

# **DISFUNCION SEXUAL EN PACIENTES CON**

## **ESCLEROSIS SISTEMICA**

### **INTRODUCCION**

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por alteraciones microvasculares, inflamación perivascular y acumulación excesiva de colágeno, causando fibrosis en la piel y los órganos internos. Las complicaciones por afectación de órganos reducen tanto la calidad de vida como la supervivencia global (1). Aproximadamente el 80% de los pacientes con ES son mujeres, con un rango de edad de inicio de la enfermedad entre los 30-60 años (2). La disfunción sexual es común entre las mujeres con enfermedades crónicas (3), incluyendo ES (4-9). Los cambios asociados con la ES como el endurecimiento de la piel, debilidad muscular, dolor en las articulaciones, deformidad y disminución de la actividad funcional pueden tener un impacto negativo en la sexualidad femenina y el funcionamiento sexual (7, 8, 10). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) las disfunciones sexuales en la mujer incluyen el trastorno orgásmico femenino, el trastorno del interés/excitación sexual femenino, el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, otra disfunción sexual especificada y la disfunción sexual no especificada. Las disfunciones sexuales son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. Un individuo puede tener varias disfunciones sexuales a la vez. Al realizar un juicio clínico acerca del diagnóstico de disfunción sexual, deben considerarse los factores culturales que pueden influir en las expectativas o dar lugar a prohibiciones en relación al hecho de experimentar placer sexual. En muchos contextos clínicos no se conoce con precisión la etiología del problema sexual. Sin embargo, el diagnóstico de disfunción sexual requiere descartar problemas que se expliquen mejor por un trastorno mental no sexual, por los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento), por una afección médica (p. ej., una lesión de nervios pélvicos) o por un conflicto importante en la relación, la violencia de pareja u otros factores de estrés. Además, estos trastornos, para considerarse criterios diagnósticos de disfunción sexual,

deben haber persistido durante unos seis meses como mínimo y provocar un malestar clínicamente significativo en el individuo. El DSM-5 define los trastornos orgásmicos como dificultad para experimentar el orgasmo (ausencia, infrecuencia marcada, o retraso marcado del orgasmo), o disminución de la intensidad de las sensaciones orgásmicas que se experimente en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75-100 %) de la actividad sexual. Los trastornos del interés/excitación sexual se diagnostican cuando aparecen 3 o más de lo siguientes: interés en la actividad sexual ausente o disminuido en frecuencia o intensidad, fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o disminuidos, excitación o placer sexual durante la actividad sexual ausente o disminuido, excitación o placer sexual o erótico ausente o disminuido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica (ej., escrito, verbal o visual), sensaciones genitales y no genitales ausentes o disminuidas durante la actividad sexual en pareja, inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptivo a los intentos de la pareja por iniciarla. Los trastornos de dolor génito pélvico/penetración se explicarían por la dificultad para lograr la penetración vaginal durante las relaciones sexuales, dolor importante vulvovaginal o pélvico durante la penetración vaginal o los intentos de penetración, importante temor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante, o como resultado de la penetración vaginal, tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal. En la disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos aparecen los síntomas durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia (alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, incluida la cocaína, y otras) o después de la exposición a un medicamento (antidepresivos, los antipsicóticos y los anticonceptivos hormonales, fármacos cardiovasculares, citotóxicos, gas-trointestinales y hormonales, se asocian a alteraciones de la función sexual.). Otra disfunción sexual especificada se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de disfunción sexual, y se utiliza en las situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ninguna disfunción sexual específica. Por último, la

disfunción sexual no especificada se define de manera similar a la anterior con la diferencia de que se utiliza en las situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una disfunción sexual específica e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (11). Aunque la respuesta sexual tiene requisitos biológicos de base, habitualmente se experimenta en un contexto intrapersonal, interpersonal y cultural. Así pues, la función sexual supone una compleja interacción entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos. La sexualidad es un aspecto importante de la calidad de vida que a menudo se descuida en los estudios de investigación. En la práctica clínica habitual, el foco suele ser la fertilidad, el embarazo o la anticoncepción (8, 12). Existen estudios sobre la funcionalidad sexual de las mujeres con ES que han concluido que la misma es común, en base a la frecuencia de los problemas reportados (4, 12), comparaciones con la población general (5, 6, 9), y comparaciones con mujeres con otras enfermedades crónicas (8). Entre los problemas más comunes se incluyen la sequedad vaginal, relaciones sexuales dolorosas y disminución de la frecuencia e intensidad de los orgasmos (4, 9). La disfunción sexual ha sido asociada con la duración de la enfermedad, dolor, insatisfacción a causa de la imagen corporal y problemas maritales (5). Los estudios existentes, sin embargo, han sido limitados por el uso de herramientas no validadas para evaluar el deterioro y trastornos de la función sexual (4, 12), no distinguir explícitamente entre inactividad sexual y disfunción sexual (10-14,16), y pequeño tamaño muestral (4-6, 8, 12).

## **OBJETIVOS**

- Objetivo 1º: determinar la frecuencia de pacientes mujeres con Esclerodermia Sistémica con disfunción sexual.
- Objetivo 2º: determinar las características clínicas, depresión y ansiedad asociados a disfunción sexual en pacientes con ES.

## **DISEÑO**

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico.

## **POBLACION Y MUESTRA**

Se incluirán pacientes con diagnóstico de ES, según criterios clasificatorios 2013 (Anexo 1), atendidos en hospitales públicos y privados y en centros privados de Reumatología, que formen parte del grupo de estudio de ES de la Sociedad Argentina de Reumatología.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes que estén de acuerdo en participar del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes de sexo femenino, entre 20 y 59 años, con diagnóstico de ES según criterios clasificatorios ACR-EULAR 2013 (Anexo 1). La elección del grupo etario corresponde a la edad de la población en la que se llevó a cabo la validación del cuestionario FSFI (The female sexual function index) empleado en este trabajo, el cual fue diseñado para evaluar la funcionalidad sexual femenina.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes con otra enfermedad reumática autoinmune asociada: Artritis Reumatoidea, Lupus Eritematoso Sistémico, Dermatomiositis, Polimiositis, Vasculitis.
- Pacientes con otras enfermedades crónicas no controladas: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, así como diabetes, vasculopatía periférica, neoplasias, hipotiroidismo, enfermedades del sistema nervioso central y/o periférico.
- Pacientes con alguno de los siguientes antecedentes, que haya ocurrido en las últimas cuatro semanas, por ser posible causa de dispareunia no atribuible a la ES: endometriosis pélvica o en zona rectovaginal, anomalías congénitas genitales (ej., himen no perforado, septo vaginal, doble cuello uterino), vulvodinia, lesiones de la piel y/o mucosa del área genital (ej., liquen escleroso, verrugas, traumatismo, irritación provocada por látex del preservativo, diafragma, DIU, espermicida), inflamación o infección urogenital (ej., vulvitis, vaginitis, uretritis, cistitis, bartolinitis, enfermedad pélvica inflamatoria), prolapso uterino, vaginal u ovárico, tumores pélvicos (ej., quistes o tumores ováricos, miomas uterinos), cicatrices en área pélvica o genital (ej.,

secundaria a perineorrafia, episiotomía, histerectomía, reparación plástica de la vagina), radioterapia y/o quimioterapia en área pélvica (27, 28). En el caso de haber resuelto la o las condiciones clínicas presentes, se podrá incluir a la paciente en este protocolo una vez transcurridas, por lo menos, cuatro semanas.

- Pacientes sexualmente inactivas durante las últimas cuatro semanas, debido a factores de su pareja (por ejemplo, viaje de su pareja), factores de la relación (mala comunicación, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual), o por convicciones religiosas o culturales. En estos casos la inactividad sexual no refleja disfunción sexual, razón por la cual constituyen criterios de exclusión. Dado que varios estudios fueron criticados por categorizar mujeres sexualmente inactivas como disfuncionales (19), la disfuncionalidad sexual será evaluada solamente en las mujeres sexualmente activas, o sexualmente inactivas debido a causas distintas a trastornos orgásmicos, trastornos del interés/excitación sexual, trastornos de dolor génito pélvico/penetración.

- **VARIABLES EN ESTUDIO**

**a) Variable dependiente**

**Disfunción sexual:** será establecida mediante la versión en español validada para mujeres de América Latina entre 20 y 59 años del FSFI (The Female Sexual Function Index) (ANEXO 2) (14).

Es un cuestionario autoreportado que evalúa la funcionalidad sexual femenina en las últimas cuatro semanas.

El FSFI fue diseñado para ser un instrumento de evaluación de ensayos clínicos, que aborda la naturaleza multidimensional de la funcionalidad sexual femenina. Fueron identificados cinco factores o dominios de funcionalidad sexual: (a) el deseo y la excitación, (b) la lubricación, (c) el orgasmo, (d) la satisfacción y (e) dolor / malestar (15). Un puntaje menor o igual a 26,55 indica disfunción sexual femenina (16).

**b) Variables independientes**

- **Edad al momento de la evaluación:** medida en años.

-**Nivel educativo:** analfabeto, primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario incompleto, terciario completo, universitario incompleto, universitario completo.

- **Actividad:** desocupada, estudiante, docente, comerciante, empleada administrativa, ama de casa, empleada doméstica, otros (especificar cuál). En caso de desocupación, aclarar la causa.

- **Estado marital:** casada y convive, casada y no convive, en pareja y convive, en pareja y no convive, divorciada, o soltera.

- **Postmenopausia:** sí o no. Postmenopausia como período de tiempo que ocurre desde la menopausia, haya sido ésta natural o inducida. Se entiende por menopausia natural como la cesación permanente de la menstruación secundaria a la pérdida de la actividad ovárica folicular en forma permanente. Se la reconoce en forma retrospectiva, luego de 12 meses de amenorrea. Menopausia inducida es definida como la cesación de la menstruación que ocurre posterior a ooforectomía bilateral (con o sin histerectomía) o ablación iatrogénica de la funcionalidad ovárica (ej., quimioterapia o radiación). Se tuvieron en cuenta las definiciones establecidas por la Sociedad Internacional de Menopausia y la Organización Mundial de la Salud (17, 18).

- **Medicación habitual:** se le preguntará a la paciente qué medicación toma habitualmente, tanto destinadas al tratamiento de la enfermedad como a otras patologías (antidepresivos, antipsicóticos, anticonceptivos hormonales, terapia de reemplazo hormonal, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, opiáceos, cardiovasculares, gastrointestinales, citotóxicos, otros)

1) Variables clínicas:

- **Tiempo de evolución de la enfermedad al momento de la evaluación:** definida como el tiempo transcurrido en años desde la primera manifestación, distinta al Fenómeno de Raynaud y constatada por un médico, hasta el momento de la participación en este trabajo.
  
- **Esclerosis de la piel:** se evaluará la severidad y extensión de la esclerosis de la piel utilizando el Score de Rodnan modificado (21) ampliamente utilizado, mediante el cual el reumatólogo examinador registra el grado de engrosamiento de la piel de 0 (ausencia de compromiso) a 3 (engrosamiento grave) en 17 áreas corporales (ANEXO 3).
  
- **Clasificación de la enfermedad:** se clasificará la ES en limitada y difusa según los subgrupos clínicos definidos por LeRoy y col en 1988 (ANEXO 4).
  
- **Úlceras digitales:** el médico evaluará la presencia o ausencia de úlceras digitales y el número de dedos afectados, en las últimas cuatro semanas. Serán definidas como: úlceras digitales, necrosis digital, amputación quirúrgica o autoamputación de uno o más dedos.
  
- **Reflujo gastrointestinal:** se cuestionará a la paciente sobre la presencia o ausencia, en las últimas cuatro semanas, de sensación urente a nivel retroesternal que asciende hasta la garganta, que se exacerba al acostarse y luego de ingerir algunas comidas.
  
- **Fenómeno de Raynaud (FR):** se evaluará la severidad del FR medida por escala visual análoga (EVA) del paciente, de 0 a 100 mm, siendo 0 ausencia de FR y 100 el máximo de severidad del mismo, y haciendo referencia a las últimas cuatro semanas (ANEXO 5).
  
- **Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI):** se evaluará la presencia o ausencia de EPI mediante Tomografía de Tórax y/o examen funcional respiratorio realizados en cualquier momento durante el curso de su enfermedad.

**-Hipertensión pulmonar (HTP):** se evaluará su presencia según los datos aportados por ecocardiograma y/o cateterismo cardíaco derecho. Se define HTP una Presión Sistólica de la Arteria Pulmonar (PSAP), hallada por ecocardiograma, mayor o igual a 40 mmHg, o mediante cateterismo cardíaco resultando en una PSAP mayor a 25 mmHg en reposo o mayor a 30 mmHg en actividad (22).

**-Disnea:** se registrará el grado de intensidad de la disnea (atribuible la misma a EPI, compromiso cardíaco y/o HTP secundaria a la enfermedad), teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas, según la clasificación por la New York Heart Association (NYHA) (ANEXO 6).

**-Artritis:** se evaluará la presencia o ausencia de artritis constatada por un médico en las últimas cuatro semanas.

**-Miositis:** se evaluará la presencia o ausencia de miositis en las últimas cuatro semanas definida por la presencia de debilidad muscular, constatada por un médico, asociada a enzimas musculares elevadas (CPK o Aldolasa).

**-Anemia de trastornos crónicos:** hemoglobina menor a 12 g/dl en las últimas cuatro semanas y descartadas otras causas de anemia.

**-Discapacidad funcional:** se medirá el grado de discapacidad funcional, según la versión argentina del Health Assessment Questionnaire (HAQ-A) (23) (ANEXO 7).

**-Dolor:** se evaluará la intensidad del dolor mediante una EVA del paciente, de 0 a 100 mm, siendo 0 ausencia de dolor y 100 la máxima intensidad del mismo, y haciendo referencia a las últimas cuatro semanas (ANEXO 5).

**-Fatiga:** se evaluará el nivel de fatiga medida por EVA del paciente, de 0 a 100 mm, siendo 0 ausencia de fatiga y 100 el máximo nivel de la misma, y haciendo referencia a las últimas cuatro semanas (ANEXO 5).



**-Satisfacción respecto a la imagen corporal:** se le preguntará a la paciente “Cuán satisfecha está usted con su imagen corporal?”, brindándole las siguientes posibles respuestas: “muy satisfecha”, “medianamente satisfecha”, o “insatisfecha”.

2) Posibles confundidores

1. **Alcoholismo:** se evaluará a través de preguntas extraídas del cuestionario STEPS de la OMS, versión en Español para Argentina (20).
2. **Tabaquismo:** se definirá en número de paquetes/año. Para ello, se realizarán las siguientes preguntas. “¿Usted fuma actualmente?”. Si la respuesta es positiva, se preguntará: “¿Qué cantidad de cigarrillos por día fuma?” y “¿Hace cuántos años fuma?”. De esta manera se podrá calcular el número de paquetes/año. Se define el número de paquetes/año como: (cantidad de cigarrillos diarios x cantidad de años)/ 20 cigarrillos.
3. **Otras sustancias:** sí o no, especificar cuáles.
4. **Ansiedad y depresión:** se evaluarán mediante el cuestionario auto reportado Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), versión en español (24) (ANEXO 8).
5. **Fibromialgia:** el diagnóstico de Fibromialgia se realizará según criterios clasificatorios ACR 1990 (25).
6. **Osteoartritis:** sintomática y/o con limitaciones en el rango de movilidad articular
7. **Hipertensión arterial (HTA):** según la definición de la Organización Mundial de la Salud en conjunto con la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial (OMS/ISH) (26), para adultos de 18 años o mayores, considerando como tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, sin estar tomando antihipertensivos ni padecer enfermedad aguda, basada en el promedio de dos o más lecturas efectuadas en dos o más visitas luego de la primer entrevista.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se invitará a participar del proyecto a centros privados y públicos.

Cada centro se encargará de citar a los pacientes y de indicarles a los mismos que concurran a la visita con los últimos estudios solicitados por su médico de cabecera.

Todos los sujetos en estudio firmarán un consentimiento informado.

Se le entregará a cada paciente un formulario de recolección de datos (ANEXO 10), el cuestionario autoreportado FSFI para evaluar funcionalidad sexual, los cuestionarios autoadministrados de HAQ-A (ANEXO 7) y HADS (ANEXO 8), una hoja impresa con los EVA (ANEXO 5), y se le solicitará al profesional a cargo que complete los datos referidos a las variables clínicas solicitados en el formulario de recolección de datos para el médico (ANEXO 11). Todas aquellas variables que impliquen la presencia o ausencia de una manifestación serán codificadas como: 1= presencia de dicha manifestación y 0= ausencia de la misma.

El médico a cargo del proyecto estará a disposición de los sujetos en estudio para aclarar cualquier duda y luego verificar que se hayan completado todos los puntos solicitados.

El profesional a cargo completará el formulario de recolección de datos (ANEXO 11) con la información obtenida a través de la evaluación del paciente. El médico realizará un interrogatorio y examen físico y evaluará los estudios complementarios aportados por el paciente. En el caso de sospecha de alguna manifestación que requiera otros métodos diagnósticos para su confirmación, se solicitará realizar los estudios pertinentes, previo consenso con el reumatólogo de cabecera.

Una vez recolectados todos los datos, los mismos serán volcados en forma codificada a una planilla Excel y luego transferidos al programa estadístico STATA 12, para su análisis.

## ANALISIS ESTADISTICO

Para la estadística descriptiva se calculará la proporción de pacientes con disfunción sexual. Las variables continuas se reportarán como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo según distribución y tamaño muestral.

Para evaluar diferencias entre los pacientes con y sin disfunción sexual se utilizarán para las variables categóricas test exacto de Fisher o chi cuadrado según tabla esperada de distribución de frecuencia. Para las variables continuas t test o Mann Whitney según distribución y tamaño muestral.

Se construirá un modelo de regresión logística tomando como variable dependiente a la disfunción sexual. Se incluirán todas aquellas variables que hayan mostrado una p menor o igual a 0.2 en el análisis univariado. Quedarán en el modelo final aquellas variables que muestren una asociación significativa con la presencia de disfunción sexual y/o efecto confundidor. Se evaluará la linealidad de las variables continuas incluidas en el análisis multivariado.

## ANEXO 1

### CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR PARA ESCLEROSIS SISTÉMICA 2013 (13).

Criterios	Sub-ítems	Puntaje
Engrosamiento en la piel de los dedos de ambas manos proximal a las articulaciones metacarpofalángicas (criterio suficiente)		9
Engrosamiento de la piel de los dedos (sólo cuenta el puntaje más alto)	-Dedos hinchados (puffy). -Esclerodactilia de los dedos (distal a las	2 4

	articulaciones metacarpofalángicas pero proximal a las articulaciones interfalángicas proximales).	
Lesiones de la yema del dedo (sólo cuenta el puntaje más alto).	-Úlceras de la extremidad digital.	2
	-Cicatrices en la punta de los dedos (pitting scars).	3
Telangiectasias		2
Capilaroscopia anormal		2
Compromiso pulmonar (puntaje máximo 2)	-Hipertensión arterial pulmonar	2
	-Enfermedad pulmonar intersticial	2
Fenómeno de Raynaud		3
Autoanticuerpos relacionados con esclerodermia (puntaje máximo 3)	-Anti-centrómero -Anti-topoisomerasa I -Anti-ARN polimerasa III	3

Estos criterios no se aplican a pacientes con esclerodermia que no compromete los dedos o a síndromes esclerodermiformes que puedan explicar mejor sus manifestaciones (dermopatía nefrogénica fibrosante, morfea generalizada, fascitis eosinofílica, escleredema diabético, escleromixedema, eritromelalgia, porfiria, liquen escleroso, enfermedad injerto versus huésped, queiroartropatía diabética).

La puntuación total se determina sumando el puntaje máximo en cada categoría. Los pacientes con una puntuación total mayor o igual a nueve se clasifican como esclerosis sistémica definida.

## ANEXO 2

### ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

#### **Instrucciones**

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas cuatro semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

#### **Definiciones**

*Actividad sexual:* se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

*Relación sexual:* se define como penetración del pene en la vagina.

*Estimulación sexual:* incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

#### **Marque sólo una alternativa por pregunta**

*Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.*

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

5= Siempre o casi siempre

4= La mayoría de las veces (más que la mitad)

3= A veces (alrededor de la mitad)

2= Pocas veces (menos que la mitad)

1= Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

5= Muy alto

4= Alto

3= Moderado

2= Bajo

1= Muy bajo o nada

*Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares*

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

5= Siempre o casi siempre

4= La mayoría de las veces (más que la mitad)

3= A veces (alrededor de la mitad)

2= Pocas veces (menos que la mitad)

1= Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

5= Muy alto

4= Alto

3= Moderado

2= Bajo

1= Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

5= Muy alta confianza

4= Alta confianza

3= Moderada confianza

2= Baja confianza

1= Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

5= Siempre o casi siempre

4= La mayoría de las veces (más que la mitad)

3= A veces (alrededor de la mitad)

2= Pocas veces (menos que la mitad)

1= Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

5= Siempre o casi siempre

4= La mayoría de las veces (más que la mitad)

3= A veces (alrededor de la mitad)

2= Pocas veces (menos que la mitad)

1= Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

1= Extremadamente difícil o imposible

2= Muy difícil

3= Difícil

4= Poco difícil

5= No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

5= Siempre o casi siempre la mantengo

- 4= La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- 3= A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- 2= Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- 1= Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- 0= No tengo actividad sexual
- 1= Extremadamente difícil o imposible
- 2= Muy difícil
- 3= Difícil
- 4= Poco difícil
- 5= No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- 0= No tengo actividad sexual
- 5= Siempre o casi siempre
- 4= La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3= A veces (alrededor de la mitad)
- 2= Pocas veces (menos que la mitad)
- 1= Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- 0= No tengo actividad sexual
- 1= Extremadamente difícil o imposible
- 2= Muy difícil
- 3= Difícil
- 4= Poco difícil
- 5= No me es difícil



13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

0= No tengo actividad sexual

5= Muy satisfecha

4= Moderadamente satisfecha

3= Ni satisfecha ni insatisfecha

2= Moderadamente insatisfecha

1= Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

0= No tengo actividad sexual

5= Muy satisfecha

4= Moderadamente satisfecha

3= Ni satisfecha ni insatisfecha

2= Moderadamente insatisfecha

1= Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

5= Muy satisfecha

4= Moderadamente satisfecha

3= Ni satisfecha ni insatisfecha

2= Moderadamente insatisfecha

1= Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

5= Muy satisfecha

4= Moderadamente satisfecha

3= Ni satisfecha ni insatisfecha

2= Moderadamente insatisfecha

1= Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

0= No tengo actividad sexual

1= Siempre o casi siempre

2= La mayoría de las veces (más que la mitad)

3= A veces (alrededor de la mitad)

4= Pocas veces (menos que la mitad)

5= Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

0= No tengo actividad sexual

1= Siempre o casi siempre

2= La mayoría de las veces (más que la mitad)

3= A veces (alrededor de la mitad)

4= Pocas veces (menos que la mitad)

5= Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

0= No tengo actividad sexual

1= Muy alto

2= Alto

3= Moderado

4= Bajo

5= Muy bajo o nada

Para obtener el puntaje de cada dominio, sumar las puntuaciones de los elementos individuales que comprenden el dominio y multiplicar la suma por el factor del dominio (ver abajo). Sumar las seis puntuaciones de los 6 dominios para obtener la puntuación total. Debe observarse que dentro de los dominios individuales, una puntuación de dominio igual a cero indica que el sujeto informó inactividad sexual durante el último mes. El score total oscila entre 2 y 36. Un puntaje menor o igual a 26,55 señala disfunción sexual femenina.

### **PUNTAJE DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango				2	36
Total					

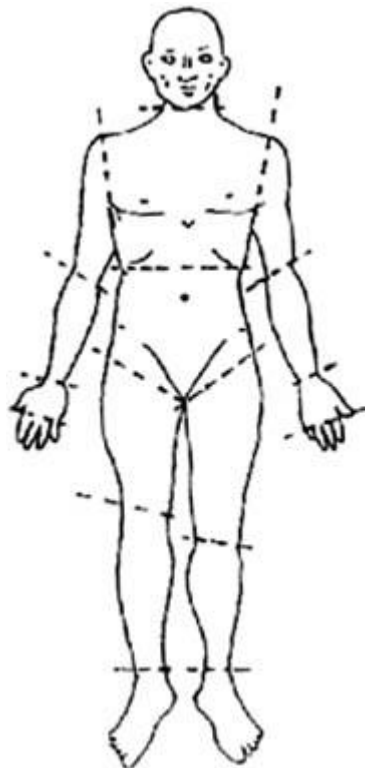
### **ANEXO 3**

#### **SCORE DE RODNAN MODIFICADO**

Evalúa la severidad y extensión de la esclerosis de la piel. El score total oscila entre 0-51. Las 17 áreas anatómicas involucradas son: cara, región anterior del tórax y región dorsal, abdomen y región lumbar, dedos, manos (proximal a articulaciones metacarpofalángicas), antebrazos, brazos, muslos, piernas, y pies. La piel se mueve y se pliega para corroborar la induración. El grado de induración cutánea se valora de la siguiente forma: 0= normal, se pinza y se mueve. 1=engrosamiento leve, aún se pinza y

se mueve pero con dificultad. 2=engrosamiento moderado, no se pinza, móvil.

3=engrosamiento severo, no se pinza ni se mueve.



#### ANEXO 4

### CLASIFICACIÓN DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA EN SUBGRUPOS CLÍNICOS (LEROY Y COL)

<b>Subgrupo Clínico</b>	<b>Afectación cutánea Limitada</b>	<b>Afectación cutánea Difusa</b>
<b>Extensión de la afectación dérmica</b>	Distal a codos y rodillas. Puede afectar cara	Proximal a codos y rodillas. Afecta tronco

<b>Intervalo entre el inicio de fenómeno de Raynaud y el desarrollo de fibrosis dérmica</b>	Variable, habitualmente años	Habitualmente menor de 1 año. El compromiso de la piel puede preceder al F. de Raynaud
<b>Progresión de la fibrosis dérmica</b>	Muy lenta e indolente. A lo largo de años	Rápido, a lo largo de semanas o meses
<b>Afectación sistémica (astenia, malestar, fiebre)</b>	NO	Frecuente, especialmente al inicio
<b>Afectación de órganos internos</b>	Infrecuente (excepto afectación gastrointestinal). Tardía, después de años de evolución.	Muy frecuente y precoz, en los primeros 3 años de evolución
<b>Roces de fricción articulares</b>	Excepcionales	Muy frecuente
<b>Capilaroscopia</b>	Dilataciones y megacapilares	Pérdida de capilares, hemorragias, capilares ramificados
<b>HTP</b>	10 a 15% de los casos, en pacientes con larga evolución	Ocasional
<b>Anticuerpos asociados</b>	Anti-centrómero	Anti-Scl-70

ANEXO 5

### ESCALAS VISUALES ANALOGAS

Marque con una línea vertical a través de la línea horizontal el punto que mejor refleja su situación en las últimas cuatro semanas, siendo 0 mm ausencia de síntomas y 100 mm el máximo de severidad de los síntomas.

**Fenómeno de Raynaud (FR)**

---

**0 mm** **100 mm**

**Dolor**

---

**0 mm** **100 mm**

**Fatiga**

---

**0 mm** **100 mm**

ANEXO 6

**CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA DISNEA SEGUN NEW YORK HEART ASSOCIATION**

GRADO I: disnea que aparece ante los grandes esfuerzos o esfuerzos mayores que los habituales (correr, subir varios pisos por escalera).

GRADO II: disnea que surge frente a esfuerzos moderados o habituales (caminar, subir un piso por escalera).

GRADO III: disnea que aparece ante esfuerzos leves o menores que los habituales (higienizarse, vestirse, comer).

GRADO IV: disnea de reposo.

## ANEXO 7

### **HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE, versión argentina (HAQ-A)**

El HAQ-A consta de 20 preguntas sobre actividades de la vida diaria que evalúan movimientos finos de miembros superiores e inferiores. Se encuentran divididas en 8 categorías, que incluyen vestimenta, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar y agarrar objetos, y otras actividades. Existen cuatro posibilidades de respuesta que van desde sin dificultad a imposibilidad de realizarlo y el paciente marca con una cruz la respuesta de acuerdo a su capacidad funcional durante la última semana. A cada respuesta se le adjudica un valor de 0 a 3, tomándose en cada categoría el valor más alto. A modo de ejemplo, si en la categoría vestimenta un paciente elige en una pregunta la opción con mucha dificultad y en la otra con poca dificultad, le correspondería un puntaje de 2 y así sucesivamente. Si un área obtiene una puntuación de 2 ó 3 no es necesario mirar las preguntas correctoras. Pero si en esa área se obtiene una puntuación, de 0 ó 1, se deberá corregir la puntuación si el paciente contestó que precisaba de la ayuda de otra persona o de algún utensilio para realizar cualquiera de las actividades incluidas en dicha área –basta con que sólo sea una–. En ese caso la puntuación inicial del área de 0 ó 1 se convierte en 2, pero nunca en 3. El puntaje global resulta del promedio de las 8 categorías. En el caso de no contestar algún ítem se asigna el valor más alto de los restantes ítems que formen dicha área. Si hubiera una o dos áreas completas sin respuesta la suma de las 7 u 6 áreas restantes se dividiría por 7 u 6, respectivamente, para obtener el valor medio, que estará entre cero y tres (0-3). Un cuestionario con menos de 6 áreas contestadas, carece de validez. El valor del HAQ varía de 0 a 3 donde 0 es normal, es decir, sin discapacidad y 3 es discapacidad severa.

NOMBRE Y APELLIDO:..... FECHA:.....

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD**

Con este cuestionario pretendemos saber de qué manera su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria.  
MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

**VESTIRSE Y ARREGLARSE**

Puede usted:

Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?

Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lavarse el cabello?

**LEVANTARSE**

Puede usted:

Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?

Entrar y salir de la cama?

**COMER**

Puede usted:

Cortar la carne?

Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?

Abrir un cartón de leche?

**CAMINAR**

Puede usted:

Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?

Subir 5 escalones?

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar). Si no precisa ninguno, simplemente NO marque nada

- Bastón                       Muletas                       Cubiertos especiales o adaptados  
 Andador                       Silla de ruedas                       Silla especial adaptada  
 Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, toma para cierres, calzador de zapatos de mango largo)

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)

- Vestirse y arreglarse                       Levantarse                       Comer                       Caminar



HIGIENE	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
<b>Puede usted:</b>				
Lavarse y secarse su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse en la bañera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse y levantarse del inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>ALCANZAR</b>				
<b>Puede usted:</b>				
Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>AGARRAR</b>				
<b>Puede usted:</b>				
Abrir las puertas de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir y cerrar las canillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>ACTIVIDADES</b>				
<b>Puede usted:</b>				
Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar [abrir objetos], Hacer tareas domésticas). Si no utiliza ninguno, simplemente NO marque nada				
<input type="checkbox"/> Asiento elevado de inodoro	<input type="checkbox"/> Barra en la bañera			
<input type="checkbox"/> Asiento en la bañera	<input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos			
<input type="checkbox"/> Abridor de frascos	<input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo en el baño			
<input type="checkbox"/> Otros (acllarar)				
<hr/>				
POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)				
<input type="checkbox"/> Higiene	<input type="checkbox"/> Alcanzar objetos			
<input type="checkbox"/> Agarrar y abrir cosas	<input type="checkbox"/> Mandados y tareas domésticas			

## ANEXO 8

### HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS), versión en español

El HADS es un cuestionario autoreportado que evalúa ansiedad y depresión en la última semana. Consta de 14 preguntas, y está integrado por dos subescalas de siete

ítems cada una, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Las opciones de respuesta oscilan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. Originalmente, los puntos de corte de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión

**HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE**  
Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

*Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.*

- |  |  |
|--|--|
| 1. Me siento tenso o nervioso.<br><input type="checkbox"/> Todos los días<br><input type="checkbox"/> Muchas veces<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> Nunca   | 8. Me siento como si cada día estuviera más lento.<br><input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento<br><input type="checkbox"/> Muy a menudo<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> Nunca  |
| 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.<br><input type="checkbox"/> Como siempre<br><input type="checkbox"/> No lo bastante<br><input type="checkbox"/> Sólo un poco<br><input type="checkbox"/> Nada   | 9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.<br><input type="checkbox"/> El Nunca<br><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones<br><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia<br><input type="checkbox"/> Muy a menudo                     |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.<br><input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte<br><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte<br><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa<br><input type="checkbox"/> Nada | 10. He perdido interés en mi aspecto personal.<br><input type="checkbox"/> Totalmente<br><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debería<br><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado<br><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre |
| 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.<br><input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice<br><input type="checkbox"/> No tanto ahora<br><input type="checkbox"/> Casi nunca<br><input type="checkbox"/> Nunca   | 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.<br><input type="checkbox"/> Mucho<br><input type="checkbox"/> Bastante<br><input type="checkbox"/> No mucho<br><input type="checkbox"/> Nada  |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.<br><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces<br><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia<br><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones                           | 12. Me siento optimista respecto al futuro.<br><input type="checkbox"/> Igual que siempre<br><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba<br><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba<br><input type="checkbox"/> Nada                               |
| 6. Me siento alegre.<br><input type="checkbox"/> Nunca<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> Casi siempre  | 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.<br><input type="checkbox"/> Muy frecuentemente<br><input type="checkbox"/> Bastante a menudo<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Rara vez  |
| 7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.<br><input type="checkbox"/> Siempre<br><input type="checkbox"/> Por lo general<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Nunca  | 14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.<br><input type="checkbox"/> A menudo<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Rara vez  |

## ANEXO 9

### CRITERIOS CLASIFICATORIOS ACR 1990 PARA FIBROMIALGIA

- 1) Historia de dolor generalizado.

*Definición.* El dolor se considera generalizado cuando todos los siguientes están presentes: dolor en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho del cuerpo,

dolor arriba de la cintura y dolor debajo de la cintura. Además debe haber dolor del esqueleto axial (en la columna cervical o tórax anterior o columna dorsal o lumbalgia). En esta definición el dolor de hombro y el dolor en la nalga se consideran como dolor para cada lado afectado. El dolor lumbar se considera como dolor por “debajo de la cintura”

2) Dolor en al menos 11 de 18 puntos dolorosos a la palpación digital.

Puntos dolorosos:

*Occipucio:* inserción de músculos suboccipitales, bilateral

*Cervical bajo:* anterior a espacios intertransversos C5-C7, bilateral

*Trapezio:* punto central del borde superior, bilateral

*Supraespinoso:* sobre la espina de la escápula cerca del borde medio, bilateral

*Segunda costilla:* lateral a unión condrocostal, bilateral

*Epicóndilos laterales:* 2 cm distal a epicóndilos, bilateral

*Glúteo:* cuadrante superior externo, bilateral

*Trocánter mayor:* posterior a la prominencia trocantérica, bilateral

*Rodilla:* proximal a la almohadilla grasa media de la línea articular, bilateral

La palpación digital debería ser realizada con una fuerza aproximada de 4 kg.

Para considerar un punto doloroso como “positivo” el paciente debe afirmar que la palpación fue dolorosa. La sensación de dolor no debe de considerarse sinónimo de doloroso.

Para el propósito de la clasificación, los pacientes tienen fibromialgia si ambos criterios se cumplen. El dolor generalizado debe estar presente por al menos tres meses. La presencia de una segunda enfermedad clínica no excluye el diagnóstico de fibromialgia.

ANEXO 10

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PACIENTE**

a) Edad:

b) Nivel educativo: 0- analfabeto, 1- primario incompleto, 2- primario completo, 3- secundario incompleto, 4- secundario completo, 5-terciario incompleto, 6- terciario completo, 7- universitario incompleto, 8- universitario completo.

c)Actividad: 0- desocupada (¿cuál es la causa?:                   ), 1- estudiante, 2- docente, 3- comerciante, 4- empleada administrativa, 5- ama de casa, 6- empleada doméstica, 7- otros (especificar cuál):

d)Estado marital: 0- casada y convive, 1- casada y no convive, 3- en pareja y convive, 4- en pareja y no convive, 5- divorciada, o 6- soltera.

e)Alcoholismo: “¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol como cerveza, vino, aguardiente, sidra en los últimos 12 meses?” 0- no, 1- sí. Si la respuesta es positiva responda las siguientes dos preguntas: “Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?” 0- a diario, 1- cinco o seis días a la semana, 2- uno a cuatro días a la semana, 3- uno a tres días al mes, 4- menos de una vez al mes. “Cuando bebe alcohol, ¿cuántos vasos suele tomar en promedio al día?” Número:

f) Tabaquismo: “¿Usted fuma actualmente?”: 0- no, 1- sí. Si la respuesta es positiva, “¿Qué cantidad de cigarrillos por día fuma?”:        y “¿Hace cuántos años fuma?”:

g) ¿Consume otras sustancias distintas al alcohol y tabaco? 0- no, 1-sí. Si la respuesta es positiva, especifique cuáles.

h) ¿Cuán satisfecha está usted con su imagen corporal? 0- insatisfecha, 1- moderadamente satisfecha, 2- muy satisfecha

## ANEXO 11

### **FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL MÉDICO**

a) Centro de atención: 0-público, 1- privado.

- b) Medicación habitual: 0- antidepresivos, 1-antipsicóticos, 2-anticonceptivos hormonales, 3- terapia de reemplazo hormonal, 4- sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 5- opiáceos, 6- cardiovasculares, 7- gastrointestinales, 8-citotóxicos, 9-otros (especificar cuáles):
  - c) Postmenopausia: 0-no, 1-sí
  - d) Tiempo de evolución de la enfermedad al momento de la evaluación (medida en años):
  - e) Induración de la piel: Score Modificado de Rodnan:
  - f) Clasificación de la ES: 0- Limitado, 1- Difusa
  - g) Úlceras digitales: 0- no, 1-sí. En caso de respuesta positiva, indique número de dedos comprometidos:
    - h) Reflujo gastrointestinal: 0-no, 1-sí
    - i) Enfermedad pulmonar intersticial: 0-no, 1-sí
    - j) Hipertensión pulmonar: 0- no, 1- sí
    - k) Disnea: 0-grado I, 1- grado II, 2- grado III, 3- grado IV
    - l) Artritis: 0- no, 1- sí
    - m) Miositis: 0- no, 1- sí
    - n) Anemia de trastornos crónicos: 0- no, 1- sí
    - o) Fibromialgia: 0- no, 1- sí
    - p) Osteoartritis sintomática y/o con limitaciones en el rango de movilidad articular: 0- no, 1- sí
    - q) Hipertensión arterial: 0- no, 1- sí

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Denton CP, Black CM, Abraham DJ. Mechanisms and consequences of fibrosis in systemic sclerosis. Nat Clin Pract Rheumatol 2006; 2: 134-44.

2. Mayes MD, Lacey JV Jr, Beebe-Dimmer J, Gillespie BW, Cooper B, et al. (2003) Prevalence, incidence, survival, and disease characteristics of systemic sclerosis in a large US population. *Arthritis Rheum* 48 (8): 2246–2255.
3. Nusbaum MR, Hamilton C, Lenahan P. Chronic illness and sexual functioning. *Am Fam Physician* 2003; 67: 347–54.
4. Bhadauria S, Moser DK, Clements PJ, Singh RR, Lachenbruch PA, Pitkin RM, et al. Genital tract abnormalities and female sexual function impairment in systemic sclerosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 580–7.
5. Schouffoer AA, Van der Marel J, Ter Kuile MM, WeijnenborgPT, Voskuyl A, Vliet Vlieland CW, et al. Impaired sexual function in women with systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 1601–8.
6. Anderson E, Triplett LM, Nietert PJ, Brown AN. Sexual function among women with connective tissue disease. *Curr Rheumatol Rev* 2009; 5: 126–32.
7. Knafo R, Haythornthwaite JA, Heinberg L, Wigley FM, Thombs BD. The association of body image dissatisfaction and pain with reduced sexual function in women with systemicsclerosis. *Rheumatology (Oxford)* 2011; 50: 1125–30.
8. Knafo R, Thombs BD, Jewett L, Hudson M, Wigley F, Haythornthwaite JA. (Not) talking about sex: a systematic comparison of sexual impairment in women with systemic sclerosis and other chronic disease samples. *Rheumatology (Oxford)* 2009; 48: 1300–3.
9. Impens AJ, Rothman J, Schiopu E, Cole JC, Dang J, Gendrano N, et al. Sexual activity and functioning in female scleroderma patients. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27 Suppl: 38 43.
10. Impens AJ, Seibold JR. Vascular Alterations and Sexual Function in Systemic Sclerosis. *International Journal of Rheumatology* 2010. 2010; 139020.

11. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; 423-450.
12. Saad SC, Pietrzykowski JE, Lewis SS et al. Vaginal lubrication in women with scleroderma and Sjogren's syndrome. *Sexuality and Disability*. 1999; 17(2): 103-113.
13. Van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 1747-55.
14. Blümel JE, Binfá L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69: 118-125.
15. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 191–208.
16. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31 (1): 1–20.
17. Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric* 1999; 2: 284-6.
18. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. WHO Tech Rep Ser No. 866. Geneva: WHO, 1996.
19. Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C. The Female Sexual Function Index: A methodological critique and suggestions for improvement. *J Sex Marital Ther* 2007; 33(3): 217–224.



20. Manual de Vigilancia STEPS de la OMS. [www.who.int/chp/steps/manual/es/index3.html](http://www.who.int/chp/steps/manual/es/index3.html)
21. LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R, Jablonska S, Krieg T, et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. *J Rheumatol* 1988; 15: 202-205
22. Vulcano n, Boughen r, Catoggio l, Comignani p, y colaboradores. Consenso para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar. *Revista Argentina de Cardiología* 2011; 79: 1-24
23. Citera G, Arriola M, Maldonado-Cocco, Rosemffet M, et al. Validation and Crosscultural Adaptation of an Argentine Spanish Version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index. *J Clin Rheumatol* 2004; 10: 110–115.
24. Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. M., y Peri, J. M. Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina U. Barcelona.* 1986; 12, 233-238.
25. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990 Feb; 33 (2):160-72.
26. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertension.* 1999, 17:151-183.
27. Edward Morris, Sambit Mukhopadhyay. La dispareunia en la práctica ginecológica. *Current Obstetrics & Gynaecology.* 2006; 16: 226–233.
28. Jesús Florido Navío y María José García García. Dispareunia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Granada. Granada. España. *Rev Int Androl.* 2007; 5 (3): 258-62