



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla

Centro Médico Nacional "General de División Manuel Ávila Camacho"

Instituto Mexicano del Seguro Social

"Fenotipos clínicos y la percepción de calidad de vida en mujeres con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en el Hospital de Especialidades Puebla"

Tesis para obtener el Diploma en la

Especialidad en Medicina Interna

Presenta:

Tania Gala Diaz

Residente de 4° grado de Medicina Interna

Directores:

Dra. María del Rayo Suarez Santiesteban

Dr. Arturo Arreguin Reyes

Registro SIRELSIS: R-2023-2101-090

H. Puebla de Z. febrero 2024



AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias a Dios por permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida ya que sin él no hubiera encontrado la fuerza, la luz para seguir adelante. A mi Mamá un pilar fundamental en mi vida que día y noche estuvo a mi lado apoyándome para lograr mi desarrollo profesional, a mi novio que me ha acompañado en esta larga travesía sin importar la distancia y el tiempo. sin olvidar a la familia Diaz Marta y sus agregados que contribuyeron de muchas maneras estando en los momentos difíciles y felices compartiendo esta etapa que culminó el día de hoy.

A mis asesores de tesis la Dra. María del Rayo Suarez Santiesteban, Dr. Arturo Arreguin Reyes sin su ayuda este trabajo de investigación no habría sido posible. Gracias.

“El señor es mi fuerza y mi escudo; mi corazón en él confía; de él recibo ayuda. M

i corazón salta de alegría y con cánticos le daré gracias” (salmo 28:7)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2101**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL GRAL. DIV. MANUEL AVILA CAMACHO

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 055
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 21 CEI 002 2018073**

FECHA **Jueves, 10 de agosto de 2023**

Maestro (a) MARIA DEL RAYO JUAREZ SANTIESTEBAN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FENOTIPOS CLÍNICOS Y LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-2101-090

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) JOSE ALVARO PARRA SALAZAR
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2101

Imprimir

IMSS

SEGURO Y SALUD PARA TODOS



GOBIERNO DE
MÉXICO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE
ALTA ESPECIALIDAD



CENTRO MÉDICO NACIONAL
"GRAL. DE DIV. MANUEL ÁVILA CAMACHO"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PUEBLA, PUE., A 29 de Febrero 2024

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: Dr. Arturo Arriagun Reyes
Dra. María del Rayo Serey Santisteban

DE LA TESIS TITULADA:

Fenotipos clínicos y la percepción de la calidad de vida
en mujeres con diagnóstico de lupus Eritematoso Sistémico
en el Hospital de Especialidades Puebla

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: Tania Galz Díaz

DE LA ESPECIALIDAD: Medicina Interna

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS
CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL: R2-2023-2101-090

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

DR. ROBERTO ARRIAGUN REYES
REUMATOLOGÍA
CÉD. PROF. 107700
IMSS 989 40071184

Dr. María del Rayo Serey Santisteban
Alergología
Méd. 8784612
C.E. 122881



CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 29 de Febrero de 2024.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PRESENTE

El (la) suscrito (a) Tania Galz Diaz, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la especialización médica/maestría/doctorado en Medicina Interna de fecha 01 mayo 2020 - 29 febrero 2024 manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado

Fenotipos Clínicos y la percepción de la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital de Especialidades Puebla

el cual ha sido asesorado por el (los) doctor (es) Dr. Miguel del Rayo Suarez Sanchez, Dr. Arturo Arreguin Reyes en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente

Tania Galz Diaz
Nombre y firma

RESUMEN.

FENOTIPOS CLÍNICOS Y LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA.

Autores: Gala Diaz Tania*, Suarez Santiesteban María del Rayo**, Arreguin Reyes Arturo**

**Médicos adscritos del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho

Correspondencia; tania-gala@gmail.com

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico se puede presentar en cualquier edad de la vida si excluir sexo ni raza, sin embargo, es una patología que tiene predominio en mujeres en edad fértil con una relación 9:1. No obstante la presentación puede variar dependiendo de los fenotipos de LES que se presenten. La edad funge un papel de importancia ya que de ahí se puede partir para clasificar a la población en diferentes fenotipos pues ha sido bien evidenciada la población pediátrica y de edad avanzada también afectada por esta patológica. El LES se caracteriza por presentar una gran variedad de manifestaciones clínicas entre estas manifestaciones encontramos manifestaciones constitucionales, mucocutáneas, hematológica, renal, pulmonar, cardiovascular, que condicionan daños orgánicos. La presentación de diversas manifestaciones clínicas y complicaciones pueden tener un efecto negativo en la percepción de la calidad de vida. Estudios recientes evidencian un importante impacto en la Calidad relacionado con enfermedades inmunológicas en este caso el Lupus Eritematosos Sistémico por lo que se decide realizar esta investigación, con el objetivo de determinar la percepción de calidad de vida en pacientes lúpicas en sus diferentes fenotipos de presentación.

Objetivo: Determinar los fenotipos clínicos y de que manera se ve afectada la calidad de vida en mujeres diagnosticadas Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital de Especialidades Puebla.

Material y métodos: Se elaboró un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, homodémico realizado en el Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, en el servicio de reumatología en los pacientes del sexo femenino adultas y que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Una vez recopilado los resultados se procedió a realizar el análisis estadístico con medidas de tendencia central y de dispersión por medio del programa SPSS, prueba de Fisher y correlación de Pearson.

Resultados: Se reclutaron un total de 20 pacientes de las cuales el 100% de la muestra fueron mujeres. En cuanto a los fenotipos clínicos hubo un predominio de lupus de aparición habitual de 18 a 49 años en 14 pacientes (70%), seguido de una presentación de LES de aparición juvenil de < 18 años en 4 pacientes (20%) y por último una presentación de LES tardía > 50 años en 2 pacientes (10%) de las pacientes. Acerca del fenotipo clínico de LES inicio juvenil el SLEDAI fue alto en el 50% pacientes, seguido de moderado en un 25% y muy alto con un 25%. En LES de aparición habitual el SLEDAI más frecuente fue el moderado (50%), seguido del leve con LES (35.7%) y el alto en 2 (14.3%) y finalmente en el LES tardío el 100% de las pacientes presentaron un SLEDAI leve

En cuanto a los fenotipos el que obtuvo mejor calidad de vida fue el LES de aparición habitual seguido el LES de aparición tardía y por último obtuvieron peor calidad de vida el fenotipo LES juvenil. En relación a los fenotipos clínicos con el SF-36 se encontró que el Fenotipo de aparición habitual resultó con una $p = < 0.0001$ en los todos los ítems de calidad de vida. No se encontró correlación entre SLEDAI y el SF-36 de calidad de vida en todos los fenotipos clínicos con una p no significativa y una $r =$ correlación nula.

Conclusión.

Dependiendo el fenotipo clínico de cada paciente dependerá la agresividad de la enfermedad. entre más joven se manifieste mayor afectación orgánica. Por lo cual es importante conocer los fenotipos clínicos para valorar la calidad, tratamiento y pronóstico.

INDICE

RESUMEN.....	6
1. ANTECEDENTES.....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
3. JUSTIFICACIÓN.....	26
4. MATERIAL Y MÉTODOS.	27
5. RESULTADOS.	31
6. DISCUSIÓN.....	64
7. CONCLUSIONES.....	66
8. BIBLIOGRAFIA.....	67
9. ANEXOS:.....	72

1. ANTECEDENTES.

1.1 ANTECEDENTES GENERALES.

Definición.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es un padecimiento inmunológico, crónico con un curso recidivante y remitente. Que implica desde actividad leve hasta insuficiencia orgánica. Que se caracteriza por anticuerpos dirigidos contra antígenos nucleares, citoplasmáticos contra antígenos nucleares y citoplasmáticos (1).

Epidemiología.

El LES es una enfermedad con predominio en las mujeres. Dichas mujeres tienen la característica de encontrarse en etapa fértil con una media de edad entre 15 y 44 años de edad. La relación hombre y mujer es de hasta 13:1, mientras que en niños y ancianos es solo de 2:1. Presentándose con mayor frecuencia en pacientes. (2)

El análisis de los datos de Medicare de EE. UU. sugiere que la prevalencia del LES ajustada por edad y sexo fue de 301,1 por 100 000 personas en 2009 y aumentó a 366,6 por 100 000 personas en 2016 (3).

Etiopatogenia.

El LES es propiciada por una reacción autoinmunitaria en la que el sistema inmunitario dirige una respuesta inmunitaria inapropiada a partículas celulares que contienen ácido nucleico (4).

La lesión tisular es promovida por varios factores: factores tanto epigenéticos como genéticos por la producción de células dendríticas autorreactivas, estimulación de células T CD41 autorreactivas y células B en la producción de autoanticuerpos junto con el empleo de citoquinas inflamatorias y factores hormonales y ambientales (5).

Factores genéticos.

Se han encontrado más de 100 loci genéticos asociados con LES. Las mutaciones son raras pero se han encontrado en genes que codifican nucleasas que escinden el ADN o el ARN en el LES. (4).

Predominio femenino.

El predominio al género femenino sigue siendo poco conocido. Las contribuciones hormonales a la activación del sistema inmunitario representan un componente del predominio femenino de la enfermedad. El estrógeno puede modular la activación de los linfocitos (4). La dehidroepiandrosterona (DHEA), la testosterona y la progesterona se encontraron significativamente más bajas en pacientes con LES (5).

Factores ambientales.

Se ha considerado que varios factores ambientales juegan un papel en el LES como el Virus Epstein-Barr que se ha encontrado títulos altos en los niños con LES. La luz ultravioleta puede fomentar la expresión de RNP nucleares (antiproteína nuclear) más pequeños en la superficie celular y disminuir la actividad de metilación del ADN de las células T, con el consiguiente desequilibrio de la inmunidad adaptativa y formación de autoanticuerpos. El polvo de sílice y fumar cigarrillos ambos aumentan el riesgo de desarrollar LES, especialmente en mujeres afroamericanas, medicamentos como penicilina, sulfonamidas y codeína, han sido reportados como agentes causantes de LES y el consumo de alcohol: un consumo moderado parece ser un factor protector (5).

En cuanto a la luz ultravioleta los queratinocitos al exponerse liberan antígenos incluidos Ro, RNP y LA. Estos desechos no eliminados están ampliamente relacionados con inflamación y producción de autoanticuerpos (2).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El LES es una enfermedad heterogénea; se caracteriza por una presentación variada de manifestaciones clínicas con periodos de remisión y exacerbación (ver tabla 1) (5).

TABLA 1. Manifestaciones clínicas de LES.

Constitucionales	Fatiga, fiebre, anorexia, pérdida de peso.
Mucocutáneas	Úlceras orales y nasales, fotosensibilidad, alopecia, vasculitis cutánea, livedo reticularis, fenómeno de Raynaud entre otras.
Musculoesquelético	Artralgias, poliartritis, artritis, tenosinovitis, artropatía de Jaccoud, miopatía inflamatoria, fibromialgia.
Hematológicas	Anemia, anemia hemolítica, leucopenia, neutropenia o linfopenia, trombocitopenia, pancitopenia, esplenomegalia.
Neuropsiquiátricas	Cefalea, depresión, ansiedad, psicosis, convulsiones, síndrome desmielinizante entre otras.
Renales	Hematuria, proteinuria, nefritis lúpica, glomerulonefritis progresiva difusa. microangiopatía trombótica, nefritis intersticial.
Pulmonares	Pleuritis, derrames pleurales de tipo exudativos, enfermedad pulmonar intersticial, neumonitis lúpica, hemorragia alveolar difusa, hipertensión arterial pulmonar, embolia pulmonar entre otras
Cardiovasculares	Pericarditis , miocarditis, endocarditis de Libman-Sacks, alto riesgo de enfermedad arterial coronaria, ya sea debido a vasculitis coronaria o más frecuentemente debido a aterosclerosis generalizada.
Gastrointestinales	Enteritis lúpica, hepatitis lupoide, pancreatitis, vasculitis mesentérica Dismotilidad esofágica, enteritis , trombosis

	de los vasos mesentéricos y enfermedad veno-oclusiva hepática.
Otras	Afectación ocular es frecuente, queratoconjuntivitis, retiniana, neuritis óptica, uveítis, escleritis, queratitis ulcerosa periférica y epiescleritis.

Fuente: MT; FGB. Systemic lupus erythematosus: Epidemiology, pathophysiology, manifestations, and malajemente [Internet]. Dental clinics of North America. U.S. Nacional Library of Medicine; [cited 2023Apr24]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034070/>

FENOTIPOS CLÍNICOS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Se han notificado diferencias significativas en el fenotipo de la enfermedad y la gravedad del lupus eritematoso sistémico (LES) que se presenta en diferentes grupos de edad. La mayoría indica un fenotipo más grave en el LES de inicio juvenil (LESJ) (6).

Lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil.

El lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil (LESJ) es una rara enfermedad autoinmune multisistémica grave que puede afectar cualquier sistema de órganos y cursar daños significativos, invalidez y muerte. En comparación con los pacientes de inicio de la enfermedad en la edad adulta. Los pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil muestran un aumento en actividad de la enfermedad, daño y requieren tratamientos más agresivos. Se define por el inicio de la enfermedad antes de los 18 años y afecta aproximadamente al 15 y 20% de los pacientes con LES. En comparación del LES de inicio en adultos el LESJ es más agresivo, con mayor actividad de la enfermedad y carga de medicación, que contribuye al aumento de la morbilidad y la mortalidad asociada con la enfermedad, órgano más grave, la presencia de mayor daño en el momento de los diagnósticos y una mayor incidencia en enfermedades renales, cardiovasculares y afectación neuropsiquiátrica (6).

Epidemiología.

La edad pico de LESJ es de 12.6 años. pacientes con inicio muy temprano de la enfermedad son más propensos a mostrar una atípica presentación por falta de anticuerpos, enfermedad más grave y mal pronóstico (6).

Los pacientes con LESJ se caracteriza por predominio femenino, así como un inicio insidioso lo que explica el retraso diagnóstico significativamente más largo entre los pacientes de edad avanzada (7).

Manifestaciones clínicas.

El LES de inicio juvenil está caracterizada por una presentación y un curso clínico extremadamente variable. Va desde una enfermedad relativamente leve hasta presentaciones severas que amenazan la vida. Muchas características como úlceras orales, fiebre, artralgias, cefaleas y pérdida de peso no son específicas. La afectación de órganos principales incluye afectación renal hasta en un 80% de los pacientes. La afectación neuropsiquiátrica su presentación es muy variable y pueden incluir cefaleas, psicosis, disfunción cognitiva y accidentes cerebrovasculares. La afectación hematológica en particular anemia hemolítica, linfopenia, trombocitopenia es común. En cuanto a las manifestaciones mucocutáneas se observa con frecuencia eritema malar, fotosensibilidad, úlceras orales y lesiones de vasculitis (8).

Serología.

El LESJ muestra una positividad para una variedad de ANA, incluido los dirigidos contra el ADN de doble cadena (dsDNA) y otros antígenos nucleares extraíbles como anti-Sm/RNP y anti- SSA/SSB (8). En otros estudios se demostró la hipocomplementemia con menos frecuencia en pacientes con LESJ (7).

Lupus eritematoso sistémico de inicio tardío.

EL Lupus Eritematoso Sistémico también puede comenzar después de los 50 años, lo que se denomina LES de inicio tardío (LEST) y constituye del 2 al 20 % de todos los pacientes con LES (9).

Epidemiología.

El LES de inicio tardío es reportado en la literatura que tiene una presentación menos grave en lo que respecta a su presentación y curso clínico. Por una predilección de la población femenina sin embargo disminuye dicha proporción progresivamente con el aumento de la edad, con una proporción 7:1. El LES de inicio tardío también parece tener un inicio de la enfermedad más insidioso y tiene un menor grado general de actividad de la enfermedad (9). En el LES de inicio tardío suele presentarse más en la población caucásica (10).

Patogénesis.

El envejecimiento se ha asociado a un incremento de autoanticuerpos, hecho que contrasta con la disminución de la respuesta inmune que se produce con la edad. En los pacientes de lupus de aparición tardía se encuentra una mayor existencia de autoanticuerpos no órgano específicos, entre los que cabe destacar: los anticuerpos antifosfolípidos, el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares (10).

Es importante recalcar que la presentación en pacientes ancianos es más atípica que en los individuos jóvenes (10).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Es aceptado que el LES de inicio tardío tiene un inicio insidioso y de manifestaciones clínicas inespecíficas (10). Los datos en la literatura sugieren que el compromiso pulmonar y la serositis se observan con más frecuencia en el LES de inicio tardío (11). Por el contrario, se presentan con menor frecuencia hipocomplementemia anticuerpos-Rnp, alopecia, eritema malar, fotosensibilidad, , artropatía deformante, afección renal, trombosis, miocardiopatía, (11).

SEROLOGIA.

En el Lupus de inicio tardío la serología se puede ver afectada por la edad la edad, se ha observado una mayor prevalencia de factor reumatoide y de anticuerpos anti-Ro y anticuerpos anti-La, mientras que con menor frecuencia anti-RNP e hipocomplementemia, anticuerpos anti-dsDNA (10).

DIAGNÓSTICO.

Criterios de clasificación.

El diagnóstico de lupus eritematoso sistémico se realiza en base a una combinación de dos dominios un dominio clínico y un dominio inmunológico (2).

Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) y el Colegio Americano de Reumatología (ACR) publicaron nuevos criterios para la clasificación del LES. Los criterios EULAR/ACR tienen una especificidad del 93,4% y una sensibilidad del 96,1%,.

De acuerdo con estos criterios es necesario contar con la presencia de antinucleares anticuerpos antinucleares positivos a título $\geq 1/80$ en al menos una ocasión siendo un criterio obligatorio, agregándose 7 dominos clínicos que engloban dominio constitucional, cutáneo, articular, neurológico, serositis, hematológico renal y tres dominios inmunológicos inmunológicos: anticuerpos antifosfolipídicos, complemento, anticuerpos (ver tabla 2) (12).

TABLA 2. NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN EULAR/ACR DE LUPUS ERITEMATOSOS SISTÉMICO.

Criterios de entrada.	
Anticuerpos antinucleares positivos > 1/80 por inmunofluorescencia indirecta mediante sustrato de la línea celular HEp-2 (en cualquier momento)	
Dominios clínicos	puntos

Constitucional:	
fiebre	2
cutáneo:	
Alopecia no cicatricial	2
Aftas orales	2
Lupus cutáneo subagudo o lupus discoide	4
Lupus cutáneo agudo	6
Articular:	
Sinovitis o dolor en > 2 articulaciones con rigidez articular matutina > 30 min	6
Neurológico:	
Delirium	2
Psicosis	3
Convulsiones	5
Serositis:	
Derrame pleural o pericárdico	5
Pericarditis aguda	6
Hematológico:	
Leucopenia	3
Trombocitopenia	4
Hemolisis autoinmunitaria	4
Renal:	
Proteinuria > 0.5 mg/24h	4
Nefritis lúpica clase II O V	8
Nefritis lúpica clase III o IV	10
DOMINIOS INMUNOLÓGICOS	PUNTOS
Anticuerpos antifosfolípidos:	
Anticardiolipina a títulos medios o altos o anti- b 2 glicoproteína 1 o	2
anticoagulante lúpico positivo	2
Complemento:	
C3 bajo o C4 bajo	3
C3 bajo y C4 bajo	4

Anticuerpos:	
Anti- ADNn	6
Anti-Sm	6

Fuente: Narváez J. Lupus eritematoso sistémico 2020 [Internet]. Medicina Clínica. Elsevier; 2020 [cited 2023Apr24]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-lupus-eritematoso-sistemico-2020-S0025775320303250>

El cumplimiento o no de los criterios de clasificación del LES no permite confirmar o descartar con total certeza la enfermedad, ya que se pueden producir errores diagnósticos (por ejemplo, el 2-3% de pacientes con LES y ANA negativos no podrían ser clasificados como tales según los nuevos criterios) (12).

TRATAMIENTO.

El objetivo del tratamiento dirigido al LES tiene como objetivo inducir la baja actividad de la enfermedad hasta la remisión, la prevención de brotes, la prevención de la acumulación de daños y así como la mejora de la calidad de vida (13).

Antimaláricos.

La evidencia actual sugiere el uso de hidroxicloroquina que va desde 200 a 400 mg al día o cloroquina de 150 a 300 mg al día (14). O calculada a una dosis la hidroxicloroquina que no supere los 5 mg/kg de peso corporal real (13).

Glucocorticoides.

Los Glucocorticoides (GC) son aquellos que pueden proporcionar alivio rápido de la sintomatología sin embargo su uso a largo plazo no es recomendado por los efectos secundarios que pueden ocasionar por lo que se sugiere minimizar las dosis diaria a $\leq 7,5$ mg/día de equivalente de prednisona o suspenderlos (13).

Fármacos inmunosupresores.

Los objetivos del tratamiento con fármacos inmunosupresores son detener el daño, recuperar la función y controlar la actividad inmunológica. La terapia de mantenimiento se usa para consolidar la remisión y prevenir las recaídas (14).

El inicio consecuente de los fármacos Inmunosupresor (IS) facilita la disminución y la suspensión de glucocorticoides además prevenir los brotes de la enfermedad. La elección del agente depende de las manifestaciones predominantes de la enfermedad, la edad de la paciente y el potencial fértil, los problemas de seguridad y el costo. El metotrexato y la azatioprina su uso es contemplado en pacientes con difícil control de los síntomas en aquellos pacientes que ya cuentan con hidroxicloroquina y glucocorticoide sin respuesta a tratamiento suficiente (13).

Entre los fármacos mas destacados inmunosupresores se cuentan con El Ácido micofenólico (MMF): la dosis puede variar de 1 a 3 g v dependiendo del órgano involucrado y de la gravedad de las manifestaciones, la ciclofosfamida con una dosis va de 500 hasta 1.000 mg/m²., la azatioprina con una dosis varía entre 1 y 3 mg/kg/día el Metotrexato con una dosis desde 7,5 a 25 mg (14).

Agentes Biológicos.

Se cuenta con tratamientos dirigidos contra células B. En este grupo de medicamentos encontramos al rituximab un anticuerpo monoclonal anti-CD20, y belimumab un anticuerpo monoclonal humano que se une específicamente a la forma soluble del Citocina reguladora de LT (BAFF). A su vez se cuenta con tratamiento dirigido al bloqueo de la activación de las células T en donde destaca el Abatacept y por ultimo los antagonistas del interferón siendo el sifalimumab, rontalizumab y anifrolumab (12).

CALIDAD DE VIDA.

La organización mundial de la salud define la calidad de vida como "la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas

de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Comprende todos los aspectos de la vida humana, cuatro básicos: estado somático, bienestar mental, relaciones sociales y aptitud física, así como complementarios: el impacto del medio ambiente, el estatus económico, el funcionamiento en roles sociales, la sexualidad y la imagen corporal (15).

Desde el punto de vista de la ciencia médica, se utiliza un término más restringido de “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS), que se basa en la definición de la OMS y define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. bienestar, no sólo la ausencia de enfermedad” (16).

Métodos de evaluación de la calidad de vida.

Para evaluar la calidad de vida se utilizan tres tipos de cuestionarios: general (genérico), específico y mixto. Se utilizan cuestionarios genéricos para evaluar la calidad de vida de personas sanas y con alguna enfermedad en la población general (SF-36, EQ-5D, WHOQOL) (16).

Los cuestionarios genéricos son los más utilizados en pacientes con lupus eritematoso sistémico: SF-36, SF-20, EQ-5D, WHOQOL y VAS (17).

El SF-36 es un cuestionario genérico que evalúa 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La puntuación va entre 0 y 100 puntos y su interpretación traduce que mientras mayor es la puntuación obtenida mejor calidad de vida de los pacientes(15).

Muchos estudios muestran que la calidad de vida de los pacientes con LES es inferior a la de la población general. La enfermedad causa muchos síntomas clínicos diferentes. Debido a la naturaleza generalizada y crónica de la enfermedad, influye a largo plazo en todos los aspectos de la calidad de vida del paciente (17).

Los pacientes reaccionan de manera diferente al diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (17).

El curso imprevisible de la enfermedad puede causar miedo y sensación de inseguridad con respecto a la vida futura. Algunos pacientes reaccionan negando. Subestiman el diagnóstico. A pesar de los síntomas aceptan el tratamiento a regañadientes.

La calidad de vida cambia en los primeros 2 años de la enfermedad y se mantiene estable durante los siguientes 3 años (17).

Los pacientes temen el curso de la enfermedad, otra agravación o propagación a nuevos órganos. A menudo se relaciona con una experiencia desagradable al comienzo de la enfermedad o con un agravamiento grave del pasado. Los pacientes están preocupados por la recurrencia del dolor, la intensificación de la debilidad y la fatiga. Temen la progresión de la enfermedad e incluso la muerte (17).

La aceptación de la enfermedad suele demandar tiempo. En algún momento los pacientes encuentran la estrategia de cómo hacer frente a la enfermedad.

En algún momento los pacientes encuentran la estrategia de cómo hacer frente a la enfermedad (17).

Trastornos emocionales.

Más de dos tercios de los pacientes con LES padecen trastornos emocionales. En los estudios se observaron: sentimiento de tristeza, depresión, miedo, ansiedad, culpa, ira, ira. Los síntomas más frecuentes incluyen sensación de ansiedad reportada por más del 70% de los pacientes, trastornos del estado de ánimo en el 61,3% y depresión en el 50% de los pacientes. La enfermedad desencadena la sensación de impotencia y agotamiento por la lucha cotidiana que el paciente no puede ganar (17).

Fatiga.

La fatiga y el dolor fueron los dos síntomas más comúnmente informados que afectan la calidad de vida de los pacientes. La fatiga constante tiene una influencia devastadora en muchos aspectos de la vida de los pacientes y sin duda constituye

un factor que empeora la calidad de vida. Del 50 al 90% de los pacientes con LES experimentan fatiga constante y la consideran la manifestación más común de la enfermedad (17).

Dolor.

Más del 90 % de los pacientes sufren pantomima articular. El dolor influye significativamente en el funcionamiento cotidiano de los pacientes, limita sus capacidades para cumplir con sus deberes profesionales, así como con las responsabilidades del hogar, realizar ejercicio físico e incluso actividades personales (higiene íntima) (17).

Actividades físicas.

Los estudios muestran que un nivel adecuado de actividad física tiene un impacto positivo en la salud física, mental y social de los pacientes con enfermedades crónicas, lo que aumenta su calidad de vida. El bajo nivel de actividad física en pacientes con LES influye en el desarrollo de enfermedades vasculares, osteoporosis, obesidad, fatiga y trastornos del sueño. Los pacientes con LES limitan su actividad física por muchas razones. Existe temor al dolor articular, sangrado (derivado de trastornos hematológicos, aumento del riesgo de fractura. La fotosensibilidad imposibilita a los pacientes participar en actividades deportivas al aire libre. La depresión tiene una influencia negativa en la forma física del paciente y favorece el desarrollo de más problemas psicológicos (17).

Relaciones familiares.

La enfermedad tiene un impacto negativo también en la vida familiar y social. Los pacientes no cumplen con sus responsabilidades domésticas y familiares debido al constante cansancio y mal humor. Los familiares a menudo tratan de relevarlos de sus deberes, lo que a veces molesta y frustra al paciente que se siente impotente e indefenso. A pesar de las manifestaciones de la enfermedad, algunos pacientes deciden cumplir con sus funciones porque quieren seguir siendo dependientes (17).

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

Ambrose y cols. en el año del 2016 realizaron una investigación en Reino Unido sobre las Diferencias en el fenotipo y la gravedad de la enfermedad en el LES entre grupos de edad. La artritis fue más común con la edad avanzada. Mientras que la enfermedad renal, la alopecia y las ulceraciones aftosas fueron más comunes en los jóvenes. El lupus neuropsiquiátrico fue menos frecuente en el LES de inicio juvenil. El LESJ se asoció más comúnmente con autoanticuerpos trombocitopenia, anemia hemolítica. La leucopenia aumentó con la edad avanzada. La mortalidad ha ido disminuyendo en las últimas décadas. Sin embargo, las tasas de mortalidad fueron sustancialmente más altas que la población general. La razón de mortalidad estandarizada fue de 18,3 en LESJ y 3,1 en LES de inicio en adultos. En conclusión; estos datos de la comparación directa más grande jamás realizada de LESJ con LES de inicio en adultos sugieren un fenotipo agresivo de enfermedad con un peor resultado en pacientes con LESJ y enfatizan la importancia de un seguimiento cuidadoso en esta población (18).

Rita Fonseca y cols. en el año del 2018 realizaron un estudio transversal en Portugal donde compararon pacientes con LES juveniles y adultos con el objetivo de Estudiar las diferencias en las características demográficas, clínicas e inmunológicas, la actividad y el daño orgánico acumulativo según la edad de aparición en el lupus eritematoso sistémico. En cuanto a los resultados Los pacientes con LES juvenil tenían más frecuentemente *rash* malar, úlceras orales, afectación neurológica, nefritis y las manifestaciones hematológicas como anemia hemolítica y leucopenia. La artritis era más frecuente en los pacientes con lupus del adulto. En conclusión, el estudio confirma la existencia de diferencias en el fenotipo clínico, según la edad al diagnóstico de LES. (19)

Urbano Solís Cartas y Cols. en el año del del 2020 realizaron una investigación con el objetivo de determinar la percepción de la calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Fue un estudio descriptivo, transversal con enfoque mixto en Ecuador. Su población de estudio fueron 143 pacientes con diagnóstico de LES según los criterios del Colegio Americano de Reumatología. los resultados obtenidos se mostró una edad promedio de diagnostico de la enfermedad de 32,83 años, con un tiempo de evolución de entre uno a cinco años de la patología. En el análisis de la percepción de calidad de vida se observó que las pacientes femeninas presentaron mejor media de percepción de calidad de vida en donde las dimensiones con mejores resultados fueron el rol físico, la función social, mientras que las de menor puntuación fueron el rol emocional y la función física. El análisis de la media de puntuación de percepción de calidad de vida con respecto a la presencia de comorbilidades y la adherencia farmacológica mostró una mejor calidad de vida en pacientes sin comorbilidades y las que tienen apego al tratamietno, mientas que aquellas pacientes con otras comorbilidades y mal apego al tratamietno demostraron peor calidad de vida. Al analizar el resultado de la correlación de Pearson entre la puntuación del SLEDAI y la del SF-36, se encontró una correlación negativa fuerte entre estas dos variables (-0,83), con un valor de $p = 0,01$. La interpretación de este resultado muestra que, al aumentar la actividad clínica del LES, disminuyen las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida

Por lo que se llego a la conclusión que el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de comorbilidades y el mal apego al tratamiento farmacológico constituyeron como variables que determinaron una disminución de las puntuaciones de percepción de la calidad de vida . Hubo una correlación negativa fuerte entre los resultados del SLEDAI y la percepción de CVRS, lo que significa que mientras mayor es la actividad de la enfermedad, peor es la percepción de calidad de vida de los pacientes con LES (15).

OBJETIVOS.

Objetivo general

Describir los Fenotipos Clínicos y Percepción de la Calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital de Especialidades Puebla.

Objetivos específicos:

- Identificar las edades de las mujeres con Lupus Eritematoso sistémico.
- Describir el LES de inicio temprano en mujeres con LES
- Describir el LES de inicio tardío en mujeres con LES
- Identificar las manifestaciones clínicas dependiendo del fenotipo clínico
- Evaluar la función física de las mujeres con LES del cuestionario Short Form 36
- Evaluar el rol físico de las mujeres con LES de acuerdo cuestionario Short Form 36
- Describir el dolor corporal de acuerdo al cuestionario Short Form 36
- Analizar la salud mental de acuerdo al cuestionario Short Form 36
- Describir la vitalidad de acuerdo al cuestionario Short Form 36
- Describir la función social de acuerdo al cuestionario Short Form 36
- Analizar el rol emocional de acuerdo al cuestionario Short Form 36
- Analizar la salud mental de acuerdo al cuestionario Short Form 36

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Lupus Eritematoso Sistémico es una patológica crónica muy frecuente en México, la cual requiere tratamiento en todos sus fenotipos de presentación, desde tratamiento con modificadores de la enfermedad hasta requiriendo terapia con anticuerpos monoclonales. Existe una gran variedad de información sobre las manifestaciones clínicas que puede presentar los portadores de esta patología, desde manifestaciones articulares, hasta el fallo de sistemas que pueden realmente comprometer la vida haciendo que la calidad de vida se vea afectada en muchos aspectos tanto psicológicos como sociales.

En el servicio de Reumatología se atiende a un gran número de pacientes con LES, pero no se clasifica de acuerdo al fenotipo que es un aspecto muy importante para conocer que pronóstico van a tener y por lo tanto como va a impactar en su Calidad de vida. Por lo cual es importante la realización de este estudio para valorar de manera integral al paciente, llevar a una mejor evolución, individualizar la terapéutica y disminuir los costos de hospitalización.

Pregunta a investigar:

¿Cuál es la relación entre los fenotipos clínicos y la percepción de calidad de vida en mujeres con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en el Hospital de Especialidades Puebla?

3. JUSTIFICACIÓN.

El Lupus Eritematoso Sistémico puede afectar de diversas formas la calidad de vida relacionada con la salud de quienes padecen esta enfermedad, sin embargo, la calidad de vida se puede ver más afectada dependiendo el fenotipo clínico que presente el paciente con diagnóstico de Lupus Eritematoso sistémico ya que en ciertos fenotipos clínicos hay mayor compromiso orgánico que en otros que puede impactar de manera más sustancial en diversos ámbitos de la vida ya sea en el rol social, salud mental, la sexualidad y la actividad física.

La percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades crónicas como el lupus eritematoso sistémico puede vulnerar de manera significativa el desarrollo psicoevolutivo, afectando la autoimagen y los procesos de socialización, de adaptación y más adelante, la vida laboral y profesional. De ahí la importancia de realizar este estudio para ver como impacta los fenotipos clínicos con la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de LES.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se trató de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, longitudinal, homodémico.

El actual estudio se llevó a cabo por parte del servicio de Reumatología en el Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho en Pacientes diagnosticadas con Lupus Eritematosos Sistémico. Desde que se aceptó el estudio hasta que se evaluó a toda la población de paciente diagnosticadas con LES seleccionada.

Se aprobó el protocolo y se procedió a captar a todas las pacientes femeninas con diagnóstico de LES que cumplieron con todos los criterios de inclusión por la consulta externa los días jueves, se identificaron el fenotipo clínico y se aplicaron los Índices de SLEDAI, SHORT FORM 36 y se determinó la calidad de vida y evolución de la misma.

Los sujetos de estudio para este protocolo fue la población de reumatología diagnosticada con Lupus Eritematosos Sistémico quien cumplió los siguientes criterios de inclusión que fueron sexo femenino, pacientes mayores de 18 años con más de un año de diagnóstico con diferentes fenotipos clínicos que contestaron de manera completa los cuestionarios y firmaron el consentimiento informado. Los criterios de exclusión que se aplicaron fueron aquellas pacientes gestantes, reciente diagnóstico, comorbilidades no relacionadas con LES y pacientes que no aceptaron participar en el estudio y que no firmaron el consentimiento informado. En cuanto a los criterios de eliminación fueron aquellos pacientes que perdieron vigencias, expedientes incompletos, aquellos que no contestaron de manera adecuada los cuestionarios.

EL estudio fue determinístico a conveniencia al investigador

Se utilizó el índice SLEDAI validado por de las Clínicas Colaboradoras Internacionales de Lupus Sistémico en 2012. Además del Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) validada por el International Quality of Life Assessment (IQOLA) realizados los cuestionarios por un solo aplicador en la Unidad Médica de Alta Especialidad del

Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho. se utilizaron otros materiales como hojas de recolección de datos, hojas de papel, computadora, plumas y material bibliográfico con recursos propios del investigador y del hospital

La aplicación se realizó en el consultorio de reumatología los días jueves ya que en su mayoría la consulta fue de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso sistémico de las cuales cumplieron los criterios de inclusión y que no tuvieron criterios de exclusión y eliminación. Se hizo la búsqueda intencionada de los diferentes fenotipos de Lupus Eritematoso sistémico, así como se procedió al cálculo del Índice SLEDAI se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario establecido.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva. Se utilizó el programa SPSS versión 29. Se aplicaron las siguientes medidas de sigüientes medidas de tendencia central: media, desviación estándar. Se utilizó una correlación entre las dimensiones del cuestionario sf-36 y el fenotipo clínico de las pacientes mediante la prueba de Fisher y correlación de Pearson.

El presente protocolo de investigación fue realizado por profesionales de la salud, especialistas en Reumatología, cuidando la integridad, dignidad, derechos y privacidad de los pacientes, se propuso al Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional, General de División “Manuel Ávila Camacho”

Tanto las historias clínicas como las hojas de recolección de datos serán tratadas con la máxima confidencialidad, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal. El desarrollo del presente trabajo de investigación atiende a los aspectos éticos que garantizan la privacidad, dignidad y bienestar del sujeto a investigación.

El investigador garantizó que este estudio tenga apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el riesgo de esta investigación fue considerada como investigación sin riesgo y se realizó en base a información de los expedientes clínicos.

Los procedimientos de este estudio se apegó a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevó a cabo en plena conformidad con la 18ª asamblea médica de Helsinki, Finlandia (1964) y de las modificaciones hechas por la propia 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón en 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia en 1983, la 41ª Asamblea Médica Mundial en Hong-Kong en 1989, 48ª Asamblea Médica Mundial en Somerset West, República de Sudáfrica en 1996, y por la 52ª Asamblea Médica Mundial en Edimburgo, Escocia en 2000, 59ª Asamblea Médica Mundial en Corea 2008, 64ª Asamblea Médica Mundial en Brasil en 2013, normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación y de la Conferencia Internacional de Armonización y ratificados en Río de Janeiro (2014), así como de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, artículo 4to y 5to (2013) donde el investigador garantiza que:

- a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema.
- b. Este protocolo fue sometido a evaluación por el Comité de Investigación y Ética en Investigación en Salud asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- c. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.
- d. Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas.
- e. En la publicación de los resultados de esta investigación, se preservó la exactitud de los resultados obtenidos.

Reglamento federal: título 45, sección 46 y que tiene consistencia con las buenas prácticas clínicas.

Declaración de Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000. Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: “Todos los sujetos en estudio firmaron el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes”.

Las actividades y procedimientos realizados tomaron en cuenta la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Título Primero, Capítulo I que estableció lo referente a los derechos humanos y sus garantías en el artículo primero.

El estudio de investigación ha sido normado mediante los principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación declarados en el informe Belmont, el cuál dictó los principios éticos básicos que incluyen el respeto a las personas, la beneficencia y de justicia, también detalla que en todas las personas deben ser partícipes voluntariamente mediante un consentimiento informado.

Se aclaró al participante que en cualquier momento puede abandonar el estudio cuando lo decida, sin que ello afecte su atención por parte del personal médico del hospital. En todo momento se guardó confidencialidad con sus datos personales.

5. RESULTADOS.

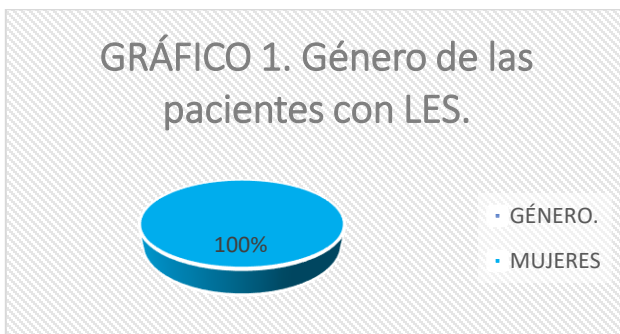
Los resultados obtenidos en las pacientes lúpicas derechohabientes de la Unidad Médica de Alta especialidad fueron los siguientes.

Se reclutaron un total de 20 pacientes de las cuales el 100% de la muestra fueron mujeres; (Ver tabla 1 y Gráfica 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la población: Género.

	Media	Recuento	% de N totales de tabla
Edad	35		
Sexo Femenino		20	100.0%
Masculino		0	0.0%

Fuente. Hoja de recolección de datos.



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Fenotipo clínico

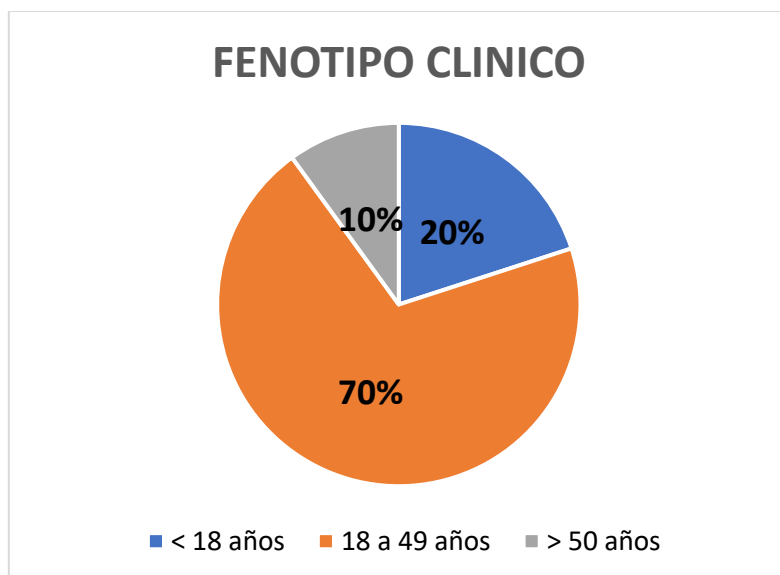
Respecto a las edades de las pacientes con LES, hubo un predominio de 18 a 49 años en 14 pacientes (70%), seguido de una presentación temprana de < 18 años en 4 pacientes (20%) y por último una presentación tardía > 50 años en 2 pacientes (10%) de las pacientes. (Ver tabla 2 y Gráfico 2).

Tabla 2. Fenotipo clínico de acuerdo a la edad

		Recuento	% de N totales de tabla
FENOTIPO CLINICO	< 18 años	4	20.0%
	18 a 49 años	14	70.0%
	> 50 años	2	10.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Gráfica 2. Fenotipo clínico de acuerdo a la edad



Fuente: Hoja de recolección de datos.

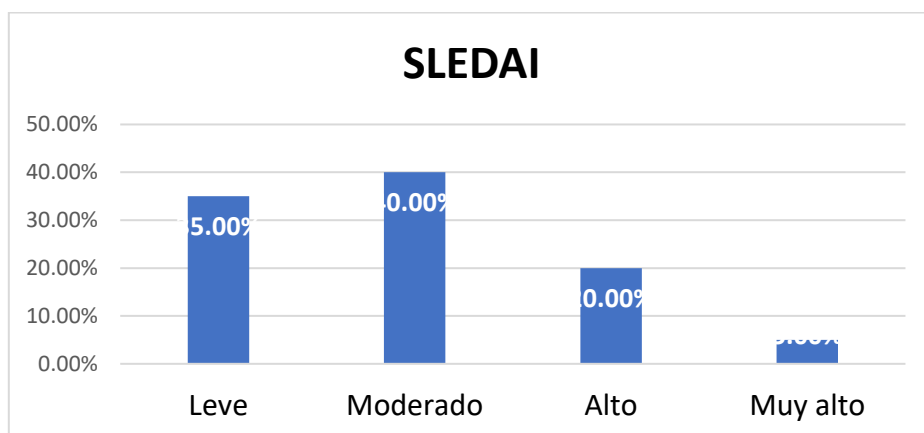
Índice de actividad de la enfermedad SLEDAI.

En cuanto a los resultados del índice SLEDAI, se obtuvo un predominio moderado en 8 pacientes con LES (40%), seguido de leve en 7 pacientes con LES (35%), alto en 4 pacientes con LES (20%) y muy alto en un paciente con LES (5%). (Ver tabla3 y Gráfica 3)

Tabla 3. Índice SLEDAI

		Recuento	% de N totales de tabla
SLEDAI	Leve	7	35.0%
	Moderado	8	40.0%
	Alto	4	20.0%
	Muy alto	1	5.0%

Grafica 3. Índice SLEDAI



Fuente: Hoja de recolección.

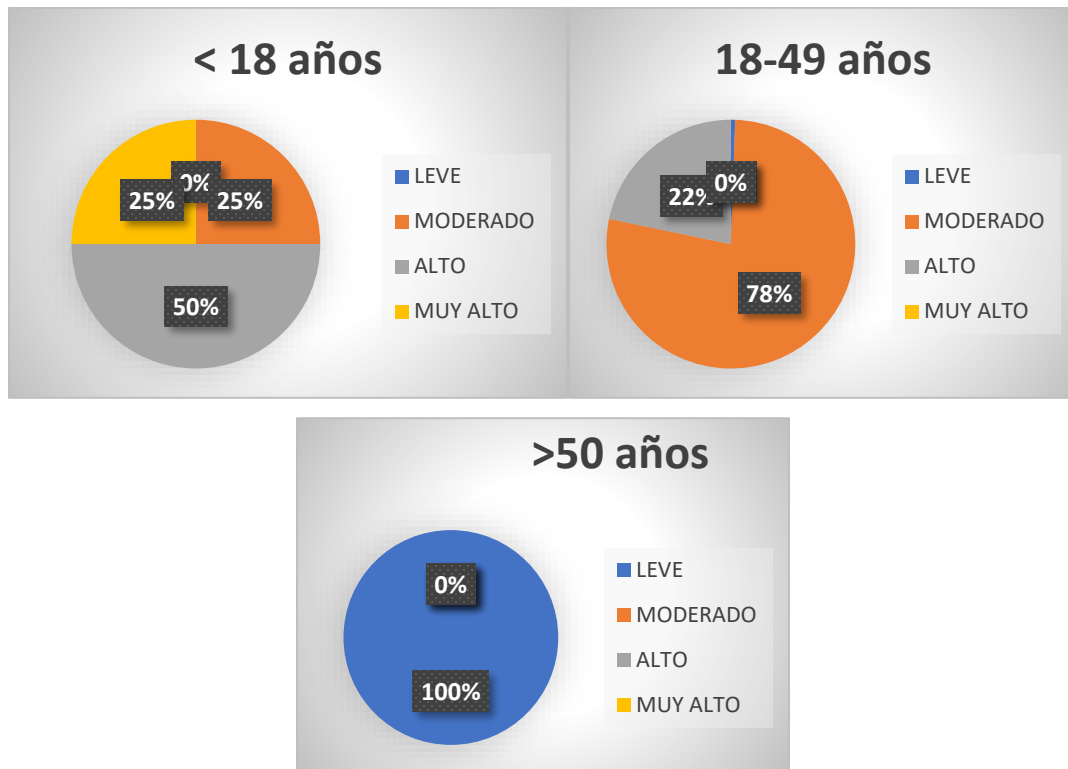
Índice SLEDAI respecto al fenotipo clínico.

Acerca del índice SLEDAI respecto a fenotipo clínico destaca que el grupo < 18 años predominó con un SLEDAI alto en 2 pacientes con LES (50%) pacientes, seguido de moderado y muy alto con un paciente con LES (25%) pacientes cada uno. En el grupo de 18 a 49 años el SLEDAI más frecuente fue el moderado en 7 (50%), seguido del leve en 5 pacientes con LES (35.7%) y el alto en 2 (14.3%) y finalmente el grupo > 50 años solo 2 (100%) de las pacientes presentaron un SLEDAI leve. (Ver tabla 4 Grafico)

Tabla 4. Índice SLEDAI respecto al fenotipo clínico

	Fenotipo clínico					
	< 18 años		18 a 49 años		> 50 años	
	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna
SLEDAI Leve	0	0.0%	5	35.7%	2	100.0%
Moderado	1	25.0%	7	50.0%	0	0.0%
Alto	2	50.0%	2	14.3%	0	0.0%
Muy alto	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%

Gráfico 4 Grafico SLEDAI respecto al fenotipo clínico



Fuente: Hoja de recolección de datos

Manifestaciones clínicas

En cuanto a las manifestaciones clínicas de las pacientes con LES, destaca que el más frecuente fue las manifestaciones músculo esqueléticas en 17 pacientes, seguida de manifestaciones mucocutánea en 11 pacientes, renales en 10 pacientes, hematológico en 8 pacientes, afectación constitucional en 7 pacientes y pulmonares en 1 un paciente. (Tabla 5)

Tabla 5. Manifestaciones Clínicas en población general

		Recuento	% de N totales de tabla
Afectación Constitucional	Si	7	35.0%
	No	13	65.0%
Mucocutánea	Si	11	55.0%
	No	9	45.0%
Musculoesquelético	Si	17	85.0%
	No	3	15.0%
Hematológico	Si	8	40.0%
	No	12	60.0%
Neuropsiquiátricas	Si	0	0.0%
	No	20	100.0%
Renales	Si	10	50.0%
	No	10	50.0%
Pulmonares	Si	1	5.0%
	No	19	95.0%
Cardiovasculares	Si	0	0.0%
	No	20	100.0%

Gastrointestinales	Si	0	0.0%
	No	20	100.0%
Otras	Si	0	0.0%
	No	20	100.0%

En cuanto al fenotipo de lupus eritematoso Juvenil, se obtuvo que en el grupo < 18 años las manifestaciones más frecuentes fueron afectación constitucional, mucocutánea, musculoesqueléticas, hematológicas con 4 pacientes; en el grupo de 18 a 49 años hubo un predominio de manifestaciones musculoesqueléticas con 11 paciente, seguido de mucocutánea y renales con 7 paciente, hematológico con 4 pacientes y afectación constitucional en 3 pacientes. Y en cuanto al fenotipo de lupus de inicio tardío en el grupo mayor a 50 años la manifestación clínica predominante fue el musculoesquelético en 2 pacientes. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Manifestaciones clínicas de acuerdo al fenotipo clínico.

		Fenotipos clínicos					
		< 18 años		18 a 49 años		> 50 años	
		Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna
Afectación Constitucional	Si	4	100.0%	3	21.4%	0	0.0%
	No	0	0.0%	11	78.6%	2	100.0%

Mucocutánea	Si	4	100.0%	7	50.0%	0	0.0%
	No	0	0.0%	7	50.0%	2	100.0%
Musculoesquelético	Si	4	100.0%	11	78.6%	2	100.0%
	No	0	0.0%	3	21.4%	0	0.0%
Hematológico	Si	4	100.0%	4	28.6%	0	0.0%
	No	0	0.0%	10	71.4%	2	100.0%
Neuropsiquiátricas	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	4	100.0%	14	100.0%	2	100.0%
Renales	Si	3	75.0%	7	50.0%	0	0.0%
	No	1	25.0%	7	50.0%	2	100.0%
Pulmonares	Si	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	3	75.0%	14	100.0%	2	100.0%
Cardiovasculares	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	4	100.0%	14	100.0%	2	100.0%
Gastrointestinales	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

	N o	4	100.0%	14	100.0%	2	100.0%
Otras	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	N o	4	100.0%	14	100.0%	2	100.0%

CALIDAD DE VIDA

Con respecto a los pacientes de LES se evaluó la calidad mediante la aplicación del cuestionario SF-36. En la dimensión de función física, se obtuvo que 19 pacientes (95%) la percibieron como buena y un paciente (5%) como mala; en la dimensión de dolor corporal se obtuvo en 19 pacientes (95%) la percibieron como buena y 1 (5%) como mala; en la dimensión de salud mental se obtuvo que 16 pacientes (80%) la percibieron como buena y 4 (20%) como mala; en la dimensión de vitalidad 11 pacientes (55%) la percibieron como buena y 9 (45%) como mala; en la dimensión de función social calidad de vida en 20 pacientes (100%) la percibieron como buena; en la dimensión de rol emocional en 18 pacientes (90%) la percibieron como buena y 2 (10%) como mala; ; en la dimensión de rol físico 18 pacientes (90%) la percibieron como buena y 2 (10%) como mala y finalmente en la dimensión de salud en general en 18 paciente (90%) la percibieron como buena y 2 (10%) como mala. (Ver tabla 7)

Tabla 7. Calidad de vida de las dimensiones del SF-36

		Recuento	% de N totales de tabla
Función Física	Mala Calidad	1	5.0%
	Buena Calidad	19	95.0%

Dolor Corporal	Mala Calidad	1	5.0%
	Buena Calidad	19	95.0%
Salud Mental	Mala Calidad	4	20.0%
	Buena Calidad	16	80.0%
Vitalidad	Mala Calidad	9	45.0%
	Buena Calidad	11	55.0%
Función Social	Mala Calidad	0	0.0%
	Buena Calidad	20	100.0%
Rol Emocional	Mala Calidad	2	10.0%
	Buena Calidad	18	90.0%
Rol Físico	Mala Calidad	2	10.0%
	Buena Calidad	18	90.0%
Salud en General	Mala Calidad	2	10.0%
	Buena Calidad	18	90.0%

Fenotipos clínicos en LES y calidad de vida

Acerca de las dimensiones del SF-36 respecto al fenotipo clínico, se obtuvo que en el grupo < 18 años casi en todas las dimensiones predominó una calidad de vida buena, excepto en la dimensión de dolor corporal donde 2 (50%) percibieron una calidad de vida buena y 2 (50%) como mala y en la dimensión de vitalidad donde predominó una calidad de vida mala en 3 (75%) pacientes; en el grupo de 18 – 49 años todas las dimensiones predominaron con una calidad de vida buena y en el grupo > 50 años casi todas las dimensiones predominaron con una calidad de vida

buena, excepto en la dimensión de salud mental y rol emocional donde 1 (50%) percibió buena calidad de vida y 1 (50%) la percibió como mala en cada una de las dimensiones mencionadas. El resto de los resultados se detallan en la tabla 9.

Tabla 9. Dimensiones de SF-36 respecto a los fenotipos clínicos

		Fenotípico clínico					
		< 18 años		18 a 49 años		> 50 años	
		Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna	Recuento	% de N totales de columna
Función Física	Mala Calidad	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%
	Buena Calidad	4	100.0%	13	92.9%	2	100.0%
Dolor Corporal	Mala Calidad	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%
	Buena Calidad	4	100.0%	13	92.9%	2	100.0%
Salud Mental	Mala Calidad	2	50.0%	1	7.1%	1	50.0%
	Buena Calidad	2	50.0%	13	92.9%	1	50.0%
Vitalidad	Mala Calidad	3	75.0%	6	42.9%	0	0.0%

	Buena Calidad	1	25.0%	8	57.1%	2	100.0%
Función social	Mala Calidad	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Buena Calidad	4	100.0%	14	100.0%	2	100.0%
Rol Emocional	Mala Calidad	0	0.0%	1	7.1%	1	50.0%
	Buena Calidad	4	100.0%	13	92.9%	1	50.0%
Rol Físico	Mala Calidad	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%
	Buena Calidad	4	100.0%	12	85.7%	2	100.0%
Salud en General	Mala Calidad	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%
	Buena Calidad	4	100.0%	12	85.7%	2	100.0%

Relación entre los Fenotipos y el cuestionario SF-36 de Calidad de vida.

Relación del Fenotipo juvenil con la función física del cuestionario SF-36.

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y el ítem función física se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p=0.0530$ (Ver tabla 10 y gráfica 5)

Table 10. relación entre Fenotipo juvenil y la función física.

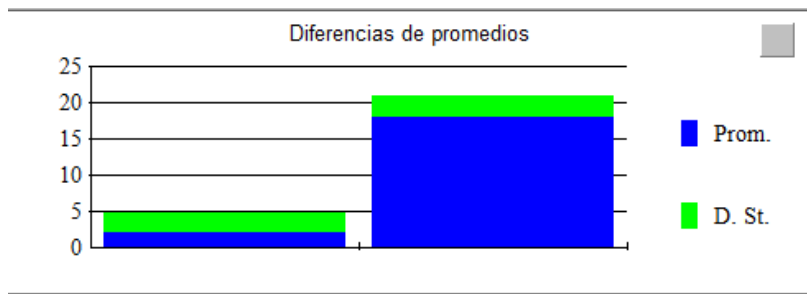
Fenotipo juvenil.

	SI	NO
Función física	4	16
	0	20

$p = 0.0530$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 5 . Relación del fenotipo juvenil con función física.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo juvenil con dolor corporal del cuestionario SF-36.

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y ítem dolor corporal se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p=0.0530$ (Ver tabla 11) (gráfica 6)

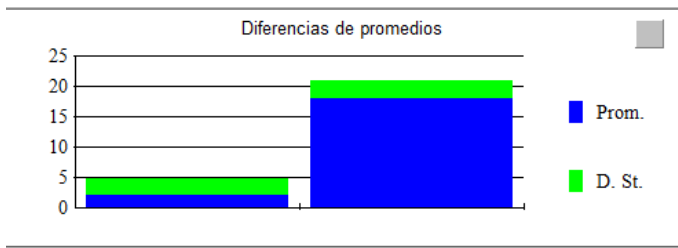
Tabla 11. Relación entre Fenotipo juvenil y dolor corporal.

	SI	NO
Dolor corporal	4	16
	0	20

$p=0.0530$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 6. Relación del fenotipo juvenil con dolor corporal



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo juvenil con función social del cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y ítem función social se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p=0.0530$ (Ver tabla 12 y gráfica 7)

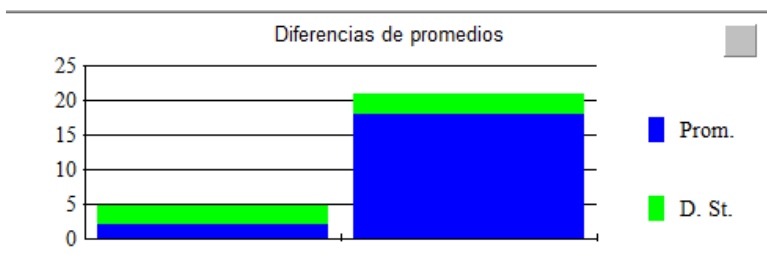
Tabla 12. Relación entre Fenotipo juvenil y función social

Columna1	SI	NO
Función social SI	4	16
Función social NO	0	20

$p=0.0530$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 7. Relación del fenotipo juvenil con función social.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo juvenil con rol emocional del cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y ítem rol emocional se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p=0.0530$ (Ver tabla 13 y gráfica 8).

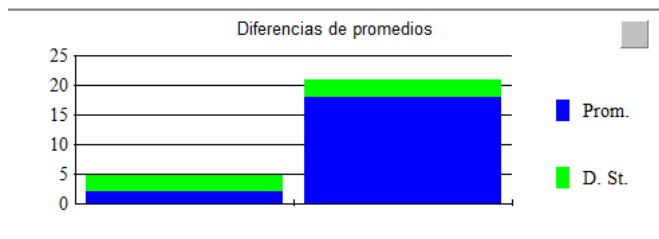
Tabla 14. Relación entre Fenotipo juvenil y función social

	SI	NO
Rol emocional	4	16
	0	20

$p=0.0530$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 8. Relación del fenotipo juvenil con función social.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo juvenil con rol físico del cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y ítem rol físico se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p=0.0530$ (Ver tabla 14 y gráfica 9)

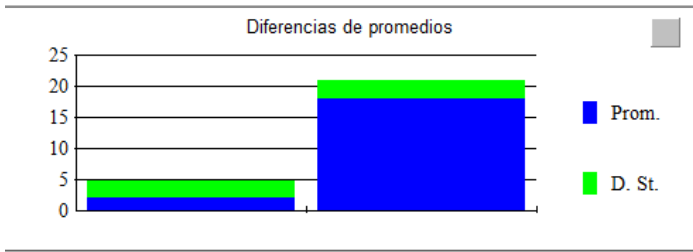
Tabla 14. Relación entre Fenotipo juvenil y rol físico.

	SI	NO
Rol físico	4	16
	0	20

$p=0.0530$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 9. Relación del fenotipo juvenil con función social.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo juvenil con rol salud en general cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y ítem salud en general se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p=0.0530$ (Ver tabla 15 y gráfica 10)

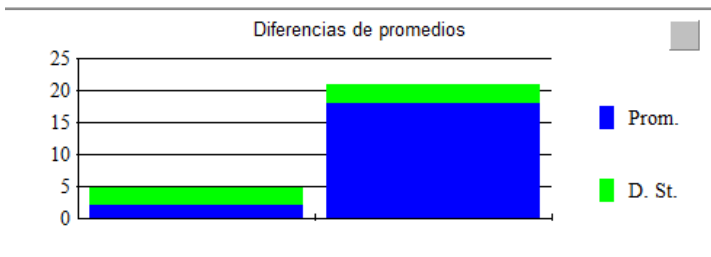
Tabla 15. Relación entre Fenotipo juvenil y salud en general.

	SI	NO
Salud en general SI	4	16
NO	0	20

$p=0.0530$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 6. Relación del fenotipo juvenil con salud en general.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo juvenil con vitalidad cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y ítem vitalidad se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P= 0.3025$ (Ver tabla 16 y gráfica 11)

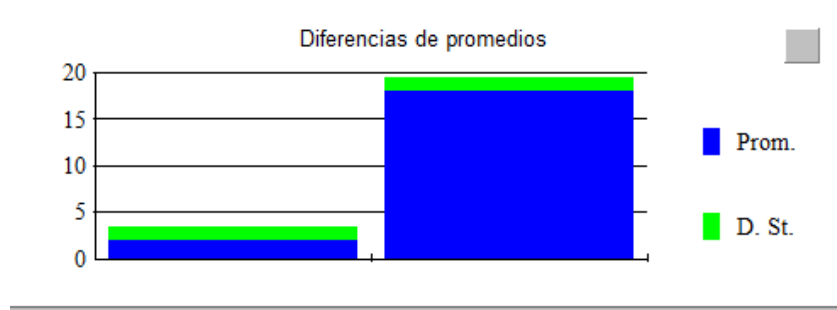
Tabla 16. Relación entre Fenotipo juvenil y vitalidad.

	SI	NO
Vitalidad	3	17
	1	19

P= 0.3025

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 11. Relación del fenotipo juvenil con vitalidad



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo juvenil con salud mental cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo Juvenil y ítem salud mental se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una P= 0.6975 (Ver tabla 17) (gráfica 12)

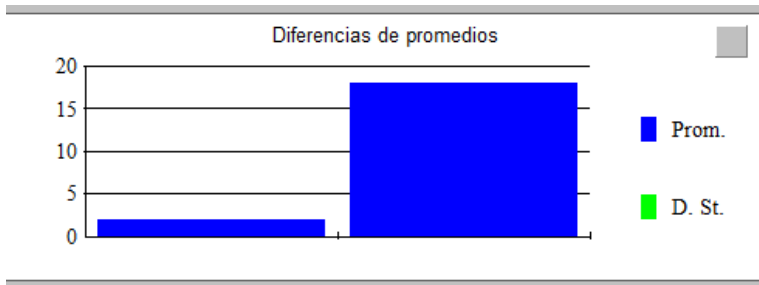
Tabla 17. Relación entre Fenotipo juvenil y salud mental.

	SI	NO
Salud mental	2	18
	2	18

p= 0.6975

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 12. Relación del fenotipo juvenil con salud mental.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con función física cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual y ítem función física se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una con $P=0.0001$ (Ver tabla 18 y gráfica 13)

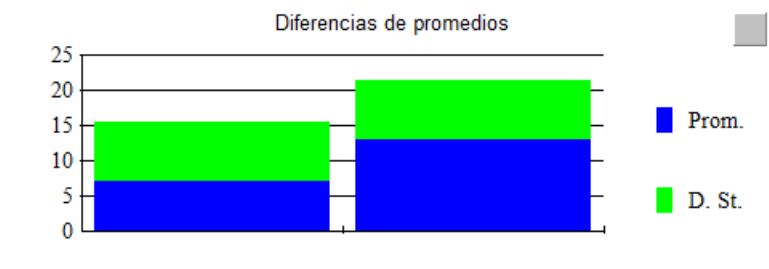
Tabla 18. Relación entre Fenotipo habitual y función física.

	SI	NO
Función física SI	13	7
Función física NO	1	19

$P=0.0001$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 13. Relación del fenotipo habitual con función física.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con dolor corporal cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual en el ítem Dolor corporal se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una con $P=0.0001$ (Ver tabla 19 y gráfica 14)

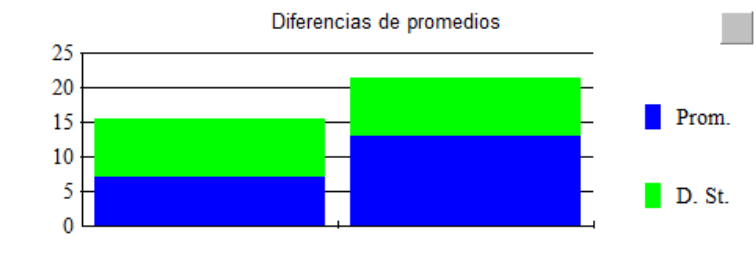
Tabla 19. Relación entre Fenotipo habitual y Dolor corporal.

	SI	NO
Dolor corporal	SI	7
	13	7
	NO	19
	1	19

$p=0.0001$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 14. Relación del fenotipo habitual con función física



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con salud mental cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual y el ítem Salud Mental se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una con $P=0.0001$ (Ver tabla 20 y gráfica 15)

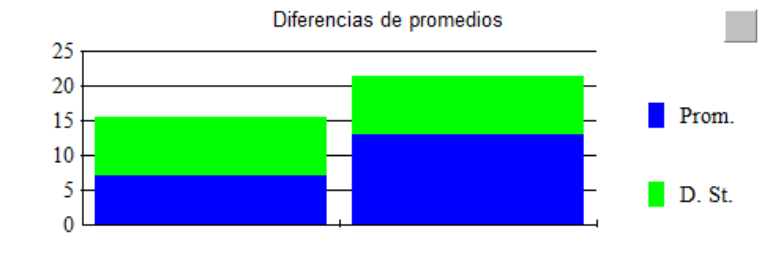
Tabla 20. Relación entre Fenotipo habitual y salud mental

	SI	NO
Salud mental	SI	7
	13	7
	NO	19
	1	19

$P=0.0001$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 15. Relación del fenotipo habitual con salud mental.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con vitalidad cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual y el ítem vitalidad se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P=.3705$ no significativa (Ver tabla 21 y gráfica 16)

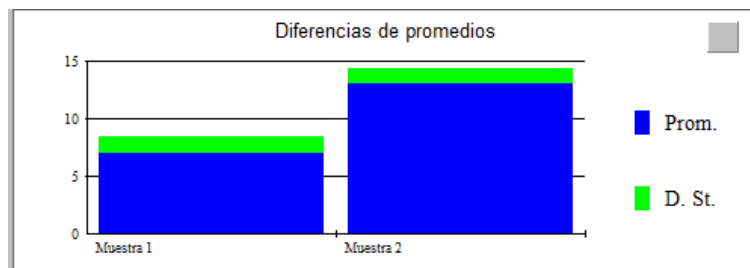
Tabla 22. Relación entre Fenotipo habitual y vitalidad

	SI	NO
Vitalidad SI	8	12
Vitalidad NO	6	14

$p=.3705$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 16. Relación del fenotipo habitual con vitalidad.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con rol físico cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual y Rol físico se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P= 0.0011$ (Ver tabla 22 y gráfica 17)

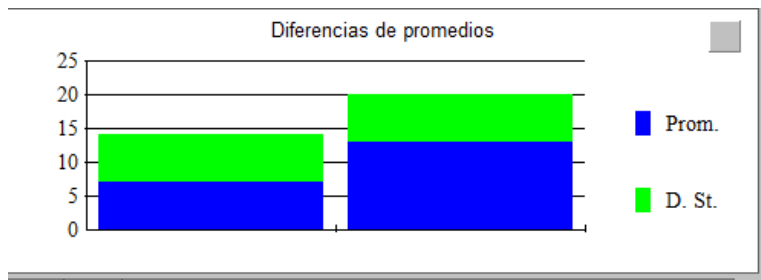
Tabla 22. Relación entre Fenotipo habitual y rol físico.

	SI	NO
Rol físico	SI	8
	NO	18

$p= 0.0011$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 17. Relación del fenotipo habitual con rol físico.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con salud en general cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual en el ítem salud en general se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P= 0.0011$ (Ver tabla 23 y gráfica 18)

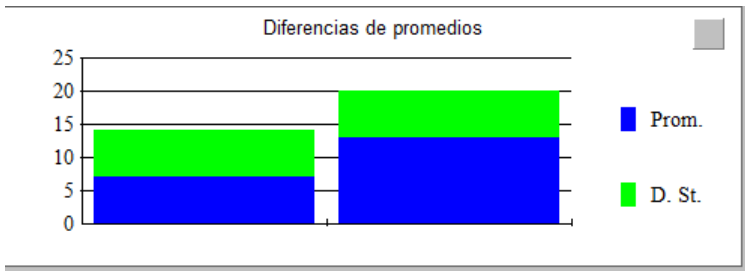
Tabla 24. Relación entre Fenotipo habitual y salud en general.

	SI	NO
Salud en general	SI	8
	NO	18

P= 0.0011

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 18. Relación del fenotipo habitual con salud en general.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con rol emocional cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual en el ítem Rol emocional se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P = < 0.0001$ (Ver tabla 24 y gráfica 19)

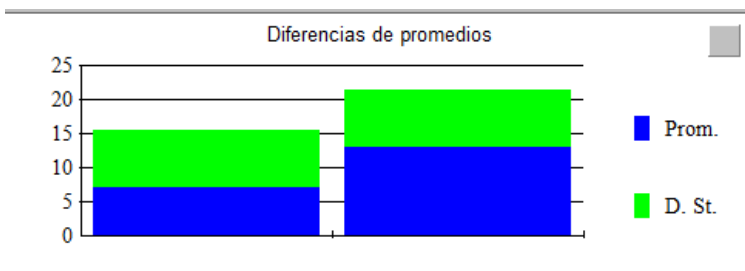
Tabla 24. Relación entre Fenotipo habitual y rol emocional.

	SI	NO
Rol emocional		
SI	13	7
NO	1	19

$p = < 0.0001$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 19. Relación del fenotipo habitual con rol emocional.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo edad habitual con función social cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición habitual en el ítem función social se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P = < 0.0001$ (Ver tabla 25 y gráfica 20).

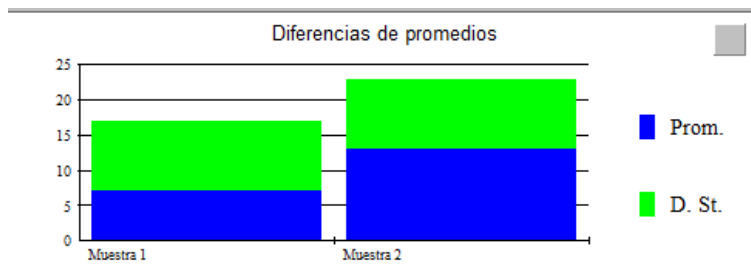
Tabla 25. Relación entre Fenotipo habitual y función social.

	SI	NO
Función social	SI	6
	NO	20

$P = < 0.0001$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 20. Relación del fenotipo habitual con rol emocional.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con función física cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem función física se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P = 0.2436$ (Ver tabla 26 y gráfica 21).

Tabla 26. Relación entre Fenotipo tardío y función física.

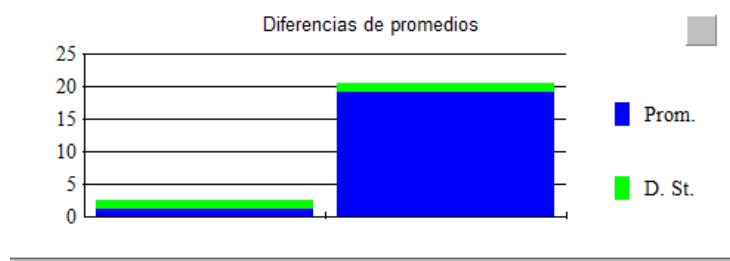
	SI	NO
Función física	SI	18
	NO	2

NO	0	20

p= 0.2436

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 21. Relación del fenotipo habitual con función física .



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con dolor corporal cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem Dolor corporal se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una P= 0.2436 (Ver tabla 27 y gráfica 22).

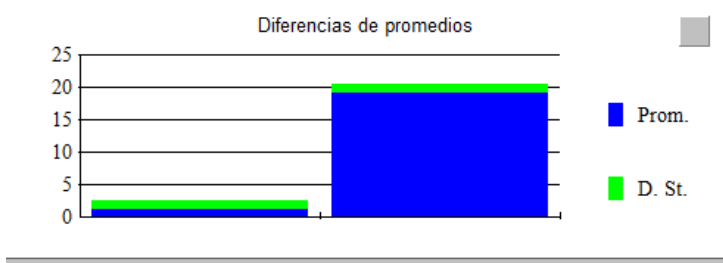
Tabla 27. Relación entre Fenotipo tardío y función física.

	SI	NO
Dolor corporal SI	2	18
NO	0	20

P= 0.2436

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 22. Relación del fenotipo habitual con dolor corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con vitalidad cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem Vitalidad se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P= 0.2436$ (Ver tabla 28 y gráfica 23).

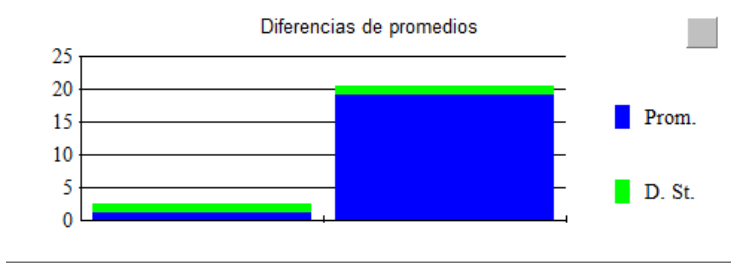
Tabla 28. Relación entre Fenotipo tardío y vitalidad.

	SI	NO
Vitalidad	2	18
	0	20

$P= 0.2436$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 23. Relación del fenotipo habitual con vitalidad.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con función social cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem función social se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P= 0.2436$ (Ver tabla 29 y gráfica 24).

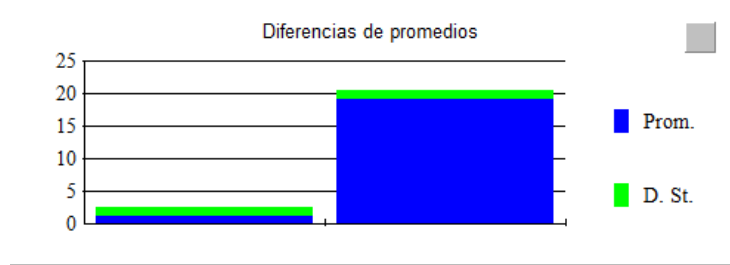
Tabla 29. Relación entre Fenotipo tardío y función social.

	SI	NO	
Función social	SI	2	18
	NO	0	20

$p= 0.2436$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 24. Relación del fenotipo habitual con función social.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con rol físico cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem rol físico se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P= 0.2436$ (Ver tabla 30 y gráfica 25).

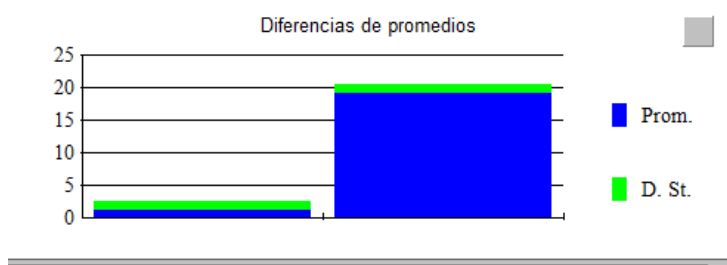
Tabla 30. Relación entre Fenotipo tardío y rol físico.

	SI	NO	
Rol físico	SI	2	18
	NO	0	20

$p= 0.2436$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 25. Relación del fenotipo habitual con rol físico.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con salud en general cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem salud en general se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p= 0.2436$ (Ver tabla 31 y gráfica 26).

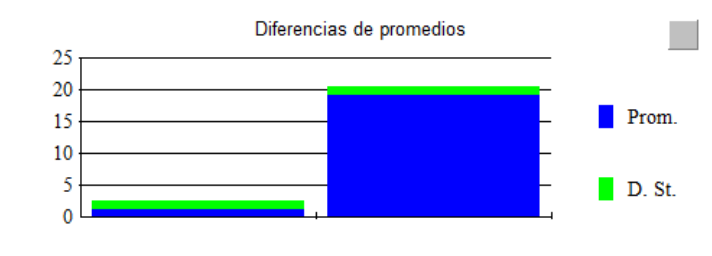
Tabla 31. Relación entre Fenotipo tardío y salud en general.

	SI	NO
Salud en general SI	2	18
Salud en general NO	0	20

$p= 0.2436$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 26. Relación del fenotipo habitual con salud en general.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con salud mental cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem salud mental se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $p= 0.7564$ (Ver tabla 32 y gráfica 27).

Tabla 32. Relación entre Fenotipo tardío y salud mental.

	SI	NO
Salud mental	1	19
	1	19

$p= 0.7564$

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 27. Relación del fenotipo habitual con salud mental.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación del Fenotipo tardío con rol emocional cuestionario SF-36

En cuanto a la relación entre el Fenotipo de aparición tardía en el ítem rol emocional se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrando una $P= 0.7564$ (Ver tabla 33 y gráfica 28)

Tabla 33. Relación entre Fenotipo tardío y rol emocional.

Fenotipo tardío

	SI	NO
Rol emocional	1	19
	1	19

P= 0.7564

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 28. Relación del fenotipo habitual con rol emocional.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Correlación entre el índice SLEDAI y el cuestionario SF-36 de Calidad de vida.

Correlación entre SLEDAI y el cuestionario SF36 dolor corporal.

Se realizó correlación entre el índice de actividad SLEDAI y SF36 en el ítem dolor corporal obteniendo por correlación de Pearson una R de 0.-392 y una p no significativa (ver Tabla 35).

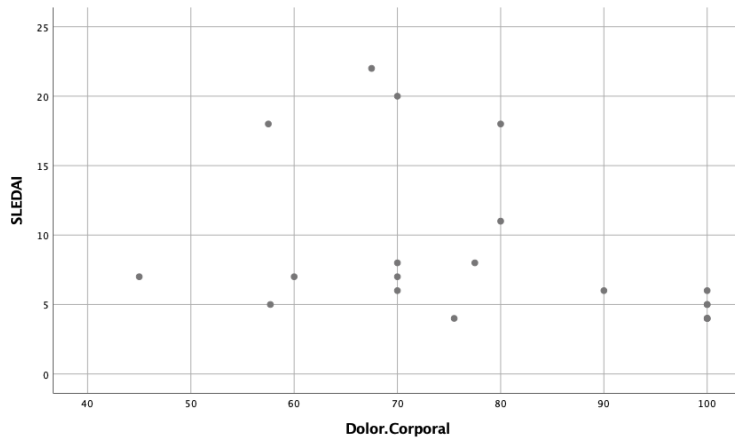


Tabla 35

Correlación de Pearson entre el índice de actividad SLEDAI y SF36 en el ítem salud mental obteniendo R de $-.248$. (Tabla 36)

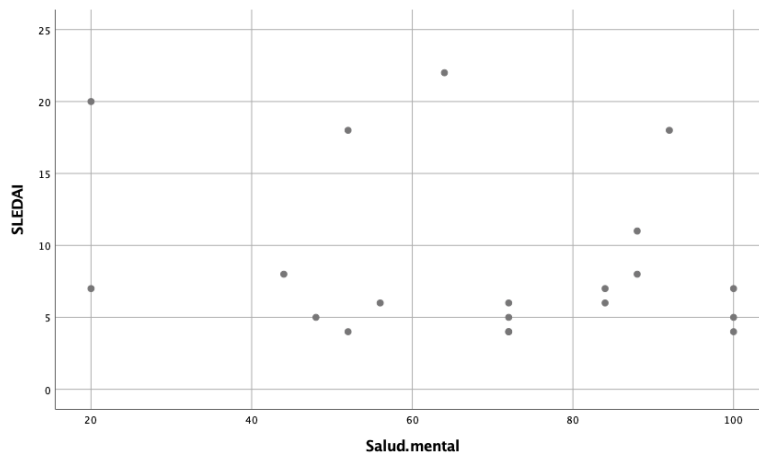


Tabla 36

Correlación de Pearson entre el índice de actividad SLEDAI y SF36 en el ítem de vitalidad obteniendo R de $-.057$. (Tabla 37)

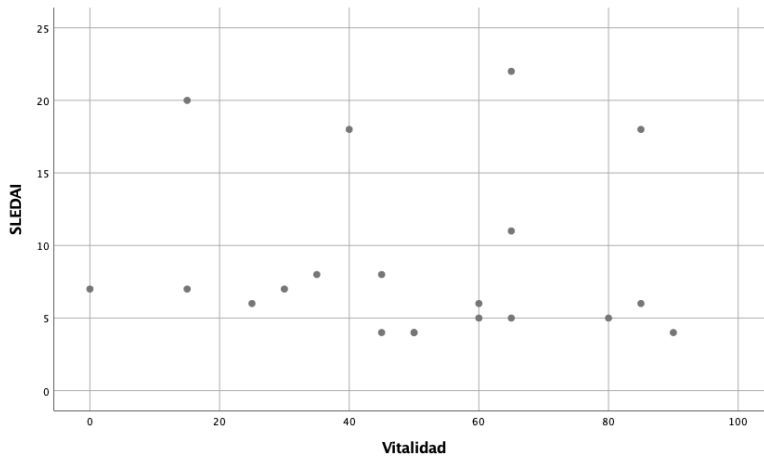


Tabla 37

Correlación de Pearson entre el índice de actividad SLEDAI y SF36 en el ítem función social obteniendo una R de $-.104$. (Tabla 38)

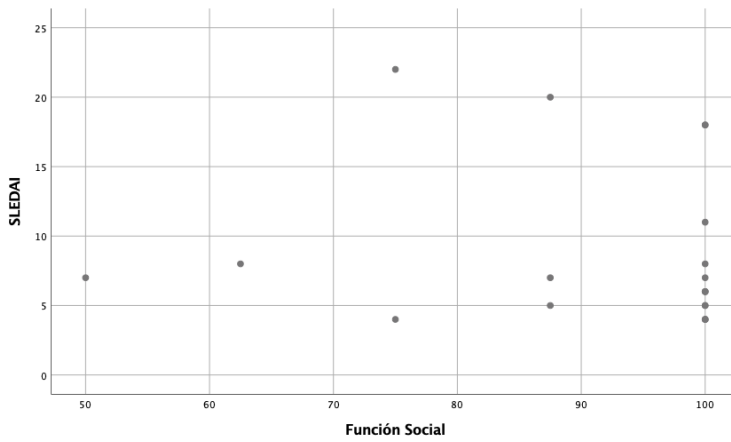


Tabla 38

Correlación de Pearson entre el índice de actividad SLEDAI y SF36 en el ítem rol emocional con una R de $-.088$. (Tabla 39)

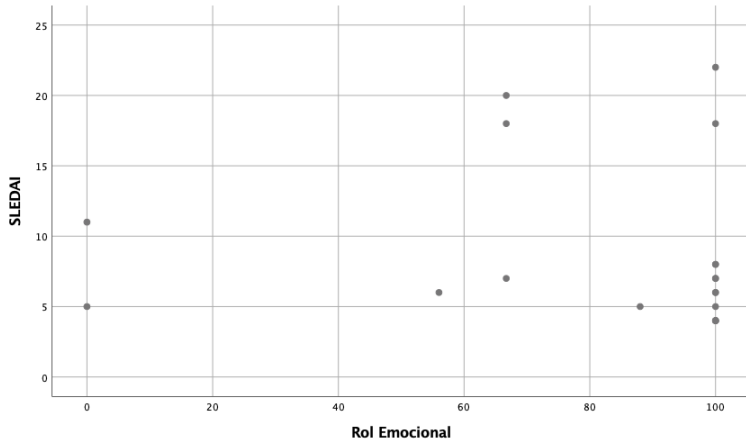


Tabla 39

Correlación de Pearson entre el índice de actividad SLEDAI y SF36 en el ítem rol físico y una R de 0. (Tabla 40)

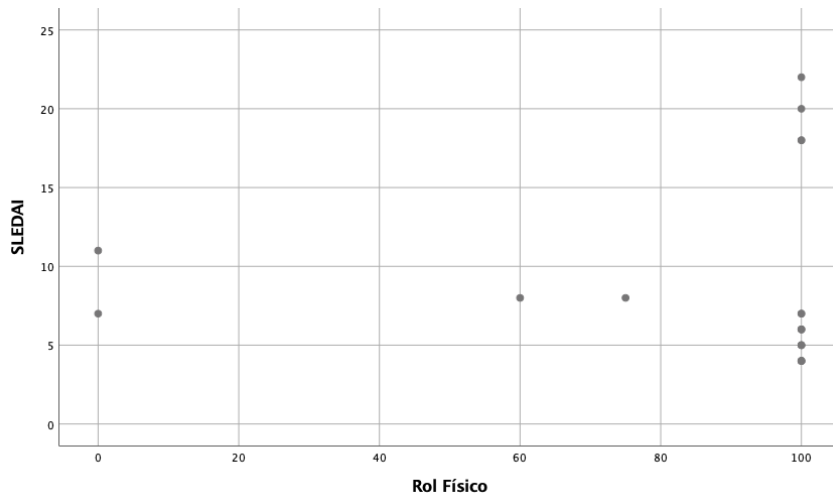


Tabla 40.

Correlación de Pearson entre el índice de actividad SLEDAI y SF36 en el ítem Salud en general y una R de -.369. (Tabla 41)

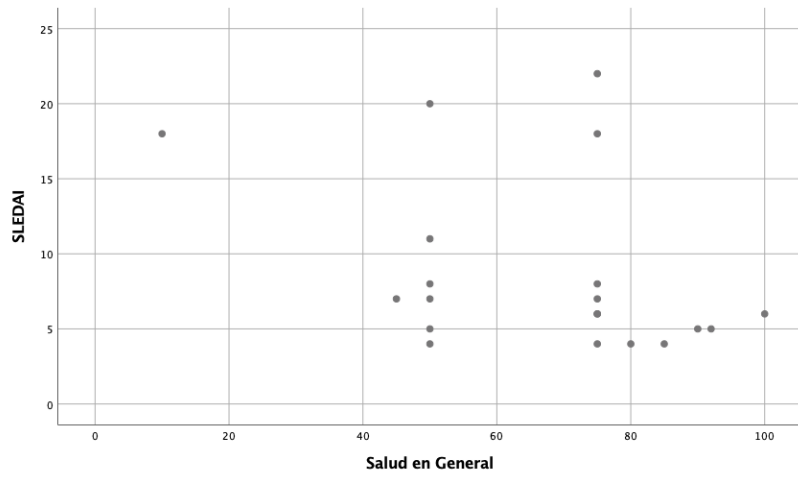


Tabla 41

6. DISCUSIÓN.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno autoinmune crónico, que pueden afectar varios órganos diferentes, con diferentes anomalías clínicas e inmunológicas, caracterizadas por un curso clínico recidivante y remitente (1).

En relación al género, todos los pacientes fueron del género femenino (100%). Un estudio similar de Ambrose y cols en 2016 (18) encontraron predominio del género femenino. El resultado del estudio es debido a que solo se ingresó a la muestra el género femenino.

En relación en la edad en este estudio se encontró la edad media fue de 25 años (DE 11). Urbano Solís Cartas y cols (15) se encontró un promedio de 32.8 años en un diferente estudio. El resultado es debido a que la aparición de LES predominante es de 18 a 49 años de edad.

En cuanto a los fenotipos obtenidos en el estudio realizados con relación al índice SLEDAI se encontró que el fenotipo juvenil presentó una actividad muy alta en el 25%, alta en el 50%, actividad moderada del 50% y por último una actividad leve en un 0%. En el lupus de fenotipo habitual se encontró una actividad muy alta del 0%, alta del 14.3%, moderada 50 % y leve del 35.7%. por último, en el fenotipo tardío se obtuvo el 100% de actividad leve. En un estudio similar de Ambrose y cols. (18) mencionan que la agresividad depende de los fenotipos clínicos con un peor resultado en pacientes con LES Juvenil (18). El resultado del estudio es debido a que entre más temprano se presente la patología peor es la evolución de la enfermedad.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los pacientes con LES se obtuvo que el fenotipo juvenil las manifestaciones más frecuentes fueron: afectación constitucional, mucocutánea, musculoesqueléticas, hematológicas. En el fenotipo habitual predominan las manifestaciones musculoesqueléticas, mucocutáneas, renales, hematológicas y afectación constitucional y en el fenotipo de inicio tardío la única manifestación clínica predominante fue musculoesquelética. En un estudio similar de Ambros y cols. (18) encontraron que las manifestaciones más frecuentes

fueron la enfermedad renal, alopecia y las ulceraciones aftosas fueron más comunes en jóvenes mientras que las mientras que la artritis fue más común en la edad avanzada. De la misma forma nos apoya el estudio realizado por Rita y cols. (19) Evidenciando que las principales manifestaciones clínicas con LES juvenil tenían más frecuente rash malar, úlceras orales, afectación neurológica, nefritis, manifestaciones hematológicas como anemia hemolítica y leucopenia. La artritis era la más frecuente en lupus en adultos. El resultado del estudio es debido a que en el LES juvenil tiene peores manifestaciones clínicas.

En relación a los Fenotipos clínicos y test FS-36 se encontró que el fenotipo clínico de lupus Juvenil tuvo buena calidad de vida en los ítems salud mental, función social, rol emocional, rol físico, salud en general, y dolor corporal con p no significativa. En cuanto al lupus de aparición habitual todos los ítems resultaron con una p significativa y por último en el lupus tardío todos los ítems resultaron con una p no significativa. En un estudio similar de Urbano Solís Cartas y Cols (15) las dimensiones con mejores resultados fueron rol físico y función social, mientras las de menor puntuación fue rol emocional y función física.

Se realizó correlación de Pearson entre el Índice SLEDAI y FS-36 de todos los ítems encontrando una p no significativa y una $r=$ correlación nula. Estudio similar de Urbano Solís Cartas y cols. (15) se hizo relación de Pearson entre SLEDAI y SF-36 donde se encontró una correlación negativa fuerte entre estas dos variables (-0.83).

La propuesta es ampliar el número de pacientes, multicéntrico, prospectivo. La importancia del estudio es que no existen estudios que valorarán fenotipos con calidad de vida, por lo que es un estudio innovador.

7. CONCLUSIONES

- En correlación de la edad se encontró una media de edad de 35 años en las pacientes estudiadas
- El fenotipo clínico que predominó en el estudio fue el fenotipo clínico habitual
- Se encontró una p significativa en cuanto a la relación de los fenotipos clínicos y la calidad de vida sin embargo no se encontró correlación entre la calidad de vida y el índice SLEDAI.

8. BIBLIOGRAFIA

- (1) Fortuna G, Brennan MT. Systemic lupus erythematosus: epidemiology, pathophysiology, manifestations, and management. Dent Clin North Am [Internet]. 2013 [citado el 1 de junio de 2022];57(4):631–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034070/>
- (2) Fava A, Petri M. Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and clinical management. Journal of Autoimmunity. 2019 Jan;96(1):1–13
- (3) Barber MRW, Drenkard C, Falasinnu T, Hoi A, Mak A, Kow NY, et al. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus. Nature Reviews Rheumatology [Internet]. 2021 Sep 1;17(9):515–32. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41584-021-00668-1>
- (4) Kaul A, Gordon C, Crow MK, Touma Z, Urowitz MB, van Vollenhoven R, et al. Systemic lupus erythematosus. Nature Reviews Disease Primers [Internet]. 2016 Jun 16;2(1). Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201639>
- (5) MT; FGB. Systemic lupus erythematosus: Epidemiology, pathophysiology, manifestations, and management [Internet]. Dental clinics of North America. U.S. National Library of Medicine; [cited 2023Apr24]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034070/>
- (6) Charras, A., Smith, E. and Hedrich, C.M. (2021) Systemic lupus erythematosus in children and young people - current rheumatology reports,

SpringerLink. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11926-021-00985-0> (Accessed: 17 July 2023).

(7) Medhat, B.M. et al. (2019) Late-onset systemic lupus erythematosus: Characteristics and outcome in comparison to juvenile- and adult-onset patients-A multicenter retrospective cohort - clinical rheumatology, SpringerLink. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-019-04776-y> (Accessed: 17 July 2023).

(8) Author links open overlay panelEve Mary Dorothy Smith a b 1 et al. (2019) Juvenile-onset systemic lupus erythematosus: Update on clinical presentation, pathophysiology and treatment options, Clinical Immunology. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521661619305182?via%3Dihub> (Accessed: 17 July 2023).

(9)) Tomic-Lucic, A. et al. (2013) Late-onset systemic lupus erythematosus: Clinical features, course, and prognosis - clinical rheumatology, SpringerLink. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-013-2238-y> (Accessed: 11 July 2023).

(10) Bosch, X., Formiga, F. and López-Soto, A. (2012) Lupus eritematoso sistémico en el anciano, Revista Española de Geriatría y Gerontología. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria->

gerontologia-124-articulo-lupus-eritematoso-sistémico-el-anciano-S0211139X11003581 (Accessed: 11 July 2023).

(11) Arnaud, L. et al. (2012) Late-onset systemic lupus erythematosus - drugs & aging, SpringerLink. Available at: <https://link.springer.com/article/10.2165/11598550-000000000-00000> (Accessed: 11 July 2023).

(12) Narváez J. Lupus eritematoso sistémico 2020 [Internet]. Medicina Clínica. Elsevier; 2020 [cited 2023Apr24]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-lupus-eritematoso-sistémico-2020-S0025775320303250> Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis JN, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus [Internet]. Annals of the Rheumatic Diseases. BMJ Publishing Group Ltd; 2019 [cited 2023Apr24]. Available from: <https://ard.bmj.com/content/78/6/736.long>

(13) Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis JN, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus [Internet]. Annals of the Rheumatic Diseases. BMJ Publishing Group Ltd; 2019 [cited 2023Apr24]. Available from: <https://ard.bmj.com/content/78/6/736.long>

(14) Xibillé-Friedmann D, Pérez-Rodríguez M, Carrillo-Vázquez S, Álvarez-Hernández E, Aceves FJ, Ocampo-Torres MC, et al. Guía de Práctica Clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el colegio

mexicano de reumatología [Internet]. Reumatología Clínica. Elsevier; 2019 [cited 2023Apr24]. Available from: <https://reumatologiaclinica.org/es-guia-practica-clinica-el-manejo-articulo-S1699258X18300901>

(15) Percepción de la Calidad de Vida en pacientes con lupus Eritematoso Sistémico. Estudio de Cinco Años: Revista Colombiana de Reumatología [Internet]. Percepción de la calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Estudio de cinco años | Revista Colombiana de Reumatología. [cited 2023Apr24]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-avance-resumen-percepcion-calidad-vida-pacientes-con-S0121812321000979>

(16) Redalyc. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla [Internet]. [cited 2023Apr25]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81702108.pdf>

(17) Saletta A, Olesińska M. Quality of life in systemic lupus erythematosus and its measurement [Internet]. Reumatologia. Termedia Publishing House; 2018 [cited 2023Apr25]. Available from: <https://reu.termedia.pl/Quality-of-life-in-systemic-lupus-erythematosus-and-its-measurement,86065,0,2.html>

(18) Ambrose, N. et al. (2016) Differences in disease phenotype and severity in SLE across age groups, Lupus. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5089221/> (Accessed: 20 July 2023).

(19) Fonseca, R. et al. (2018) Clinical phenotype and outcome in lupus according to age: A comparison between juvenile and adult onset: *Reumatología Clínica*, *Reumatología Clínica* (English Edition). Available at: <https://www.reumatologiaclinica.org/en-clinical-phenotype-outcome-in-lupus-articulo-S2173574318300479> (Accessed: 20 July 2023).

9. ANEXOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO OFICIAL

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD</p> <p>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>(ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>FENOTIPOS CLÍNICOS Y LA PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA</p>	
<p>Patrocinador externo (si aplica):</p>	<p>No aplica</p>	
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Julio 2023- Septiembre</p>	
<p>Número de registro:</p>		
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>		
<p>Procedimientos:</p>	<p>En caso de que el paciente esté dispuesto a participar se recolectará la información por medio de aplicación de encuesta para la recolección de datos.</p>	

Posibles riesgos y molestias:	Ninguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Ninguno	
Participación o retiro:	La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted esta en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación.	
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio. La información será confidencial.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:	Determinar la calidad de vida en pacientes diagnosticada con LES	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		

Investigador Responsable:	Tania Gala Diaz	
Colaboradores:		
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>		
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p>Testigo 1 _____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2 _____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>		
<p> </p>		

CRONOGRAMA:

ACTIVIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
DESARROLLO DE LA INVESTIGACION					
CAPTURA DE LA INFORMACION					
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS					
REDACCION DE TESIS					

VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Escala	Valores
Edad	cuantitativa	Numérica	Años
Sexo	Cualitativa	Dicotómica	Masculino Femenino
FENOTIPOS CLINICOS	Cualitativa	Dicotómica	JUVENIL TARDIO
SLEDAI	Cuantitativa/cualitativa	Numérica	inactividad (0 puntos)

			leve (1-5 puntos) moderada (6-10 puntos) alta (11-20 puntos) muy alta (> 20 puntos).
Calidad de vida	cualitativa	Numérica	Buena Mala
SHORT FROM	cuantitativa	Numérica	0 y 100 puntos
Función física	Cualitativa	Dicotomica	-Poco -Nada -Mucho
Dolor corporal	Cualitativa	Dicotómica	-Mucho -Bastante -Regular -Poco -Nada
Salud mental	Cualitativa	Dicotomica	-Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Solo algunas veces -Nunca

Vitalidad	Cualitativa	Dicotomica	-En extremo -Mucho -Normal -Algo -Nada
Función social	cualitativa	Dicotomica	-Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Solo alguna vez -Nunca
Rol emocional	Cualitativa	Dicotomico	-Si -No
Salud en general	Cualitativa	Dicotómica	Buena Mala

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FENOTIPOS CLÍNICOS Y LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA

NOMBRE:
EDAD:
FECHA:

TIEMPO DE EVOLUCION DE LUPUS ERITEMATOSOS SISTÉMICO

1 AÑO	3 A 5 AÑOS	MAS DE 5 AÑOS
-------	------------	---------------

EDAD DE DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

ANTES 18 AÑOS	18 AÑOS 49 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS
---------------	-----------------	----------------

MANIFESTACIONES CLINICAS

MANIFESTACIONES	SI	NO
Constitucionales		
Mucocutáneas		
Musculoesquelético		
Hematológicas		
Neuropsiquiátricas		
Renales		
Pulmonares		
Cardiovasculares		
Gastrointestinales		

Otras		
-------	--	--

ESCALA	PUNTAJE
INDICE SLEDAI	
CUESTIONARIO SHORT FORM 36	

INDICE SLEDAI

INDICE DE ACTIVIDAD LUPUS ERITEMATOSOS SISTEMICO (SLEDAI)

PUNTAJE	MANIFESTACION	DEFINICION
8	Convulsiones	De reciente comienzo. Excluir causa metabólica, infecciosa o drogas
8	Psicosis	Capacidad alterada de funcionar en actividad normal debido a la perturbación severa en la percepción de la realidad. Incluye alucinaciones, incoherencia, marcada pérdida de asociaciones, contenido de pensamiento empobrecido, marcado pensamiento ilógico, extraño, desorganizado o comportamiento catatónico. Excluidos uremia y causado por drogas
8	Síndrome orgánico cerebral	Función mental alterada con orientación deteriorada, memoria u otra función de inteligencia, con un rápido inicio de características clínicas fluctuantes. Incluye obnubilación de la conciencia con disminución de la capacidad para enfocar, y la incapacidad para mantener la atención al medio ambiente, además de al menos dos de los siguientes: alteraciones de percepción, discurso incoherente, insomnio o somnolencia durante el día, o el aumento o disminución de la actividad psicomotora. Excluir causas metabólicas, infecciosas o drogas.

8	Alteraciones Visuales	Cambios de retinianos del LES. Incluye hemorragias retinianas, exudados importantes o hemorragias en la coroides, o neuritis óptica. Excluir la hipertensión, infección, o drogas.
8	Alteraciones nervios craneales	Compromiso neuropático de pares craneales sensorial o motora de reciente comienzo.
8	Cefalea por LES	Cefalea persistente severa: puede ser migrañosa, pero que no responde a analgésicos narcóticos.
8	Accidente Cerebrovascular	Accidente(s) cerebrovascular nuevo. Excluir arteriosclerosis
8	Vasculitis	Ulceración, gangrena, nódulos sensibles en dedos, infarto, hemorragias en astilla, o una biopsia o angiograma de vasculitis
4	Artritis	Más de 2 articulaciones con dolor y signos de inflamación (es decir, hipersensibilidad, inflamación o supuración).
4	Miositis	Dolor/debilidad en músculos proximales, asociado a creatinfosfoquinasa elevada/aldolasa o cambios en el electromiograma o una biopsia que muestre miositis.
4	Cilindros Urinarios	Cilindros hemáticos o hemo-granulares o rojo arroja
4	Hematuria	> 5 glóbulos rojos/campo de alta poder. Excluir cálculos, infección u otras causas.
4	Proteinuria	> 0,5 g/24 horas. De reciente aparición o aumento de más de 0,5 g/24 horas.
4	Piuria	> 5 glóbulos blancos/campo de alto poder. Excluir infección.
2	Erupción	De reciente aparición o recurrencia de tipo inflamatorio.
2	Alopecia	De reciente aparición o recurrencia anormal, parcheada o difusa del cabello
2	Úlceras mucosas	De reciente aparición o recurrencia oral o nasal

2	Pleuresía	Dolor torácico pleurítico con frote pleural o derrame o engrosamiento pleural.
2	Pericarditis	Dolor pericárdico con al menos 1 de los siguientes: frote, derrame, o confirmación por electrocardiograma
2	Disminución de complemento	Disminución CH50, C3, C4 o por debajo del límite inferior de la normalidad para las pruebas de laboratorio.
2	Anti – DNA	>25% mediante prueba de Farr o por encima del rango normal para las pruebas de laboratorio
1	Fiebre	> 38°C. Excluir causa infecciosa
1	Trombocitopenia	<100.000 plaquetas/mm ³
1	Leucopenia	<3.000 células/mm ³ glóbulos blancos. Excluir causado por drogas.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular Mala**

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

- a) Mucho mejor ahora que hace un año
- b) Algo mejor ahora que hace un año
- c) Más o menos igual que hace un año
- d) Algo peor ahora que hace un año
- e) Mucho peor ahora que hace un año**

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
b Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
Coger o llevar la bolsa de la compra.			
Subir varios pisos por la escalera.			
Caminar un kilómetro o más			
Caminar varios centenares de metros			
Caminar unos 100 metros			
Bañarse o vestirse por sí mismo			

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Sólo alguna vez
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al					

trabajo o a sus actividades cotidianas?					
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?					
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?					

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Sólo alguna vez
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?					

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- Nada
 - Un poco
 - Regular

d. Bastante

e. Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

a) No, ninguno

b) Sí, muy poco

c) Sí, un poco

d) Sí, moderado

e) Sí, mucho

f) Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

a. Nada

b. Un poco

c. Regular

d. Bastante

e. Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
se sintió lleno de vitalidad?					
estuvo muy nervioso?					

se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
se sintió calmado y tranquilo?					
tuvo mucha energía?					
se sintió desanimado y deprimido?					
se sintió agotado?					
se sintió feliz?					
se sintió cansado?					

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Sólo alguna vez
- e) Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					

Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					