi:10.1016/j.semarthrit.2015.11.013.
21. Strand V, Berry P, Lin X, Asukai Y, Punwaney R, Ramachandran S. Long-term impact of belimumab on health-related quality of life and fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: six years of treatment. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Jun;71(6):829-838. doi:10.1002/acr.23788.
22. Tench CM, McCurdie I, White PD, D'Cruz DP. The prevalence and associations of fatigue in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*. 2000;39(11):1249-54. doi:10.1093/rheumatology/39.11.1249.
23. Azizoddin DR, Gandhi N, Weinberg S, Sengupta M, Nicassio PM, Jolly M. Fatigue in systemic lupus: the role of disease activity and its correlates. *Lupus*. 2019;28(2):163-73. doi:10.1177/0961203318817826
24. Carrión-Barberà I, Salman-Monte TC, Castell S, Castro F, Ojeda F, Carbonell J. Prevalence and factors associated with fatigue in female patients with systemic lupus erythematosus. *Med Clin*. 2018;151(9):353-8. doi:10.1016/j.medcli.2017.12.007.
25. Bruce IN, Buie J, Bloch L, Bae SC, Costenbader K, Levy RA, et al. Lupus spectrum ambiguity has long-term negative implications for patients. *Lupus Sci Med*. 2023;10(1):1-6. doi:10.1136/lupus-2022-000856.
26. Kernder A, Richter JG, Fischer-Betz R, Winkler-Rohlfing B, Brinks R, Aringer M, et al. Delayed diagnosis adversely affects outcome in systemic lupus erythematosus: Cross sectional analysis of the LuLa cohort. *Lupus*. 2021;30(3):431-8. doi:10.1177/0961203320983445.
27. Al Sawah S, Daly RP, Foster S, Naegeli A, Benjamin K, Doll H, et al. Understanding delay in diagnosis, access to care and the satisfaction care in Lupus: Findings from a cross-sectional online survey in the United States. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(Suppl 2):812.2-812. doi:10.1136/annrheumdis-2015-eular.1159.