

11228



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

21

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

UTILIDAD DE UN PROGRAMA REHABILITATORIO EN
PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
CON AFECTACIÓN ARTICULAR O NEUROLÓGICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE REHABILITACIÓN
P R E S E N T A:
DRA. VERÓNICA MÉNDEZ HORTA



MÉXICO D. F.

2001





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

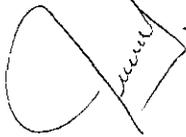
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE APROBACIÓN

ASESOR:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN MIRANDA RUIZ
ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN LA RAZA**



**DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
REGIÓN NORTE**



**DRA. DORIS BEATRIZ RIVERA IBARRA
JEFE DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION REGIÓN NORTE**



SUBDIVISION DE ESPEDIMENTACION
DIVISION DE NIVELES DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. R.

INVESTIGADOR RESPONSABLE
DRA. VERÓNICA MÉNDEZ HORTA
MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER. AÑO
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE-IMSS

ASESOR:
DRA. MARIA DEL CARMEN MIRANDA RUIZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN
ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LA RAZA

ASESORES ADJUNTOS:
DR. JUAN MANUEL MIRANDA LIMÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA
DEL H.E.C.M. LA RAZA

DRA. LEONOR BARILE
MÉDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA
DEL H.E.C.M. LA RAZA

PSICÓLOGA MARÍA TERESA VELASCO MONTES
DEL H.E.C.M. LA RAZA

DRA. DORIS BEATRIZ RIVERA IBARRA
JEFE DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor a Samuel y Rocio a quienes les regué por 3 años mi presencia y mis cuidados, a quienes les sacrifique sus horas de juego por tratar de salir adelante.

A mi esposo quién me dio aliento para seguir adelante, escuchar mis problemas y a quién también le quite momentos de mi presencia.

A mis padres, que incondicionalmente me han ayudado en el cuidado de mis hijos al igual que mis suegros.

A todos ellos les doy las gracias y espero compensar todo lo que no les pude dar en estos 3 años, el resto de mi vida.

Vero

Enero 1998

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
MARCO TEÓRICO	3
HIPÓTESIS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	31
ANEXOS	32
BIBLIOGRAFÍA	51

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad con afectación multiorgánica, la cual aunque no determina una gran demanda de atención en la Consulta de Rehabilitación frecuentemente limita las actividades de la vida diaria de los pacientes que la padecen.

Creemos que es importante su manejo, ya que en la mayoría de estos pacientes, la principal manifestación es la artritis que aunque no produce destrucción articular, si puede llegar a producir alteraciones en la función de la articulación afectada por el dolor y edema y esto llevar a una disminución de la fuerza.

El propósito de este trabajo es mejorar las manifestaciones articulares y con ello la independencia del paciente en sus actividades de la vida diaria. Además de servir como apoyo en el manejo del paciente lúpico.

OBJETIVO GENERAL

Valorar la utilidad de un programa de rehabilitación para la mejoría funcional de las secuelas articulares o neurológicas en pacientes con L.E.S.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Mejorar el grado de compromiso de independencia de actividades de la vida diaria en pacientes con L.E.S. con afectación articular.

- 2.- Mejorar el grado de compromiso de independencia de actividades de la vida diaria en paciente con L.E.S. con afectación neurológica.

- 3.- Mejorar el pronóstico funcional del paciente con L.E.S. mediante el control de signos y síntomas incapacitantes.

- 4.- Mejorar la autoestima del paciente que lleva a cabo el programa de rehabilitación.

MARCO TEÓRICO

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad de etiología desconocida, en la que participan diversos mecanismos inmunológicos de daño tisular a cualquier órgano ó sistema de la economía (1, 2, 3, 4, 5), la característica más notable es la presencia de numerosos anticuerpos contra el antígeno nuclear, aunque existen otras alteraciones de la respuesta inmune.

Es una enfermedad de evolución crónica que se diagnóstica tardíamente debido a que se confunde con otros padecimientos reumáticos como artritis reumatoide.

Como ya se comentó, la etiología del lupus se desconoce, pero se habla de algunas hipótesis.

Hipótesis inmnlógica: La presencia de anticuerpos y bajos niveles de complemento en pacientes afectados con datos a favor de LES hacen sospechar que sea inmunológica. Se desconoce el ó los antígenos que provocan dicha respuesta inmunológica.

Hipótesis infecciosa: La posibilidad de origen viral de la enfermedad se apoya en el hallazgo de estructuras tuberoreticulares en riñón, piel, músculo y linfáticos, se desconoce si son partículas semejantes a paramixovirus ó material citoplasmico alterado por infección viral. Presencia de anticuerpos antivirales y hallazgo de anti DNA de doble cadena indican infección viral (3).

Hipótesis genética: Debido a la presencia de LES en gemelos ó anomalías séricas en familiares de pacientes lúpicas, hacen pensar que sea de tipo genético.

En cuanto a la edad de afectación, varia e los 2 a 76 años, predominando en el sexo femenino en relación 9:1, siendo después de los 50 igual la afectación.

Estudios realizados en población Mexicana en el estado de Puebla en cuanto a manifestaciones clínicas, se demuestra que la artritis ocupa el segundo lugar de afectación y entre las causas de muerte más frecuentes están la insuficiencia renal crónica, la tromboembolia pulmonar y la enfermedad vascular cerebral (5).

Los síntomas articulares, son la forma más frecuente de presentación el involucro articular es de 90%. Sin embargo las lesiones articulares son poco estudiadas. Algunos autores reportan arraigas o artritis asociada con rigidez matutina en un 76% de los pacientes.

En estos pacientes hay formación de nódulos en el 7-10.%, similar a los nódulos de los pacientes con artritis reumatoide, los sitios de localización son: olécrano, articulación metacarpofalangica y tendones flexores de mano.

La característica peculiar de la artropatia en pacientes con LES son:

- 1.- Colapso articular no erosivo.
- 2.- Erosión excepcional en procesos estiloides.
- 3.- Deformidad de pulgar en Z.
- 4.- Desviación ulnar no erosiva y subluxación metacarpofalangica.
- 5.- Deformación en gancho de articulaciones metacarpofalangicas.
- 6.- Erosiones articulares asimétricas y escasas.
- 7.- Deformidad de dedos en cuello de cisne.

Puede presentarse sinovitis en pacientes con LES pero no forma pannus (6).

Este patrón de enfermedad articular no erosiva deformante corregible, es descrita como Síndrome de Jaccoud's (7, 8).

Las primeras deformidades se deben a luxaciones, son reversibles, pero cuando inician con contracturas y atrofia muscular estas llegan a ser fijas (7).

Marley et al en 1983 reportan tres casos con artropatia deformante de pies en los pacientes con LES, acuñando el termino Lupus de pies.

En los pacientes la principal alteración fue la subluxación articular (37 %), osteopenia difusa (29 %), cambios quísticos (20 %), las articulaciones metacarpofalángicas del primero al quinto son más afectadas (9).

En 1960 Dubois y Cozen reportan la asociación entre LES y necrosis avascular, la cadera es la más comúnmente afectada, seguida de tobillo y hombros (10).

La osteonecrosis es bilateral y ocurre en múltiples sitios de cabeza femoral, pero también son afectados condilo femoral, tibia, cabeza humeral y escafoides (7).

La necrosis avascular aséptica también ocurre en asociación con degeneración de cartilago y muerte subcondral, resultando en secuestro osteocartilaginoso con osteoesclerosis adyacente secundaria a este proceso. También la necrosis avascular ocurre en asociación con la administración de esteroides, Hernam y Freiberg reportan que altas dosis de esteroides puede inducir o activar una vasculitis principalmente por oclusión, resultando en necrosis aséptica (10).

La osteonecrosis ideopática es relativamente común, se observa en radiografías en un 5-10 % de los pacientes. La patogenesis es confusa pero existen teorías como la vasculitis, vasospasmo, cuagulopatias, embolia arterial, anormalidades del metabolismo del hueso y terapia corticoide que se cree son las causas de esta patología.

El mecanismo por el cual el corticoide actúa, es directamente sobre osteoblasto que resulta en inhabilidad para reparar microfracturas y osteoporosis inducida por corticoides (7).

Originalmente el Síndrome de antifosfolipidos se definía en pacientes con LES, hoy en día es reconocida una proporción considerable de pacientes con Síndrome de antifosfolipidos que no cumplen criterios de clasificación

de LES y quedan clasificados como enfermedad parecida al Lupus o Síndrome primario de antifosfolipidos.

La frecuencia de anticuerpos antifosfolipidos en pacientes con LES es de 30-40 % (11).

La trombosis, trombocitopenia, isquemia ó infarto cerebral, corea y otra manifestaciones se relacionan con la presencia de anticuerpos antifosfolipidos.

En una revisión reciente de 1000 pacientes, la trombosis por anticuerpos antifosfolipidos fue de 42 %. Los sitios más frecuentes de trombosis son venas profundas de piernas, venas pulmonares y arteria cerebral (11).

Los eventos trombóticos incluyen arterias y venas, ocurren en un 10-20 % (12).

Los anticuerpos antifosfolipidos se asocian a una gran variedad de desordenes neurológicos que pueden ser isquemia cerebral u ocular.

La isquemia cerebral es la más común de las manifestaciones trombóticas arteriales asociadas a anticuerpos antifosfolipidos (12).

Harrison y colaboradores han descrito mielitis transversa en enfermedad de inmunirreactividad de anticuerpos antifosfolipidos. Lavalle reporta 12 pacientes de LES con mielitis transversa, todos ellos con inmunoreactividad de anticuerpos antifosfolipidos. La mielitis transversa es una rara, severa y tardía complicación que puede afectar columna cervical, torácica, lumbar ó porción sacra dando disturbios sensoriales, motores y de esfínteres. Ocurre en el 1 % la fisiopatología del daño es incierta pero puede ser mediada por isquemia e interacción de anticuerpos (13).

El tratamiento rehabilitatorio de las enfermedades reumáticas es conocido desde la época Romana, los programas de estos pacientes han evolucionado. Estos programas son multidisciplinarios, con la finalidad de mejorar la habilidad funcional, salud mental, social y actividad de la enfermedad (14).

En cuanto al manejo rehabilitatorio de los pacientes con LES existen contados artículos del tratamiento rehabilitatorio y de estos algunos manejan programas de acondicionamiento físico con el fin de incrementar fuerza, otros hablan del control y síntomas con radiación ultravioleta principalmente de las artraigias y artritis encontrando mejoría en cuanto a la dosis de medicamentos utilizados y mejoría en la sintomatología que se

manifestaba previa al estudio. La dosis utilizada de radiación ultravioleta fue de 300-400 nm (14).

Por otro lado se han realizado estudios en pacientes con LES y AR acerca de la percepción del estado de salud, autoestima e imagen corporal, en donde se encuentra que los pacientes con LES perciben mejor la problemática en cuanto a su cambio de vida, piensan más en el futuro y en la muerte, tienen mayores problemas en su imagen corporal. Generalmente una baja percepción del estado de salud se relaciona con una baja autoestima. En sus resultados de dichos estudios ellos encontraron que no hubo diferencia significativa en cuanto al autoestima debido a la variabilidad de respuestas que ellos daban y esto se debía al curso de cada una de las enfermedades la valoración del autoestima la realizaron a través del Test de Cooper Smith (15).

La autoestima la podemos definir como "El juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia si mismo.

No encontramos en los últimos 5 años otros estudios respecto al manejo rehabilitatorio del paciente con LES.

HIPÓTESIS

El programa de rehabilitación es útil en los pacientes con L.E.S. con afectación articular o neurológica pues mejora su independencia en las actividades de la vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron un total de 9 pacientes que fueron captados en el servicio de Consulta Externa de Reumatología del C. M. "La Raza" del mes de agosto al mes de octubre de 1997, con diagnóstico de L.E.S. con afectación articular con las características siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.- Pacientes con L.E.S. con afectación articular (flogosis, deformidad articular ó limitación funcional)
- 2.- Pacientes con L.E.S. de 18-48 años de edad.
- 3.- Pacientes del sexo femenino ó masculino.
- 4.- Que vivan en el D. F. ó área conurbana.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes que abandonen el tratamiento.

El registro y control de cada uno de los pacientes se realizó a través de una hoja de captación de datos la cual comprendía: sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la patología, tipos de medicamentos que utilizaron antes y después del tratamiento rehabilitatorio, escala análoga visual del dolor, aros de movilidad, examen manual muscular,

edema, figura humana, cuestionario de Cooper Smith, índice de Barthel, escala SLEDAI, esto aplicado al inicio y final del tratamiento tanto en grupo experimental como control (tres semanas de tratamiento).

En la parte de anexos viene las hojas de cada uno de los parámetros valorados.

En cuanto al manejo rehabilitatorio, se formaron 2 grupos, un grupo control y otro experimental. En el grupo experimental se elaboraron 2 tipos de tratamiento que son:

PACIENTE EN FASE AGUDA

Primeras 72 horas aplicación de:

- 1.- Crioterapia 10 minutos 3 veces al día.
- 2.- Colocación de férulas en posición funcional en forma continúa, descansando 30 minutos 3 veces al día.

Esto con la finalidad de evitar movilizaciones activas a la articulación afectada.

PACIENTE EN FASE CRÓNICA

Son pacientes con dolor de más 7 semanas de evolución o aquellas que tiene más de 72 horas con datos de flogosis de una articulación ó limitación en el arco de movilidad, que no sea al dolor se les dio:

- 1.- Calor superficial o profundo a base de: Infrarrojos, Parafina ó Ultrasonido por 20 minutos en área afectada.
- 2.- Movilizaciones activo asistidas en todo el arco de movilidad.
- 3.- Ejercicios de estiramiento a articulación limitada por 10 seg.; descansando 20 seg., por 10 repeticiones. El estiramiento se mantuvo en el punto en que el paciente sintiera dolor soportable.
- 4.- Corrientes interferenciales 10 minutos, analgésicos 200 Hz y antiedema 80 100 Hz a área afectada.

El tratamiento se dio por 3 semanas a estos pacientes; la primer semana fue diario, sábados y domingos realizándolos en casa. Las siguientes 2 semanas fue realizada la terapia cada tres días.

PACIENTE CON DEFORMIDADES DE MANO

Aquí el paciente fue manejado con:

- 1.- Elaboración de férulas de yeso para corregir deformidad, las cuales traería en forma continua con descanso de 1 hrs. 3 veces al día.

- 2.- Ejercicios de fortalecimiento para grupos musculares específicos.

Esto también fue realizado por 3 semanas y los ejercicios fueron realizados cada 3 días y los días que no acudía a terapias se realizaban en su domicilio.

El análisis estadístico de los resultados de este estudio se hizo solo a través de la descripción de los hallazgos encontrados al final del estudio, solo se hizo análisis estadístico a través de la χ^2 de Mann Whitney en el Índice de Barthel.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los 9 pacientes todos fueron del sexo femenino (Tabla 1), con edad promedio de 36.4 para el grupo experimental con un rango de 28 a 48 años.

Para el grupo control el promedio de edad fue de 30.2 años, con un rango de 21 a 48 años. (Tabla No. 2)

De los pacientes ninguno fue excluido.

La valoración de las actividades de la vida diaria se realizó a través del Índice de Barthel, en esta escala la calificación máxima es de 100 puntos de los cuales, se obtuvieron un promedio de 99 para el grupo experimental y de 97.5 para el grupo control al inicio y final del estudio para ambos grupos.

Esto no quiere decir que con el manejo rehabilitatorio no se haya mejorado sus actividades ya que al inicio del estudio los pacientes referían dolor para realizarlas, pero este no le era tan incapacitante que no se reflejó en la calificación de esta variable, pero sin embargo las pacientes hacían referencia a una mayor facilidad para realizar actividades que antes les

causaban molestias. Creemos que esto se reflejara mejor cuando hablemos de la valoración del dolor.

El análisis estadístico de esta variable se realizo con la ν de Mann-Whitney la cual no resultando significativamente para el grupo experimental. (Tabla No. 3)

La evaluación del dolor se realizó con ayuda de la Escala visual análoga del dolor en donde el grupo experimental se encontro una calificación máxima al inicio del tratamiento de 6 y en el grupo control de 7 y la mínima de 2 para ambos grupos. Posterior a la aplicación del manejo rehabilitatorio en el grupo experimental se observo una reducción importante de casi el 50 % del dolor en la calificación máxima (calificación de 4), y de un 50 % en la mínima como se puede apreciar en la Gráfica 1.

En cuanto al edema que se encontró en estos pacientes, solo dos pacientes de cada grupo lo presentaron, las estructuras afectadas fueron diferentes en ellos por lo que no se pudo hacer una gráfica para comparar un grupo con otro, pero si podemos comentar que disminuyo 0.5 cm. el edema al final del tratamiento viéndose mejoría en la facilidad para realizar actividades con la articulación afectada. En el grupo control no hubo cambios y el aumento de volumen fue de 0.5 - 1 cm.

En cuanto a la valoración del SLEDAI (Índice de actividad para el lupus eritematoso sistémico) se encontró una calificación de 3 mínima y de 4 máxima al inicio y al final del tratamiento en el grupo experimental y de 4 mínima y 15 máxima al inicio y final del estudio en el grupo control. No observando diferencia significativa entre un grupo y otro, además esta escala se utiliza para valorar la efectividad del tratamiento médico (ver Tablas No. 4 y 5) y para poder ver si nuestro manejo logro la disminución de los analgésicos no esteroideos, no se pudo hacer ya que los pacientes acudían a valoración cada mes ó tres meses dependiendo de sus alteraciones ó actividad de la enfermedad encontradas a la hora de su valoración con reumatología.

Con respecto a la valoración del examen manual muscular (EMM), fue realizado al inicio y final del estudio tanto para el grupo control como para el experimental, encontrándose el 70% de pacientes con alteraciones de fuerza muscular y estos en la mayoría de los casos las partes afectadas no se relacionaban unas con otras por lo que no se pudo hacer una correlación gráfica o de cuadro, lo que si podemos comentar es que posterior al manejo rehabilitatorio la calificación se incremento al grado superior de la escala utilizada en los pacientes del grupo experimental, mientras que en el grupo control permaneció igual.

La valoración de los arcos de movilidad se hizo al inicio y final del estudio, observándose que en el grupo experimental, al inicio del estudio se encontraron afectados hombro, codo y muñeca en un 20% de las pacientes para cada articulación afectada y al finalizar el estudio sólo el codo permaneció afectado, y esto se debió a que hombros y muñeca se limitaron por dolor, mientras que en el codo la afectación era de la estructura articular, lográndose discreta mejoría en el arco, pensamos que esta paciente podrá mejorar un poco más si se continua con manejo rehabilitatorio.

En el grupo control no se observaron cambios. (ver pagina 2 y 3).

La autoestima se valoro por medio de la aplicación del test al inicio y final en cada grupo. El test fue figura humana y el de Cooper Smith. En el de la figura humana observamos que es muy amplio ya que reporta una gran variedad de alteraciones, observamos que al inicio del estudio ambos grupos presentan identidad con mismo sexo un 80%, extroversión 80% para el grupo experimental y el control 60%, le sigue la depresión e impulsos fóbicos en un 40% para el experimental y 50% para el control, y baja autoestima en un 40% para el grupo experimental y 25% para el grupo control. En la valoración final permanece sin cambios la identidad con mismo sexo, la extroversión disminuye en ambos grupos siendo más

importante para el grupo experimental, impulsos fóbicos y depresión solo disminuye en el grupo experimental, la baja autoestima permanece sin cambios para ambos grupos, pero se agrega mejoría en relaciones interpersonales en un 20% (ver Gráfica del grupo experimental 4 y 5).

TABLA No. 1
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

SEXO	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL	TOTAL
FEMENINO	5	4	9
MASCULINO	0	0	0

TABLA No. 2
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETAREOS

EDAD	No. DE PACIENTES	%
18 - 28 a.	2	22.3 %
29 - 38 a.	3	33.3 %
39 - 48 a.	4	44.4 %
TOTAL	9	100.0 %

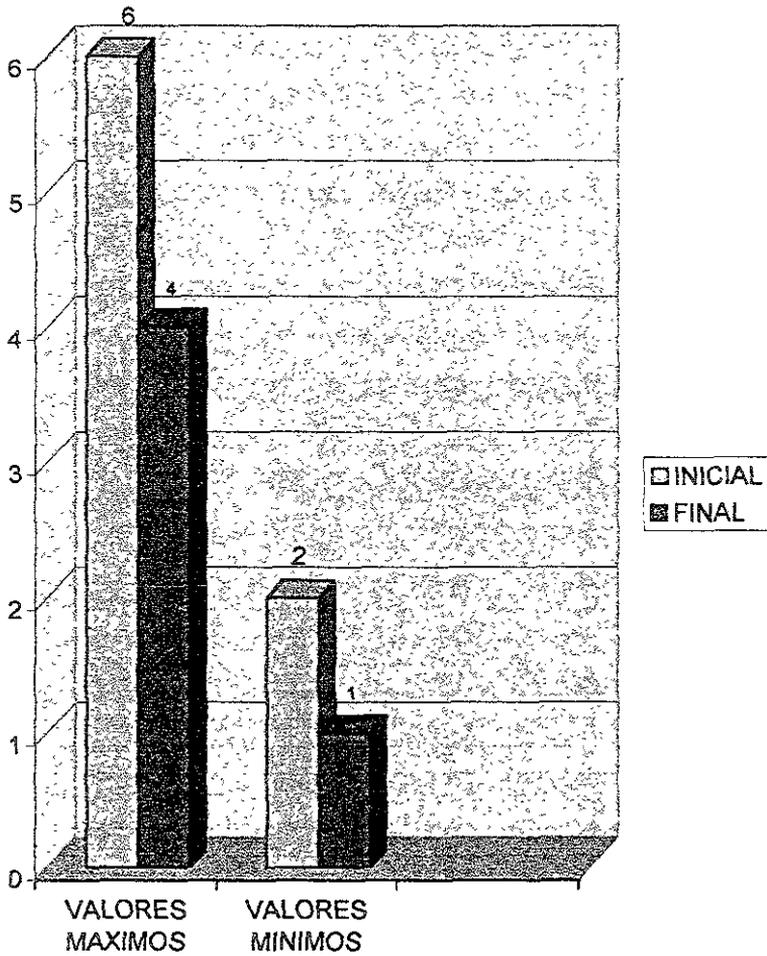
TABLA No. 3
ÍNDICE DE BARTHEL

GRUPO	PROMEDIO INICIAL	PROMEDIO FINAL	VALOR DE P*
EXPERIMENTAL	98	99	NO SIGNIFICATIVO
CONTROL	97.5	97.5	NO SIGNIFICATIVO

* U - Mann Whitney

Fuente: Hoja de captación de datos VMH.

GRAFICA 1: ESCALA VISUAL ANALOGA DEL DOLOR EN GRUPO EXPERIMENTAL



SLEDAI

TABLA No. 4

GRUPO EXPERIMENTAL

<i>PACIENTE</i>	<i>INICIO</i>	<i>FINAL</i>
A	-	-
B	4	4
C	-	-
D	4	4
E	3	3

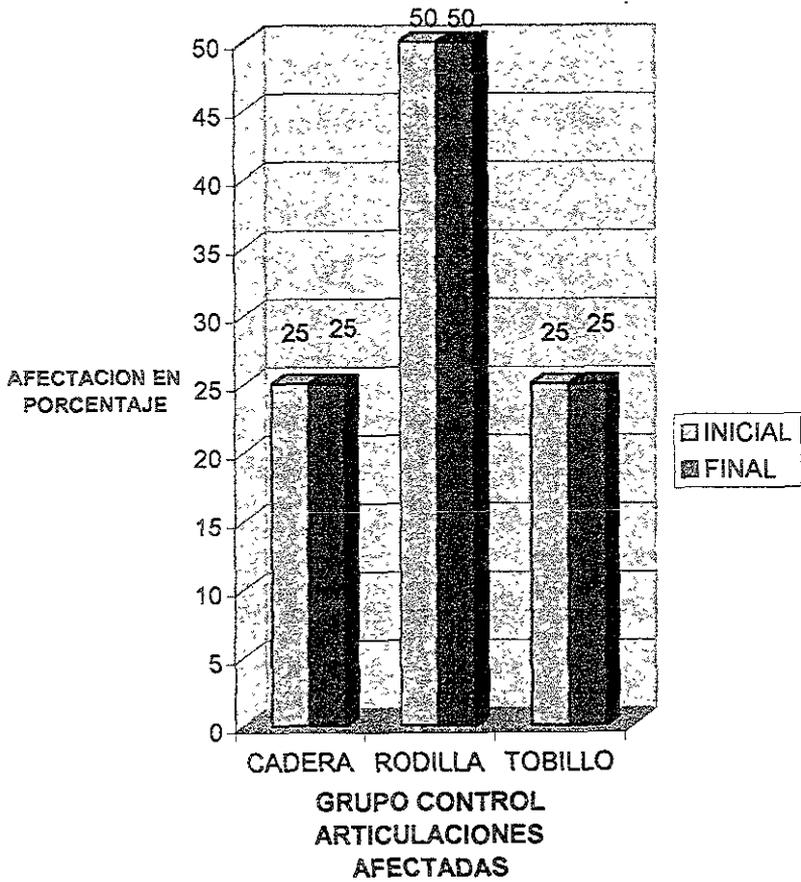
TABLA No. 5

GRUPO CONTROL

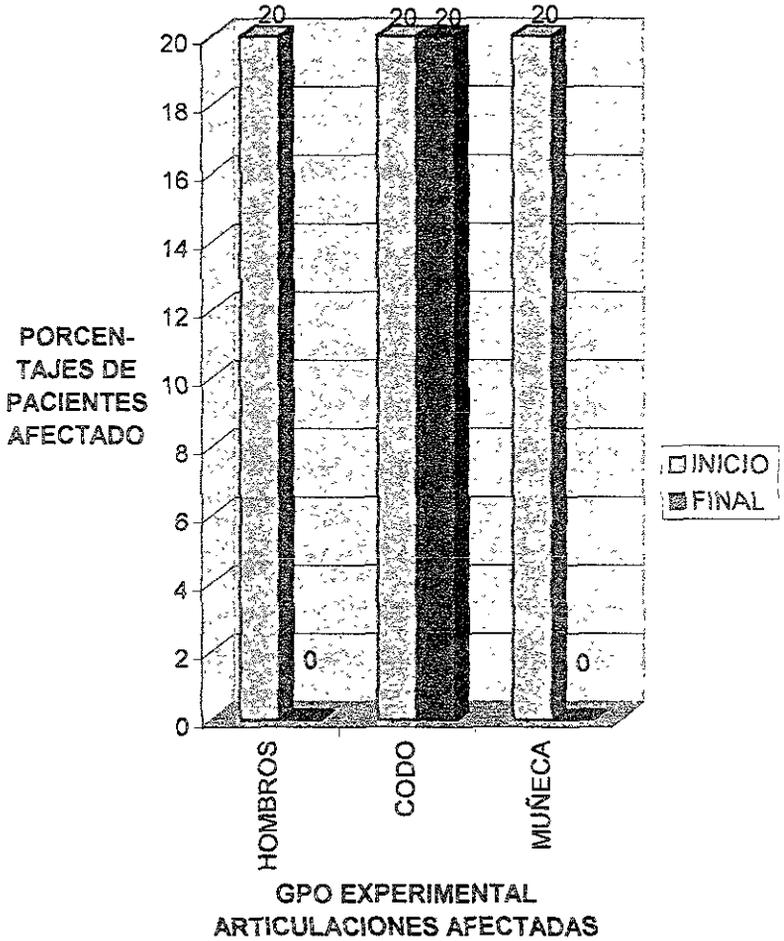
<i>PACIENTE</i>	<i>INICIO</i>	<i>FINAL</i>
1	-	-
2	-	-
3	4	4
4	15	15

Fuente: Hoja de captación de datos VMH.

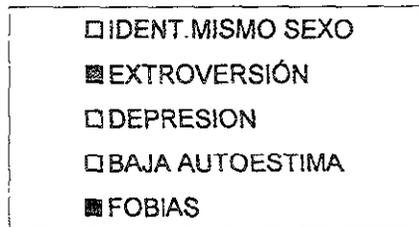
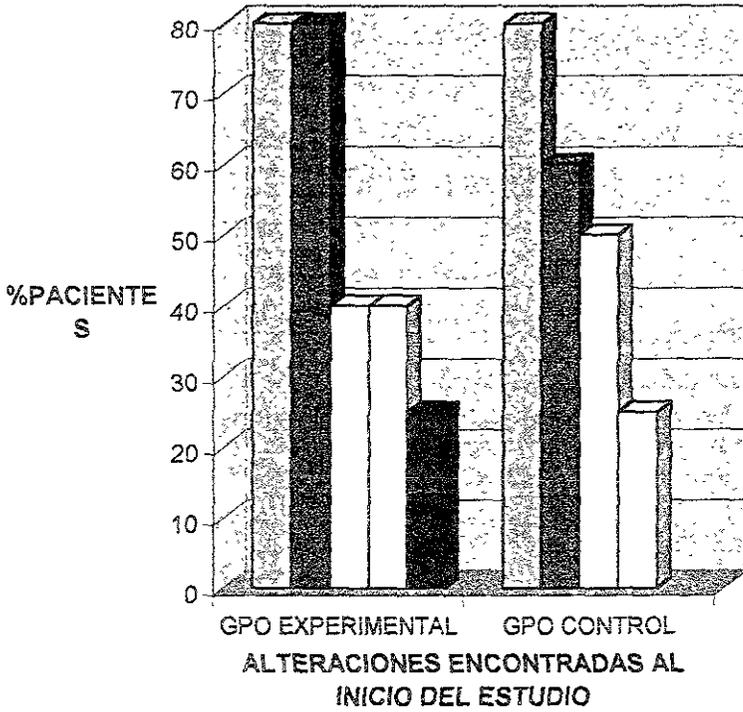
GRAFICA 2:ARCOS DE MOVILIDAD



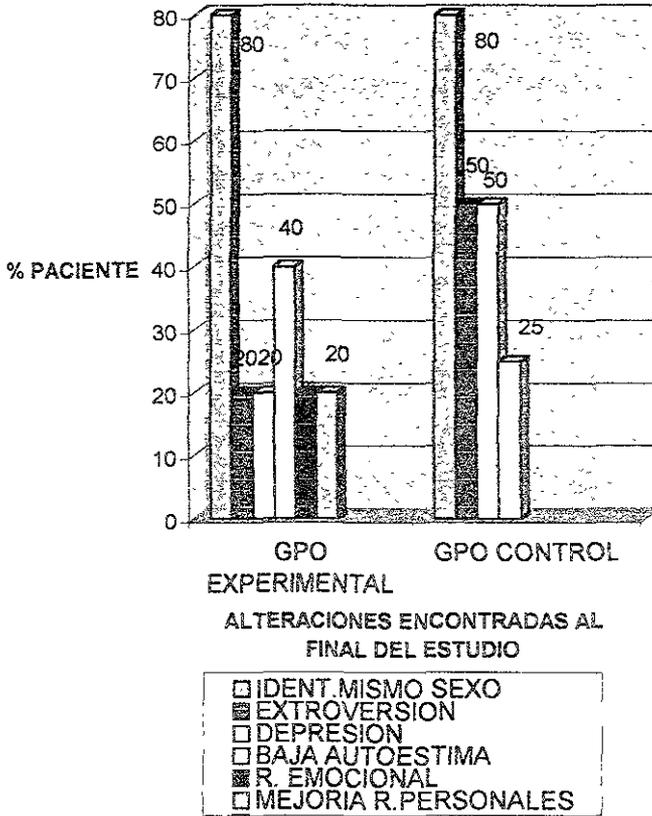
GRAFICA 3: ARCOS DE MOVILIDAD



GRAFICA 4:AUTOESTIMA FIGURA HUMANA



GRAFICA 5:AUTOESTIMA FIGURA HUMANA



DISCUSIÓN

Es importante comentar que existen contados artículos que hablan acerca del manejo rehabilitatorio de los pacientes con LES, e incluso los libros lo manejan como una enfermedad articular en general sin mencionar el compromiso de las actividades de la vida diaria en esta enfermedad.

Con respecto a los pacientes con LES con afectación neurológica no se pudo capturar ningún pacientes.

En lo que respecta al paciente con afectación articular se observaron diferencias clínicas; en cuanto al dolor este se observó que redujo al 5o. día del manejo, en cuanto al edema este hasta la 2a. semana del tratamiento (8o. día). Con ello podemos mencionar que al término de 2 semanas el paciente presentaba mejoría importante.

En el caso de deformaciones de manos, se observó mejoría hasta la 3a. semana en cuanto a que disminuyó la deformidad al hacer una actividad y mejoró la fuerza de los grupos musculares a las tres semanas también.

Con esto observamos que hubo una mejoría en la realización de sus actividades de la vida diaria de manera cualitativa, al haber reducido el dolor y el edema.

En el área psicológica con el programa establecido no se observó mejoría en la autoestima, pero sí se observó mejoría en la depresión y se agregó mejoría en las relaciones interpersonales. Por lo que un programa rehabilitatorio influye en el estado psicológico del paciente.

CONCLUSIONES

- 1.- Dado que los pacientes al inicio del estudio no presentaron compromiso de independencia de actividades de la vida diaria en forma cuantitativa, no fue posible corroborar la utilidad del programa en este objetivo.

- 2.- Fue posible con el programa establecido mejorar los arcos de movilidad, la fuerza muscular, reducir el edema y disminuir el dolor mejorando el pronóstico funcional de la articulación afectada y con ello el bienestar del paciente.

- 3.- Es posible mejorar el estado psicológico del paciente lúpico con un programa de rehabilitación.

- 4.- Es necesario continuar con este estudio para incrementar el número de pacientes y con ello difundir los programas para beneficiar y tratar a mayor número de ellos en el servicio de rehabilitación.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en proyecto de investigación titular: _____

Registrado ante el comité local de investigación con el número _____. El objetivo de este estudio es: _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su trabajo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones y publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esto pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL.

TESTIGO

TESTIGO

ÍNDICE DE BARTHEL (23)

Alimentación :

10 - Independiente. El paciente puede comer solo, desde una bandeja a su mesa cuando cualquiera le pone la comida a su alcance. Debe ser capaz de ponerse las ayudas técnicas correspondientes cuando sea necesario. Cortar la comida, usar la sal, pimienta, extender mantequilla, debe hacerlo en un tiempo razonable.

5 - Necesita alguna ayuda (ejemplo cortar la comida, extender la mantequilla).

0 - Dependiente. necesita ser alimentado.

Transferencia (cama - silla):

15 - Independiente en todas fases de esta actividad. El paciente puede acercarse a la cama con silla de ruedas, bloquear la silla, levantar los reposa pies, pasar de forma segura a la cama, tumbarse, sentarse a la cama, cambiar de posición a la silla de ruedas.

10 - Necesita ayuda alguna, aunque sea mínima en algún caso de esta actividad o necesitar ser supervisado o recordarle algunos pasos.

5 - Paciente puede sentarse en cama sin ayuda de otra persona pero necesita ayuda para salir de la cama.

0 - Dependiente incapaz de permanecer sentado, necesita ayuda para transferencias.

Aseo personal.

5 - Paciente puede lavarse la cara y manos, peinarse, cepillarse dientes y afeitarse. Puede usar maquinilla eléctrica o de hoja para rasurarse y alcanzarla del armario. Las mujeres han de poder maquillarse.

0 - Necesita alguna ayuda.

Uso de WC.

10 - Paciente es capaz de sentarse y levantarse del water, aflojarse y ponerse la ropa y evitar que se ensucie y usar papel higiénico sin ayuda. Puede utilizar cualquier barra o soporte en la pared si lo necesita. Se es necesario el uso del orinal, debe ser capaz de colocarlo en una silla y limpiarlo.

5 - Paciente que necesita ayuda por desequilibrio o para sujetar la ropa o en el uso de papel higiénico .

0 - Dependiente incapaz de manejarse sin ayuda.

Baño.

5 - El paciente puede bañarse o ducharse. Debe ser capaz de ejecutar todos los pasos necesarios sin que ninguna otra persona este presente.

0 - Dependiente, necesita alguna ayuda.

Caminar por terreno llano.

15 - El paciente puede caminar , al menos 50 mts. sin ayuda o supervisión. Puede llevar ortesis o prótesis y usar bastones y muletas ? debe ser capaz de bloquear y desbloquear las ortesis y sentarse usando las correspondientes ayudas técnicas y disponer de ellas cuando esta sentado.

10 - El paciente necesita ayuda o supervisión en cualquier paso de los arriba mencionados, pero puede caminar al menos 50 mts. con poca ayuda.

5 - (Solo para pacientes con silla de ruedas) el paciente no puede caminar pero puede autopropulsarse, en silla de ruedas de forma independiente debe ser capaz de doblar esquinas, girar y maniobrar con la silla para colocarla ante una mesa, cama ó WC. Debe ser capaz de empujar la silla al menos 50 mts.

0 - Inmóvil, necesita ser desplazado por todo.

Subir y bajar escaleras.

10 - El paciente es capaz de subir y bajar escaleras de forma segura y sin supervisión. Puede usar pasamanos, bastones o muletas, si fuera necesario. Debe ser capaz de llevar los bastones mientras sube y baja.

5 - El paciente necesita ayuda o supervisión.

0 - Incapaz de salvar escalones.

Vestido y desvestido.

10 - El paciente puede ponerse, ajustarse y quitarse toda la ropa y atar cordones (salvo si es necesario usar adaptaciones).

Esta actividad incluye el ponerse las ortesis. Se pueden usar tirantes, calzadores y ropas abiertas por delante.

5 - El paciente necesita ayuda para ponerse o quitarse la ropa. Debe realizar al menos la mitad del trabajo por si solo. Debe realizarlo en tiempo razonable.

0 - Dependiente . . .

Continencia de esfínter anal.

10 - El paciente es capaz de controlar esfínter anal sin accidentes. Puede usar supositorio ó enema cuando sea necesario (como en lesionado medular).

5 - El paciente necesita ayuda para ponerse supositorio ó enema ó tiene algún accidente ocasional.

0 - Incontinente.

Continencia esfínter vesical.

10 - Paciente capaz de controlar esfínter vesical de día y noche.

Los pacientes con lesión medular que llevan un dispositivo de día y de noche y bolsa en pierna deben ponérselo de forma independiente, limpiar y lavar la bolsa y estar seco de día y de noche.

5 - El paciente tiene accidentes ocasionales o no puede esperar a que le pongan el orinal o llegar al cuarto de baño a tiempo o necesita ayuda para manejar un dispositivo externo (catéter o sonda).

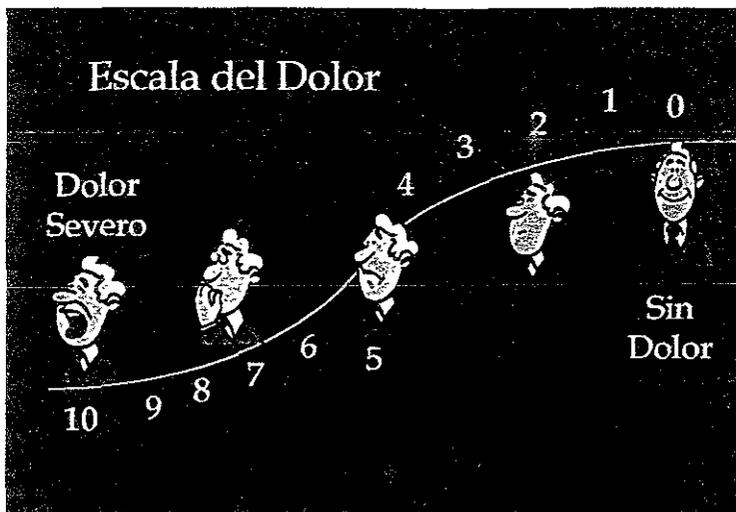
0 - incontinente.

Para cada área se elige una opción. Debe recogerse lo que el paciente hace y no lo que potencialmente es capaz de hacer . La puntuación es la suma de las puntuaciones alcanzadas en cada ítem, oscila entre 0 (total dependencia) y 100 (máxima independencia en áreas valoradas).

Escala visual análoga (EVA) para la valoración del dolor

Fecha

Nombre del paciente



ESCALA DE VALORACIÓN MUSCULAR MANUAL

0 - Ninguna evidencia de contracción.

1 - Presencia de mínima contracción, ausencia de movimiento.

2 - Amplitud de movimiento completo sin gravedad.

3 - Amplitud de movimiento completo contra gravedad.

4 - Amplitud de movimiento completo contra la gravedad con resistencia parcial o noción de fatiga.

5 - Amplitud de movimiento completo contra la gravedad con resistencia normal. Músculo sano (17).

HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS

EXAMEN MANUAL MUSCULAR POR GRUPO MUSCULAR

<i>DER</i>	HOMBRO	<i>IZQ.</i>	<i>DER</i>	CODO	<i>IZQ.</i>
	FLEXORES EXTENSORES ABDUCTORES ADUCTES ROT EXTERNOS ROT INTERNOS			FLEXORES EXTENSORES.	
<i>DER</i>	ANTEBRAZO	<i>IZQ.</i>	<i>DER</i>	MUÑECA	<i>IZQ.</i>
	PRONADORES SUPINADORES			FLEXORES EXTENSORES DESV. RADIAL DESV. CUBITAL	
<i>DER</i>	MANO	<i>IZQ.</i>	<i>DER</i>	2o A 5o DEDO	<i>IZQ.</i>
	PULGAR FLEXORES EXTENSORES ABDUCTORES ADUCTORES OPONENCIA			FLEXORES EXTENSORES ABDUCTORES ADUCTORES	
<i>DER</i>	CADERA	<i>IZQ.</i>	<i>DER</i>	RODILLA	<i>IZQ.</i>
	FLEXORES EXTENSORES ABDUCTORES ADUCTORES ROT. INTERNO ROT EXTERNO			FLEXORES EXTENSORES	
<i>DER</i>	TOBILLO	<i>IZQ.</i>			
	FLEX DORSAL FLEX PLANTAR INVERSIÓN EVERSIÓN				

SLEDAI (Índice de actividad para el LES)

NOMBRE _____ AFILIACION _____
 MEDICO _____ FECHA _____
 DIRECCION _____ TELEFONO _____
 FECHA DE DIAGNOSTICO _____ MOTIVO DE INGRESO _____

(Valoración del día de la visita o 10 días previos)

PUNTAJE	SLEDAI	DESCRIPCION	DEFINICION
8	_____	Convulsiones	De reciente inicio, excluyendo causas metabólicas, infecciosas y por drogas
8	_____	Psicosis	Capacidad alterada debido a trastornos severos en la percepción de la realidad. Incluye alucinaciones, incoherencias, pérdida de las asociaciones mentales, deterioro del contenido del pensamiento, pensamiento lógico, conducta catatónica o desorganizada. Excluyendo uremia o por drogas.
8	_____	Síndrome orgánico cerebral	Funciones mentales alteradas con deterioro en la orientación, memoria y otras funciones intelectuales de instalación rápida y clínicamente fluctuante. Incluye obnubilación, pérdida de la atención y por lo menos dos de los siguientes: alteración perceptual, lenguaje incoherente, insomnio o somnolencia diurna, incremento o disminución de la actividad psicomotora. Excluyendo causas metabólicas, infecciosas o por drogas
8	_____	Trastornos visuales	Cambios en la retina por LES. Incluyendo cuerpos quísticos, hemorragia retiniana, exudado o hemorragia coroidea o neuritis óptica. Excluyendo las causadas por hipertensión, infección o drogas.
8	_____	Alteraciones en nervios craneales.	Neuropatía sensitiva o motora de reciente inicio que involucra nervios craneales.
8	_____	Cefalea típica	Cefalea persistente severa, puede ser migrañosa, pero debe ser sin respuesta a narcóticos.
8	_____	A.V.C.	De reciente inicio, excluye arteriosclerosis.
8	_____	Vasculitis	Úlceración, gangrena, nódulos dolorosos en los dedos, infarto periungueal, hemorragia en astilla, biopsia o angiografía que demuestre vasculitis.
4	_____	Artritis	Más de dos articulaciones con dolor y signos de inflamación (edema, derrame y dolor).
4	_____	Miositis	Dolor y debilidad de los músculos proximales, asociado con aumento de CPK-aldolasa o cambios EMG o biopsia que demuestre miositis.
4	_____	Cilindros urinarios.	Hemáticos o granulares.
4	_____	Hematuria	Más de 5 eritrocitos por campo. Excluye cálculos, infección y otros.
4	_____	Proteinuria	Más de 500 mg en 24 horas de reciente inicio o incremento reciente de más de 500 mg en 24 horas.
4	_____	Piuria	Más de 5 leucocitos por campo. Excluyendo infección.
2	_____	Rash	De reciente inicio o recurrencia de rash inflamatorio.
2	_____	Alopecia	De reciente inicio o recurrencia de caída de cabello en parches o difuso
2	_____	Úlceras mucosales	De reciente inicio o recurrencia a nivel oral o nasal.
2	_____	Pleuritis	Dolor pleurítico con derrame, frote o engrosamiento pleural
2	_____	Pericarditis	Dolor pericárdico con por lo menos uno de los siguientes: frote, derrame, EKG o ecocardiograma que lo confirme.
2	_____	Disminución del complemento.	CH50, C3 o C4 confirmado con laboratorio.
2	_____	Incremento de DNA	Aumento de más del 25% por método de Farr o por arriba de los rangos normales de laboratorio.
1	_____	Fiebre	Más de 38° C, excluyendo infección.
1	_____	Trombocitopenia	Menos de 100,000 plaquetas por mm ³ .
1	_____	Leucopenia	Menos de 3,000 leucocitos por mm ³ , excluyendo toxicidad por drogas

TOTAL _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

F-MFR.1 anexo 6 anverso

NO. DE AFILIACION - SEXO - EDAD - NOMBRE

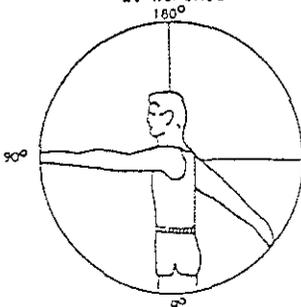
UNIDAD DE ATENCION MEDICA

EXAMEN DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

1. HOMBROS

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	HIPER-EXTENSION
1		
2		
3		
4		

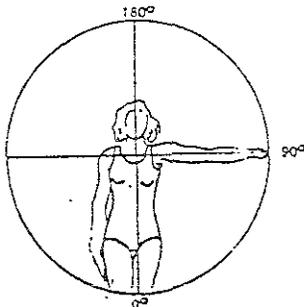


ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	HIPER-EXTENSION
1		
2		
3		
4		

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	ABDUCCION	ADUCCION
1		
2		
3		
4		

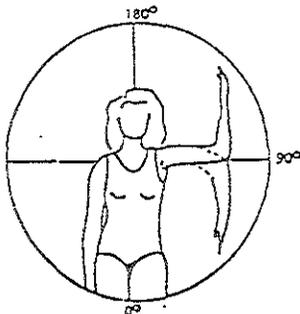


ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	ABDUCCION	ADUCCION
1		
2		
3		
4		

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	ROTACION	
	INTERNA	EXTERNA
1		
2		
3		
4		



ARTICULACION IZQUIERDA

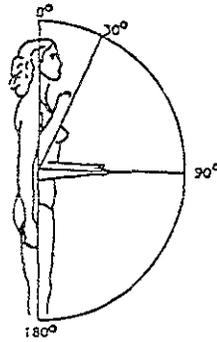
EVALUACION NUMERO	ROTACION	
	INTERNA	EXTERNA
1		
2		
3		
4		

2. CODO

ARIZO O REVERSO

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		



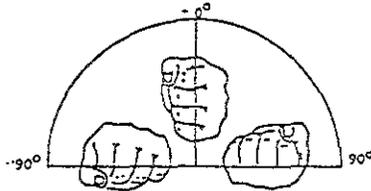
ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	PRONACION	SUPINACION
1		
2		
3		
4		

3. RADIO CUBITALES



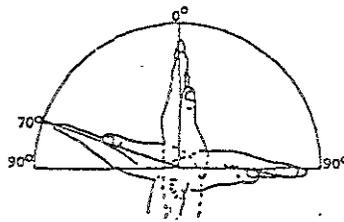
ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	PRONACION	SUPINACION
1		
2		
3		
4		

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		

4. MUÑECAS

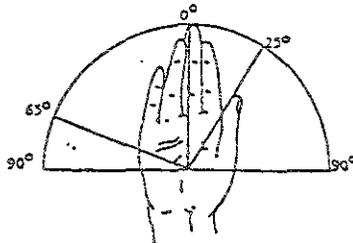


ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	ABDUCCION	ADUCCION
1		
2		
3		
4		



ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	ABDUCCION	ADUCCION
1		
2		
3		
4		

FECHA DE LA EVALUACION	NUMERO	NOMBRE DEL MEDICO	MATRICULA	FIRMA
	1			
	2			
	3			
	4			



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

F-MER. 2

ANEXO 7 anexo 2000

No. DE AFILIACION - SEXO - EDAD - GRUPO

UNIDAD DE ATENCION A TIPO

EXAMEN DE ARCOS DE MOVILIDAD DE LOS DEDOS DE LAS MANOS

1. ARTICULACIONES METACARPO-FALANGICAS

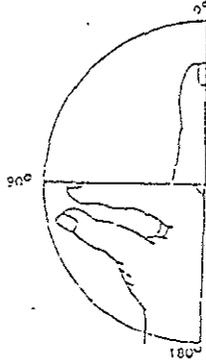
ARTICULACIONES DERECHA

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
1	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
2	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
3	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
4	2		
	3		
	4		
	5		



ARTICULACIONES IZQUIERDA

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
1	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
2	2		
	3		
	4		
	5		

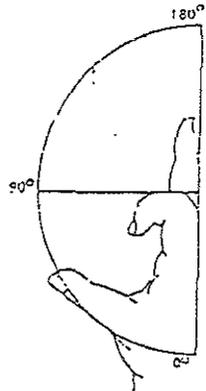
EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
3	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
4	2		
	3		
	4		
	5		

2. ARTICULACIONES INTERFALANGICAS PROXIMALES

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
1	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
2	2		
	3		
	4		
	5		



EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
1	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
2	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
3	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
4	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
3	2		
	3		
	4		
	5		

EVA- LUA- CION METR	DEDO NUMERO	FLE- XION	EXTEN- SION
4	2		
	3		
	4		
	5		

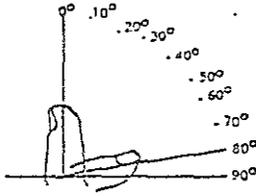
3. ARTICULACIONES INTERFALANGICAS DISTALES anexo 7 reverso

EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
1	2		
2	3		
3	4		
4	5		

EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
2	2		
3	3		
4	4		
5	5		

EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
3	2		
3	3		
4	4		
5	5		

EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
4	2		
3	3		
4	4		
5	5		



EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
1	2		
2	3		
3	4		
4	5		

EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
2	2		
3	3		
4	4		
5	5		

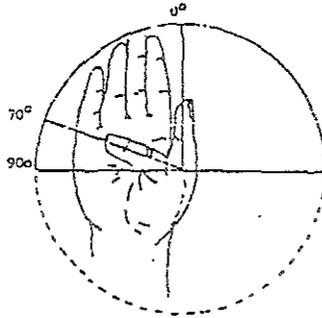
EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
3	2		
3	3		
4	4		
5	5		

EVALUACION NUMERO	DEDO	FLEXION	EXTENSION
4	2		
3	3		
4	4		
5	5		

4. ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS DEL PULGAR

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		



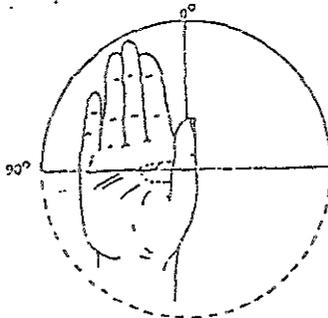
ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		

5. ARTICULACIONES INTERFALANGICAS DEL PULGAR

ARTICULACION DERECHA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		



ARTICULACION IZQUIERDA

EVALUACION NUMERO	FLEXION	EXTENSION
1		
2		
3		
4		

NUMERO	DE DERECHA	NOMBRE DEL MEDICO	MATRICULA	FECHA
1				
2				
3				
4				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

F-MTR. 3

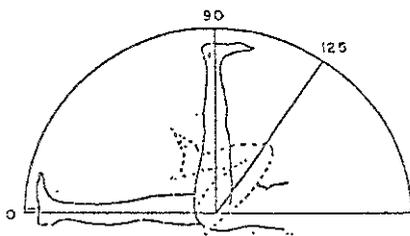
No. DE AFILIACION - SEXO - EDAD - NOMBRE

UNIDAD

EXAMEN DE ARCOS DE MOVILIDAD
MIEMBRO INFERIOR

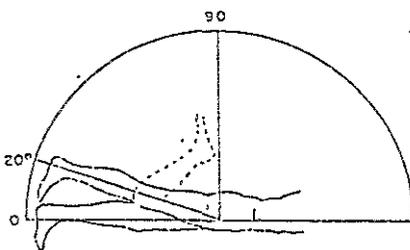
CADERA

D	
FL. RC	FL. RF
1	
2	
3	
4	



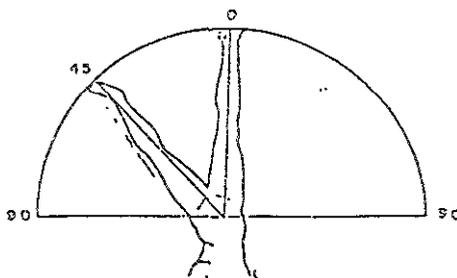
I	
FL. RE	FL. RF
1	
2	
3	
4	

D	
EXT. RC	EXT. RF
1	
2	
3	
4	



I	
EXT. RE	EXT. RF
1	
2	
3	
4	

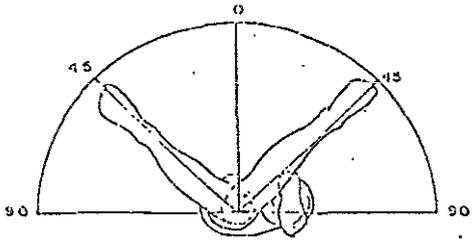
D	
Abd.	Ad
1	
2	
3	
4	



I	
Abd.	Ad
1	
2	
3	
4	

CADERA

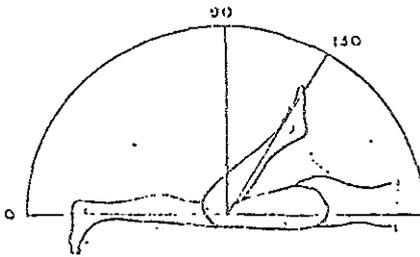
D	
R. Int.	R. Ext.
1	
2	
3	
4	



I	
R. Int.	R. Ext.
1	
2	
3	
4	

RODILLA

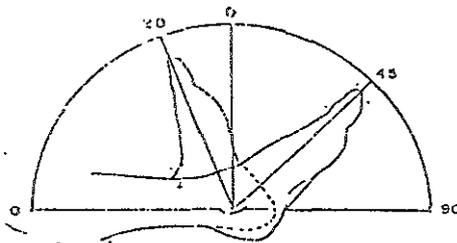
D	
Flex.	Ext.
1	
2	
3	
4	



I	
Flex.	Ext.
1	
2	
3	
4	

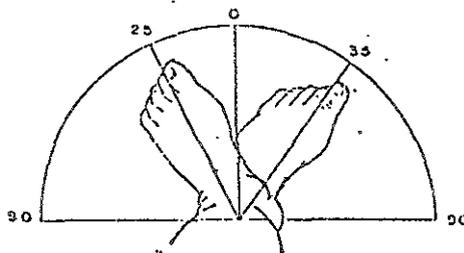
TOBILLO

D	
Flex.	Ext.
1	
2	
3	
4	



I	
Flex.	Ext.
1	
2	
3	
4	

D	
Ev.	Inv.
1	
2	
3	
4	



I	
Ev.	Inv.
1	
2	
3	
4	

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPER SMITH

VERSIÓN ADULTOS

1.-	Generalmente los problemas me afectan muy poco.	SI	NO
2.-	Me cuesta mucho trabajo hablar en público.....	SI	NO
3.-	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi.....	SI	NO
4.-	Puedo tomar una decisión fácilmente.....	SI	NO
5.-	Soy una persona simpática.....	SI	NO
6.-	En mi casa me enoja fácilmente.....	SI	NO
7.-	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.....	SI	NO
8.-	Soy popular entre las personas de mi edad.....	SI	NO
9.-	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.....	SI	NO
10.-	Me doy por vencido (a) muy fácilmente.....	SI	NO
11.-	Mi familia espera demasiado de mí.....	SI	NO
12.-	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.....	SI	NO
13.-	Mi vida es muy complicada.....	SI	NO
14.-	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas....	SI	NO
15.-	Tengo mala opinión de mí mismo (a).....	SI	NO
16.-	Muchas veces me gustaría irme de mi casa.....	SI	NO
17.-	Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo..	SI	NO
18.-	Soy menos guapo (ó bonita) que la mayoría de la gente.....	SI	NO
19.-	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.....	SI	NO
20.-	Mi familia me comprende.....	SI	NO
21.-	Los demás son mejor aceptados que yo.....	SI	NO
22.-	Siento que mi familia me presiona.....	SI	NO
23.-	Con frecuencia me desanimo en lo que hago.....	SI	NO
24.-	Muchas veces me gustaría ser otra persona.....	SI	NO
25.-	Se puede confiar muy poco en mí.....	SI	NO

BIBLIOGRAFÍA.

1. Robert G Petersdorf, et al Adams, Principios de medicina interna; 6a ed; México; Mc Graw Hill, 1986; 540-544.
2. Crozco Médina J. H; Lupus eritematoso sistémico; Anuario de actualización en medicina 1975; 2: 179-210.
3. Lavallo M. C. et al; Reumatología clínica. 2a ed; México; Limusa; 1990: 339-56.
4. Querol, J.; Tratamiento de las entidades reumáticas de aparato locomotor ; Cuaderno Daiman de medicina, 1980; 23 - 25.
5. Rojas R. J.; Manifestaciones clínicas mas frecuentes del Lupus eritematoso sistémico a propósito de 142 pacientes. Rev Mex Reumatol, 1991, 6: 172 - 77.
6. Alarcón D. et al, Deforming arthropathy of the hands in systemic lupus erythematosus; J Rheumatol, 1988; 15 (12): 65-68.

7. Cronin M. E., Musculoskeletal manifestations of systemic lupus erythematosus. *Rheumatic dis clin North America*; 1988; 14, (1): 99-118.
8. Szczepanski, et al; Deforming Arthropathy and Jaccoud's Syndrome in patients with sythemic lupus erythematosus; *Scan J Rheumatol*; 1992; 21 (6): 308-309.
9. Paul A, Arthropathy of hands and feet in systemic lupus erithematosus. *J Rheumatol* 1990; 17, (6): 77-84.
- 10 Russell et al: Articular manifestations of systemic lupus erythematosus; *Ann Intern Med*; 1971; 74: 911-21.
11. Derksen RHWM, Clinical Manifestations and management of the antiphospholipid syndrome; *Lupus*; 1996; 5: 167-69.
12. Levine SR et al; Neurological aspect of antiphospholipid antibody syndrome; *Lupus* 1996; 5: 347-53.
13. Chan K. F. et al; Transverse myelopathy in SLE: Clinical features and funtional outcomes; *Lupus*: 1996, 5: 249-99.

14. McGrath H et al; Ultraviolet A-1 (340-400nm) irradiation therapy in Systemic Lupus Erythematosus; *Lupus*, 1996, 5: 266-74.
15. Carol J. et al.; Perceived Health status, Self-esteem and body image in women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. *Res Nurs Health*, 1990 13: 99-107.
16. Rascu S et al; Osteonecrosis in Systemic Lupus Erythematosus, steroid-induced or a Lupus -dependent manifestation; *Lupus*; 1996; 5: 323-27.
17. Lacote, A. M. et al; Valoración de la función muscular normal y patológica; Barcelona; Masson 1984: 25.
18. Basmajian V. J., Terapéutica por el ejercicio; 3a ed; Barcelona Panamericana; 1982: 97-130.
19. López R. et al; Lupus eritematoso generalizado adulto e infantil. Evaluación mediante el índice de actividad de la enfermedad (SLEDAI) al establecer el diagnóstico y después del tratamiento; *Rev Mex Reumatol*, 1996; 11: 97-103.

20. Elizabeth M B, et al; Visual Analogue scales a measure of pain in individual joints at rest and on movement; J Rheumatol; 1989; 16 (1): 102-5.
21. Valverde C et al, Escalas de actividades de la vida diaria; Rehabilitación; 1994; 28 (6): 377-86.
22. Melvin L. J.; Rheumatic Disease in the Adult and Child Occupational Therapy and Rehabilitation; 3a ed; Philadelphia F. A. Davis Co, 1989.
23. Gail Kerdhner R et al; Rheumatic Diseases: Rheabilitation and management; New York Butterworth Publi; 1984: 115.
24. L. H. Daltroy, C Robb et al; Effectiveness of Minimally Supervised Home Aerobic Training in Patients with Systemic Rheumatic Disease; Brdis J. Rheumatol; 1995; 34: 1064-69.
25. Sidney Singel; Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta; 3a ed; México;Trillas: 143.
26. Nelson R M et al; Clínica electroterapia; 2a ed, E.E.U.U., Appleton and Lange; 1991: 221.