

**CALIDAD DE VIDA Y SINTOMAS DEPRESIVOS, EN MUJERES CON
MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE HIPERANDROGENISMO.**

Lizet Vanessa Benavides Ardila, MD.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGIA
FLORIDABLANCA
2017**

**CALIDAD DE VIDA Y SINTOMAS DEPRESIVOS, EN MUJERES CON
MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE HIPERANDROGENISMO.**

LIZET VANESSA BENAVIDES ARDILA

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de
Especialista en Dermatología**

Directores:

**EDWIN ANTONIO WANDURRAGA SANCHEZ, MD, MSc
Especialista en Medicina Interna y Endocrinología.**

Master en Oncología Molecular

Docente postgrado UNAB.

JESSICA INES VERGARA RUEDA, MD

Especialista en Dermatología

Docente postgrado UNAB.

Asesor:

SERGIO SERRANO, MD, MSc

Especialista en Epidemiología.

Grupo de investigación Epidemiología Clínica UNAB

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGIA

FLORIDABLANCA

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

TÍTULO: Calidad De Vida Y Síntomas Depresivos, En Mujeres Con Manifestaciones Dermatológicas De Hiperandrogenismo.
Investigador principal: Lizet Vanessa Benavides Ardila, Residente Dermatología UNAB - FOSCAL Correo electrónico: Lbenavides8@unab.edu.co – livabe@gmail.com
Sub-investigadores: Edwin Antonio Wandurraga, Médico Internista Endocrinólogo Correo electrónico: edwinwandurraga@gmail.com Jessica Inés Vergara Rueda, Medica Dermatóloga, Correo Electrónico jessicavr13@hotmail.com – jessicavr13@gmail.com
Centro de Investigación: Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) - Clínica Carlos Ardila Lülle. (CAL) Representante Legal: Dr. Jorge Ricardo León Franco. Dirección: Cra 24 -154-106 Urbanización el Bosque. Teléfono: 6382828 Fax: 6798616 Nit: 8902205361-4 Ciudad: Bucaramanga, Santander.
Tipo de entidad: Universidad Pública: Universidad Privada: X Entidad Pública: ONG:
Lugar de ejecución del proyecto: FOSCAL / Carlos Ardilla Lülle / Foscal Internacional Ciudad: Floridablanca Departamento: Santander
Duración del Proyecto (en meses): 8,5 MESES
Tipo de Proyecto:
Descriptor / Palabras claves: Hiperandrogenismo, Acné, Mujer, Alopecia Androgénica, Hirsutismo, Menstruación Irregular.

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi familia, sobre todo a mi esposo querido, Pascua que me ha dado apoyo incondicional a lo largo de estos 3 años de estudio y que es la mejor persona que pude haber encontrado para ser mi compañero de vida; a mis padres y hermana Daniela, quienes a pesar de las dificultades que nos ha puesto la vida por delante siempre me han demostrado que con fortaleza y persistencia se puede lograr lo que uno se proponga.

A mi mama hermosa Silvia Ardila, con ese amor inmenso que siempre nos ha dado, que también ha sido un apoyo incondicional y que lejos o cerca, siempre me acompañó dándome fuerza y todo el apoyo que me pudiera dar.

A ese ser hermoso que Dios y la vida me tenían para ser mi papá, Walfran Benavides, cariñoso y fuerte, que lo único que busca es el bienestar de sus hijos y ver en ellos personas de bien.

A mis profesores, amigos y compañeros quienes con su colaboración y compañía me incitan a ser mejor cada día siempre de la mano de un buen equipo de trabajo.

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis no hubiera sido posible sin la ayuda de muchas personas.

Doy gracias...

A mi familia, por su amor, paciencia y por ser mi soporte siempre, en especial a mi esposo y mis padres, siempre, dándome ánimo y fortaleza para conseguir las cosas, por tenerme paciencia y acompañarme en este camino.

Al Doctor Wandurraga, por la disciplina que tiene con todo, lo buen docente y buena persona que es, que siempre tiene el espíritu de apoyo presente y que lo único que quiere es que sus estudiantes sean excelentes profesionales y personas.

A la Dra. Jessica quien demuestra cada momento disciplina, persistencia y amor por esta hermosa profesión que es ser dermatólogos.

A los docentes de mi posgrado al Dr. Moreno, al Dr. Ricardo, al Dr. Mosquera, por su aporte valioso de conocimiento y experiencia, por entregarlo todo, sin esperar nada a cambio, siempre buscando el bienestar de sus estudiantes y querer ver en ellos mejores personas y profesionales de esta bella profesión como lo es la dermatología. Estoy inmensamente agradecida con ellos, siempre serán recordados como mis primeros inspiradores de amor por la dermatología.

A todos mis compañeros de residencia durante estos tres años, en especial a mis compañeras de año, Luza y Dani, por impulsarme cada día a ser mejor persona y mejor médica y enseñarme que siempre es mejor trabajar en equipo que por el bien de todos, para conseguir mejores resultados.

CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN DEL PROYECTO	11
1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	13
1.1 Planteamiento de la pregunta o problema de investigación y su justificación en términos de necesidades y pertinencia:	14
1.2 Marco Teórico	16
1.3 OBJETIVOS.....	28
1.3.1 Objetivo General.....	28
1.3.2 Objetivos específicos.....	28
1.4 METODOLOGÍA	29
1.4.1 Tipo De Estudio:.....	29
Se propone un estudio observacional, descriptivo, serie clínica.....	29
1.4.2 Población:	29
1.4.3 Criterios De Inclusión:.....	29
1.4.4 Criterios De Exclusión:.....	29
1.4.5 Definición De Variables	30
1.4.6 Recolección De La Información	35
1.5 Plan De Análisis.....	36
1.6 Consideraciones Éticas.....	36
1.7 Cronograma	37
2.1 Características de la Población.....	38
2. DISCUSIÓN:.....	48
3. RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS.....	56
4. CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFIA.....	58
Anexos	64

LISTA DE FIGURAS

Pag.

Figura 1. Sistema De Clasificación De Ferriman Y Gallwey, Para Determinar Hirsutismo.....	18
Figura 2. Escala De Hamilton-Norwood Para La Clasificación De La Severidad De La Alopecia Androgenética De Patrón Masculino.....	20
Figura 3. Escala de ludwig para la clasificación de la severidad de la alopecia androgenética de patrón femenino.	20
Figura 4. Sistema de graduación global del acné.	21
Figura 5. Contenido de las escalas del sf-36.	23
Figura 6. Cronograma De Actividades.	37

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Definición de las variables.	30
Tabla 2. Características Sociodemográficas De Las Pacientes n=58.....	39
Tabla 3. Hallazgos Clínicos y tratamientos recibidos asociados a hiperandrogenismo.	40
Tabla 4. Promedios Y Porcentajes Generales Skindex-29.	41
Tabla 5. Evaluación De La Calidad De Vida Mediante Skyndex-29 En 58 Mujeres Con Síntomas Dermatológicos Y Ginecológicos De Hiperandrogenismo.	41
Tabla 6. Gravedad Del Acné Y Calidad De Vida Medida Por Medio Del Skindex-29.	42
Tabla 7. Relación Tratamiento Y Resultado Skidex-29.....	43
Tabla 8. Evaluación De La Calidad De Vida Mediante el SF-36, En 58 Mujeres Con Síntomas Dermatológicos Y Ginecológicos De Hiperandrogenismo.	44
Tabla 9. Promedio Y Porcentaje CES-D.	45
Tabla 10. Determinación De Síntomas Depresivos Por Medio De La Encuesta CES-D, En 58 Mujeres, Con Síntomas Dermatológicos Y Ginecológicos De Hiperandrogenismo.....	46
Tabla 11. Relación entre los promedios generales de los dominios del Skindex-29 y tener o no síntomas depresivos.	46
Tabla 12. Relación entre los promedios generales de los dominios del SF-36 y tener o no síntomas depresivos.	47
Tabla 13. Comparación De La Calidad De Vida De Mujeres Con Síntomas Dermatológicos De Hiperandrogenismo, Respecto A Otras Enfermedades En Colombia.....	49

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Formato de pretamizaje.

Anexo B. Documento de consentimiento informado.

Anexo C. Datos clínicos y sociodemográficos.

Anexo D. Cuestionario de salud SF-36, versión español.

Anexo E. Instrumento de medición de la calidad de vida en dermatología, Skindex-29.

Anexo F. Escala del centro de estudios epidemiológicos CES-D abreviada validada en Colombia, para el tamizaje de depresión en adultos.

RESUMEN DEL PROYECTO

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituye un tema que ha ganado importancia en las últimas décadas en la investigación clínica. Los datos disponibles sobre este tipo de estudios muestran que el valor de medir la CVRS, está dado por la complementariedad que ofrece en la atención integral de un paciente o población pues permite estimar el impacto que la enfermedad tiene sobre el desempeño físico, emocional, y social, con base en los resultados tomar decisiones terapéuticas.

Las primeras publicaciones de cuestionarios utilizados para medir calidad de vida aparecieron en la década de los 70 y existen numerosos instrumentos tanto genéricos como específicos aplicados en diferentes campos de la medicina.

Teniendo en cuenta que el hiperandrogenismo es una condición endocrinológica que cursa con manifestaciones cutáneas (hirsutismo, alopecia y acné) y ya que las enfermedades dermatológicas tienen una connotación especial por la repercusión que tienen en la apariencia, el objetivo de este trabajo es establecer el impacto del hiperandrogenismo y sus manifestaciones dermatológicas en la calidad de vida mediante la aplicación de un cuestionario genérico (SF-36), y uno específico de dermatología (Skindex-29), adicional a esto debido a la alta asociación entre las mujeres que cursan con signos clínicos de hiperandrogenismo y trastornos del ánimo, ésto asociado a las manifestaciones clínicas del hiperandrogenismo llevando a tener baja autoestima y aun autoimagen negativa, llevando a disminución en la calidad de vida(1)(2), se decide hacer toma de tamizaje para depresión en esta población utilizando la Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) abreviada, validada en Colombia.

Adicionalmente, la posibilidad de medir objetivamente la gravedad de las manifestaciones cutáneas: hirsutismo (escala de Ferriman y Gallway modificada), alopecia (escala de Ludwig) y acné (Sistema de graduación Global del acné) permitirá establecer, como uno de los objetivos específicos la existencia de correlación de la gravedad de los síntomas y su impacto en la calidad de vida.

Existen múltiples trastornos endocrinológicos que se acompañan de hiperandrogenismo y cada uno de ellos con grados variables de síntomas cutáneos, por lo tanto se plantea un estudio observacional, descriptivo, serie clínica, que incluya mujeres de 20 a 50 años que sean diagnosticadas con este trastorno por el endocrinólogo, dermatólogo y/o ginecólogo que asistan a la consulta externa ya sea de dermatología y/o endocrinología de la Clínica Carlos Ardila Lülle entre diciembre de 2016 y marzo de 2017. Según los resultados obtenidos en este trabajo se podrá establecer la importancia de medir rutinariamente la calidad de vida en este grupo de pacientes, al igual que el riesgo que tengan para desarrollo de depresión, y las implicaciones que puede tener en el abordaje terapéutico incluidos tratamientos que son considerados actualmente como estéticos.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1 Planteamiento de la pregunta o problema de investigación y su justificación en términos de necesidades y pertinencia:

El hiperandrogenismo se refiere a los síntomas y signos originados del exceso de andrógenos, cuyos efectos pueden manifestarse en diferentes órganos, expresándose clínicamente como hirsutismo, alopecia androgénica, acné, seborrea, resistencia a la insulina y en casos severos virilización.(3)

Existen múltiples causas de hiperandrogenismo en orden de frecuencia están: síndrome de ovario poliquístico (SOP), hiperandrogenemia idiopática, hirsutismo idiopático, hiperplasia adrenal congénita no clásica y tumores secretores de andrógenos(4), Otras causas de hiperandrogenismo consideradas raras, son el Síndrome de Cushing, acromegalia, hiperprolactinemia, síndrome hiperandrogénico con resistencia a la insulina y acantosis nigricans (HAIR-AN) y medicamentos.(5) El SOP se considera el trastorno endocrinológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva y afecta el 5-10% de mujeres en esta edad.(6)

La medición de la calidad de vida, relacionada con la salud ha ganado importancia en las últimas décadas como una herramienta complementaria a la hora de hacer la valoración integral de la condición de salud de un paciente. Se utiliza en la investigación clínica para describir características de grupos de pacientes y para evaluar la efectividad de intervenciones sanitarias(7)

Los beneficios de medir la calidad de vida relacionada con la salud a través de instrumentos estandarizados son múltiples; permite una mayor atención de los profesionales de la salud en las preocupaciones de los pacientes que en ocasiones son subestimadas, permite identificar, dar prioridad y monitorear el impacto de la enfermedad y en definitiva favorece la toma de decisiones terapéuticas. (7)

Los estudios sobre calidad de vida en hiperandrogenismo se han hecho principalmente en mujeres con SOP. Un meta-análisis conducido en Estados Unidos en el año 2011 que incluyó en el análisis 5 estudios de casos y controles sobre calidad de vida en mujeres con SOP, encontró que esta patología se asocia con

efectos negativos tanto físicos como emocionales evaluados mediante diversos cuestionarios dentro de ellos el cuestionario de salud SF-36 (2). Dicho cuestionario, permite hacer una evaluación objetiva global de la calidad de vida en diversas patologías y aplicado en dermatología ha sido útil para demostrar que enfermedades como la psoriasis tienen igual o mayor impacto en la calidad de vida que patologías sistémicas como la diabetes o la hipertensión arterial(8).

Por otro lado la disponibilidad de escalas de medición de la calidad de vida específicas para dermatología como es el caso del Dermatology Life Questionnaire Index (DLQI) o SKINDEX 29, permiten precisar el impacto del componente dermatológico.(9),(10)

Así mismo se ha asociado de forma importante el SOP (la enfermedad más frecuente relacionada con síntomas clínicos de hiperandrogenismo) con trastornos del ánimo, lo cual explican por el hecho de que la mayoría de éstas mujeres se acompañan de obesidad, acné y piel seborreica, creando una imagen propia negativa, disminuyendo su autoestima y llevando a una disminución en la calidad de vida(1). Se hizo un estudio en mujeres con diagnóstico de SOP encontrándose que el 50% de las participantes tenían alguna comorbilidad psiquiátrica, siendo trastorno depresivo mayor el más común (33%), trastorno de ansiedad generalizada (13,6%), trastornos alimenticios (6.8%), otros trastorno del ánimo (15%), trastorno bipolar tipo II (2.3%), otros trastornos de ansiedad (19%), fobia social (2,3%), trastorno de pánico (2,3%), trastorno obsesivo compulsivo (1.1%) y bulimia nerviosa (2,3%). Todo esto afectando de forma directa la calidad de vida.(11)

Por lo anterior se intenta determinar si existe alguna asociación de mujeres que en nuestra población presentan signos clínicos de hiperandrogenismo, con el riesgo de presentar trastorno depresivo mayor. Para esto se utilizará el cuestionario abreviado de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la cual ya fue validada en nuestra población. (12)

Actualmente no hay estudios en la población colombiana que evalúen el efecto del hiperandrogenismo sobre la calidad de vida, por lo tanto, hacer la medición del impacto que tiene esta condición en las mujeres proporcionaría una herramienta útil en la práctica clínica para tomar decisiones terapéuticas y en estudios posteriores evaluar la efectividad de estas intervenciones en el mejoramiento de la calidad de vida.

1.2 Marco Teórico

El hiperandrogenismo es uno de los trastornos endocrinológicos más frecuentes en mujeres en edad reproductiva(5); con una prevalencia aproximada del 4 a 6,5% según datos de estudios realizados en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP)(13),(14). Tiene su origen en diferentes desórdenes siendo el SOP la principal causa(15). El hiperandrogenismo clínico hace referencia a los signos derivados del exceso de andrógenos como hirsutismo, acné, alopecia androgénica y seborrea(3), mientras que el hiperandrogenismo bioquímico corresponde al hallazgo de niveles elevados de andrógenos en sangre que pueden o no acompañarse de signos clínicos de hiperandrogenismo.

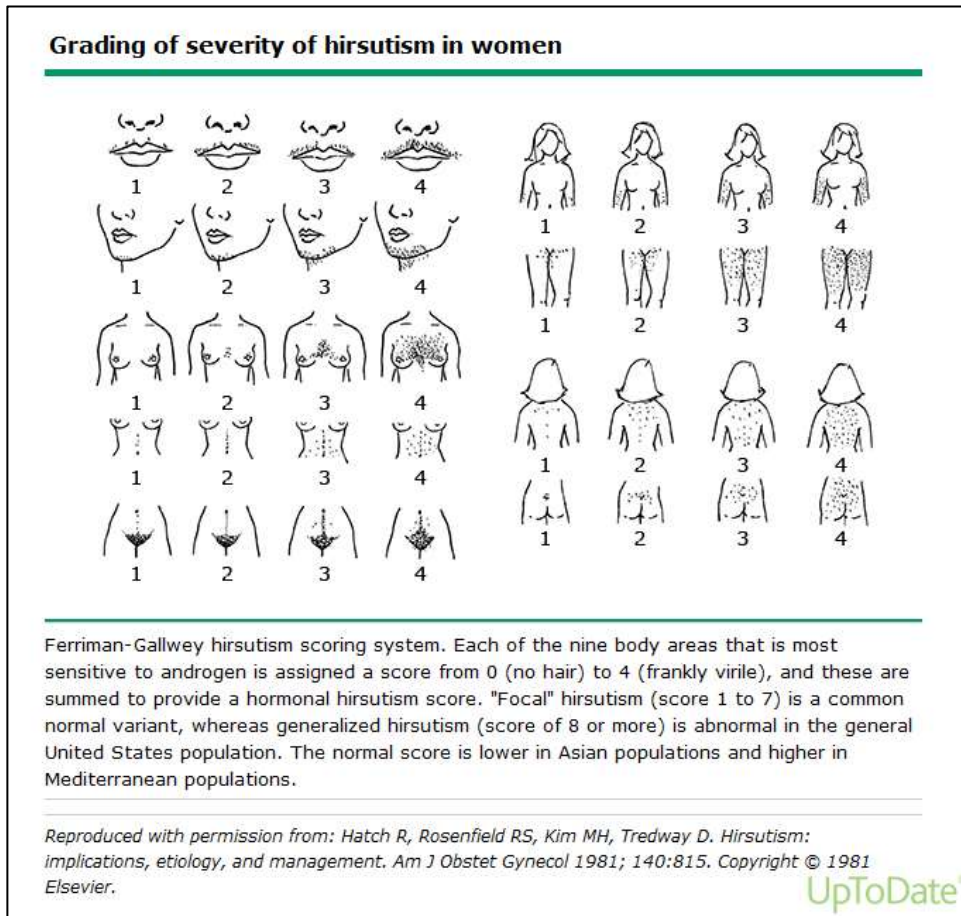
La manifestación clínica más reconocida en mujeres con hiperandrogenismo es el hirsutismo. Éste se refiere al exceso de pelo terminal en áreas dependientes de andrógenos y puede ir desde leve a severo, sin embargo debe tenerse en cuenta que no todas las mujeres con hirsutismo tienen niveles elevados de andrógenos lo que se conoce con el nombre de hirsutismo idiopático, representando el 6 -17% de las pacientes con hirsutismo. De igual forma existen diferencias raciales que determinan que ante el exceso de andrógenos no se presente hirsutismo como sucede en la población japonesa. (5),(16),(17).

En un estudio observacional realizado por R. Azzis y cols en Alabama, Estados Unidos, en el cual se hizo la caracterización clínica y hormonal de 873 pacientes con signos de hiperandrogenismo se encontró que dos tercios de las pacientes

tenían 30 años o menos y que el hirsutismo estuvo presente en el 75,5% de los casos. El acné en ausencia de hirsutismo se presentó en el 4,8% de estas mujeres y todas ellas cursaban con niveles elevados de andrógenos y oligo-ovulación.(18) La pérdida de pelo en el mismo estudio fue una queja en el 4% de las pacientes.

La valoración clínica de los signos dermatológicos de hiperandrogenismo puede hacerse con base en escalas que permiten definir el grado de afectación. Para la determinación del grado de hirsutismo se utiliza en la actualidad la escala de Ferriman – Gallwey modificada (FGm) la cual evalúa la densidad de pelos terminales en 9 áreas corporales; labio superior, mentón, tórax anterior, dorso superior, lumbar baja, brazos, abdomen superior, abdomen inferior y muslos. Cada área tiene una puntuación que va de 1 a 4 según la cantidad de pelo visible y el puntaje final corresponde a la sumatoria de todas las áreas. El valor de corte para considerar la presencia de hirsutismo varía según la población estudiada.(19) (ver figura 1). Para nuestra región se hizo un estudio descriptivo de medición del punto de corte para diagnosticar hirsutismo de acuerdo a la escala Ferriman y Gallwey modificada, siendo positivo un resultado mayor a 6. (20)

Figura 1. Sistema De Clasificación De Ferriman Y Gallwey, Para Determinar Hirsutismo.



De igual forma se hizo un estudio descriptivo serie clínica de mujeres con acné de la mujer adulta en la ciudad de Bucaramanga encontrándose que 79.6% presentaban acné de tipo no inflamatorio y en 20.3% se evidenciaron lesiones inflamatorias. En 98.1% se registró la presencia de seborrea, 62.9% tenían ciclos menstruales irregulares, 20.37% presentaban alopecia y 18.5% cumplían con el criterio de infertilidad, 24% tenían hirsutismo definido por un puntaje de Ferriman-Gallwey superior a 6. Sin reportarse casos de virilización.

Respecto a la evaluación de la alopecia femenina puede ser androgénica o no androgénica, la alopecia androgénica se manifiesta en la mujer por la

miniaturización del pelo, que puede seguir 2 tipos de patrones: 1. Alopecia androgénica femenina, clasificada según Ludwig y Olsen, que se caracteriza por disminución del diámetro de los cabellos, conocido como “rarefacción” dando lugar a un aclaramiento difuso o triangular de la región fronto-vertical con mantenimiento de la línea de implantación; 2. Alopecia androgénica femenina de patrón masculino clasificada según Ebling, que cursa con adelgazamiento de los cabellos en las regiones frontoparietales y fronto-vertical, cursando con retroceso en la línea de implantación y es asociada a el síndrome de persistencia de la adrenarquia, en tumores ováricos o suprarrenales y, a veces, poshisterectomía al igual que en la alopecia involutiva(21), actualmente se utiliza la escala de Hamilton-Norwood para su medición (ver figura 2).

En relación al sistema de graduación de Ludwig(22), para la clasificación de la alopecia androgénica femenina, ésta escala define tres grados de afectación en base a la conformación y distribución de la pérdida de pelo que van desde el grado 1 a 3 considerándose mayor gravedad en el grado 3. (ver figura 3).

Figura 2. Escala De Hamilton-Norwood Para La Clasificación De La Severidad De La Alopecia Androgénica De Patrón Masculino.



Figura 3. Escala de Ludwig para la clasificación de la severidad de la alopecia androgénica de patrón femenino.



Aunque para el acné no existe una escala de valoración universalmente aceptada, es posible hacer la aproximación de su severidad teniendo en cuenta el tipo, número, extensión y compromiso facial o extrafacial de las lesiones(23). Una de estas escalas es el Sistema de Graduación Global del Acné (por sus siglas en inglés GAGS), el cual evalúa 6 áreas: frente, mejilla derecha, mejilla izquierda, nariz, mentón y tronco (incluye espalda superior y tórax combinados). Cada lesión de acné es clasificada y puntuada así: comedón (1punto), pápula (2 puntos), pústula (3 puntos) o nódulo (4puntos); para la ausencia de lesiones en un área se da un valor de 0 puntos. La puntuación local para cada área se determina al multiplicar el puntaje de la lesión más grave por un factor de área y el puntaje total se obtiene al sumar las puntuaciones locales de las 6 áreas. Se definen entonces 4 grados de severidad: leve (1–18 puntos), moderado (19–30 puntos), severo (31–38 puntos) y muy severo (>38 puntos)(24) (ver Figura 4).

Figura 4. Sistema de graduación global del acné.

SISTEMA DE GRADUACION GLOBAL DEL ACNE			
LOCALIZACION	FACTOR	PUNTAJE DE CADA AREA	FACTOR X PUNTAJE DE AREA
Frente	2		
Mejilla Derecha	2		
Mejilla izquierda	2		
Nariz	1		
Mentón	1		
Tórax y espalda superior	3		
TOTAL			

La calidad de vida o “la buena vida” es parte importante de la salud desde los antiguos griegos (Aristóteles) (25), sin embargo, desde 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud definió salud no solo como la ausencia de enfermedad sino también como la presencia de bienestar físico, social y mental, los estudios sobre las consecuencias de las enfermedades han dejado de centrarse solo en la supervivencia y costos económicos, para dar cabida importante al concepto de “calidad de vida”. (26)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a la “percepción de salud” que tiene un individuo en los dominios físico, psicológico y social que están influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones.(25)

Los estudios sobre CVRS han tratado de identificar la correlación entre las puntuaciones de los cuestionarios utilizados para medirla y los parámetros fisiopatológicos (mediciones objetivas a través de paraclínicos); sin embargo, la evidencia disponible sugiere que tal correlación no siempre existe y que la aplicación de dichos cuestionarios es más un instrumento para complementar la evaluación del estado de salud de un individuo o una población(7)

Los primeros cuestionarios para medir calidad de vida publicados en la literatura aparecieron en la década de los setenta y desde entonces han evolucionado considerablemente(7), de tal manera que en la actualidad se dispone de múltiples instrumentos aplicables en diferentes áreas de la medicina, algunos de ellos ampliamente utilizados y validados en estudios de investigación.

Estos instrumentos han sido diseñados en algunos casos para que sean diligenciados por profesionales a través de entrevistas con el paciente y en otros para que sean auto administrados. Existen cuestionarios denominados genéricos, si incluyen la totalidad de las dimensiones (funciones físicas, psicológicas y sociales) que componen la CVRS, en tanto que si evalúan un concepto particular, por ejemplo, la función física, estos son llamados cuestionarios específicos.(7)

Dentro de las escalas de mayor uso para valorar la CVRS está el cuestionario SF-36 el cual fue desarrollado en los años noventa en Estados Unidos para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)(27). Se trata de un cuestionario genérico que permite evaluar la calidad de vida tanto en población general como en grupos específicos de pacientes, establecer y comparar la carga de diversas enfermedades y los beneficios de diferentes terapias(28). Es el cuestionario más estudiado y validado para valorar CVRS y es considerado un instrumento de referencia(9).

Este instrumento fue validado en español(29) y tiene una escala de puntuación que va de 0 a 100; considerándose que a menor puntuación hay mayor deterioro de la calidad de vida. La escala evalúa 36 ítems que abarcan 8 dimensiones (función física, desempeño físico, dolor corporal, vitalidad, función social, salud general, desempeño emocional, salud mental y el cambio de la salud en el tiempo) permitiendo estimar la afectación de la calidad de vida en diferentes áreas. (Ver tabla 1). Está indicado que sea preferiblemente auto administrado en individuos de 14 o más años de edad(28) y requiere en promedio 7-10 minutos para completarlo(9).

Figura 5. Contenido de las escalas del sf-36.

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		-Peor- puntuación (0)	-Mejor- puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Ger. Sanit. 2005; 19(2): 135-50

El cuestionario SF-36 ha sido utilizado ampliamente en dermatología con diferentes objetivos entre los cuales están: uso como referencia en estudios de validación de instrumentos específicos de dermatología como el DLQI y el Skindex-29, estudios de sobrevida, y en ensayos clínicos de psoriasis. Ha sido aplicado para estudios de valoración de la CVRS en patologías como acné, dermatitis atópica, ocupacional o de contacto, herpes zoster, ictiosis, lupus eritematoso, neurofibromatosis, cáncer de piel no melanoma, psoriasis, síndrome de Sezary, esclerosis sistémica, necrolisis epidérmica tóxica y úlceras varicosas(9).

Los estudios sobre calidad de vida en mujeres con hiperandrogenismo han sido llevados a cabo principalmente en mujeres con SOP. Un meta-análisis publicado en el año 2011 que incluyó 5 estudios de casos y controles evaluó el impacto del SOP en la calidad de vida a través del cuestionario SF-36, concluyendo que estas mujeres tienen puntuaciones más bajas en todas las dimensiones del cuestionario comparado con los controles, principalmente en el rol emocional(2). El estudio realizado por Coffey y cols, también evaluó el impacto del SOP en la calidad de vida comparado con mujeres de la población general con otra condición médica; este estudio identificó que la dimensión psicológica estuvo más afectada que la dimensión física en las mujeres con SOP que en los controles según los resultados del cuestionario SF-36(30).

Los instrumentos genéricos como el SF-36 están diseñados para valorar la calidad de vida en un vasto espectro de enfermedades y proporciona una idea global pero carece de sensibilidad para medir la calidad de vida en enfermedades específicas, por lo cual deben ser aplicados en conjunto con instrumentos específicos.(9)

Las enfermedades dermatológicas tienen una connotación particular relacionada con la apariencia que puede repercutir significativamente en los aspectos físico, social, y emocional. Rapp y cols, evaluaron el impacto en la calidad de vida de 317 pacientes con psoriasis, encontrando que la afectación del funcionamiento físico y mental es similar al encontrado en otras patologías como cáncer, artritis, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, diabetes y depresión(8).

La medición de la CVRS en Dermatología puede valorarse a través de cuestionarios específicos como el Dermatology Life Questionnaire Index (DLQI) y el SKININDEX-29. El DLQI fue desarrollado en el Reino Unido por AY Finlay y GK Khan en 1994, consta de 10 preguntas sobre el impacto de la enfermedad dermatológica en los últimos 7 días y cada pregunta tiene 4 posibles respuestas que son puntuadas de 0 a 3. Los dominios de salud que son evaluados corresponden a síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo o estudio, relaciones interpersonales (incluyendo sexualidad) y tratamiento. La sumatoria de cada dominio da un valor global entre 0 - 30 y se interpreta que a mayor puntuación hay mayor impacto en la CVRS(10).

El DLQI fue diseñado para evaluar principalmente el funcionamiento en las actividades diarias de pacientes con enfermedades dermatológicas inflamatorias como acné, eccema, urticaria y psoriasis, lo cual lo convierte en un cuestionario al que le falta validez conceptual en enfermedades de la piel poco sintomáticas que afectan predominantemente la salud mental como el vitíligo o la alopecia(9). Otra deficiencia del DLQI es su efecto piso y la poca sensibilidad al cambio esto quiere decir, que no es óptimo para determinar cambios en la calidad de vida cuando se producen cambios clínicos en la enfermedad.

El cuestionario SKININDEX-29 fue desarrollado por Chren y col. en Estados Unidos, después del DLQI, para medir el impacto de las enfermedades cutáneas en la calidad de vida de diversas poblaciones y para determinar cambios en el tiempo(31). Inicialmente contaba con 61 ítems, pero posteriormente se diseñó una versión más reducida de 29 ítems que no alteró su capacidad de medición.

Este cuestionario se enfoca en 3 dimensiones: la funcional, vida social, aislamiento, sexualidad, trabajo y aficiones; la emocional, vergüenza, molestia, depresión y frustración; y la sintomática, prurito, dolor e irritación(9)(32). Cada pregunta del cuestionario tiene cinco posibles respuestas que van de 0(nunca) a 4(todo el tiempo)

referidas a las últimas cuatro semanas antes de su aplicación. Se puede obtener una puntuación de 0 a 100 y se considera que a mayor puntuación hay mayor afectación de la calidad de vida, con una categorización de los puntajes de tanto para el skindex global como para cada uno de sus dominios así: skindex global: < 3: Muy poca; 4 - 10: Poca; 11 - 25: Moderada; 26 - 49: Severa; >50: Muy severa. Dominio emocional <5: Muy poca, 6 – 24: Leve, 25 – 49: Moderado, >50: Severo. Dominio Sintomático: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 25: Moderado, 26 – 49: Severo, >50: Extremadamente severo. Dominio Funcional: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 32: Moderado, >33: Severo(33).

Al igual que el DLQI puede ser auto administrado y el tiempo medio requerido para completarlo es de 5 a 10 minutos(9),(34). El SKINDEX-29 fue adaptado al castellano en el 2002 y en su versión española es considerado un instrumento válido, fiable y sensible para medir calidad de vida en dermatología con la ventaja frente al DLQI de no tener las limitaciones de sensibilidad para el cambio ni el efecto piso(34). Ha sido utilizado en la evaluación de la CVRS en diferentes condiciones dermatológicas tales como: acné, queratosis actínicas, alopecia, dermatitis atópica, linfoma cutáneo de células T, enfermedades micóticas, dermatitis de las manos, dermatosis relacionadas con VIH, hiperhidrosis, enfermedades ungueales, neurofibromatosis tipo 1, nevus, onicomiosis, psoriasis, rosácea, dermatitis del cuero cabelludo, cáncer de piel, enfermedades virales, vitíligo entre otros.(9)

En un estudio realizado por Sanclemente y cols en Colombia en el año 2011, se evaluó la adaptación cultural de la versión española del Skindex-29 en una población colombiana y se obtuvo una versión preliminar encontrándose que fue requerida la traducción y retro traducción de 4 de los 29 ítems(32). La adaptación cultural de los cuestionarios de calidad de vida es importante para garantizar que todos los ítems sean entendidos por las personas evaluadas en base a las diferencias culturales, sin embargo, este proceso requiere una metodología rigurosa que determine que sea totalmente equiparable a la versión original, por lo tanto,

actualmente la versión española continúa siendo una herramienta válida y fiable en la evaluación de CVRS en dermatología.

Hasta la fecha, los estudios sobre calidad de vida en pacientes con hiperandrogenismo han sido llevados a cabo en mujeres con SOP a través de la aplicación del cuestionario SF-36 y de escalas como SCL-90-R, VASs, ISS, SDS(2), los cuales no permiten estimar el efecto de los signos dermatológicos en la calidad de vida.

De la misma forma se ha encontrado una asociación importante entre mujeres con SOP y trastornos psiquiátricos (11), siendo el más común el trastorno depresivo mayor (TDM). Debido a que para diagnosticar el TDM es necesaria la evaluación clínica hecha por un especialista, se plantea la implementación de una escala de tamizaje para determinar el riesgo de estar padeciendo de TDM, en mujeres con signos clínicos de hiperandrogenismo y si éste a su vez tiene relación con la severidad de los signos. Para esto se utilizara la escala CED-D abreviada, en la cual se consignan 7 ítems, en los cuales se estudian 4 factores: afecto depresivo, afecto positivo, somático y relaciones interpersonales, teniendo un punto de corte de 8 (12), en donde la interpretación es que si da un puntaje mayor, la persona evaluada debe ser valorada por psiquiatría, para descartar un TDM.

En este sentido, el objetivo de este estudio es determinar el impacto global del hiperandrogenismo en la calidad de vida y evaluar si existe correlación entre la severidad de los signos dermatológicos del hiperandrogenismo con el grado de afectación en la calidad de vida y con un riesgo aumentado de tener trastornos psiquiátricos en nuestra población.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

- Evaluar la calidad de vida y síntomas depresivos en mujeres adultas con manifestaciones dermatológicas de hiperandrogenismo que consulten a los servicios de Dermatología y/o Endocrinología de la Clínica Foscal y Foscal internacional en el periodo comprendido entre diciembre 15/2016 y marzo de 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de las alteraciones de la calidad de vida en mujeres con manifestaciones dermatológicas de hiperandrogenismo especificado por los dominios comprendidos en el SF-36 y el SKINDEX-29.
- Determinar la presencia de síntomas depresivos en mujeres con signos dermatológicos de hipereandrogenismo.
- Determinar la relación del nivel de calidad de vida y **las características sociodemográficas** en mujeres manifestaciones dermatológicas de hiperandrogenismo.
- Determinar la asociación entre el nivel de calidad de vida en mujeres con hiperandrogenismo medido por SF-36 y SKINDEX-29 y **la severidad de las manifestaciones dermatológicas.**
- **Establecer el nivel de calidad de vida** de mujeres con manifestaciones dermatológicas de hiperandrogenismo en **relación a la presencia de síntomas depresivos.**

1.4 METODOLOGÍA

1.4.1 Tipo De Estudio:

Se propone un estudio observacional, descriptivo, serie clínica.

1.4.2 Población:

Se incluirán en el estudio mujeres entre 20 y 50 años con diagnóstico de hiperandrogenismo clínico que consulten al servicio de Dermatología y/o Endocrinología de la clínica Foscal y Foscal Internacional de la ciudad de Bucaramanga.

El estudio se llevará a cabo durante un periodo de 4 meses comprendido entre diciembre 16 de 2016 y marzo de 2017.

1.4.3 Criterios De Inclusión:

Es usted mujer mayor de 20 años, con una de las siguientes:

- Acné
- Alopecia androgénica
- Hirsutismo

1.4.4 Criterios De Exclusión:

- Mujeres embarazadas o que hayan estado en embarazo en los últimos 6 meses.
- Mujeres con diagnóstico de cáncer, infección por VIH, enfermedad renal crónica estadio IV-V, cirrosis hepática.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio ni firmen el consentimiento informado.
- Mujeres con acné tardío o hirsutismo que sea atribuido a otra causa diferente a hiperandrogenismo.

- Mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo mayor hecho por psiquiatra.
- Mujeres que presenten alguna otra dermatosis que también pueda afectar su calidad de vida.

1.4.5 Definición De Variables

Las variables que se tendrán en cuenta para llevar a cabo este estudio se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Definición de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES
1.4.5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
Edad (años)	Cuantitativa discreta	Años cumplidos al momento de la entrevista	18 años a 50 años
Estrato Socioeconómico	Cualitativa ordinal	Estrato socioeconómico en el que la paciente reside.	1, 2, 3, 4, 5 o 6
Lugar de residencia	Cualitativa nominal	Área de residencia de la paciente.	Urbano Rural
Ocupación	Cualitativa nominal	Estudiante, ama de casa, empleada, desempleada.	Interrogatorio directo
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria, secundaria, profesional, post-grado	Interrogatorio directo
Estado civil	Cualitativa nominal	Casado, soltero, unión libre, separado o viudo	Interrogatorio directo
1.4.5.2 VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS			

Peso	Cuantitativa discreta	Medida de valoración de la masa corporal, siendo igual a masa x gravedad (kg).	Examen directo
Talla	Cuantitativa, continua	Medida de longitud corporal (mts).	Examen directo
Índice de masa corporal	Cuantitativa continua	Masa corporal ("peso") dividida entre el cuadrado de la estatura.	<p>IMC de 18,5-24,9: peso saludable.</p> <p>IMC de 25,0-29,9: sobrepeso</p> <p>IMC de 30,0-39,9: Obesidad</p> <p>IMC de 40,0 o más: Obesidad mórbida</p>
1.4.5.3 VARIABLES DERMATOLÓGICAS			
Hirsutismo	Cuantitativa ordinal	Crecimiento excesivo de vello terminal en mujeres siguiendo una distribución de patrón masculino, ¹ en zonas dependientes de andrógenos: patillas, barbilla, cuello, areolas	1 a 36 puntos

		mamarias, tórax, en área inmediatamente superior o inferior al ombligo, así como en muslos, espalda. Valoración según escala de Ferriman y Gallway	
Acné	Cualitativa, ordinal	Grado de afectación de acné según Sistema de Graduación global del acné	1. Acné Leve 2. Acné Moderado 3. Acné Severo 4. Muy Severo
Alopecia	Cualitativa, ordinal	Clasificación de pérdida femenina de pelo según escala de Ludwig.	I: leve II: Moderado III: Severo
Piel seborreica	Cualitativa nominal	Evaluación de la presencia de piel oleosa por examen visual e interrogatorio	SI NO
Fototipo de piel	Cualitativa nominal	Capacidad de adaptación al sol que tiene cada persona desde el nacimiento. Es el conjunto de características que determinan si la piel se broncea o no, y cómo y en qué grado lo hace.	Tipo I: Piel Blanca, no se Broncea Tipo II: piel clara, se quema fácilmente.

			<p>Tipo III: piel clara, ojos castaños que generalmente se broncea</p> <p>Tipo IV: piel morena o ligeramente marrón, pelo y ojos oscuros. Si se broncea.</p> <p>Tipo V: piel oscura, se broncea con facilidad e intensidad.</p> <p>Tipo VI: piel negra. Nunca se quema y se broncea siempre.</p>
--	--	--	--

1.4.5.4 VARIABLES ENDOCRINOLOGICAS

Nombre del diagnóstico endocrinológico	Cualitativa nominal	Diagnóstico establecido por endocrinólogo o dermatólogo de la condición que cursa con hiperandrogenismo.	Interrogatorio directo
---	---------------------	--	------------------------

Tiempo de evolución de los síntomas.	Cuantitativa discreta	Tiempo de evolución de los síntomas	Interrogatorio directo
Tratamiento actual para hiperandrogenismo	Cualitativa nominal		SI NO
Tratamientos recibidos para hiperandrogenismo	Cualitativa nominal	Descripción del o los tratamientos que ha recibido para hiperandrogenismo en los últimos 12 meses.	Interrogatorio directo.
1.4.5.5 VARIABLES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA			
Calificación cuestionario SF-36	Cuantitativa discreta	Cuestionario para la evaluación global de la calidad de vida	0 a 100 puntos
Calificación cuestionario Skindex-29	Cuantitativa discreta	Cuestionario específico para la medición de la calidad de vida en dermatología.	0 a 100 puntos
Cuestionario CED-D	Cuantitativa discreta	Cuestionario para tamizaje de riesgo de sufrir de trastorno depresivo mayor.	7 a 36 puntos

1.4.6 Recolección De La Información

Para favorecer la inclusión de TODAS las pacientes que cursaron con hiperandrogenismo clínico (casos prevalentes y casos nuevos) que ingresaron a la consulta de dermatología o endocrinología por motivos de consulta diferentes al hiperandrogenismo se aplicó un test pretamizaje a las mujeres entre 20 y 50 años que asistieron a la consulta.

Una vez se detectó la población con diagnóstico establecido de alguna patología o clínica de hiperandrogenismo se hizo la inclusión activa de estas mujeres al estudio. Se explicó previamente en qué consistía el estudio y se procedió a hacer firmar el consentimiento informado.

Una vez realizado este procedimiento se diligenció una herramienta de registro (ANEXO C) de las variables sociodemográficas y endocrinológicas que pueden ser obtenidas por interrogatorio y posteriormente se procedía a realizar por parte del endocrinólogo y/o dermatólogo un examen físico que permitía determinar las variables antropométricas y a través de un examen físico definir la presencia y clasificar la severidad de los signos dermatológicos de hiperandrogenismo si los presentan (alopecia, acné, hirsutismo y seborrea).

Inmediatamente después del examen físico, se entregaba a cada participante el formato con el cuestionario de valoración global de la calidad de vida SF-36 que constaba de 36 preguntas y que podía ser respondido en cerca de 7-10 minutos por autorreporte. En seguida se administraba el cuestionario específico dermatológico SKINDEX-29 que constaba de 29 preguntas y tomaba otros 10 minutos para ser auto contestado. Y finalmente se entregaba la encuesta CES-D que contaba de 7 preguntas demorándose 5 min aproximadamente en ser contestado. Finalizado este proceso se daban las indicaciones relacionadas con el tratamiento específico de su patología o la solicitud de exámenes adicionales si estaba indicado, dentro de los cuales estaban definidos: Testosterona libre, Dehidroepiandrosterona sulfato

(DHEAS), androstenediona, glicemia pre y post-carga de 75gr, insulina pre y post, prolactina y ecografía pélvica).

1.5 Plan De Análisis

Los datos recolectados en el instrumento fueron digitados a una base de datos en formato Office Excel 365 y Stata 14.

Para las variables continuas se realizó un análisis descriptivo univariado mediante medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la naturaleza de las variables. Encontrándose una distribución normal por lo que se expresan los datos en promedio.

Promedio e intervalo de confianza para las variables con distribución normal.

- Mediana con rango intercuartil para las distribuciones diferentes a la normal.

Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias relativas (porcentajes), con sus respectivos intervalos de confianza.

Se realizará un análisis bivariado, estratificando por las características sociodemográficas y clínicas cualitativas.

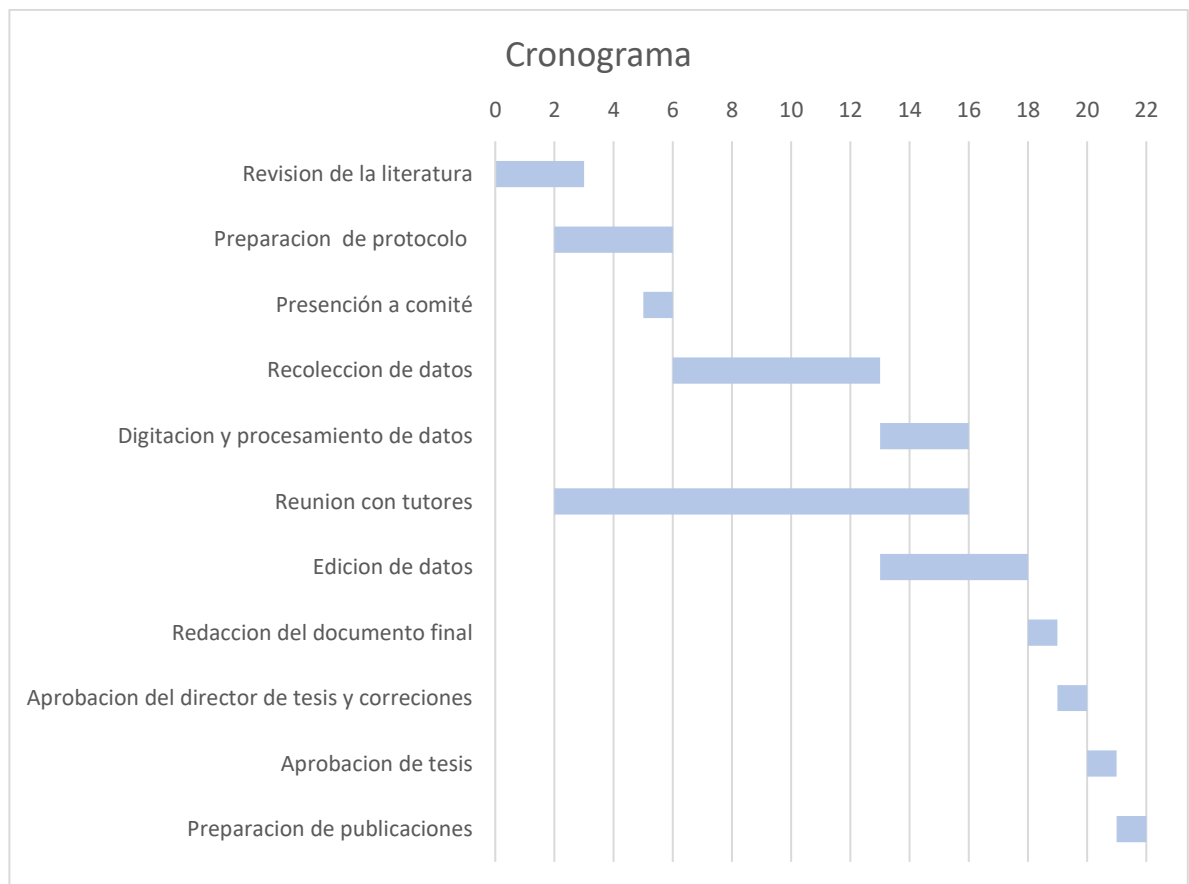
1.6 Consideraciones Éticas

Este estudio se ha presentado de acuerdo con la reglamentación ética vigente (Declaración de Helsinki, Resolución 8430 de 1993) y será evaluado por los comités de ética de las instituciones participantes, está clasificado como una investigación con riesgo mínimo de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Cada paciente recibirá información sobre los objetivos del estudio. La evaluación de las pacientes se llevará a cabo a través de la inspección visual y el diligenciamiento de los 2 cuestionarios sobre calidad de vida será por autorreporte y se mantendrá en total confidencialidad. No se realizará ningún tipo de intervención en las pacientes y cada una de ellas firmará el consentimiento informado para que ingresen en el estudio (Anexo 4).

1.7 Cronograma

Figura 6. Cronograma De Actividades.



2. RESULTADOS

2.1 Características de la Población

Cincuenta y ocho mujeres fueron incluidas en el análisis (se excluyeron 6 por cuestionarios de calidad de vida incompletos). El promedio de edad e IMC fue de 27 años (DE: 6.2) y de 23.2 (DE: 4.6) respectivamente. Las demás características sociodemográficas se pueden observar en la tabla 1. El tiempo de evolución de los síntomas tuvo un promedio de 52 (DE: 55) meses, siendo los fototipos Fitzpatrick más frecuentes 3, y 4 (ver tabla 1) .

Dentro de las características clínicas encontradas, se evidencio seborrea en el 70% de la población estudiada, así como que el acné fue la principal manifestación clínica de hiperandrogenismo encontrada (87.9%), predominando la forma leve de la enfermedad, en el 31% de la población (ver tabla 2). Además, se encontró hirsutismo, definido como un puntaje de FGm mayor a 6 puntos, en el 41% de la población y alopecia androgénica en el 13.8%. De todas las pacientes estudiadas con hiperandrogenismo clínico, el 55% tenía diagnóstico previo de síndrome de ovario poliquístico y como el hallazgo más frecuente relacionado a los síntomas de hiperandrogenismo clínico fueron los ciclos menstruales irregulares en el 40% (n=23) de la población. Dentro de los tratamientos reportados se encontró que el 28% de la población tenía manejo con anticonceptivos orales y el 24% manejo tópico para el acné (ver tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de las pacientes n=58

Variables	Porcentaje	IC95%
Edad*	27 (6.2)	26 - 29
Peso (kg)*	60.2 (13.1)	56.8 - 63.7
Talla (cm)*	160 (0.06)	1.59 - 1.62
IMC (Peso(kg)/talla(cm)(2))*	23.2 (4.6)	22 - 24.5
Tiempo de Evolucion (meses)*	52.08 (55)	37.6 - 66.5
Estado Civil		
Soltera	74.13	61 - 84
Casada	17.24	9.35 - 29.59
Union Libre	8.62	3.53 - 19.53
Nivel de Educación		
Primaria	1.72	0.22 - 11.86
Bachiller	19.00	10.63 - 31.52
Tecnico	5.17	1.62 - 15.30
Tecnologo	12.06	5.73 - 23.65
Profesional	62.00	48.64 - 73.86
Procedencia		
Bucaramanga	50.00	37 - 62.9
Floridablanca	22.40	13.2 - 35.3
Giron	5.17	1.62 - 15.3
Lebrija	1.72	0.22 - 11.86
Otras	12.06	5.73 - 23.65
Piedecuesta	6.89	2.53 - 17.42
Rionegro	1.72	0.22 - 11.86
Clasificación Socioeconomica		
Estrato 1	8.62	3.53 - 19.53
Estrato 2	22.41	13.26 - 35.30
Estrato 3	31.03	20.23 - 44.29
Estrato 4	22.41	13.26 - 35.30
Estrato 5	8.62	3.53 - 19.53
Estrato 6	6.89	2.53 - 17.42
Fototipo Fitzpatrick		
Fototipo 2	26	16 - 19
Fototipo 3	38	26.1 - 51.3
Fototipo 4	36	24.6 - 49.6
*Promedios (DE)		

Tabla 3. Hallazgos clínicos y tratamientos recibidos asociados a hiperandrogenismo.

Variables	n (%)	IC95%
Seborrea	41 (70)	57.38 - 81.19
SA Acné	51 (87.9)	78.3 - 95.3
Leve (1 - 18)	36 (62)	48.6 - 73.8
Moderado (19 - 30)	18 (31)	20.2 - 44.3
Severo (31 - 38)	3 (5.2)	1.6 - 15.3
Muy Severo (>38)	1(1.8)	0.2 - 11.8
Hirsutismo (FGm > 6)+	24 (41.4)	29.1 - 54.7
SA Alopecia	8 (13.8)	7 - 25.6
Leve	6(10.3)	2.5 - 17.4
Moderada	2 (3.5)	0.8 - 13.2
Ciclos Irregulares	23 (40)	27.6 - 53
Dx SOP	32 (55)	42 - 67
Tratamientos Recibidos		
Tto Acos	16 (28)	17.3 - 40.8
Tto Espironolactona	3 (5)	1.62 - 15.3
Tto Isotretinoína	2 (3.5)	0.82 - 13.2
Tto Antibiotico	11 (19)	10.6 - 31.5
Tto Topico	14 (24.2)	25.3 - 17.4
Tto Metformina	4 (6.9)	2.5 - 17.4
Tto Minoxidil	1 (1.8)	0.2 - 11.8
Tto Laser (en los ultimos 9 meses)	0	
Tto Depilación	7 (12.1)	5.7 - 23.6

En el estudio de la calidad de vida relacionado con dermatología se utilizó el instrumento Skindex-29, en donde se encontró un resultado promedio en el Skindex-Global de 32.6 puntos lo cual indica que en general la afectación es moderada para la población entre las pacientes estudiadas. Al diferenciar por dominios, en el skindex-29 se encontró que el más afectado fue el emocional, con un promedio de 45.8 puntos (importante afectación ≥ 39), ver tabla 3.

Tabla 4. Promedios Y Porcentajes Generales Skindex-29.

Variable	Procentaje	IC 95%
Skyndex Global*	32.69	27.3 - 38
Skyndex Global, Afectación		
Muy poca	1.72%	0.22 - 11.86
Poca	8.62%	3.53 - 19.53
Moderada	34.50%	23.14 - 48
Severa	32.75%	21.7 - 46.15
Muy severa	22.41%	13.2 - 35.3
Skyndex Funcion (≥ 37)*	23.5	18 - 29
Skyndex Emocional (≥ 39)*	45.8	38 - 53
Skyndex Sintomatico (≥ 52)*	29.67	24 - 35
*Promedio (DE)		

Con respecto a los hallazgos clínicos dermatológicos de hiperandrogenismo, el acné presentó una asociación estadísticamente significativa con el dominio sintomático del skindex-29 (p 0.018), al igual que no presentar alopecia androgénica (p 0.033), (ver tabla 5).

Respecto a la menstruación irregular, el skindex-29 fue significativo en los dominios funcional (p 0.006), emocional (p 0.027) y skindex-29 global (p 0.011), (ver tabla 5).

Tabla 5. Evaluación De La Calidad De Vida Mediante Skyndex-29 En 58 Mujeres Con Síntomas Dermatológicos Y Ginecológicos De Hiperandrogenismo.

Evaluación de la Calidad de Vida Mediante Skyndex-29 en 58 mujeres con síntomas dermatológicos y ginecológicos de hiperandrogenismo										
Variable	Tenerla o No	n	Promedio Skyndex Global - IC	p	Promedio Skyndex Funcional - IC	p	Promedio Skyndex Emocional - IC	p	Promedio Skyndex Sintomatico - IC	P
Acné	Sí	51	33.3 (27.6 - 39)	0.496	23.5 (17.4 - 29.5)	0.992	46.1 (38.6 - 56.6)	0.785	31.7 (26.2 - 37.3)	0.018
	No	7	27.2 (11.2 - 43.3)		23.6 (7.5 - 39.6)		42.9 (18 - 67.7)		11.3 (1.4 - 21.1)	
Hirsutismo	Sí	23	28.4 (20 - 37)	0.198	20.6 (12.2 - 29)	0.410	40.8 (29.5 - 52.1)	0.265	24 (16.3 - 31.7)	0.088
	No	35	35.4 (28.6 - 42.2)		25.4 (17.8 - 32.9)		49 (39.8 - 58.2)		33.3 (26.2 - 40.4)	
Alopecia	Sí	8	28 (12 - 44)	0.487	21 (4.4 - 37.6)	0.731	45 (22.4 - 67.5)	0.927	15.6 (6 - 25.1)	0.033
	No	50	33.4 (27.7 - 39.1)		23.9 (17.9 - 29.9)		45.9 (38.3 - 53.5)		32 (26.1 - 37.7)	
Seborrea	Sí	41	33.5 (27 - 40)	0.612	25.8 (18.7 - 32.8)	0.208	45.9 (37.3 - 54.4)	0.967	29.2 (23 - 35.5)	0.813
	No	17	30.5 (21 - 40)		18 (9.3 - 26.6)		45.5 (32 - 59.1)		30.6 (20.1 - 41.1)	
Menstruación Irregular	Sí	23	40.8 (31.7 - 50)	0.011	32.6 (23.2 - 42.1)	0.006	55.4 (44.1 - 66.7)	0.027	34.1 (24.3 - 44.1)	0.175
	No	35	27.3 (21.3 - 33.2)		17.4 (11.2 - 23.7)		39.5 (30.7 - 48.2)		26.7 (20.8 - 32.5)	

Clasificación alteración skindex global: < 3: Muy poca; 4 - 10: Poca; 11 - 25: Moderada; 26 - 49: Severa; >50: Muy severa. Dominio emocional <5: Muy poca, 6 – 24: Leve, 25 – 49: Moderado, >50: Severo. Dominio Sintomático: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 25: Moderado, 26 – 49: Severo, >50: Extremadamente severo. Dominio Funcional: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 32: Moderado, >33: Severo(33).

Al relacionar la severidad del acné con el grado de afectación de la calidad de vida, no se encontraron resultados estadísticamente significativos, pero si diferencias en los promedios de cada dominio en las mujeres que presentaban un acné severo vs las que no. Ver tabla 5.

Tabla 6. Gravedad Del Acné Y Calidad De Vida Medida Por Medio Del Skindex-29.

Variable	n	Skindex Global (IC 95%)	p	Skindex emocional (IC 95%)	p	Sindex sintomático (IC 95%)	p	Skindex funcional (IC 95%)	P
Acne No Severo	54	31.9 (26.3 - 37.5)	0.302	45.4 (37.9 - 52.9)	0.683	28.8 (23.2 - 34.4)	0.249	22.5 (16.7 - 28.3)	0.194
Acne Severo	4	42.8 (14.9 - 70.8)		51.2 (10.8 - 91.6)		41 (13.8 - 68.3)		36.9 (4 - 69.9)	

Clasificación alteración skindex global: < 3: Muy poca; 4 - 10: Poca; 11 - 25: Moderada; 26 - 49: Severa; >50: Muy severa. Dominio emocional <5: Muy poca, 6 – 24: Leve, 25 – 49: Moderado, >50: Severo. Dominio Sintomático: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 25: Moderado, 26 – 49: Severo, >50: Extremadamente severo. Dominio Funcional: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 32: Moderado, >33: Severo(33).

En relación con los resultados de Skindex-29 relacionado con el tratamiento, en general no se encontraron relaciones significativas a excepción de la relación de estar en tratamiento con espironolactona y el resultado de skindex-29 en su dominio sintomático (P 0.021) (ver tabla 5).

Tabla 7. Relación Tratamiento Y Resultado Skidex-29.

Relación tratamiento y resultado Skidex-29.										
Tratamiento	Expuesto o no	n	Promedio Skyndex Global* - IC	p	Promedio Skyndex Funcional - IC	p	Promedio Skyndex Emocional - IC	p	Promedio Skyndex Sintomático - IC	P
ACOS	Si	26	30.6 (21 - 40)	0.640	24.2 (14.3 - 34)	0.880	44 (30.8 - 57.2)	0.764	22.5 (13.1 - 32)	0.099
	No	42	33.4 (27 - 40)		23.2 (16.4 - 30.1)		46.4 (37.8 - 55)		32.3 (26 - 38.7)	
Espironolactona	Si	3	30.4 (26.3 - 34.6)	0.846	32.6 (27.6 - 37.6)	0.452	46.6 (40.6 - 52.6)	0.956	3.5 (0 - 7.6)	0.021
	No	55	32.8 (27.1 - 38.4)		23 (17.1 - 28.9)		45.7 (38.2 - 53.3)		31.1 (25.7 - 36.4)	
Isotretinoina	Si	8	31.8 (10.0 - 87.1)	0.955	21.8 (00.0 - 65.6)	0.912	48.7 (0 - 126.3)	0.878	24.9 (0 - 68)	0.743
	No	50	32.7 (27.3 - 38)		23.5 (17.8 - 29.2)		45.7 (38.5 - 52.8)		29.8 (24.4 - 35.2)	
Antibiótico	Si	42	42.3 (28 - 56.7)	0.078	33.5 (27.7 - 49.3)	0.084	56.1 (36.9 - 75.3)	0.164	38 (23.5 - 52.3)	0.233
	No	17	30.4 (25 - 36)		21.1 (15.4 - 26.9)		43.4 (35.8 - 50.9)		27.7 (22.1 - 33.3)	
Tópico	Si	23	35 (22.5 - 47.5)	0.625	26 (13.9 - 38.1)	0.617	47.8 (30.9 - 64.8)	0.750	32.1 (18.1 - 46)	0.607
	No	35	27.3 (21.3 - 33.2)		22.7 (16.3 - 29.1)		45.1 (37.3 - 53)		28.8 (23.3 - 34.4)	
Metformina	Si	4	17.2 (7.2 - 27.2)	0.115	14.5 (0.06 - 29.2)	0.389	23.7 (7.2 - 40.2)	0.093	12.4 (0.28 - 24.7)	0.079
	No	54	33.8 (28.2 - 39.4)		24.1 (18.2 - 30.1)		47.5 (40 - 54)		31 (25.4 - 36.4)	
Minoxidil	Si	1	43.3	0.67	31.2	0.718	72.5	0.327	14.2	0.450
	No	57	32.5 (27.1 - 38)		23.3 (17.6 - 29)		45.3 (38.1 - 52.5)		30 (24.5 - 35.5)	
Depilación no definitiva	Si	7	25.7 (12.6 - 38.8)	0.337	20.8 (5.4 - 36.1)	0.725	37.5 (18.2 - 56.7)	0.393	17.3 (8.5 - 26)	0.087
	No	51	33.6 (27.8 - 39.4)		23.8 (17.8 - 29.9)		46.9 (39.2 - 54.6)		31.3 (25.5 - 37.1)	

Clasificación alteración skindex global: < 3: Muy poca; 4 - 10: Poca; 11 - 25: Moderada; 26 - 49: Severa; >50: Muy severa. Dominio emocional <5: Muy poca, 6 – 24: Leve, 25 – 49: Moderado, >50: Severo. Dominio Sintomático: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 25: Moderado, 26 – 49: Severo, >50: Extremadamente severo. Dominio Funcional: <3: Muy poca, 4 – 10: Leve, 11 – 32: Moderado, >33: Severo(33).

En relación a la medición de la calidad de vida general se encontró un promedio en calidad de vida general de 74.1 (DE: 15.2), con el dominio de transición en salud más afectado, promedio de 53.3. Siendo estadísticamente significativa la asociación entre el síntoma ginecológico de menstruación irregular con los dominios de función física (p 0.014), dolor (p 0.012), salud general (p 0.044), función social (p 0.048) y transición en salud (p 0.010), ver tabla 8.

Tabla 8. Evaluación De La Calidad De Vida Mediante el SF-36, En 58 Mujeres Con Síntomas Dermatológicos Y Ginecológicos De Hiperandrogenismo.

Variable	Acné		Hirsutismo		Alopecia		Seborrea		Menstruación Irregular	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
n	52	6	23	35	8	50	41	17	23	35
SF-36 Función Física (IC 95%)	94.6 (92.1-97.1)	93.3 (83.1-103.6)	94.7 (91.3-98.2)	94.2 (90.8-97.7)	91.2 (81.8-100.6)	95 (92.4-97.5)	94.7 (92.1-97.3)	93.8 (87.8-99.7)	90.8 (85.4-96.2)	96.8 (95-98.6)
p	0.751		0.843		0.291		0.730		0.014	
SF-36 Rol Físico (IC 95%)	87.4 (80.2-94.7)	83.3 (51.5-115.1)	90.1 (80.5-99.8)	85 (75.1-94.8)	84.3 (62.2-106.5)	87.4 (79.9-94.9)	86.5 (78.6-94.4)	88.2 (73-103.3)	82.5 (69.3-95.7)	90 (82.1-97.8)
p	0.716		0.466		0.758		0.826		0.294	
SF-36 Dolor (IC 95%)	77.3 (70.5-84)	76.2 (40.6-111.8)	74 (64-83.9)	79.2 (70.2-88.3)	75.6 (53.2-98)	77.4 (70.3-84.5)	77.6 (70-85.2)	76 (61.6-90.4)	67.1 (55.9-78.4)	83.7 (76.1-91.4)
p	0.922		0.438		0.850		0.821		0.012	
SF-36 Salud General (IC 95%)	69.2 (64-74.4)	63.3 (37.4-89.1)	60.4 (52-68.8)	74 (68-79.9)	71.2 (58.8-83.6)	68.2 (62.5-73.8)	66.3 (60.5-72.1)	74.1 (63.5-84.6)	62.3 (53.5-71.2)	72.7 (66.7-78.7)
p	0.481		0.007		0.680		0.163		0.044	
SF-36 Vitalidad (IC 95%)	63.7 (58.5-68.9)	70 (43.8-96.1)	63.9 (55.6-72.1)	64.7 (57.9-71.4)	65.6 (46.8-84.3)	64.2 (58.8-69.5)	62.3 (56.8-67.7)	69.4 (57.5-81.2)	60.4 (51.7-69.1)	67 (60.6-73.3)
p	0.456		0.878		0.848		0.204		0.207	
SF-36 Función Social (IC 95%)	77.6 (71.1-84.1)	72.5 (48.4-96.5)	77.9 (69.7-86)	76.5 (67.7-85.4)	74.3 (58.5-90.1)	77.5 (70.7-84.3)	74.5 (67.2-81.8)	83.2 (71.6-94.8)	69.7 (60.3-79.1)	81.9 (74-89.8)
p	0.609		0.828		0.721		0.195		0.048	
SF-36 Rol Emocional (IC 95%)	71.7 (60.3-83.1)	88.8 (70.7-106.9)	69.5 (52.2-86.9)	76.1 (62.9-89.6)	70.8 (43.1-98.4)	73.9 (62.4-85.5)	70.7 (57.7-83.6)	80.3 (62.1-98.6)	68.1 (48.9-87.2)	77.1 (64.7-89.4)
p	0.318		0.535		0.834		0.399		0.398	
SF-36 Salud mental (IC 95%)	72.2 (67.3-77.0)	68.6 (42.7-94.5)	70.2 (64.8-75.7)	72.9 (65.7-80.1)	67 (49.9-84)	72.6 (67.6-77.6)	69.8 (64.9-74.7)	76.7 (64.9-88.4)	66.6 (58.8-74.3)	75.3 (69.2-81.3)
p	0.650		0.587		0.415		0.189		0.071	
SF-36 Transición de Salud (IC 95%)	52.8 (46.4-59.2)	66.6 (34.8-98.4)	55.4 (44.6-66.2)	53.5 (45.4-61.6)	59.3 (34.5-84.1)	53.5 (46.9-60)	54.8 (47.1-62.6)	52.9 (41-64.8)	44.5 (35.3-53.7)	60.7 (52.5-68.8)
p	0.184		0.774		0.524		0.781		0.010	

Se investigó además la asociación de mujeres con hiperandrogenismo clínico y síntomas depresivos por medio de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), encontrando un puntaje promedio de 11.7 (DE: 1.1), y al determinar el porcentaje de la población en riesgo (>8 punto de corte utilizado para referir a psiquiatría)(12), se evidencio que el 82.3% de la población estudiada (n: 51) presentaba síntomas depresivos, ver tabla 9.

Tabla 9. Promedio Y Porcentaje CES-D.

Variable	Porcentaje	IC 95%
CES-D*	11.7 (1.1)	10.7 - 12.7
No riesgo	17.647	9.2 - 31.1
Riesgo	82.35	68.8 - 90.7
*Promedio (DE)		

Respecto a la relación de tener síntomas de hiperandrogenismo clínico con el riesgo de tener síntomas depresivos, no hubo una relación estadísticamente significativa, pero sí en el síntoma ginecológico estudiado, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa con alteraciones del ciclo menstrual (p 0.023), (ver tabla 10).

Tabla 10. Determinación de síntomas depresivos por medio de la encuesta ces-d, en 58 mujeres, con síntomas dermatológicos y ginecológicos de hiperandrogenismo.

Variable	Tenerla o no	n	Promedio CES-D* - IC	p
Acné	Si	51	11.6 (10.6 - 12.6)	0.583
	No	7	12.6 (8.4 - 16.7)	
Hirsutismo	Si	23	12.1 (10.6 - 13.6)	0.546
	No	35	11.5 (10.2 - 12.8)	
Alopecia	Si	8	12.6 (9.9 - 15.3)	0.459
	No	50	11.6 (10.5 - 12.6)	
Seborrea	Si	41	11.8 (10.6 - 12.9)	0.851
	No	17	11.6 (9.6 - 13.6)	
Menstruación Irregular	Si	23	13.2 (11.5 - 14.8)	0.023
	No	35	10.9 (9.7 - 12)	

Así como lo encontrado en el skindex-29 y la relación con síntomas depresivos, en donde se encontró asociación estadísticamente significativa en los resultados de los todos los subdominios, ver tabla 11.

Tabla 11. Relación entre los promedios generales de los dominios del Skindex-29 y tener o no síntomas depresivos.

VARIABLE	Riesgo o no	n	Skindex-29, Global (IC 95%)	p	Skindex-29, Sintomatico (IC 95%)	p	Skindex-29, Emocional (IC 95%)	p	Skindex-29, Funcional (IC 95%)	p
CES-D	Riesgo	42	35.5 (28.9 - 42.1)	0.021	34.5 (28.2 - 40.7)	0.047	48.5 (39.8 - 57.2)	0.045	25.3 (18.4 - 32.2)	0.033
	No Riesgo	9	18 (8.3 - 27.6)		19.8 (6.5 - 33.1)		28 (10.2 - 45.8)		8.5 (0 - 17)	

Al igual que la relación con lo encontrado en cada uno de los dominios del SF-36 en relación con tener o no síntomas depresivos en donde se encontró una asociación estadísticamente significativa para los dominios de salud general (p 0.002), vitalidad (p 0.019), rol emocional (p 0.017) y salud mental (p 0.0008), ver tabla 12.

Tabla 12. Relación entre los promedios generales de los dominios del SF-36 y tener o no síntomas depresivos.

Variable	CES - D	
	Riesgo	No Riesgo
n	42	9
SF-36 Función Física (IC 95%)	93.4 (90.3 - 96.5)	99.4 (98.1 - 100.7)
p	0.077	
SF-36 Rol Físico (IC 95%)	87.4 (79.5 - 95.4)	83.3 (56.1 - 110.5)
p	0.681	
SF-36 Dolor (IC 95%)	76.2 (68.3 - 84.1)	80.5 (58.8 - 102.2)
p	0.650	
SF-36 Salud General (IC 95%)	65.4 (59.6 - 71.2)	86.6 (76.3 - 97)
p	0.002	
SF-36 Vitalidad (IC 95%)	61.6 (55.7 - 67.6)	78.3 (65.4 - 91.2)
p	0.019	
SF-36 Función Social (IC 95%)	76.5 (69.4 - 83.6)	84.1 (63.1 - 105.1)
p	0.384	
SF-36 Rol Emocional (IC 95%)	65.8 (52.9 - 78.7)	100 (100 - 100)
p	0.017	
SF-36 Salud mental (IC 95%)	68.5 (63 - 74)	90.2 (84.2 - 96.1)
p	0.0008	
SF-36 Transición de Salud (IC 95%)	54.7 (47 - 62.5)	63.8 (46.9 - 80.8)
p	0.313	

2. DISCUSIÓN:

Hemos evaluado la calidad de vida en mujeres con síntomas de hiperandrogenismo clínico observando alteración moderada a severa en el 89.6% de la población utilizando la escala Skindex-29, siendo esta cifra de alta relevancia en nuestra práctica clínica, ya que muchas veces subestimamos el impacto psicosocial de algunos síntomas comunes en la consulta de dermatología.

La mayoría de las pacientes de nuestro estudio mostro una severidad leve en el punta global de acné, corroborado por Joshua y Cols quienes expresaron que la mayoría del acné de la mujer adulta se expresa de forma leve a moderada, inclusive se expresa casi que 50/50 entre inflamatorio y no inflamatorio, y que la mayoría de las pacientes que fumaban presentaban un acné de patrón no inflamatorio o comedogénico(35).

Se realizó un estudio multicéntrico con población colombiana midiendo que tanto impactaban varias enfermedades dermatológicas en la calidad de vida, medido por el Skindex-29, fue hecho tanto en hombres como mujeres sin mostrar significancia estadística entre los sexos, por lo que pudimos tomarlo como referencia y poder hacer una comparación. Los puntajes obtenidos en el resultado de skindex-29 global específicamente para acné 33.3 (20.2), fueron superiores a los reportados por Sanclemente y cols, para acné 29.5 (19.5), pero similares al compararlos con enfermedades dermatológicas como psoriasis y urticaria, y superiores a vitíligo, rosácea y dermatitis atópica (36) (ver tabla 8).

Tabla 13. Comparación De La Calidad De Vida De Mujeres Con Síntomas Dermatológicos De Hiperandrogenismo, Respecto A Otras Enfermedades En Colombia.

Condición Médica	Benavides y Cols Bucaramanga - FOSCAL . Promedio (DE)	Sanclemente y Cols Colombia - Multicentrico. Promedio (DE)
Acné	33.3 (20.2)	29.5 (19.5)
Alopecia Androgenética	28.4 (22.6)	20.3 (15.2)
Hirsutismo	28 (20.3)	–
Seborrea	33.5 (20.8)	–
Psoriasis	–	35.3 (20.1)
Dermatitis atopica	–	29.6 (21.8)
Alopecia areata	–	26.4 (16.4)
Condilomas	–	38.2 (28.3)
Rosácea	–	26.5 (25.2)
Urticaria	–	34 (23.5)
Hiperhidrosis	–	38.2 (17.4)
Vitiligo	–	21.5 (16.2)
Alteración de calidad de vida: < 3: Muy poca; 4 - 10: Poca; 11 - 25: Moderada; 26 - 49: Severa; >50: Muy severa.		

En relación a las enfermedades tumorales de la piel, no hay un estudio hecho específicamente en mujeres, pero al revisar la relación entre tener una enfermedad tumoral de la piel como linfoma cutáneo de células B, micosis fungoide y síndrome de Zesary, si se encuentra una mayor afectación de la calidad de vida en relación con ser mujer, padecer de estas enfermedades y los resultados sobre todo del dominio emocional y sintomático del skindex-29 (37).

Cuando hablamos del Sf-36 específicamente, la importancia de éste es que nos permite comparar con otras enfermedades y con población sana. Lugo y Cols, evaluaron la calidad de vida en población enferma y sana de la ciudad de medellin, en donde determinaron el impacto en la calidad de vida en relación al tener enfermedades como depresión, hta y diabetes mellitus entre otras (38). Cuando comparamos los signos y síntomas específicos de hiperandrogenismo, con

población sana, vemos una diferencia importante en los puntajes, predominantemente en los dominios de salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y transición en salud, ver tabla 14.

Tabla 14. Calidad de vida medida por SF-36, en mujeres con signos y síntomas clínicos de hiperandrogenismo, comparada con población sana colombiana.

Dominios SF-36	Benavides y Cols. - Bucaramanga				Lugo y Cols. - Población medellin.
	Acné (DE)	Hirsutismo (DE)	Alopecia (DE)	Men Irreg (DE)	Sanos (DE)
Funcion Fisica	94.6 (9.2)	94.7 (8)	91.2 (11.2)	90.8 (12.4)	90.7 (14.6)
Desem Fisico	87.4 (25.9)	90.1 (22.3)	84.3 (26.5)	82.5 (30.5)	86.9 (27.5)
Dolor	77.3 (24.2)	74 (22.9)	75.6 (26.7)	67.1 (26)	80.8 (21.5)
Salud General	69.2 (18.7)	60.4 (19.4)	71.2 (14.8)	62.3 (20.4)	78 (18.1)
Vitalidad	63.7 (18.7)	63.9 (19.1)	65.6 (22.4)	60.4 (20.1)	73.5 (16)
Funcion Social	77.6 (23.2)	77.9 (18.8)	74.3 (18.8)	69.7 (21.7)	82.8 (20.2)
Desem Emocional	71.7 (40.9)	69.5 (40)	70.8 (33)	68.1 (44.3)	83.8 (30.8)
Salud Mental	72.2 (17.3)	70.2 (12.5)	67 (20.3)	66.6 (17.8)	75.7 (17.1)
Cambio de Salud.	52.8 (23)	55.4 (24.9)	59.3 (29.6)	45.1 (21.2)	60.8 (22.7)

Al comparar el tener acné con enfermedades como HTA-diabetes, depresión y población sana, vemos que en dominios como vitalidad y transición en salud el deterioro en la calidad de vida es comparable con tener HTA y diabetes. Y en relación a depresión, está claro que es una de las entidades que más impacto tiene en la calidad de vida de las personas, ver tabla 15.

Tabla 15. Calidad de vida medida por SF-36, de mujeres con acné, comparada con otras enfermedades y población sana colombiana.

Dominios SF-36	Benavides y Cols. - Bucaramanga	Lugo y Cols. - Población medellin.		
	Acné (DE)	Enf Cardiaca- Diabetes (DE)	Depresión (DE)	Sanos (DE)
Funcion Fisica	94.6 (9.2)	66.4 (28.6)	68.7 (28.2)	90.7 (14.6)
Desem Fisico	87.4 (25.9)	48.8 (43.9)	29.2 (40.3)	86.9 (27.5)
Dolor	77.3 (24.2)	64.5 (30.3)	50.7 (33.6)	80.8 (21.5)
Salud General	69.2 (18.7)	57.4 (22.6)	46 (28)	78 (18.1)
Vitalidad	63.7 (18.7)	62.4 (23.6)	40.3 (25.3)	73.5 (16)
Funcion Social	77.6 (23.2)	71 (27.8)	34.5 (28.6)	82.8 (20.2)
Desem Emocional	71.7 (40.9)	62.5 (41.8)	17.5 (29.7)	83.8 (30.8)
Salud Mental	72.2 (17.3)	67.3(23.7)	32.9 (24.5)	75.7 (17.1)
Cambio de Salud.	52.8 (23)	54 (29.7)	41.8 (33.1)	60.8 (22.7)

Y respecto al síntoma menstruación irregular, se obtuvieron varios puntajes comparables con tener enfermedades como HTA y diabetes mellitus, específicamente para los dominios de vitalidad, función social, salud mental y cambio en salud, nuevamente evidenciando el alto impacto que representa el tener trastornos menstruales, ver tabla 16.

Tabla 16. Calidad de vida medida por SF-36, de mujeres con menstruación irregular, comparada con otras enfermedades y población sana colombiana.

Dominios SF-36	Benavides y Cols. - Bucaramanga	Lugo y Cols. - Población medellin.		
	Men Irreg (DE)	Enf Cardiaca- Diabetes (DE)	Depresión (DE)	Sanos (DE)
Funcion Fisica	90.8 (12.4)	66.4 (28.6)	68.7 (28.2)	90.7 (14.6)
Desem Fisico	82.5 (30.5)	48.8 (43.9)	29.2 (40.3)	86.9 (27.5)
Dolor	67.1 (26)	64.5 (30.3)	50.7 (33.6)	80.8 (21.5)
Salud General	62.3 (20.4)	57.4 (22.6)	46 (28)	78 (18.1)
Vitalidad	60.4 (20.1)	62.4 (23.6)	40.3 (25.3)	73.5 (16)
Funcion Social	69.7 (21.7)	71 (27.8)	34.5 (28.6)	82.8 (20.2)
Desem Emocional	68.1 (44.3)	62.5 (41.8)	17.5 (29.7)	83.8 (30.8)
Salud Mental	66.6 (17.8)	67.3(23.7)	32.9 (24.5)	75.7 (17.1)
Cambio de Salud.	45.1 (21.2)	54 (29.7)	41.8 (33.1)	60.8 (22.7)

En relación con la severidad del acné aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, al observar cada uno de los dominios vemos que hay importantes diferencias entre las mujeres con acné severo y aquellas que no, siendo concordante con el hecho de que las que tenían un acné severo tenían un mayor impacto en la afectación de la calidad de vida, muy posiblemente, la razón de que no hubieran diferencias estadísticamente significativas pueda ser debido al tamaño de la muestra. Y esto está relacionado con lo encontrado por Lasek RJ y colaboradores, en donde hubo una relación directamente proporcional entre la severidad del acné y la afectación del skindex-29 en cada uno de sus dominios. (39)

También se evidenció un resultado estadísticamente significativo con no tener alopecia y el dominio sintomático del skindex-29 ($p = 0.033$) pudiendo ser explicado por no tener un grupo control, ya que las que no presentaban alopecia tenían alguna otra expresión clínica ya fuera acné, hirsutismo o seborrea.

Es llamativo como las alteraciones del ciclo menstrual, son un marcador de deterioro en la calidad de vida en las mujeres, evidenciándose varios resultados estadísticamente significativos en relación a cada uno de los dominios del skindex-29, con resultados: global (p 0.011), Funcional (p 0.006) y el emocional (0.027), al igual que lo encontrado en los resultados del SF-36 en sus dominios función física (p 0.014), dolor (p 0.012), tal y como lo evidenció Bazarganipour y colaboradores, quienes encontraron que las irregularidades menstruales son un factor predictivo en la calidad de vida de mujeres con SOP, además de estar asociado a disfunción sexual y autoestima baja(40). Kitzinger C y cols, también encontraron que en primer lugar el síntoma más molesto de las mujeres con SOP es tener irregularidades menstruales, seguido por hirsutismo e infertilidad(41).

Es importante la asociación entre el hiperandrogenismo y el tener de base un SOP, y que a su vez, toda la asociación encontrada con los trastornos menstruales sea debida a mayor afectación metabólica e infertilidad (que puede llegar a ser hasta del 75% en mujeres con SOP(42)), teniendo un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres alterando todo su entorno psicosocial, siendo más significativo en ciertas culturas que en otras, por ejemplo la cultura musulmana, en donde las mujeres que se encuentran en su periodo menstrual, no puede orar, y se deben mantener encerradas en sus casas, deteriorando sus hábitos en la sociedad (40)

Y no podemos dejar atrás la asociación con trastornos del ánimo en general con mujeres con hiperandrogenismo, una de las explicaciones dadas a esto es que en el hipocampo, zona cerebral relacionada directamente con emociones y memoria, tiene receptores para andrógenos, con enlaces directos con la amígdala y con el eje hipotálamo-hipofisis-adrenal, siendo especialmente sensible a la testosterona, y estas conexiones ser responsables de la producción de sentimientos como ansiedad, miedo, síntomas depresivos, tendencia agresivas, y en adultos mayores en donde la testosterona disminuye asociación a trastorno disfórico (43). Por lo que cada vez es mayor la asociación orgánica de los trastornos del ánimo y cuadros relacionados con hiperandrogenismo, tal y como encontramos la alta asociación con síntomas

depresivos en nuestras pacientes con un promedio de 11.7 puntos (DE: 1.1) en el resultado encontrado en el escala CES-D utilizada para el tamizaje de síntomas depresivos (siendo positivo para nuestra población >8 puntos) (12). Asociado a lo aquí encontrado con una asociación estadísticamente significativa con mujeres que refieren trastornos menstruales y tener puntajes mayores en la escala CES-D, p (0.0231).

Específicamente en SOP, Sonino y Cols revelaron que en casi todas las mujeres estudiadas en su cohorte con SOP, se encontraron emociones negativas como frustración (67%), ansiedad (16%) y tristeza (10%) (44). Así como lo aquí encontrado ya que hay un mayor riesgo entre tener signos y síntomas clínicos de hiperandrogenismo y tener síntomas depresivos y a su vez, tener mayor deterioro en la calidad de vida.

En relación con el hirsutismo, en nuestro estudio se encontró una relación estadísticamente significativa en el subdominio de salud general del SF-36 con un promedio de 60.4 (DE: 19.4) (P 0.0007), estando relacionado con lo encontrado por Hahn y Cols, en donde el hirsutismo y tener un mayor índice de masa corporal, afectaron más la calidad de vida medida por SF 36 que tener otros síntomas como alopecia androgénica y acné, especialmente en los dominio de vitalidad, rol emocional y salud general (47) (48)(40).

Se encontró además una relación estadísticamente significativa entre estar en tratamiento con minoxidil y tener síntomas depresivos, p: 0.017, esto significa la asociación entre tener diagnóstico de alopecia y síntomas depresivos. Similares a lo encontrado por Williamson y cols, los cuales realizaron el único estudio relacionado hasta el momento con un síntoma dermatológico y el implemento de la escala CES-D, en pacientes con varios tipos de alopecia (areata, androgénica y cicatrizal) tanto mujeres como hombres con una relación 6:1, encontrándose un promedio en el resultado CES-D 12.7(6.1) (49), Siendo similares a los resultados

obtenidos en nuestro estudio en mujeres con alopecia androgénica, con un promedio de 11.7.

Y por supuesto no podemos olvidar la asociación estadísticamente significativa encontrada en las mujeres que estaban en manejo con espironolactona y su resultado en el dominio sintomático del skindex-29, $p: 0.021$. Sin encontrar otros estudios que así lo ratifiquen en hiperandrogenismo en las mujeres, pero que nos lleva a pensar que, aunque faltan estudios prospectivos, la espironolactona puede ser un excelente manejo en mujeres con signos clínicos de hiperandrogenismo y su relación con el mejoramiento de la calidad de vida.

3. RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS

Se midió la calidad de vida en pacientes con signos clínicos dermatológicos de hiperandrogenismo encontrando que hay una afectación moderada a severa en relación con tener o no el síntoma, y que uno de los principales indicadores en calidad de vida, sin ser un signo clínico dermatológico, es tener irregularidades menstruales.

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Determinar la calidad de vida en mujeres con signos clínicos de hiperandrogenismo, así como la asociación de cada uno de éstos, con el nivel de afectación de la calidad de vida.	Resultados de referencia.	- Población con signos clínicos dermatológicos de hiperandrogenismo. -Especialistas tanto ginecólogos, endocrinólogos, y dermatólogos en Colombia.
Proyecto de Investigación para estudiante de especialidad de Dermatología – UNAB.	Requisito cumplido para obtener el título.	- Estudiante de pre y postgrado. - Especialistas de Dermatología, endocrinología y Ginecología.

4. CONCLUSIONES

El tener síntomas y signos relacionados con hipernadrogenismo, específicamente acné y menstruación irregular, se asocian a afectación en la calidad de vida medido por SF-36 y Skindex -29, y un mayor riesgo de depresión medido por CES-D

El estudio de la calidad de vida cada vez es más importante en nuestros pacientes, ya que por medio del uso de escalas ya sea generales o específicas en este caso para dermatología, podemos objetivizar que tanto afecta o no a una persona el tener cierta enfermedad.

En este caso nos hicimos esa pregunta en mujeres con signos clínicos de hiperandrogenismo, expresándose como el tener acné en la adultez (mayor de 20 años), hirsutismo o alopecia androgénica, y se encontró que más del 80% de nuestra población estudiada tiene una afectación moderada a severa,

Otro punto importante que se determino fue la gran afectación que implica el tener alteraciones en el ciclo menstrual con asociaciones estadísticamente significativas en casi todas las variables y escalas aquí estudiadas, siendo de vital importancia su manejo y control, y no tener miedo de dar manejo hormonal a nuestras pacientes.

Y por supuesto, tener en cuenta la alta asociación con trastornos del ánimo en las pacientes que estén cursando con estos síntomas, y sobre todo en aquellas en las que se diagnostique síndrome de ovario poliquístico, ya que hay una alta asociación con presentar síntomas que puedan estar relacionados con depresión.

Dada la simplicidad y la brevedad del skindex-29, así como la inclusión de sus dominios psicosociales, sugerimos este cuestionario para futuros estudios y así poder tener más bases para comparación en nuestra población.

BIBLIOGRAFIA

1. Dokras A. Mood and anxiety disorders in women with PCOS. *Steroids* [Internet]. 2012;77(4):338–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.steroids.2011.12.008>
2. Li Y, Li Y, Yu Ng EH, Stener-Victorin E, Hou L, Wu T, et al. Polycystic ovary syndrome is associated with negatively variable impacts on domains of health-related quality of life: evidence from a meta-analysis. *Fertil Steril*. 2011 Aug;96(2):452–8.
3. Chen W-C, Zouboulis CC. Hormones and the pilosebaceous unit. *Dermatoendocrinol* [Internet]. 2009;1(2):81–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2835896&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Escobar-Morreale HF, Carmina E, Dewailly D, Gambineri a, Kelestimur F, Moghetti P, et al. Epidemiology, diagnosis and management of hirsutism: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. *Hum Reprod Update*. 2012;18(2):146–70.
5. Unluhizarci K, Kaltsas G, Kelestimur F. Non polycystic ovary syndrome-related endocrine disorders associated with hirsutism. *Eur J Clin Invest*. 2012 Jan;42(1):86–94.
6. Norman RJ, Dewailly D, Legro RS H TE. Polycystic ovary syndrome. *Lancet*. 2007;370(9588):685–97.
7. Alonso J. Medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la practica clínica. *Gac Sanit*. 2000;14(2):163–7.
8. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41(3):401–7.
9. Both H, Essink-Bot M-L, Busschbach J, Nijsten T. Critical review of generic

and dermatology-specific health-related quality of life instruments. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2007;127(12):2726–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.jid.5701142>

10. Finlay AY KG. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;3:210–6.
11. Annagür BB, Kerimoglu ÖS, Tazegül A, Gündüz Ş, Gençoglu BB. Psychiatric comorbidity in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2015;41(8):1229–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25833092>
12. Rueda-Jaimes GE, Díaz-Martínez LA, López-Camargo MT, Campo-Arias A. Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en adultos colombianos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38(3):513–21.
13. Asunción M, Calvo RM, San Millán JL, Sancho J, Avila S, Escobar-Morreale HF. A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000 Jul;85(7):2434–8.
14. Knochenhauer ES, Key TJ, Kahsar-Miller M, Waggoner W, Boots LR, Azziz R. Prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected black and white women of the southeastern United States: A prospective study. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998;83(9):3078–82.
15. Carmina E, Rosato F, Janni a, Rizzo M, Longo R a. Extensive clinical experience: relative prevalence of different androgen excess disorders in 950 women referred because of clinical hyperandrogenism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006 Jan;91(1):2–6.
16. Azziz R, Carmina E, Sawaya ME. Idiopathic hirsutism. *Endocr Rev*. 2000 Aug;21(4):347–62.
17. Carmina E, Koyama T, Chang L, Stanczyk FZ LR. Does ethnicity influence

- the prevalence of adrenal hyperandrogenism and insulin resistance in polycystic ovary syndrome? *Am J Obstet Gynecol*. 1992;167(6):1807–12.
18. Azziz R. Androgen Excess in Women: Experience with Over 1000 Consecutive Patients. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004 Feb;89(2):453–62.
 19. Kim JJ, Chae SJ, Choi YM, Hwang SS, Hwang KR, Kim SM, et al. Assessment of hirsutism among Korean women: Results of a randomly selected sample of women seeking pre-employment physical check-up. *Hum Reprod*. 2011;26(1):214–20.
 20. Ríos X, Vergara J, Wandurraga E, Rey J. Evaluación clínica del pelo corporal en una población de mujeres colombianas: determinación del punto de corte para el diagnóstico de hirsutismo. *Biomédica [Internet]*. 2013;370–5. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572013000300005&script=sci_arttext
 21. Ceballos C, Priego C, Méndez C, Hoffner MV, García-Hernández MJ, Camacho FM. Estudio de patrones de implantación pilosa frontal en la mujer española caucásica. *Actas Dermosifiliogr [Internet]*. 2013;104(4):311–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731012005169>
 22. E L. Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. *Br J Dermatol*. 1977;97:247–54.
 23. Tan J, Wolfe B, Weiss J, Stein-Gold L, Bikowski J, Del Rosso J, et al. Acne severity grading: determining essential clinical components and features using a Delphi consensus. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Aug;67(2):187–93.
 24. Hacivelioglu S, Gungor ANC, Gencer M, Uysal A, Hizli D, Koc E, et al. Acne severity and the Global Acne Grading System in polycystic ovary syndrome. *Int J Gynecol Obstet [Internet]*. 2013;123(1):33–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.05.005>
 25. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos

- conceptuales. *Cienc y enfermería*. 2003;9(2):9–21.
26. Velarde-jurado E, Avila-figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Scielo* [Internet]. 2002;44(4):349–61. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
 27. Ware JE Jr SC. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. 1992. p. 473–83.
 28. Cuestionario E, Sf- DS. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. 2006;19(2):135–50.
 29. Alonso J PLAJ. La versión española de Sf-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;(104):771–6.
 30. Coffey S, Bano G, Mason HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol*. 2006 Feb;22(2):80–6.
 31. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN ZS. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol*. 2006;107(5):707–13.
 32. Sanclemente G, Lugo LH, Medina L. Preprueba para la adaptación cultural de la versión española del instrumento de calidad de vida dermatológico Skindex-29 , en Colombia. 2011;273–9.
 33. Nijsten T, Sampogna F, Abeni D. Categorization of Skindex-29 scores using mixture analysis. *Dermatology*. 2009;218(2):151–4.
 34. María Jones-Caballero a, Pablo F Peñas b, Amaro García-Díez b, Mery Margaret Chren c XB d. The Spanish version of Skindex-29. An instrument for measuring quality of life in patients with cutaneous diseases. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:5–9.

35. JOSHUA A. ZEICHNER, MD; b HILLARY E. BALDWIN, MD; c FRAN E. COOK-BOLDEN M, dLAWRENCE F. EICHENFIELD M d, SHEILA FALLON-FRIEDLANDER, MD; eDAVID A. RODRIGUEZ M. Emerging Issues in Adult Female Acne. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2017;10(1):37–46.
36. Sanclemente G, Burgos C, Nova J, Hernandez F, Gonzalez C, Reyes MI, et al. The impact of skin diseases on quality of life: A multicenter study. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2017;108(3):244–52.
37. Sampogna F, Frontani M, Baliva G, Lombardo GA, Alvetreti G, Di Pietro C, et al. Quality of life and psychological distress in patients with cutaneous lymphoma. *Br J Dermatol*. 2009;160(4):815–22.
38. Héctor I, García G, Cláudia Y, Vera G, Luz H, Lugo A. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana , con aplicación del SF-36. *Fac Nac Salud Pública*. 2013;32(1):26–39.
39. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol*. 1998;134(4):454–8.
40. Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Foroozanfard F, Kazemnejad A, Faghihzadeh S. Predictive factors of health-related quality of life in patients with polycystic ovary syndrome: A structural equation modeling approach. *Fertil Steril [Internet]*. 2013;100(5):1389–1396.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.043>
41. Kitzinger C, Willmott J. “ The thief of womanhood ”: women ’ s experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med*. 2002;54:349–61.
42. Carazo B, Olivia H, Bernad L, García R, Elena S, Mas G, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquístico Health-related Quality of Life in Women with Polycystic Ovary. 2015;408–15.
43. Zerouni C, Kummerow E, Martinez M, Diaz A, Ezequiel U, Wix-Ramos R. Affective disorder and hyperandrogenism. *Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov [Internet]*. 2013;7(1):77–9. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23198704>

44. Sills ES, Perloe M, Tucker MJ, Kaplan CR, Genton MG, Schattman GL. Diagnostic and treatment characteristics of polycystic ovary syndrome: descriptive measurements of patient perception and awareness from 657 confidential self-reports. *BMC Womens Health*. 2001;1(1):3.
45. Ramirez-Vélez R, Agredo-Zuñiga RA, Jerez-Valderrama AM. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev Salud Pública*. 2010;12(5):807–19.
46. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne : a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. 1999;(October 1994):672–6.
47. Hahn S, Janssen OE, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, et al. Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol*. 2005;153(6):853–60.
48. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Mann K, et al. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(12):5801–7.
49. Williamson et al. The effect of hair loss on quality of life. *Eur Acad Dermatology Venereol*. 2001;15:137–9.

Anexos

ANEXO A

FORMATO PRETAMIZAJE DE DX CLINICO O CONOCIDO DE HIPERANDROGENISMO

CRITERIOS DE INCLUSION:

Es usted mujer mayor de 20 años, con una de las siguientes:

Acné: ____

Alopecia androgénica: ____

Hirsutismo: ____

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres embarazadas o que hayan estado en embarazo en los últimos 6 meses.

- Mujeres con diagnóstico de cáncer, infección por VIH, enfermedad renal crónica estadio IV-V, cirrosis hepática.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio ni firmen el consentimiento informado.
- Mujeres con acné tardío o hirsutismo que sea atribuido a otra causa diferente a hiperandrogenismo.
- Mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo mayor hecho por psiquiatra.
- Mujeres que presenten alguna otra dermatosis que también pueda afectar su calidad de vida.

ANEXO B

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores Responsables

Dr. Edwin Wandurraga S. Endocrinólogo. FOSCAL.

Dra. Jessica Inés Vergara R. Md Dermatóloga, Profesora Adjunta Postgrado UNAB

Dra. Lizet Vanessa Benavides Ardila. Residente Dermatología. FOSCAL-UNAB

Apreciada señora o señorita:

Por medio de la presente, queremos invitarla a participar voluntariamente en el estudio de investigación que desarrolla la FOSCAL.

¿Qué deseamos hacer?

Teniendo en cuenta que no contamos con datos propios sobre el impacto que tiene el hiperandrogenismo y los signos dermatológicos asociados (crecimiento excesivo de pelo, acné, pérdida de pelo en cuero cabelludo, seborrea) en la calidad de vida, deseamos aplicar 3 cuestionarios que evalúan aspectos de su vida diaria y hacer una inspección (observación) de la afectación de su piel relacionada con el hiperandrogenismo.

¿Riesgos de su participación en el estudio?

La recolección de los datos de las historias clínicas y del formulario no representa ningún riesgo para su integridad ni para su familia. Sus datos serán **anónimos** y existe un compromiso legal de **total confidencialidad** con los nombres de los participantes.

¿Derechos de los participantes?

Su participación es libre, voluntaria y gratuita. Si usted decide no participar en el estudio o desea retirarse voluntariamente del estudio en cualquier momento, no afectará la atención que usted reciba en la FOSCAL. **Toda la información recolectada será guardada de forma confidencial y anónima. Sólo el personal a cargo del estudio y el Comité de Ética que lo supervisará podrá tener acceso a sus datos. Es responsabilidad del grupo investigador el manejo y el buen uso de la información.**

¿Personas que pueden darle información adicional?

Edwin Wandurraga S. Endocrinólogo. FOSCAL.

Recuerde si usted no quiere participar en esta investigación no le afectara en ninguna forma la atención y tratamientos posterior en esta clínica.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de evaluación ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNAB y el comité de ética en la investigación de la FOSCAL

Le solicitamos entonces, si está de acuerdo con la participación en el estudio firme en el sitio indicado.

Yo (Nombre del Participante) _____

CC _____

Si es analfabeto huella dactilar _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Nombre del testigo

1 _____

Firma del testigo 1

Fecha _____

Nombre del testigo

2 _____

Firma del testigo 2 _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del

Investigador _____

Firma del Investigador

Fecha _____

ANEXO C.

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE HIPERANDROGENISMO.

DERMATOLOGÍA UNAB

Fecha: _____

Nombre: _____

CC _____

Edad: _____

Sitio de residencia (ciudad - departamento): _____

Estrato Socioeconómico: I II III IV V VI

Ocupación: _____

Escolaridad: Primaria ___; Bachiller ___; Tecnóloga ___; Profesional ___; Especialista ___.

Estado Civil: Soltera ___; Casada ___; Unión Libre ___; Separada ___; Viuda ___.

Peso: _____; Talla: _____; IMC: _____.

¿Piel oleosa a la clínica? Sí _____ No _____

Fototipo, favor marque con una X: I ____; II ____; III ____; IV ____; V ____; VI ____.

Por Favor marque con una X, diagnostico de base (si lo tiene) y síntomas asociados:

DX DE BASE	
SOP	
HAC	
S. Cushing	
Virilización	
Otro	

HAC: Hiperplasia adrenal congénita

SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES	
Acné	
Alopecia	
Hirsutismo	
Menstruación irregular	
Otro	

Tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas: _____

Tratamiento actual para cuadro endocrinológico, marque con una X:

ACOS: _____

Finasteride: _____

Antibioticoterapia para el Acné: _____

Eflornitina gel: _____

Tópico para acné: _____

Laser (Depilación): _____

Metformina: _____

Depilación NO definitiva: _____

Monoxidillo tópico: _____

- **Acné tardío** (aquel que inicia o continua después de los 20 años): _____

Lesión predominante por área; Comedón (1punto) - Pápula (2 puntos) - Pústula (3 puntos) o Nódulo (4puntos); Para la ausencia de lesiones en un área se da un valor de 0 puntos.

- Puntaje en la escala global del acné: _____

LOCALIZACION	PUNTAJE DE CADA AREA
Frente	
Mejilla Derecha	
Mejilla izquierda	

Nariz	
Mentón	
Tórax y espalda superior	

Tabla 1. *Sistema de Graduación Global del Acné*

- En caso de **alopecia androgénica**, por favor clasifíquela:
 - Si es de patrón femenino por favor marque el grado de severidad según la **escala de Ludwig**: _____
 - Si es de patrón masculino, por favor marque el grado de severidad según la **escala de Hamilton-Norwood**: _____

- En caso de **Hirsutismo**:
 - Puntaje en la escala de **Ferriman Gallwey**: _____

ANEXO D.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 versión español

- 1.- En general, usted diría que su **salud** es:
- 1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala
- 2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?
- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL.

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
--	---------------------	-----------------------	-----------------------

Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra ?			
Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse ?			
Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más ?			
Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo ?			

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, **Durante las 4 últimas semanas.**

	Si	No
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <u>a causa de su salud física</u> ?		
¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <u>a causa de su salud física</u> ?		
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, <u>a causa de su salud física</u> ?		
¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), <u>a causa de su salud física</u> ?		
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <u>a causa de algún problema emocional</u> (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso)?		
¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <u>a causa de algún problema emocional</u> (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
---	--	--

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

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

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

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

22 Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno 2. Sí, muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí, moderado
5. Sí, mucho 6. Sí, muchísimo

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE **LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS**. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo Algunas Veces	Nunca
¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad ?						
¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso ?						
¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo ?						
¿cuánto tiempo tuvo mucha energía ?						
¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste ?						
¿cuánto tiempo se sintió agotado ?						
¿cuánto tiempo se sintió feliz ?						
¿cuánto tiempo se sintió cansado ?						

¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						
---	--	--	--	--	--	--

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE **CIERTA O FALSA** CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

	Totalmente Cierta	Bastante Cierta	No lo sé	Bastante Falsa	Totalmente Falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					

ANEXO E

INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA – SKINDEX 29

Como complemento al estudio de las enfermedades de la piel hemos preparado un test que quiere evaluar la influencia de su enfermedad de la piel en su vida habitual. El test se diligencia de forma anónima.

DATOS GENERALES

Edad: _____

Tiempo de evolución de los síntomas dermatológicos _____

Con respecto a las 29 frases que encontrará en la página siguiente, le rogamos que marque con una X la expresión que más se ajusta a su *estado habitual en las últimas cuatro semanas*. **Nunca, Raramente, A veces, A menudo, Todo el tiempo**

No hace falta que lo piense mucho, sea libre en su expresión

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Todo el tiempo
1. La piel me duele.					
2. Mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño					
3. Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave					
4. Mi enfermedad de la piel dificulta mi trabajo o aficiones					
5. Mi enfermedad de la piel afecta a mi vida social.					
6. Mi enfermedad de la piel me deprime					
7. Mi enfermedad de la piel quema o escuece					
8. Tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad de la piel.					
9. Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad de la piel					
10. La piel me pica.					

11.Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas queridas					
12.Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel					
13.Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore					
14.Tiendo a hacer cosas en solitario por culpa de mi enfermedad de la piel					
15.Estoy enfadado por mi enfermedad de la piel.					
16.El agua empeora mi enfermedad de la piel (baño, lavado de manos)					
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Todo el tiempo
17.Mi enfermedad de la piel me dificulta mostrar mi afecto					
18.Mi piel está irritada.					
19.Mi enfermedad de la piel afecta mi relación con los demás-					
20.Mi enfermedad de la piel me produce situaciones embarazosas.					
21.Mi enfermedad de la piel es un problema para las personas que quiero.					
22.Estoy frustrado por mi enfermedad de la piel.					
23.Mi piel está sensible					
24.Mi enfermedad de la piel afecta a mi deseo de estar con gente					
25.Encuentro humillante mi enfermedad de la piel.					
26.Mi enfermedad de la piel sangra.					
27.Me enoja mi enfermedad de la piel					
28.Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual.					
29.Mi enfermedad de la piel me produce cansancio.					

ANEXO F.

ESCALA CES-D ABREVIADA, PARA TAMIZAJE DE DEPRESION EN ADULTOS

Por favor marque con una "X", si ha tenido algunos de los siguientes síntomas en la **ÚLTIMA SEMANA**.

ITEM	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.				
Tuve dificultad para concentrarme en lo que hacía.				
Me sentí deprimido(a).				
Me sentí nervioso(a).				
Me sentí solo(a).				
Disfruté de la vida.				
Sentí que no le caigo bien a la gente.				