

**ESTILOS DE VIDA DE INDIVIDUOS CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS SIN DAÑO
RENAL, NEFRITIS LÚPICA ACTIVA, O NEFRITIS LÚPICA EN REMISIÓN.**

MARCELA JUDITH PRIETO TAPIAS

**Trabajo de Investigación como requisito para optar el título de:
Magister en Actividad Física y Salud**

Tutores

**ELKIN NAVARRO QUIROZ., PhD
YANETH HERAZO BELTRÁN., M. Sc**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD
BARRANQUILLA**

2020

AGRADECIMIENTOS

La autora desea expresar agradecimientos a:

Dios, padre celestial todo poderoso. *Porque el Señor da la sabiduría; conocimiento y ciencia brotan de sus labios. **Proverbios 2:6.***

A mi familia, como eje central de motivación y perseverancia.

Al programa de Maestría en Actividad Física y Salud adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla y a su cuerpo de profesores por ser parte de mi crecimiento profesional.

A la Clínica de la Costa LTDA, centro de investigación y a su grupo de trabajo, gracias por permitir el desarrollo de esta investigación y por su hospitalidad.

Al profesor Elkin Navarro Quiroz, por ser guía académico y motivador en el camino de la investigación y la ciencia.

A la profesora Yaneth Herazo, agradezco por ser parte de mi formación profesional y humana.

A mis compañeros de estudio, por ser parte de mi formación integral.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 General	13
2.2 Específicos	13
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1 Alimentación y nutrición.....	15
3.2 Actividad física.....	15
3.3 Prevención de consumo de tabaco	16
3.4 Peso saludable	16
3.5 Lavado de manos	16
3.6 Salud bucal, visual y auditiva.....	17
3.7 Modelo ecológico	17
3.8 Modelo de las etapas de cambio	19
3.9 Comportamiento sedentario.....	19
3.10 Lupus eritematoso sistémico (LES).....	20
3.10.1 Clasificación de LES según Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC)	26
3.10.2 Nefritis lúpica (NL).....	26
3.11 Estado del arte	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1 Tipo de estudio.....	32
4.2 Delimitación espacial y temporal	32
4.3 Población de estudio muestra, muestreo	32
4.4 Fuentes primarias y secundarias	33
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	33
4.6 Variables del estudio	34
4.7 Recolección de datos	36
4.8 Aspectos éticos	39

4.9 Análisis estadístico	39
5. RESULTADOS	40
5.1 Características sociodemográficas.....	40
5.2 Clasificación del estado nutricional según el IMC	44
5.3 Estilo de vida.....	44
5.4 Prácticas y creencias sobre estilos de vida.....	45
5.5 Intención hacia la actividad física.....	48
5.6 Comportamiento sedentario.....	49
5.7 Actividad física.....	50
5.8 Ingesta alimentaria semanal.....	50
5.9 Ingesta diaria de agua.....	53
6. DISCUSIÓN.....	54
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	71

LISTADO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la muestra de estudio.....	33
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	34
Tabla 3. Diagnóstico.....	40
Tabla 4. Características sociodemográficas	42
Tabla 5. Clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal	44
Tabla 6. Estilos de vida.....	45
Tabla 7. Creencias y diagnóstico	46
Tabla 8. Diagnóstico y prácticas	47
Tabla 9. Diagnóstico y etapas de cambio.....	48
Tabla 10. Comportamiento sedentario y diagnóstico.....	49
Tabla 11. Actividad física y diagnóstico	50
Tabla 12. Frecuencia semanal de consumo de alimentos y diagnóstico	51
Tabla 13. Frecuencia diaria de consumo de agua y diagnóstico.....	53

LISTADO DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo ecológico de dominios de la vida activa	18
Figura 2. Heterogeneidad en el lupus eritematoso sistémico	23
Figura 3. Mecanismos patológicos y terapias emergentes en el Lupus eritematoso sistémico.	24

RESUMEN

Objetivo: Determinar los estilos de vida de individuos con diagnóstico de lupus sin daño renal, nefritis lúpica activa, o nefritis lúpica en remisión.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 113 participantes adultos clasificados en subgrupos de Lupus Eritematoso sistémico, daño renal activo, daño renal en remisión, se utilizaron como instrumentos cuestionario de características sociodemográficas, cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, cuestionario basado en las etapas de cambio del modelo transteórico, comportamiento sedentario según la Guía Canadiense de 24h del movimiento, cuestionario internacional de actividad física y frecuencia de consumo de alimentos; para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Software SPSS versión 24.0 licencia de la Universidad Simón Bolívar.

Resultados: El 33,6% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico tiene un estilo de vida poco saludable, el 12,4% mostró un estilo de vida saludable; seguido de los pacientes con daño renal activo, el 27,4% tiene un estilo de vida poco saludable y el 4,4% saludable. Los pacientes con daño renal en remisión el 1,8% se ubica en la clasificación de estilo de vida no saludable, 2,7% estilo de vida saludable y el 17,7% poco saludable. Además, presentan alta prevalencia de actividades de comportamiento sedentario durante el día y con poca intención a la realización de actividad física; asimismo, los participantes no cumplen con la media propuesta con las GABAS para el consumo de alimentos.

Conclusión: El estilo de vida de estos pacientes es saludable y poco saludable con prácticas poco saludables para los hábitos alimenticios y el sueño, La población que cumple con las recomendaciones de Actividad Física es baja, con mayor predominio de actividades sedentarias y regulares prácticas, pero con creencias altas frente al estilo de vida.

Palabras clave: Estilo de vida, lupus eritematoso sistémico, modelo transteórico del cambio del comportamiento, conducta alimentaria, conducta sedentaria.

ABSTRACT

Objective: To determine the lifestyles of individuals diagnosed with lupus without kidney damage, active lupus nephritis, or lupus nephritis in remission.

Materials and Methods: Descriptive cross-sectional study with a sample of 113 adult participants classified into subgroups of Systemic Lupus Erythematosus, active kidney damage, kidney damage in remission, a questionnaire on sociodemographic characteristics, a questionnaire on practices and beliefs about learning styles were used as instruments. life, questionnaire based on the stages of change of the transtheoretical model, sedentary behavior according to the Canadian 24-hour Movement Guide, international questionnaire on physical activity and frequency of food consumption; For the statistical analysis of the data, the SPSS Software version 24.0 licensed from the Universidad Simón Bolívar was used.

Results: 33.6% of the patients with systemic lupus erythematosus had an unhealthy lifestyle, 12.4% showed a healthy lifestyle; followed by patients with active kidney damage, 27.4% have an unhealthy lifestyle and 4.4% healthy. Patients with kidney damage in remission, 1.8% are classified as unhealthy lifestyle, 2.7% healthy lifestyle, and 17.7% unhealthy. In addition, they present a high prevalence of sedentary activities during the day and with little intention to carry out physical activity; likewise, the participants do not comply with the proposed average with GABAS for food consumption.

Conclusion: The lifestyle of these patients is healthy and unhealthy with unhealthy practices for eating habits and sleep. The population that meets the Physical Activity recommendations is low, with a higher prevalence of sedentary activities and regular practices, but with high beliefs versus lifestyle.

Key words: Lifestyle, systemic lupus erythematosus, transtheoretical model of behavior change, eating behavior, sedentary behavior.

INTRODUCCIÓN

Debido a la pandemia de la COVID-19, la inactividad Física ha aumentado, así como las actividades de comportamiento sedentario. Los protocolos de distanciamiento social y confinamiento para evitar la propagación del virus han generado cambios en los estilos de vida, teniendo en cuenta que este, es la forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción individual y social condicionadas por la vida ambiental y socioeconómica (1). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció que “la inactividad física (IF) es el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en el mundo, cerca del 6 % de muertes están asociadas a esta situación (aproximadamente 1,9 millones de muertes al año), además la inactividad física está coligada a enfermedades no transmisibles (ENT) (2).

En vista de que las personas con diagnóstico Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan cambios en su sistema inmunológico que los hace más vulnerables al contagio por el virus SARS-coV2 su estilo de vida ha cambiado y en algunos, estos cambios han generado un impacto negativo para la realización de la actividad física y mantener una alimentación saludable.

Efectuar actividad física y alimentarse de manera responsable y consciente, mejora la salud ser humano. Por esto, el objetivo de este proyecto de investigación fue determinar los estilos de vida en personas con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, en el que participaron 113 pacientes con diagnóstico médico de la enfermedad fueron tomados datos sociodemográficos, instrumentos de medición para estilo de vida, prácticas y creencias, comportamiento sedentario, actividad física, además de la frecuencia de consumo de alimentos. Esta información es útil para el esclarecimiento de la relación que existe entre los estilos de vida y enfermedades crónicas autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES), es una enfermedad crónica, de características multiorgánica y progresiva, prevalente en la población femenina. Su principal desarrollo es la autoinmunidad, evidenciada en la presencia de anticuerpos antinucleares y en el ADN (3). Su origen es desconocido, afecta órganos y sistemas del cuerpo, de esta patología aún se desconocen sus factores desencadenantes específicos, han sido planteadas diferentes hipótesis, pero sin haberse hallado una respuesta certera (4).

El LES presenta diversas complicaciones entre ellas, el daño renal expresada como nefritis (NL) (5). Aproximadamente del 40%-70% de personas con diagnóstico de LES, desarrolla NL, con mayor incidencia en pacientes de raza negra, latinos y asiáticos. Por cada 9 mujeres afectadas solo 1 hombre con LES desarrolla NL (6). En Estados Unidos de América la tasa de incidencia se ubica en 7.22 casos/100.000 habitantes/año (7). En cambio, en los países europeos la tasa de incidencia es menor, 1.5 casos/100.000 habitantes en Grecia, 1-5 casos /100.000 habitantes en Francia (7). En Colombia, entre el año 2012 hasta el 2016 fueron notificados 41.804 casos obteniendo un promedio de 8.77 personas cada 10.000 habitantes con una relación de 8:1 mujer: hombre (8). En Barranquilla, el 96% de la población que tiene diagnóstico de LES es femenina, en edad fértil (9).

Asimismo, En Estados Unidos, el 35% de los adultos que reciben el diagnóstico de LES realizan su debut con NL y alrededor del 50%-60% desarrollan NL durante los primeros 10 años de la enfermedad. La incidencia de NL en el mundo se muestra de la siguiente manera: asiáticos 55%, africanos 51%, hispanos 43%, caucásicos 14%(6). Además, en Colombia el 53% de los pacientes con LES durante su primer año de la enfermedad desarrollan NL. La región Caribe, se sitúa entre el 50-55%. La sobrevivencia de estos pacientes, es de 95% a 5 años después del diagnóstico, y de 92% a 10 años del diagnóstico (10).

Igualmente, el LES es considerado una enfermedad crónica-degenerativa que aumenta la probabilidad enfermedades crónicas no transmisibles de los individuos, las cuales tienen una estrecha asociación con los estilos de vida relacionados con la salud (11). La inactividad física, el comportamiento sedentario, los hábitos

alimenticios inadecuados y los patrones de sueño no saludables son considerados como estilos de vida no saludables, lo cual se asocia significativamente al aumento de los riesgos en más del 10% de la incidencia de ENT en el año 2010 (12). Alrededor del 60% de la población mundial no dispone de tiempo para realizar suficiente actividad física que generen beneficios para la salud, a lo anterior se suman los irregulares hábitos alimentarios conllevan a que los individuos desarrollen obesidad o sobrepeso lo cual disminuye su capacidad cardiaca y pulmonar, esto genera cansancio y abandono de la poca actividad física realizada diariamente (13).

Según la OMS, “la inactividad física es el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en el mundo, cerca del 6 % de muertes están asociadas a esta situación (aproximadamente 1,9 millones de muertes al año), además la inactividad física está asociada a enfermedades no transmisibles (ENT)” (2). A nivel nacional, en Colombia, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN 2015), reportó que, el sexo masculino es aquel que cumple mayormente las recomendaciones de actividad física (61,1%) y el tiempo libre ocupado en realizar actividad física aumentó con relación a la ENSIN 2010 23,5% y 19,9% respectivamente (14).

La alimentación ejerce una función relevante en el proceso de la patología, se considera que el consumo excesivo de proteínas altera la tasa de filtración glomerular; en lo que respecta a los lípidos, estos influyen considerablemente en la inflamación generando exacerbaciones, especialmente por el consumo de ácidos grasos omega 6 y grasas saturadas; además el sodio incide en el aumento de los niveles de presión arterial, por lo cual estos factores intervienen en las complicaciones renales y cardiovasculares (15).

Según la OMS, el infarto agudo al miocardio, cáncer, diabetes y los accidentes cerebrovasculares representan el 70% de muertes a nivel mundial y el 82% de muertes prematuras en países de ingresos económicos bajos y mediano. Esto debido al aumento de consumo de alcohol, inactividad física, consumo de tabaco y dietas no saludables (16). En cuanto a la población que presenta LES se ha

evidenciado que quienes tienen obesidad abdominal presentan factores de riesgo cardiovascular (17).

Por lo anteriormente mencionado surge el interrogante:

¿Cuál es el estilo de vida de individuos con diagnóstico de lupus sin daño renal, nefritis lúpica activa, o nefritis lúpica en remisión?

Realizar estudios acerca del estilo de vida de pacientes con LES, surge de la necesidad de contribuir al manejo integral de la enfermedad, debido a que se presenta de forma heterogénea mayormente en población femenina y la Costa Caribe Colombiana tiene una alta incidencia reportada de la enfermedad. Además, contribuye a la meta de los objetivos de desarrollo sostenible, *Salud y Bienestar* donde se especifica que la salud es esencial. Asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública PDS 2012-2021, expresa que se debe garantizar la inclusión en salud en donde se acoja y reconozca la diversidad.

Es relevante para la comunidad científica y la Universidad Simón Bolívar es pertinente el estudio de los estilos de vida de personas con diagnóstico de LES, porque contribuye al desarrollo de nuevas investigaciones, estar atentos a los nuevos estilos de vida emergentes, realizar planes integrales en donde se identifiquen las necesidades, prioridades y estrategias a seguir. Debido a que las estadísticas reveladas por la OMS demuestran que cada día existen más estilos de vida poco saludables, lo que resalta la necesidad de esclarecer el impacto de los estilos de vida de pacientes con enfermedades crónicas autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico y determinar si existe algún tipo de asociación entre este y el desarrollo de complicaciones tales como la nefritis lúpica.

Es importante para la clínica en donde se realizó la investigación, debido a que allí se ejecuta la atención de estas personas y con los resultados obtenidos se podrán tomar acciones de mejora en los procesos de atención integral al individuo, manejo nutricional específico para la enfermedad, prescripción de la actividad física y de esta manera contribuir a la calidad de vida óptima de estos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 General

- Determinar los estilos de vida de individuos con diagnóstico de lupus sin daño renal, nefritis lúpica activa, o nefritis lúpica en remisión.

2.2 Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población estudio.
- Especificar el índice masa corporal de la población estudio.
- Determinar el estilo de vida de la población estudio.
- Relacionar las prácticas y creencias sobre estilos de vida de la población estudio.
- Establecer la intención hacia la práctica de actividad física de la población estudio.
- Identificar el comportamiento sedentario de individuos de la población estudio.
- Precisar la actividad física de la población estudio.
- Caracterizar la ingesta alimentaria semanal de la población estudio.
- Determinar la ingesta de agua diaria de la población estudio.

3. MARCO TEÓRICO

Desde el siglo IV a. C. con los acuerdos hipocráticos, se estableció que, cada individuo debía establecer un régimen de vida que incluía, una buena alimentación, actividad laboral, socialización, actividad física, baño y tiempo de ocio. Luego en el siglo XIX, se incluye el ámbito socioeconómico, en donde se creía que los estilos de vida de las personas eran determinados por su estratificación social. A partir de los años cincuenta, se realizó la correlación de los estilos de vida con la salud de las personas, específicamente con las enfermedades crónicas, debido a que surge un incremento en el número de muertes por enfermedades crónico-degenerativas (18).

Asimismo, en el año 1986, la Organización Mundial de la Salud OMS, expone el concepto de estilos de vida como los patrones de comportamiento que el ser humano elige conforme a sus condiciones socioeconómicas y su posibilidad de escoger unas sobre otras (19). Además, autores como Guerrero *et al.*, expresan que el estilo de vida es un concepto genérico similar al modo de vivir, en el ambiente comportamental, costumbres, vivienda, relaciones intra e interpersonales (20).

Además, Sánchez *et al.*, explica que el estilo de vida saludable es la sinergia de patrones conductuales que las personas realizan de acuerdo con las posibilidades que la vida les ofrece; y para ser relacionado con la salud debe cumplir características como: tener una naturaleza de conducta y observación, prolongación conductual en el tiempo para poder determinado como un hábito y relación entre las conductas persistentes (21).

Lo anterior guarda relación con lo planteado por Vallejo *et al.*, 2017, plantean que el estilo de vida es la unión de actividades que un ser humano o un grupo de ellos realiza diariamente, con una frecuencia establecida de acuerdo con sus necesidad y economía (22).

Teniendo en cuenta esto, el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, plantea que, dentro de los estilos de vida, se enmarca: alimentación y nutrición, actividad física, prevención de consumo de tabaco, peso saludable, lavado de manos, salud bucal, visual y auditiva.

3.1 Alimentación y nutrición

Para determinar el estilo de vida de un individuo, se debe tener en cuenta, la evaluación de los hábitos alimentarios, en donde la unión de costumbres que establecen como un grupo de personas obtienen, preparan y consumen sus alimentos determinado por el acceso a estos, su disponibilidad y el nivel de la educación alimentaria y nutricional que las personas posean (23).

Además de la toma de medidas antropométricas; como peso, que es definida como la medida de la fuerza de gravedad sobre una masa determinada para esto se utiliza una báscula calibrada; talla, es la medida en metros o centímetros desde el vértex de la cabeza hasta la planta del pie; índice de masa corporal (IMC), asociación entre el peso y la talla que se encuentra estrechamente relacionado con la adiposidad total del individuo; perímetro de cintura, es el valor de la circunferencia de la cintura tomada en el punto medio entre el borde inferior de la reja costal y el segmento más alto de la cresta iliaca (12).

3.2 Actividad física

La Organización Mundial de la Salud define la actividad física (AF) como todo movimiento realizado por el cuerpo de manera voluntaria y que genere un gasto energético superior al producido en reposo. Teniendo en cuenta su tipo, frecuencia, intensidad y duración. La AF puede realizarse durante el tiempo libre, de forma recreativa, transporte activo, ocupación y el hogar (24).

Según la guía de actividad física y comportamiento sedentario de la OMS, 2020. Las personas adultas entre 18 y 64 años pueden adoptar la AF en su tiempo de recreación y ocio en forma de juegos o ejercicios planificados, transporte activo, actividades domésticas y comunitarias (25). Al ejecutar AF, disminuyen las muertes por enfermedad cardiovascular, cáncer e hipertensión arterial, diabetes tipo II, mejora los síntomas de enfermedades de salud mental, el sueño y la cognición (25).

Además, esta guía describe que toda persona adulta debería hacer AF regularmente y para obtener beneficios en salud con un tiempo mínimo de entre 150 a 300 minutos de AF aeróbica con intensidad moderada o de 75-150 minutos de AF aeróbica con

intensidad vigorosa cada semana. También, en intensidad moderada, el individuo puede incrementar a 300 minutos semanales o incrementar a 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa. Asimismo, movimientos que ayuden al fortalecimiento de los músculos con intensidad moderada o vigorosa que abarquen la gran parte de los grupos musculares y debe realizarse por lo menos dos veces por semana (25).

3.3 Prevención de consumo de tabaco

El consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte en el mundo, cada año fallecen 5 millones de personas y se cree que para el año 2030 esta cifra se duplique (26).

En Colombia, el 12.8% de la población adulta y el 21.8% de los adolescentes consumen tabaco y esto se refleja en los gastos que debe realizar el país en enfermedades crónicas, se estima que el 1.2% del PIB se dirige a la atención de pacientes con patologías derivadas del consumo de tabaco (12).

3.4 Peso saludable

Es la medida (valor) que estima el estado de salud y la calidad de vida, en donde no existe un riesgo para la salud. El peso saludable va estrechamente relacionado con el índice de masa corporal (IMC), si un individuo posee un IMC dentro de 18,5-24,9 kg/m² tiene un peso saludable, aunque se debe cuantificar la composición corporal del individuo (27).

3.5 Lavado de manos

Este es un indicador de higiene, realizarlo de forma adecuada y efectiva puede disminuir considerablemente la propagación de infecciones asociadas al cuidado de la salud, por ejemplo; neumonía, enfermedad diarreica aguda, infecciones de la piel, parasitismo (28). Se realiza teniendo en cuenta diez momentos con un tiempo aproximado de 60 a 90 segundos se debe mojar las manos, agregar la cantidad suficiente de jabón, frotar las palmas de las manos, entrelazarlas, frotar dorsos, pulgares en movimientos circulares, punta de los dedos en rotación, enjuague con abundante agua y secado con toalla desechable la cual también debe ser utilizada para cerrar el grifo y luego desechar (29).

3.6 Salud bucal, visual y auditiva

Por medio de la boca, ingresan los nutrientes al cuerpo, y a través de ella se facilita la comunicación y la interacción con el entorno; esto, acompañado de los ojos, que permiten reconocer las formas, colores, personas que se encuentran alrededor del individuo y facilitan los procesos de aprendizaje. Asimismo, por medio de la audición, se puede percibir los sonidos, ayudan en el desarrollo del lenguaje (12).

3.7 Modelo ecológico

Los modelos ecológicos, están basados en fundamentos teóricos que buscan una sinergia social, cultural, y ambiental. Además, pretenden identificar las limitaciones y motivaciones de las personas para poder conseguir cambios comportamentales y de hábitos teniendo en cuenta los determinantes, factores y barreras para generar las modificaciones (30).

El psicólogo ruso Urie Bronfenbrenner en 1987 expone un modelo ecológico basado en la conducta humana en donde el ambiente ecológico es la unión de estructuradas organizadas a escalas de diferentes niveles en los cuales se derivan unos de otros. Están ordenados como microsistemas (familia), mesosistemas (dos o más sistemas unidos interactuando entre sí), exosistemas (no integran al ser humano como parte activa del entorno) y macrosistemas (cultura y contexto social donde está involucrado el ser humano) (31). Este modelo guarda relación con la teoría cognitiva social de Bandura.

Años más tarde en 1994, este mismo autor en compañía de Ceci Stephen J realizaron modificaciones a la teoría inicial, incorporaron un nuevo concepto del desarrollo humano en la teoría bio-ecológica en donde hacen mención que el desarrollo es continuo y evolutivo incluidas las características bio-psicológicas. Luego *Belsky et al* 1980., replicó este modelo enfocado en el abuso infantil en donde el microsistema estaba enfocado a la familia, el exosistema la comunidad, logrando establecer una relación entre los determinantes que propiciaban el abuso infantil (31).

Sallis et al 2006., estudió la relación existente entre los mecanismos que causaban el comportamiento activo en la cual se destaca que los comportamientos de salud tienen

diversos factores influyentes como el inter-intrapersonal, comunitario, público y estos interactúan entre los diferentes niveles (32). En este modelo los factores más estudiados, son: motivación, el disfrute, comportamientos, actitudes, discapacidad, edad, nivel de educación, la familia, niveles de actividad física, influencia del personal de salud y demás profesionales, cultura (30). Esto indica que el modelo ecológico puede adaptarse a la situación que se desee estudiar, además de que buscan promover los estilos de vida saludable a partir de los determinantes encontrados en el entorno de los seres humanos. En la figura 1 se muestra el modelo propuesto por Sallis et al 2006.

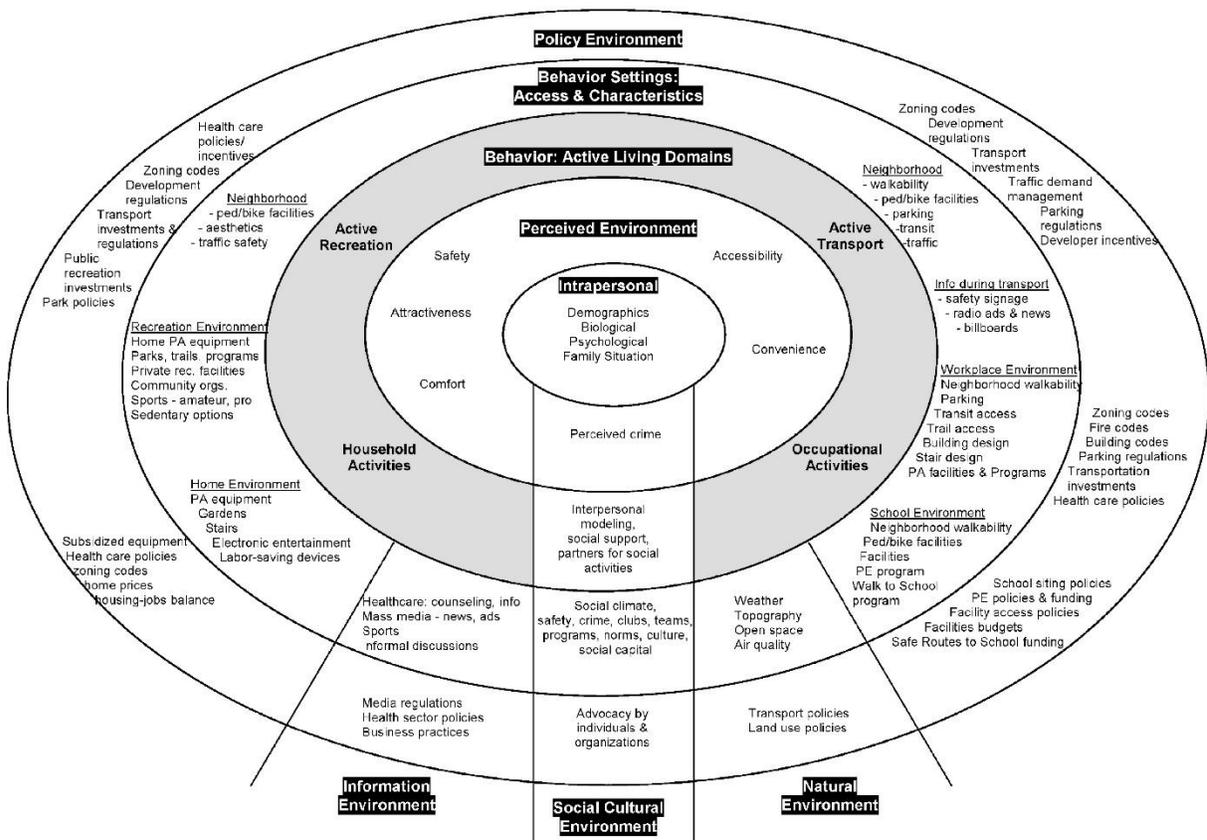


Figura 1. Modelo ecológico de dominios de la vida activa

Fuente: (Sallis et al., 2006)

3.8 Modelo de las etapas de cambio

Se encuentra basado en un conjunto de corrientes teóricas (33), una de ellas es la teoría del comportamiento planificado expuesta por Ajzen en 1985, su objetivo es pronosticar una conducta específica del ser humano que lo conducen a las acciones que realiza (34); teoría de la autorregulación desarrollada por Carver y Scheier en 1998, en donde el ser humano cree que no será capaz de lograr un objetivo (35); la teoría de la autoeficacia de Bandura en 1997, que considera como principal motivación para el individuo las metas personales y las expectativas por el resultado (35) y la teoría de las acciones intencionales de Brandstatter, Lengfelder y Gollwitzer en 2001. El modelo de las etapas de cambio propuesto por James Prochaska y DiClemente fue el resultado de un análisis de por lo menos veintinueve teorías que explicaban los cambios comportamentales en relación con el consumo de drogas y cigarrillo (36).

El modelo final se encuentra estructurado en estadios de cambios iniciando por la pre-contemplación; en donde el individuo no manifiesta su interés por realizar un cambio en el comportamiento que se encuentra realizando. Contemplación; es el estadio en donde la persona muestra interés y la intención al cambio en los siguientes seis meses. Preparación; es aquí donde el individuo toma la decisión de generar un cambio y realizan intentos efectivos en los siguientes treinta días. Acción; es aquí donde las personas se encuentran realizando cambios significativos en su comportamiento en un tiempo menor a 6 meses. Mantenimiento; el sujeto se encuentra en un nivel de estabilidad frente al cambio realizado y el último estadio de recaída; en el cual han abandonado los cambios realizados (36).

3.9 Comportamiento sedentario

La Red de Investigación del Comportamiento Sedentario (SBRN) en el año 2012, inicio un consenso promovido por 52 investigadores para realizar una estandarización del concepto de comportamiento sedentario y actualmente aún sigue siendo definido como toda conducta de vigilia caracterizada por un gasto calórico menor a 1.5 MET en posición sedente, reclinada o acostada (37).

Realizar actividades de comportamiento sedentario, está ligado a muertes por enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes tipo II. Además, la población adulta debe disminuir el tiempo que utiliza en actividades sedentarias sustituyéndolas por aquellas actividades que generen un gasto calórico superior a 1.5 MET superando las recomendaciones de actividad física para contrarrestar este comportamiento sedentario (25).

3.10 Lupus eritematoso sistémico (LES)

Etimológicamente el Lupus Eritematoso Sistémico proviene del latín *lupus*, que significa lobo, encontrándose en textos médicos antes del 1200 D.C. y en donde se describían ciertas lesiones cutáneas que parecían devorar la carne (38); por ello durante mucho tiempo se creyó era una afección de la piel, además, debido a la imposibilidad de diferenciar de otras patologías como lepra, herpes o el cáncer se otorgó el termino lupus a lesiones cutáneas de manera inespecífica (38)(39).

Se precisaron alrededor de 150 años para que se describiera por parte del personal médico las características de todos los órganos que podrían estar involucrados en el LES (38). Hoy día se reconoce como una patología sistémica, en donde se desencadena una respuesta degenerada de tipo autoinmune caracterizada principalmente por células T anormales, células B hiperactivas y células plasmáticas que impulsan la inflamación crónica a través de la secreción de grandes cantidades de autoanticuerpos contra autoantígenos como el ADN, las proteínas y los nucleosomas por lo que podría afectar cualquier órgano del cuerpo humano causando daño tisular mediante complejos inmunes, por lo que el LES presenta manifestaciones clínicas complicadas en múltiples sistemas y que puede afectar de forma significativa la calidad de vida y/o comprometerla si afecta órganos y tejidos vitales como el cerebro, el riñón o la sangre (39)(40).

La prevalencia del LES varía de entre 20 a 150 casos por cada 100.000 habitantes y en los últimos años la tendencia va en ascenso a medida que se implementan diagnósticos cada vez más eficaz y eficientes para la detección de la enfermedad. También vale la pena recalcar que la tasa de supervivencia se ha elevado

considerablemente en las últimas décadas, especialmente por una mayor conciencia de la enfermedad, el uso más sabio de medicamentos inmunosupresores y un tratamiento más eficiente sobre las infecciones, que suelen ser la principal causa de muerte. Por otra parte, si bien la heterogeneidad clínica del LES va acompañada de múltiples procesos patogénicos; el desarrollo de la medicina personalizada ha permitido mejorar las expectativas de vida.

Es una patología, multiorgánica, heterogénea, que presenta múltiples presentaciones clínicas, se ha relacionado la predisposición monogénica para su desarrollo. Aun es una enfermedad de origen desconocido, su predominancia es en población de sexo femenino con presencia desde la adolescencia o de forma tardía a partir de los 50 años. Tiene episodios de exacerbación o brote en donde el individuo presenta mayor deterioro de su estado de salud (41).

La etiología del LES aún no se ha dilucidado; sin embargo, algunos estudios refieren haber encontrado que la morbilidad del LES es significativamente diferente en sujetos de diferentes edades, etnias, géneros y/o estilos de vida(42). De hecho, hay evidencia científica que el LES afecta principalmente a mujeres en edad fértil, también se ha reportado que pacientes con ascendencia africana, asiática o hispanas de cualquier origen racial; suelen tener mayor prevalencia del LES y compromiso de órganos vitales que otros grupos étnicos o raciales; además, una vez el LES aparece puede ser inducido por factores genéticos o incluso dependiendo del continente de origen podrían presentarse disparidades en salud sobre todo por las diferencias en la atención médica generalmente dependientes del estrato socioeconómico del individuo (39)(43)(44).

la sintomatología del LES es heterogénea, debido a esto son utilizados los criterios de clasificación, siendo la fatiga el síntoma más frecuente que impresiona al 90% de los pacientes con diagnóstico de LES, sumado a este, también es frecuente otros síntomas como fiebre y anorexia, además de otros poco frecuentes como linfadenopatía y esplenomegalia. Los síntomas constitucionales evidencian la exacerbación de la enfermedad, evaluados con el índice de actividad de la enfermedad de LES (SLEDAI) en donde la fiebre es una variante significativa de actividad. Asimismo, antes de realizar un diagnóstico médico, deben descartarse diferentes

patologías tales como; trastornos del metabolismo, enfermedades hematológicas y enfermedades reumáticas (45). Por otra parte, el LES también puede presentarse desde la infancia, con positividad para anticardiolipina (aCL) IgG y / o IgM, anticoagulante lúpico (LA) y anti- β 2 anticuerpos anti-glicoproteína I (anti- β 2 GPI) IgG y / o IgM en donde se asocia significativamente con trombosis vasculares o complicaciones materno-fetales en estado de gestación adolescente provocando un síndrome antifosfolípido (46).

Si bien en la actualidad como tratamiento efectivo para el LES se considera los agentes inmunosupresores, glucocorticoides, fármacos antiinflamatorios no esteroides y antipalúdicos; usándolos como terapia de fármacos combinada en contra de los síntomas clínicos; pero en muchos casos los pacientes presentan efectos secundarios significativos, sobre todo infecciones que agravan las manifestaciones de la enfermedad. Además de esto, el perfeccionamiento de los tratamientos para el LES se ve limitado por la heterogeneidad clínica y biológica, lo que incluye la diversidad de expresión génica en sangre periférica (40)(47).

A partir del año 2011, después de 55 años la FDA, aprobó la primera terapia para aumentar la lista de medicamentos utilizados en la enfermedad con el uso de Belimumab (48). Los adelantos científicos que estudian los perfiles transcriptómicos contribuyen a la aprobación de los biomarcadores, estratificación de pacientes y priorización de la terapia médica adecuada; siendo el objetivo de estas, controlar de forma segura los episodios de exacerbación o brotes reduciendo el uso de corticosteroides, prevenir y disminuir el daño orgánico y las hospitalizaciones para lograr una mejor calidad de vida de los pacientes. Asimismo, se debe comprender que las nuevas investigaciones en cuanto a terapia médica reconocerán el costo-beneficio para lograr la sinergia de un tratamiento efectivo teniendo en cuenta la heterogeneidad del paciente (Figura 2) (Figura 3) (48).

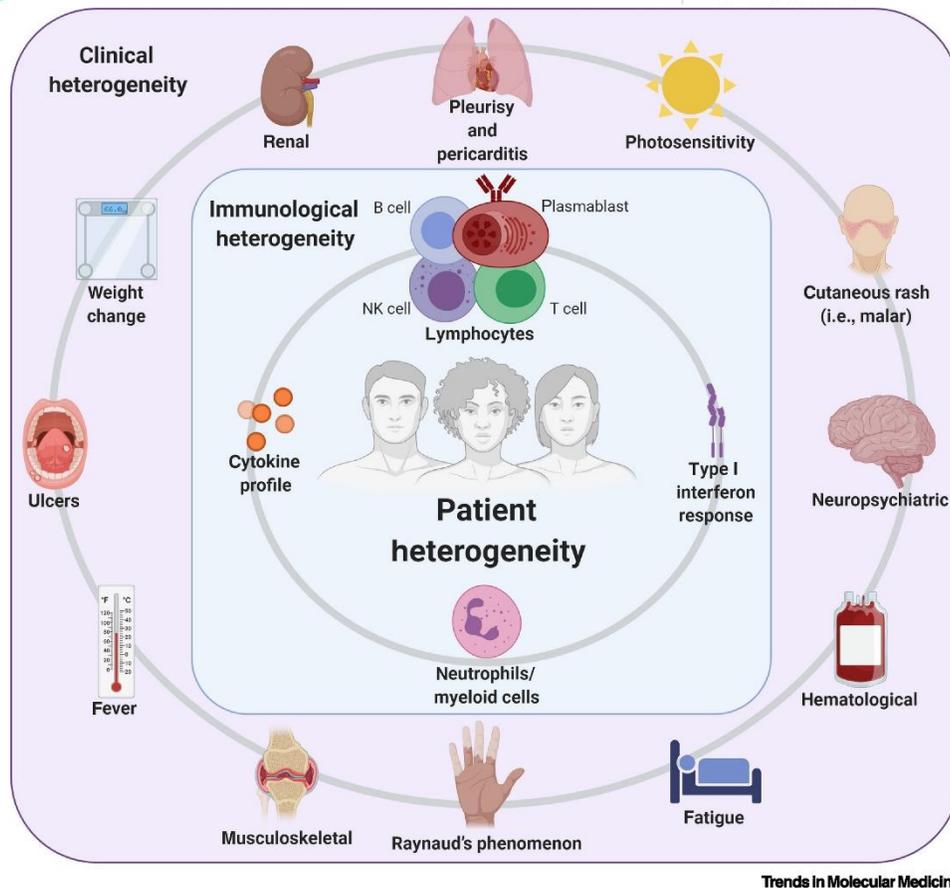


Figura 2. Heterogeneidad en el lupus eritematoso sistémico

Fuente: (Allen, Rus & Szeto, 2020)

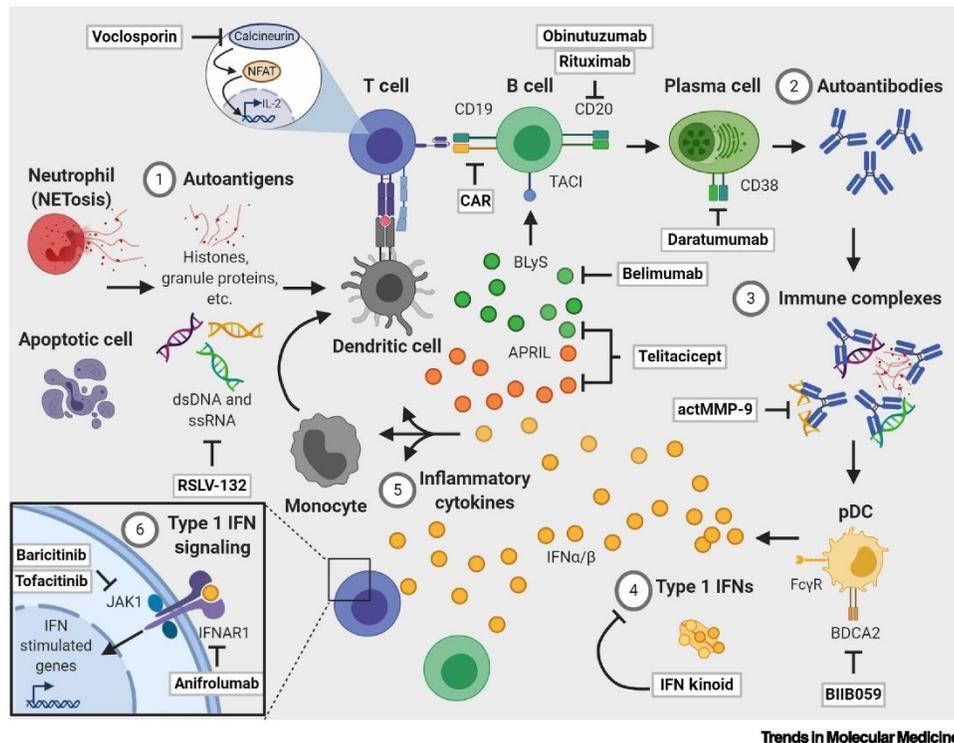


Figura 3. Mecanismos patológicos y terapias emergentes en el Lupus eritematoso sistémico.

Fuente: (Allen, Rus & Szeto, 2020)

“(1) Las respuestas autoinmunes se inician mediante el reconocimiento inmune de autoantígenos derivados de material apoptótico de células muertas y moribundas y restos de trampas extracelulares de neutrófilos. Estos autoantígenos incluyen ADN bicatenario (dsDNA), histonas, RNP nuclear pequeño (snRNP), Ro / SSA y La / SSB. (2) Los autoantígenos se presentan a las células T autorreactivas, que brindan ayuda a las células B, lo que resulta en la activación celular y la producción de autoanticuerpos patógenos por las células plasmáticas. (3) Los autoanticuerpos se unen a los autoantígenos circulantes para formar complejos inmunes que activan los receptores Fc gamma (FcγR) en las células dendríticas plasmocitoides (pDC), lo que lleva a la internalización mediante endocitosis. (4) Los receptores intracelulares tipo toll (TLR) 7 y 9 son activados por ácidos nucleicos en complejos inmunes, lo que

resulta en la producción de interferón tipo I (IFN). (5) Los complejos inmunes y la activación inmunitaria crónica contribuyen a la producción excesiva de citocinas proinflamatorias. El IFN α es una de las principales citocinas en este medio, que promueve la producción de citocinas de supervivencia de células pro-B (p. Ej., APRIL, BLyS) a través del sistema inmunológico innato para apoyar la maduración de las células B. El IFN α también puede contribuir a la activación patogénica de las células T y la diferenciación de los monocitos en células dendríticas. (6) Muchos receptores de citocinas, incluidos los IFN de tipo I y II, transducen señales utilizando la vía Janus kinase (JAK) / transductor de señal y activador de la transcripción (STAT). Los receptores de IFN de tipo I activan JAK / STAT para impulsar la transcripción de genes estimulados por IFN para crear un circuito de retroalimentación positiva para la inflamación” (48).

Asimismo, The European League Against Rheumatism y The American College of Rheumatology han realizado nuevos concesos para el diagnóstico de la enfermedad en donde el principal criterio de clasificación obligatorio es la detección de anticuerpos antinucleares positivos mayor a la dilución 1/80, complementos C3 y C4 y/o bajos, Anti DNA, Anti-Sm, leucopenia, trombocitopenia, delirium, psicosis, fiebre, alopecia, proteinuria, sinovitis (49).

Actualmente, se encuentra en estudio el uso del biomarcador anti-DFS70 que permita más que diagnosticar la enfermedad, descarta la presencia de la enfermedad, debido a que alrededor del 3% de la población se encuentra con un mal diagnosticados. Asimismo, se evalúa la posibilidad de la utilización de un biomarcador que reemplace la biopsia renal, dando hasta el momento resultados positivos en biomarcadores urinarios, como lipocalina relacionada con gelatinasa de neutrófilo, determinación de linfocitos T urinarios además del aumento de CD4+ y CD8+ en actividad renal (49).

Por otra parte, los factores de riesgo habituales y no habituales de las enfermedades cardiovasculares (ECV) favorecen la actividad del LES y el perjuicio de los órganos de los pacientes con LES, quienes presentan entre 5 y 6 veces más riesgo de ECV entre edades de 35 a 44 años, con 50% de presentar infarto agudo de miocardio (IAM), con

muerres atribuidas inicialmente a la enfermedad (LES) pero con un diagnóstico tardío asociado a aterosclerosis (50) .

3.10.1 Clasificación de LES según Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC)

El LES puede ser clasificado de diferentes formas como se expresa a continuación:

- Lupus cutáneo agudo; el paciente presenta criterios como: eritema malar, lupus bulloso, necrosis toxica epidérmica, rash maculopapular, fotosensibilidad.
- Lupus cutáneo crónico; discoide (localizado o generalizado) paniculitis lúpica, hipertrófico o verrucoso, paniculitis, pernio, con compromiso de mucosas, superposición discoide/Liquen plano (41).
- Compromiso neurológico, el paciente debe cumplir con los alguno de los criterios tales como; Convulsiones, psicosis, mono neuritis multiplex, neuropatía periférica o craneal, estado confusional agudo (41).
- Compromiso renal; el individuo deberá tener proteinuria persistente mayor a 0,5 gr por día o cilindros celulares (41).

3.10.2 Nefritis lúpica (NL)

Es la enfermedad renal manifestada en el LES, es una complicación común, pero a la vez grave, además los pacientes presentan proteinuria persistente mayor a 0,5 g en 24 horas en orina (51).

Está presente en alrededor del 40 al 70% de los pacientes con diagnóstico de LES y aproximadamente el 20% presentan falla renal crónica. La raza es un factor con gran influencia debido a que es más prevalente en personas mestizas (61%) (52). Otra manifestación es la hematuria microscópica o macroscópica, cilindros hemáticos, cilindros celulares no hemáticos e hipertensión.

Se has reconocido genes de riesgo para nefritis lúpica que no se encuentran presentes en las personas que solo tienen diagnóstico de LES incluso, la apolipoproteína L1

(APOL1), el receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA) y la hialuronano sintasa 2 (HAS2), los cambios en los alelos HLA están asociados a la NL, aunque al parecer HLA-DR4 y HLA-DR11 tiene un efecto protector contra la NL contrario a HLA-DR3 y HLA-DR15 que muestra un riesgo de desarrollo de NL. Las diferencias genéticas están condicionadas por la raza y la etnia, aunque la presencia de los alelos de riesgo no representa una explicación significativa para el desarrollo de la enfermedad (53).

Actualmente, la forma óptima para realizar el diagnóstico de NL es la biopsia, siendo el Gold Standard, es utilizada para determinar la magnitud de la lesión. Asimismo, podría generarse por “microangiopatía trombótica (MAT) / nefropatía antifosfolípido, podocitopatía por complejos no inmunes, nefritis tubulointerstitial, necrosis tubular aguda, enfermedad renovascular o nefrotoxicidad por medicamentos” la repetición de la biopsia se realiza cuando ocurre una exacerbación de la enfermedad, resistencia a la terapia médica, o nefroesclerosis crónica (53).

Para la realización de la biopsia renal cada paciente debe cumplir con ciertos criterios como; presencia de proteinuria >500 mg/24h, cociente proteína/creatinina matinal mayor a 0.5 al igual que el cociente de proteínas creatinina en 24h, deterioro de la función renal y sedimento activo (52). Asimismo, La sociedad internacional de nefrología y la sociedad de patología renal han establecido criterios para la clasificación histopatológica de la lesión renal, de la siguiente forma:

*“Clase I; Glomérulos normales por LM, complejos inmunes mesangiales en IF o EM,
Clase II; Hiper celularidad mesangial pura con depósitos inmunes mesangiales; expansión de la matriz mesangial vista por LM*

Clase III; Enfermedad focal segmentaria o global que afecta a <50% de todos los glomérulos III (A): lesiones activas III (A / C): lesiones activas y crónicas III (C): lesiones crónicas inactivas

Clase IV; Enfermedad difusa segmentaria (S) o global (G) que afecta ≥50% de todos los glomérulos IV-S: ≥50% glomérulos con lesiones segmentarias IV-G: ≥50% glomérulos con lesiones globales IV-S (A), IV-G (A): lesiones activas IV-S (A / C), IV-G (A / C): lesiones activas y crónicas IV-S (C), IV-G (C): lesiones crónicas inactivas.

Clase V; Depósitos inmunes subepiteliales globales o segmentarios con engrosamiento de GBM; puede haber depósitos de inmunocomplejos mesangiales; puede ocurrir en combinación de clase III o IV.

Clase VI; Esclerosis avanzada; $\geq 90\%$ de los glomérulos están esclerosados.

Además del índices de actividad; Hiper celularidad endocapilar glomerular b) Infiltración leucocitaria glomerular c) Necrosis fibrinoide glomerular, cariorrexis d) Depósitos subendoteliales glomerulares-lesión de asa de alambre) Medias lunas celulares glomerulares f) Inflamación intersticial.

Y el índice de cronicidad: a) Esclerosis glomerular b) Semilunas fibrosas glomerulares c) Atrofia tubular) Fibrosis intersticial” (53).

El tratamiento para esto debe ser ajustado de acuerdo con el tipo de lesión y el nivel histológico de la misma. Siendo el diagnóstico clase II y V con niveles de proteinuria subnefróticas y tasa de filtración glomerular normal el uso del tratamiento conservador controlando el sistema renina-angiotensina y la inmunomodulación. Pero en las variantes proliferativas de clase III, IV, III / IV + V y clase V de nefritis lúpica con síndrome nefrótico usualmente tienen un tratamiento medicinal combinado de corticoesteroides e inmunomodulares (53).

3.11 Estado del arte

En la exploración del fenómeno de interés y buscando una definición del problema que se ajuste a la realidad, se procedió a la tarea de revisar la literatura existente, por medio de bases de datos, investigaciones, proyectos, artículos científicos, similares o relacionados que se muestran a continuación:

Barros Higgins *et al.*, 2015. En el artículo científico Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica 2015. Determinaron la calidad de vida en pacientes con ERC, utilizando un instrumento validado (KDQOL-SF) aplicado a 80 pacientes. En donde concluyeron que; “la enfermedad renal crónica tiene un efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes en términos de salud física, salud mental y carga de la enfermedad”, además de que la calidad de vida en los pacientes no dializados fue mayor y que los pacientes con ERC tienen mayor deterioro de su función física (54).

Elena Castellano Rioja., 2015, en su estudio de Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso Nueva escala de valoración. Recopiló preguntas de distintos cuestionarios de calidad de vida y fue aplicado a 158 pacientes con LES; en este estudio la investigadora encontró que, era peor la calidad de vida en pacientes con LES que en pacientes con lupus eritematoso cutáneo, las diferencias significativas se vieron reflejadas en el factor físico, cognitivo y relaciones (55).

María del Mar Gómez *et al.*, 2013. En su investigación; Afectación de la calidad de vida en el lupus eritematoso sistémico: El enemigo invisible, en donde afirma que, los pacientes con LES tienen peor calidad de vida que la población en general, presentan altos niveles de ansiedad y depresión. Asimismo, los pacientes presentan adaptación progresiva a las limitaciones generadas por la enfermedad (56).

Ayán, C *et al.*, 2018 en su artículo, Efectos del ejercicio físico en personas con lupus eritematoso sistémico: revisión sistemática, recopilaron 14 investigaciones, 10 estudios controlados y 4 comparativos. Allí, encontraron que, la práctica del ejercicio produce mejoras significativas en la condición física y la fatiga de los pacientes sin presentar efectos adversos (57).

Lemos *et al.*, 2019, en su artículo, Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. Realizaron un estudio prospectivo correlacional basado en la aplicación del cuestionario breve de percepciones de la enfermedad (BIPQ), cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9). En donde concluyeron que; “La apreciación de que una enfermedad tiene consecuencias negativas y la preocupación por esta lleva a la implementación de comportamientos saludables” (58).

Aroca *et al.*, 2017, en su artículo; Calidad de vida como factor determinante a la respuesta al tratamiento en Nefritis Lúpica. Empleando la escala GENCAT. En donde concluyeron que, La depresión y la baja autoestima observada al inicio, impedía buenas relaciones interpersonales, proyectar metas y autocuidado. La buena respuesta al modelo empleado se asoció a una significativa mejora en la CV percibida (59).

Rodríguez *et al.*, 2016. Realizaron una revisión sistemática de hábitos de estilos de vida saludable para pacientes con LES, seleccionaron 21 estudios de los que cinco analizaron el efecto del consumo de tabaco, nueve, acerca de la actividad física y siete sobre la dieta. Los estudios de acerca del tabaco demostraron una asociación entre actividad y daño cutáneo; aquellos que estudiaban la actividad física, esta fue heterogénea y la realización de ejercicios aerobios de intensidad moderada-baja aumenta la capacidad y funcionalidad física. En cuanto al estudio de la dieta de estos pacientes, en donde se demostró el efecto positivo del consumo de ácidos grasos poliinsaturados con relación en la actividad de la enfermedad (60).

Petterson *et al.*, 2015, identificaron los conglomerados de fatiga entre pacientes con diagnóstico de LES, además realizaron el análisis de hábitos y calidad de vida relacionados con la salud, ansiedad y depresión. Participaron 305 personas con LES, y 311 controles emparejados por sexo y edad. Fueron utilizados instrumentos como la escala de fatiga severa, SF-36, y la escala multidimensional de fatiga. Además, los hábitos de estilos de vida se evaluaron a través de cuestionarios incluyendo la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Como resultado encontraron que la fatiga es un

síntoma característico del LES. Además, a esta patología se encuentra asociada la ansiedad, depresión, y baja práctica del ejercicio (61).

Pinillos *et al.*, 2019. En su estudio, evaluaron la calidad de vida en relación con la actividad física en pacientes con enfermedad renal crónica, utilizaron el cuestionario (KDQOL-36) y el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ). Participaron 130 sujetos de los cuales 80 se encontraban en tratamiento de sustitución renal; los resultados de este estudio fueron que los pacientes con menos tiempo de tratamiento de sustitución renal no mayor a 6 meses tenían niveles superiores de actividad física que aquellos que tenían más tiempo en esta terapia. Concluyendo que la percepción de la salud física es inversamente relacionada con la enfermedad (62).

Margiotta *et al.*, 2018. Realizó la evaluación de la actividad física utilizando el cuestionario internacional de actividad física versión corta IPAQ, el comportamiento sedentario y la calidad de vida a través del cuestionario SF-36, BDI y HAM-H para trastornos del estado de ánimo, Facit-Fatigue para fatiga y PSQI en los trastornos del sueño. El estudio arrojó resultados en cuanto a la actividad física, que el 60% de los pacientes con LES no cumplieron con las recomendaciones de actividad física establecidas por la OMS y gastaron alrededor de 180 minutos diarios en actividades sedentarias en el 25% de los pacientes permanecieron más de 6 horas diarias en actividades de tiempo sedentario concluyendo que esta población debe ser concientizada acerca de la importancia de la práctica de la actividad física y a la disminución del tiempo sedentario (63).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con estudio de casos, con el objetivo de determinar en qué medida los estilos de vida en pacientes con diagnóstico de lupus sin daño renal, nefritis lúpica activa, nefritis lúpica en remisión, características sociodemográficas, clasificación nutricional, intención hacia la práctica de la actividad física, comportamiento sedentario, actividad física y su ingesta alimentaria influyen en el comportamiento de la enfermedad. Asimismo, es un estudio transversal debido a que se realizó durante un tiempo específico evaluando de forma simultánea las variables antes mencionada.

4.2 Delimitación espacial y temporal

El presente estudio se realizó en la Clínica de la Costa de la ciudad de Barranquilla-Colombia en el período comprendido entre marzo y agosto de 2020 durante la fase de aislamiento obligatorio debido a la emergencia de salud pública de la COVID-19.

4.3 Población de estudio muestra, muestreo

La población universo de este estudio fue la base de datos de los pacientes atendidos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (457 sujetos). De esta población; se determinó una muestra de 209 pacientes, utilizando el programa para análisis epidemiológico y estadístico Epidat 4.2 versión castellano teniendo en cuenta el 95% de confianza, margen de error del 5%. Utilizando la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

En donde Z es definido como el nivel de confianza, p: .5 c: margen de error

En la tabla 1, se muestra la distribución de la población. La selección de los sujetos se realizó de forma aleatoria simple a partir de la base de datos de la Clínica de la Costa.

Tabla 1. Distribución de la muestra de estudio.

DESCRIPCIÓN	MUESTRA PROYECTADA	MUESTRA FINAL
LES	69	52
Nefritis lúpica inactiva	70	25
Lupus sin daño renal	70	36

Fuente: Autor

Al finalizar el estudio, solo 113 sujetos respondieron la encuesta, correspondiente al 54% de la muestra inicialmente proyectada. La no respuesta de la muestra restante se debió a que se encontraban en horario laboral y no podían responder el cuestionario, número telefónicos errados o fuera de servicio, pacientes hospitalizados.

4.4 Fuentes primarias y secundarias

Primarias: fueron recolectadas por el investigador, la principal fuente primaria, fue la información suministrada por los pacientes participantes, información recibida a través de entrevistas telefónicas, luego de que expresaran participar libre y voluntariamente en la investigación.

Secundarias: metabuscadores (Pubmed, Science research, tripdatabase, Scopus), artículos científicos, guías prácticas clínicas.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

Para la realización del presente estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

INCLUSIÓN: ser adulto con uso pleno de sus facultades mentales y toma de decisiones, aceptar su participación voluntaria en el estudio, tener diagnóstico médico de lupus eritematoso sistémico, nefritis lúpica activa o en remisión.

EXCLUSIÓN: No aceptar su participación voluntaria en el estudio, no presentar diagnóstico médico de lupus eritematoso sistémico, ser menor de edad, presentar trastornos de salud mental sin control médico.

4.6 Variables del estudio

Para la ejecución de este proyecto, se tuvieron en cuenta las variables expresadas en la tabla 2.

Tabla 2. Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES					
MACRO-VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIO /CLASIF.
SOCIODEMOGRÁFICA	SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina	Cualitativa	Nominal	Masculino-femenino
	RANGO DE EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Cuantitativa	Razón	18-20 años, 21-25 años, 26-30 años, 31-35 años, 36-40 años, 41-45 años, 46-55 años, 55 años o más
	ESTRATO SOCIOECON.	Clasificación de los inmuebles residenciales	Cuantitativa	Razón	1-2-3-4-5-6
	NIVEL EDUCATIVO	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado	Cualitativa	Nominal	Básico-primaria-secundaria-técnico-universitario-posgrado
	OCUPACION	Trabajo, empleo, oficio.	Cualitativa	Nominal	Empleado-desempleado
	ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Cualitativa	Nominal	Soltero-Casado-Viudo-Unión libre
	RED DE APOYO	Estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien	Cualitativa	Nominal	Padres-hermanos-esposo/a-hijos, amigos, nadie.
	VIVIENDA	Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas	Cualitativa	Nominal	Casa-apto
	SERVICIOS PÚBLICOS	Necesidad de satisfacer determinadas exigencias para el buen funcionamiento de la sociedad	Cualitativa	Nominal	Agua-Luz-Gas-Alcantarillado
	CREENCIAS	Conjunto de principios ideológicos de una persona, un grupo social o un partido político.	Cualitativa	Nominal	No creyente-católico-cristiano-Testigo de Jehová
ASEGURAMIENTO EN SALUD	Servicio esencial de salud	Cualitativa	Nominal	Subsidiado-Contributivo	

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	Fuerza que genera la gravedad sobre el cuerpo humano	Cuantitativa	Razón	kg
	TALLA	Medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza	Cuantitativa	Razón	cm
	IMC	Es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona	Cuantitativa	Razón	Delgadez- Normal- Sobrepeso- Obesidad
INGESTA ALIMENTARIA	FRECUENCIA DE CONSUMO	Número de veces que un sujeto consume un alimento	Cualitativa	ordinal	Diario- Semanal
ACTIVIDAD FÍSICA	BAJO	No desarrolla ninguna actividad, trabajo o movimiento	Cualitativa	Razón	Minutos/Día
	INACTIVO	seres vivos de pocos movimientos	Cualitativa	Razón	Minutos/Día
	MEDIO	Produce inmediatamente efecto o lo hace con mucha energía o actividad	Cualitativa	Razón	Minutos/Día
	ALTO	Se encuentra en movimiento o acción	Cualitativa	Razón	Minutos/Día
COMPORTAMIENTO SEDENTARIO	TIEMPO GASTADO FRENTE A TV, TELÉFONO CELULAR, SENTADO	Toda conducta de vigilia caracterizada por un gasto calórico menor a 1.5 MET en posición sedente, reclinada o acostada	Cualitativa	Razón	Minutos/Día
INTENCIÓN HACIA LA ACTIVIDAD FÍSICA	ETAPAS DE CAMBIO DEL MODELO TRANSTEÓRICO.	Pronosticación de una conducta específica del ser humano que lo conducen a las acciones que realiza	Cualitativa	Ordinal	Pre- contemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento Recaída
ESTILOS DE VIDA	SUEÑO	Tiempo durante el cual permanece un sujeto dormido	Cuantitativa	Razón	Horas de sueño por día
	CIGARRILLO	Producto del tabaco en forma de tubo que se fabrica con hojas de tabaco curadas, firmemente enrolladas	Cualitativa	Nominal	Consume- No consume
	ALCOHOL	Bebida que deprime el sistema nervioso	Cualitativa	Nominal	Consume- No consume

	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Aquellas que se introducen en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras), que producen una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y modifican la conciencia, el estado de ánimo	Cualitativa	Nominal	Consume- No consume
--	----------------------------	--	-------------	---------	------------------------

Fuente: Autor

4.7 Recolección de datos

La recolección de datos se realizó utilizando diferentes instrumentos de medición validados a través de entrevistas telefónicas de una duración entre 20 y 30 minutos realizada por la investigadora principal de este estudio en horario vespertino, antes de la aplicación del instrumento se procedió a la lectura del consentimiento informado, además se explicó el objetivo principal de la investigación resaltando que los datos suministrados no tendrían otro fin diferente al educativo e investigado salvaguardando su identidad, asimismo se explicó que sus datos serían codificados para mayor confidencialidad.

Los instrumentos utilizados se presentan a continuación:

- Consentimiento informado: para personas mayores de 18 años, en el cual se explicó la relevancia de su participación en el proyecto y se hizo énfasis en que el sujeto participa de forma libre, voluntaria y podría abandonar su participación en cualquier momento.
- Características sociodemográficas: construidas por el investigador, escogiendo las de interés para la investigación, tales como; edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, ocupación.
- Antropometría; los datos de peso y talla fueron suministrados por el paciente participante.

- Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, Pontificia Universidad Javeriana de Cali Colombia. Realizado, validado y aplicado por los autores. Alpha 0.873. Cuenta con 116 ítems clasificados de la siguiente manera: prácticas (69 ítems), creencias (47 ítems). Evalúa seis dimensiones: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Con respuestas tipo Likert de cuatro alternativas; siempre a nunca y de totalmente de acuerdo con totalmente en desacuerdo (64).
- Intención de práctica de la actividad física: se utilizó el modelo de las etapas de cambio, basado en el modelo transteórico de James Prochaska, estructurado en 6 ítems: pre-contemplación; en donde el sujeto no realiza actividad física y no tiene intenciones de hacerlo, contemplación; no realiza actividad física pero tiene intenciones de realizarlo en los próximos seis meses, preparación; no realiza actividad física pero tiene intenciones de realizarla dentro de los próximos 30 días, acción; realiza actividad física desde hace menos de seis meses, mantenimiento; realiza actividad física desde hace más de seis meses y por último, la recaída; que indica que el sujeto realizaba actividad física pero la abandono recientemente. (33).
- Comportamiento sedentario: basado en la guía Canadian 24-Hour Movement, en donde se tuvo en cuenta actividades tales como; horas diarias de días de semana y fines de semana frente a computador, videojuegos, teléfono celular, televisión, tiempo sentado.
- IPAQ: cuestionario internacional de actividad física, utilizado para obtener estimaciones comparables de la actividad física en relación con la salud. Existen dos versiones de este cuestionario, una versión extensa, que tiene cinco objetivos de actividad evaluados de manera independiente y la versión corta, que fue utilizada en esta investigación, consta de siete preguntas que hacen referencia a la actividad física realizada durante los últimos siete días haciendo énfasis en actividades que se realizaron de manera vigorosa y durante diez minutos consecutivos o superior a este tiempo.

- Frecuencia de consumo de alimentos: tomado de la investigación; Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos basado en un sistema de intercambio. En donde se elaboró un cuestionario de alimentos basado en un sistema de intercambio de 19 grupos de alimentos, se realizó el recuento de acuerdo con el consumo de alimentos diarios, semanal (65).

4.8 Aspectos éticos

De acuerdo con la resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 en su artículo 11, este estudio, es considerado una investigación sin riesgo debido a que los métodos de recolección de datos fueron aplicación de cuestionarios, entrevistas telefónicas, los cuales no representan daños inmediatos o tardíos para los individuos. El consentimiento informado leído por medio telefónico, además se explicó el objetivo principal de la investigación resaltando que los datos suministrados no tendrían otro fin diferente al educativo e investigado salvaguardando su identidad, asimismo se explicó que sus datos serían codificados para mayor confidencialidad. En el apartado de anexo se adjunta el acta de aprobación del comité de ética de la clínica.

4.9 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de la información recolectada, se organizó en el programa informático desarrollado por Microsoft Excel office. Y luego se procedió a utilizar un software apto para el análisis de la información organizada. A través del paquete estadístico SPSS versión 24.0 licencia de la Universidad Simón Bolívar, se asumió una significancia de 0,5 y se realizó la prueba de χ^2 . Aquellas variables categóricas fueron analizadas a través de frecuencias absolutas y las variables no categóricas por desviación estándar y medias.

5. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se muestran a continuación en el orden del desarrollo de los objetivos específicos propuestos.

5.1 Características sociodemográficas.

Se realizó la clasificación según el diagnóstico médico. Encontrando que la mayor población de participantes se encuentra en el grupo de pacientes con diagnóstico de LES (46%), seguido de pacientes con daño renal activo DRA (31,9%) y en menor proporción pacientes con daño renal en remisión (22,1%) (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnóstico

DIAGNÓSTICO	N	%
LES	52	46
LES DAÑO RENAL ACTIVO	36	31,9
LES DAÑO RENAL INACTIVO	25	22,1
TOTAL	113	100

Fuente: Autor

Para las características sociodemográficas la población más notoria es la del sexo femenino con diagnóstico de LES (40,71%) y una población menor para el sexo masculino con LES. Además, la mayor parte de los participantes se ubica en el rango de edad entre 18 y 49 años, siendo mayor en los pacientes con LES, solo el 14,16% de los pacientes con LES pertenece a los cursos de vida de adultez madura y adulto mayor (50 años o más).

También, el grupo de pacientes con nivel educativo bajo son los participantes con LES, seguido de los pacientes con DRA, solo el 15,04% de los pacientes con LES tiene un nivel educativo alto (pregrado-posgrado).

Por otra parte, el 28,32% de los encuestados con LES se encuentra en estado civil casado o unión libre y el 9,73% para el grupo de DRR en estado civil soltero, es importante resaltar que en el estudio no hubo personas que declararan estado civil de viudez.

El 32,74% de los participantes con LES viven en casas y el 7,08% de los participantes con DRR en apartamento; el 4,42% de personas con DRA no cuenta con servicios públicos completos, y el 44,25% se ubica en el estrato socioeconómico bajo para el grupo de pacientes con LES.

Además, el 16,81% de los participantes del grupo de LES tienen un empleo formal y el 23,89% de los pacientes con DRA no cuentan con empleo. Los pacientes con DRA y LES mostraron en un 1,77% no tener creencias religiosas. Y solo el 1,77% de personas con LES afirman no tener una red de apoyo familiar que soporte en el aspecto emocional su situación médica.

El régimen de salud más usado es el subsidiado con 24,78% para LES, 12,39% para el grupo de DRA y 10,62% en pacientes con DRR. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos. Los datos anteriormente mencionados se expresan en la tabla 4.

Tabla 4. Características sociodemográficas

SEXO					
DX	MASCULINO		FEMENINO		p value
	N	%	N	%	
					0,836
LES	6	5,31	46	40,71	
DRA	3	2,65	33	29,2	
DRR	2	1,77	23	20,35	
RANGO DE EDAD					
	50 AÑOS O MAS		18-49 AÑOS		p value
	N	%	N	%	
					0,315
LES	16	14,16	36	31,86	
DRA	6	5,31	30	26,55	
DRR	7	6,19	18	15,93	
NIVEL EDUCATIVO					
	BAJO		ALTO		p value
	N	%	N	%	
					0,163
LES	35	30,97	17	15,04	
DRA	30	26,55	6	5,31	
DRR	16	14,16	9	7,96	
ESTADO CIVIL					
	CON PAREJA		SIN PAREJA		p value
	N	%	N	%	
					0,705
LES	32	28,32	20	17,70	
DRA	19	16,81	17	15,04	
DRR	14	12,39	11	9,73	
VIVIENDA					
	APTO		CASA		p value
	N	%	N	%	
					0,612
LES	15	13,27	37	32,74	
DRA	14	12,39	22	19,47	
DRR	8	7,08	17	15,04	
SERVICIOS PÚBLICOS					
	SI		NO		p value
	N	%	N	%	
					0,410
LES	49	43,36	3	2,65	
DRA	31	27,43	5	4,42	
DRR	22	19,47	3	2,65	
E. SOCIOECONÓMICO					

	BAJO		ALTO		p value
	N	%	N	%	
LES	50	44,25	2	1,77	0,956
DRA	35	30,97	1	0,88	
DRR	24	21,24	1	0,88	
TRABAJO					
	SI		NO		p value
	N	%	N	%	
LES	19	16,81	33	29,20	0,261
DRA	9	7,96	27	23,89	
DRR	5	4,42	20	17,70	
CREENCIAS RELIGIOSAS					
	NO		SI		p value
	N	%	N	%	
LES	2	1,77	50	44,25	0,507
DRA	2	1,77	34	30,09	
DRR	0	0	25	22,12	
RED DE APOYO					
	NO		SI		p value
	N	%	N	%	
LES	2	1,77	50	44,25	0,303
DRA	0	0	36	31,86	
DRR	0	0	25	22,12	
REGIMEN DE SALUD					
	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO		p value
	N	%	N	%	
LES	28	24,78	24	21,24	0,385
DRA	14	12,39	22	19,47	
DRR	12	10,62	13	11,50	

$\chi^2 p > 0,05$

Fuente: Autor

5.2 Clasificación del estado nutricional según el IMC

Se realizó el cálculo de índice de masa corporal de acuerdo con los datos suministrados por los pacientes. Los pacientes con LES son quienes presentan con mayor porcentaje en la clasificación de normalidad (23,01%), seguido de los pacientes con DRA. Asimismo, solo el 3,53% de los pacientes con LES tienen diagnóstico de delgadez y el igual proporción para los pacientes con DRA y DRR. Los participantes con DRR, son quienes presentan mayor porcentaje en la clasificación de sobrepeso (12,39%) y los pacientes con LES son los que tienen mayor prevalencia de obesidad I. Encontrando diferencias significativas entre los grupos (Tabla 5).

Tabla 5. Clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL													
DX	DELGADEZ		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		OBESIDAD I		OBESIDAD II		p value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
LES	4	3,53	26	23,01	11	9,73	1	0,88	8	7,08	2	1,77	0,035
DRA	3	2,65	21	18,58	6	5,31	2	1,77	2	1,77	2	1,77	
DRR	3	2,65	7	6,195	14	12,39	0	0	1	0,88	0	0,00	

$\chi^2 p < 0,05$

Fuente: Autor

5.3 Estilo de vida.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali Colombia.

En la tabla 6, se observan los resultados del puntaje general, para el grupo con diagnóstico de LES, el 33,6% muestra un estilo de vida (EV) poco saludable, seguido del 12,4% con un EV saludable.

Para los pacientes con DRA, el 27,4% tiene un estilo de vida poco saludable y el 4,4% saludable. Además, para los pacientes con DRR el 1,8% se ubica en la clasificación de EV no saludable, seguido del 2,7% con EV saludable y el 17,7% con EV poco saludable. Con diferencias significativas entre grupos. Es importante resaltar que no se encontraron sujetos en la clasificación de estilo de vida muy saludable.

Tabla 6. Estilos de vida

DX	ESTILO DE VIDA	N	%	p value
LES	POCO SALUDABLE	38	33,6	0,036
	SALUDABLE	14	12,4	
DRA	POCO SALUDABLE	31	27,4	
	SALUDABLE	5	4,4	
DRR	NO SALUDABLE	2	1,8	
	POCO SALUDABLE	20	17,7	
	SALUDABLE	3	2,7	
TOTAL		113	100	

$\chi^2 p < 0,05$

Fuente: Autor

5.4 Prácticas y creencias sobre estilos de vida.

En la tabla 7, se observa que los pacientes con daño renal inactivo tienen una creencia muy alta frente a la dimensión de CAFD, (72%), en cambio los pacientes con LES muestran para igual categoría un porcentaje menor (63,5%). Es importante resaltar que los grupos de pacientes no tuvieron creencias muy bajas o bajas frente a esta dimensión.

Para la RMTL, los pacientes con daño renal activo mostraron una creencia alta frente a esta dimensión (83,3%), en cambio para los pacientes con daño renal inactivo se evidencia una creencia baja en un (8%).

Por otra parte, para la dimensión AUTOMD, el 59,6% de los pacientes con LES mostró una creencia alta, el 61,1% para los pacientes con daño renal activo y 72% para los pacientes con daño renal inactivo.

En relación con los HAL, el 65,4% de los pacientes con LES expresó una creencia baja, para esta misma dimensión los pacientes con daño renal activo también presentan una creencia baja con el 75%. Y 68% para los pacientes con daño renal en remisión.

Frente a la dimensión CALCYD, los pacientes con LES presentaron una creencia baja (46,2%), en segundo lugar, los pacientes con daño renal activo y por último los pacientes con daño renal en remisión. Asimismo, para la dimensión S, el 61,5% de los

pacientes con LES tiene una creencia alta, en pacientes con daño renal activo se muestra una creencia alta de 50% y en aquellos con daño renal en remisión con 48%. Sin diferencias significativas entre grupos.

Tabla 7. Creencias y diagnóstico

DX	DIMENSIONES-CREENCIAS	MUY BAJO		BAJO		ALTO		MUY ALTO		P value
		N	%	N	%	N	%	N	%	
LES	CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	0	0	0	0	19	36,5	33	63,5	0,758
DRA		0	0	0	0	12	33,3	24	66,7	
DRR		0	0	0	0	7	28	18	72	
LES	RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	0	0	4	7,7	39	75	9	17,3	0,802
DRA		0	0	1	2,8	30	83,3	5	13,9	
DRR		0	0	2	8	18	72	5	20	
LES	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	0	0	20	38,5	31	59,6	1	1,9	0,315
DRA		0	0	11	30,6	22	61,1	3	8,3	
DRR		0	0	7	28	18	72	0	0	
LES	HÁBITOS ALIMENTICIOS	8	15,4	34	65,4	9	17,3	1	1,9	0,808
DRA		6	16,7	27	75	3	8,3	0	0	
DRR		5	20	17	68	3	12	0	0	
LES	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	8	15,4	24	46,2	19	36,5	1	1,9	0,145
DRA		1	2,8	25	69,4	10	27,8	0	0	
DRR		3	12	17	68	4	16	1	4	
LES	SUEÑO	3	5,8	13	25	32	61,5	4	7,7	0,585
DRA		1	2,8	13	36,1	18	50	4	11,1	
DRR		0	0	9	36	12	48	4	16	

$\chi^2 p > 0,05$

Fuente: Autor

En la tabla 8, se muestran las prácticas frente a los grupos de diagnóstico de la enfermedad. Los pacientes con LES tienen una práctica no saludable para la dimensión de CAFYD, en igual categoría se encuentran los pacientes con daño renal activo (61,1%) y los pacientes con daño renal en remisión muestran igual práctica (48%). En la dimensión RMTL; los pacientes con LES presentan una práctica saludable (51,9%), para los pacientes con DRA 44,4% y para los pacientes con DRR con 48%. En cuanto a AUTOMD, los pacientes con LES el 55,8% muestra prácticas saludables,

el 66,7% para pacientes con DRA y 56% para aquellos con diagnóstico DRR en igual clasificación de práctica.

Para la dimensión HAL los participantes con LES expresan una práctica poco saludable ubicándose en igual categoría con 75% los pacientes con DRA y el 80% para quienes tienen diagnóstico de DRR. En la dimensión CALCYD quienes tienen diagnóstico de LES muestran una práctica poco saludable al igual que los pacientes con daño renal activo. En cambio, el grupo de pacientes con DRR expresan prácticas no saludables. Finalmente, para la dimensión de S, los pacientes con LES tienen prácticas poco saludables el 72,2% para el grupo de DRA y 68% en personas con DRR. No se hallaron diferencias significativas entre grupos.

Tabla 8. Diagnóstico y prácticas

DX	DIMENSIONES-PRÁCTICAS	NO SALUDABLE		POCO SALUDABLE		SALUDABLE		MUY SALUDABLE		P value
		N	%	N	%	N	%	N	%	
LES	CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	27	51,9	19	36,5	4	7,7	2	3,8	0,651
DRA		22	61,1	13	36,1	1	2,8	0	0	
DRR		12	48	11	44	2	8	0	0	
LES	RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	2	3,8	14	26,9	27	51,9	9	17,3	0,847
DRA		4	11,1	9	25	16	44,4	7	19,4	
DRR		1	4	8	32	12	48	4	16	
LES	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	0	0	23	44,2	29	55,8	0	0	0,551
DRA		0	0	12	33,3	24	66,7	0	0	
DRR		0	0	11	44	14	56	0	0	
LES	HÁBITOS ALIMENTICIOS	0	0	41	78,8	11	21,2	0	0	0,699
DRA		1	2,8	27	75	8	22,2	0	0	
DRR		1	4	20	80	4	16	0	0	
LES	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	19	36,5	32	61,5	1	1,9	0	0	0,319
DRA		16	44,4	20	55,6	0	0	0	0	
DRR		15	60	10	40	0	0	0	0	
LES	SUEÑO	1	1,9	32	61,5	19	36,5	0	0	0,117
DRA		0	0	26	72,2	8	22,2	2	5,6	
DRR		2	8	17	68	6	24	0	0	

$\chi^2 p > 0,05$

Fuente: Autor

5.5 Intención hacia la actividad física.

Realizando la relación entre etapas de cambio y los grupos diagnósticos, el mayor porcentaje de pacientes de LES, se encuentran en la etapa de contemplación con 30,8%, seguido de la etapa de preparación con 21,2%. Guardando relación en la etapa de contemplación con 41,7% se encuentran los pacientes con DRA. En cambio, los pacientes con DRR se sitúan mayormente en la etapa de pre-contemplación y en el mismo porcentaje para la etapa de mantenimiento. (Tabla 9). Con diferencias significativas entre grupos.

Tabla 9. Diagnóstico y etapas de cambio

DX	PRE CONTEMPLACIÓN		CONTEMPLACIÓN		PREPARACIÓN		ACCIÓN		MANTENIMIENTO		RECAÍDA		P value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
LES	3	5,8	16	30,8	11	21,2	5	9,6	7	13,5	10	19,2	0,048
DRA	7	19,4	15	41,7	5	13,9	4	11,1	3	8,3	2	5,6	
DRR	6	24	4	16	3	12	5	20	6	24	1	4	

$\chi^2 p < 0,05$

Fuente: Autor

5.6 Comportamiento sedentario.

En cuanto a la relación del comportamiento sedentario VS diagnóstico de la enfermedad, en la tabla 10, se observa que los pacientes con daño renal inactivo son aquellos que pasan más tiempo frente a las pantallas de televisión, que aquellos sujetos con diagnóstico de LES.

El tiempo diario gastado en el uso de teléfono celular fue mayor en los pacientes con LES con una media de 240 minutos, seguido de los pacientes con daño renal activo con una media de 237,3 minutos. Por otra parte, los pacientes con LES utilizan más su tiempo en el uso de computadora con una media de 133,9 minutos. en cambio, los pacientes con daños renal inactivo son quienes utilizan menos la computadora con una media de 93,6 minutos.

Además, los pacientes con LES gastan más tiempo sentados con una media de 369,2 minutos al día. Seguido de los pacientes con daño renal activo con una media de 360 minutos. No se encontraron diferencias significativas entre grupos.

Tabla 10. Comportamiento sedentario y diagnóstico

DX	TV			CELULAR			PC			SENTADO		
	MEDIA	DESV. EST	<i>p</i> value	MEDIA	DESV. EST	<i>p</i> value	MEDIA	DESV. EST	<i>p</i> value	MEDIA	DESV. EST	P value
LES	188,1	165,5	0,310	240	248,1	0,64	133,9	215,7	0,182	369,2	189,9	0,528
DRA	220	173,3		237,3	194,3		110,3	205,4		360	162,3	
DRR	230,4	211,2		175,2	204,9		93,6	169,78		348	215,6	

$\chi^2 p > 0,05$

Fuente: Autor

5.7 Actividad física.

La relación entre el diagnóstico y la actividad física, como se describe en la tabla 11, el 50% de los pacientes con LES se encuentra en el nivel inactivo, seguido del 26,9% con un nivel de AF bajo, 5,8% en el nivel medio y solo el 17,3% correspondiente a 9 pacientes cumplen con las recomendaciones de AF en un nivel alto.

En el grupo de personas con DRA, el 61,1% se ubica en el nivel inactivo, 19,4% para el nivel bajo y solo el 8,3% tiene un nivel alto de AF. Asimismo, el 40% de los pacientes con DRR también se ubican con el mayor porcentaje en el nivel de inactividad con 40%, seguido del 28% con un nivel bajo y 16% para los niveles medio y alto. Sin diferencia significativa entre grupos.

Tabla 11. Actividad física y diagnóstico

DX	INACTIVO		BAJO		MEDIO		ALTO		P value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
LES	26	50	14	26,9	3	5,8	9	17,3	0,527
DRA	22	61,1	7	19,4	4	11,1	3	8,3	
DRR	10	40	7	28	4	16	4	16	

$\chi^2 p > 0,05$

Fuente: Autor

5.8 Ingesta alimentaria semanal.

En la tabla 12. Se expresa el consumo semanal de alimentos frente al diagnóstico. Los pacientes con LES tienen mayor consumo de lácteos enteros (5,88) que de lácteos semidescremados o deslactosados (2,04), contrario a los pacientes con DRA donde la media del consumo de lácteos semidescremados es mayor que el consumo de lácteos enteros 1,86 y 2,25 respectivamente, siendo los resultados de este grupo congruentes con el de los pacientes con DRR.

En cuanto al consumo de pescado, para los pacientes con LES, presentan un mayor consumo de pescado blanco (2,29) que de pescado azul (0,17), los pacientes con DRA, tienen un menor consumo de pescado blanco carnes magras y para el grupo de

DRR el consumo de pescado blanco se ubica en una media de 2,84 guardando relación con los pacientes de LES.

Para el grupo de personas con diagnóstico de LES el consumo de fruta es menor (3,69) que el consumo de verduras (4,6), en el grupo de DRA la media fue de 4,22 para frutas y 4,83 para verduras; en cambio en el grupo de DRR, la frecuencia de consumo de verduras es mayor que el consumo de frutas.

Frente al consumo de cereales refinados y azúcares, para los grupos de LES y DRA el consumo de azúcares simples fue mayor que el consumo de cereales refinados pero contrario a lo evidenciado en el grupo de DRR, donde el consumo de cereales refinados fue mayor que el consumo de azúcares simples.

Tabla 12. Frecuencia semanal de consumo de alimentos y diagnóstico

DX	ALIMENTO	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	P value
LES	LÁCTEOS	0	6	5,88	0,832	0,288
DRA		0	7	1,86	2,609	
DRR		0	7	1,56	2,238	
LES	SEMISDC	0	7	2,04	2,589	0,828
DRA		0	7	2,25	2,687	
DRR		0	7	2,16	2,561	
LES	HUEVO	0	7	3,06	1,893	0,769
DRA		0	7	3,53	1,797	
DRR		1	7	3,08	1,579	
LES	CARNE MAGRA	0	7	2,77	1,967	0,115
DRA		0	6	3,61	2,101	
DRR		0	7	3,32	2,015	
LES	CARNE GRASA	0	7	0,71	1,446	0,578
DRA		0	7	0,33	1,219	
DRR		0	2	0,28	0,614	
LES	PESCADO BLANCO	0	7	2,29	1,73	0,239
DRA		0	6	1,97	1,483	
DRR		1	6	2,84	1,546	
LES	PESCADO AZUL	0	3	0,17	0,585	0,893
DRA		0	2	0,08	0,368	
DRR		0	1	0,04	0,2	
LES	VERDURAS	0	7	4,6	2,144	0,179

DRA		0	7	4,83	1,92	
DRR		2	7	5,6	1,633	
LES	FRUTA	0	7	3,69	2,21	0,793
DRA		0	7	4,22	2,244	
DRR		0	7	4,04	2,208	
LES	FRUTOS SECOS	0	7	1,1	1,796	0,542
DRA		0	7	0,86	1,823	
DRR		0	6	0,64	1,524	
LES	LEGUMBRES	0	7	2,58	2,052	0,281
DRA		0	7	2,33	1,773	
DRR		0	6	2,6	1,472	
LES	ACEITE OLIVA	0	7	1,67	2,587	0,436
DRA		0	7	1,83	2,657	
DRR		0	7	1,64	2,378	
LES	OTRAS GRASAS	0	7	4,17	2,955	0,503
DRA		0	7	4,81	3,069	
DRR		0	7	5,08	2,798	
LES	CEREALES REFINADOS	0	7	3,46	3	0,244
DRA		0	7	4,92	2,623	
DRR		0	7	5,12	2,743	
LES	CEREALES INTEGRALES	0	7	1,4	1,785	0,55
DRA		0	6	0,92	1,422	
DRR		0	7	1,44	2,002	
LES	REPOSTERIA INDUSTRIAL	0	7	1,21	1,525	0,901
DRA		0	7	1,08	1,779	
DRR		0	7	1,32	1,676	
LES	AZÚCAR	0	7	3,94	2,689	0,206
DRA		0	7	5,11	2,561	
DRR		0	7	3,96	2,3	
LES	ALCOHOL	0	5	0,15	0,751	0,095*
DRA		0	1	0,14	0,351	
DRR		0	3	0,12	0,6	

$\chi^2 p > 0,05$

Fuente: Autor

5.9 Ingesta diaria de agua.

En la Tabla 13. Se muestra en consumo de agua por día frente al diagnóstico. Los participantes con LES son quienes tienen mayor consumo diario de agua, seguido de los pacientes con DRR y el grupo de DRA tiene el menor consumo diario. Sin diferencias significativas entre grupos.

Tabla 13. Frecuencia diaria de consumo de agua y diagnóstico

DX	ALIMENTO	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	P value
LES	AGUA	1	7	5,1	2,277	0,255
DRA		1	7	4,72	2,106	
DRR		0	7	5,04	2,263	

$\chi^2 p > 0,05$

Fuente: Autor

6. DISCUSIÓN

En Colombia, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) que pertenece al Ministerio de Salud y Protección Social, es el ente encargado de almacenar la información epidemiológica de los ciudadanos, en el estudio realizado por Ávila *et al.*, 2018, en donde tuvieron acceso a la base de datos epidemiológica del país, describiendo una prevalencia para el LES de 8,77 sujetos por cada 10,000 habitantes, situando en primer lugar a la ciudad de Bogotá con 13,747 casos por cada 10,000 habitantes en segundo lugar el departamento de Antioquia con 9,893 casos por cada 10,000 habitantes y el Valle del Cauca con 6,020 casos por cada 10,000 habitantes; Por otra parte el departamento del Atlántico presentó una prevalencia de 2,277 casos por cada 10,000 habitantes reportados ubicándose en la décima posición (8). La población del Atlántico tiene una prevalencia significativa del diagnóstico de la enfermedad, cabe anotar que los pacientes participantes en este estudio residen todos en la región Caribe.

A diferencia de la investigación realizada por Ávila *et al.*, 2018 en donde no se realizó clasificación por diagnóstico secundario, en el presente se describen de forma detallada la ausencia o presencia de daño renal activo o en remisión en los pacientes con diagnóstico de lupus, ver **tabla 3**.

En contraste el trabajo de Caballero *et al.*, 1997; quienes estudiaron a 79 pacientes, realizando la clasificación diagnóstica de las características clínicas de los pacientes con LES, encontrando que 56,9% tenía marcadores de daño renal (66), en este trabajo el grupo que tenía marcadores de daño renal activo correspondió al 31,9% como se muestra en la **tabla 3**.

Asimismo, Gaviria *et al.*, 2018, realizó la evaluación de las características sociodemográficas de los pacientes con nefritis lúpica en la ciudad de Barranquilla (9), encontrando que el 96% de los pacientes eran de sexo femenino, en edades entre 21 y más de 46 años, siendo mayor la población en el rango entre 34 a 45 años con 27,3%, estos datos similares a los encontrados en esta investigación en donde el sexo predominante fue el femenino y el rango de edad mayor fue de 18-49 años y de estos el 40,71% pertenecen al grupo de LES y 29,2% al grupo de DRA.

En cuanto al estado civil el 50% de los pacientes estudiados por Gaviria *et al.*, 2018, se encontraban en estado civil casado, en comparación con los de este estudio, resultan muy similares, el 57,5% se encuentran en estado civil casado o en unión libre discriminado en 28,32% para LES, 16,81% DRA y 12,39% en DRR.

En otro trabajo, Londoño *et al.*, 2018, describió en 6,528 encuestados en el cual la ciudad de Barranquilla participó con 746 personas; que el 6,3% no tenía creencias religiosas, el 9,2% refirió tener nivel educativo profesional y el 34,6% utiliza servicios médicos del régimen de salud subsidiado(67); datos que se relacionan de manera significativa con los resultados de este estudio como se muestra en la **tabla 4**. Asimismo, los autores señalan que en su estudio se evidenció la presencia de obesidad en un 8% siendo los de esta investigación un porcentaje mayor del 15,9%, distribuidos en los tres grupos, en donde el 7,08% de los pacientes con LES tienen obesidad I y 1,77% en igual clasificación para el grupo de pacientes con DRA. En cuanto a la delgadez, el 3,54% de los pacientes con LES presentan esta clasificación (**tabla 5**). Por otra parte, también Rodríguez *et al.*, 2018, en su estudio de estado nutricional en pacientes con LES evaluó a 81 sujetos de los cuales 20,9% presentaron obesidad y 0% delgadez (68), este último es contrario a lo evaluado en la presente investigación. El estado nutricional de estos pacientes podría estar generando cambios significativos en el desarrollo de su enfermedad lo cual resulta importante que los pacientes mantengan un seguimiento médico-nutricional y contribuir al retraso de aparición de ENT.

En la presente investigación, se determinó a través de la aplicación del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, que la población estudio mostró una clasificación de estilo de vida poco saludables y saludables para el grupo de LES, en igual clasificación se encuentra el grupo de DRA, pero para el grupo de DRR se encontraron sujetos con EV no saludable, poco saludable y saludable; no se encontraron sujetos que se situaran en la clasificación de muy saludable (**tabla 6**), estos resultados difieren del estudio de Ponce *et al.*, 2016, quienes utilizaron igual instrumento de medición para estilo de vida, prácticas y creencias en trabajadores de una universidad peruana, tampoco encontraron personas con estilos de vida muy saludables (69). Además, para la dimensión de *condición, actividad física y deporte* los

trabajadores presentaron prácticas poco saludables siendo más notorio entre edades de 35-59 años, pero con una creencia alta, lo cual no es congruente con el presente trabajo debido a que la población de este estudio (LES-DRA-DRR) muestra tendencia hacia una práctica de la dimensión CAFYD no saludable y con una mayor inclinación hacia una creencia muy alta como se observa en las **tablas 7 y 8**.

Rodriguez Huerta *et al* 2016, en su revisión sistemática muestra que el consumo de tabaco incrementa la actividad de la enfermedad (70), la creencia de esta población es baja (**tabla 7**) pero con prácticas poco saludables y no saludables frente a esta dimensión.

Al respecto, en el estudio realizado por Lemos *et al.*, 2019, evidencio que las personas cuando conocen que tienen diagnóstico de una enfermedad crónica empiezan a realizar cambios en su estilo de vida como prevención de consecuencias negativas producidas por la enfermedad (58). En comparación con los resultados de este estudio, no son congruentes, debido a que los pacientes con DRA presentan prácticas poco saludables en cuanto hábitos alimentarios y sueño, en las dimensiones de recreación y manejo del tiempo libre y autocuidado-cuidado médico muestran una práctica saludable. En cambio, para la condición, actividad física y deporte tienen prácticas no saludables. (**tabla 8**).

Por otra parte, Se realizó la medición de la intención hacia la actividad física de los sujetos de esta investigación, los cuales se encuentran en la fase de contemplación y acción como se muestra en la **tabla 9**. Comparado con el estudio realizado por Guzmán *et al.*, 2011, el 34% de los sujetos se encontraba en etapa de mantenimiento seguido de la etapa de acción 18,9% y pre-contemplación 15,1%(71), siendo valores muy cercanos del presente estudio para la última etapa mencionada. Además, en el estudio de Herazo *et al.*, 2012, la población estudiada se concentró en la etapa de contemplación guardando similitud con los pacientes de DRA frente a la intención hacia la actividad física, seguido de la etapa de preparación para los pacientes con LES comparado con el estudio el autor antes mencionado representa el 22,9% (72) valores muy cercanos a los de esta investigación como se observa en la **tabla 9**.

Margiotta *et al.*, 2018, evaluó el tipo, el tiempo dedicado a la actividad física y el comportamiento sedentario mediante el cuestionario de actividad física IPAQ versión corta. Los resultados arrojados fueron, que el 60% de los pacientes con LES no cumplen con las recomendaciones de actividad física de la OMS, gastaron en promedio 180 minutos en actividades sedentarias y en el 25% de los pacientes el tiempo en actividad sedentaria fue de más de 6 horas (63), estos hallazgos son congruentes similares a los reportados en este trabajo, en cuanto al no cumplimiento de las recomendaciones de actividad física (**tabla 10**) debido a que el 51,3% de la población no realiza actividad física solo el 14,2% cumple con las recomendaciones de actividad física. Además, en promedio, los pacientes gastan alrededor de 15 horas en actividades sedentarias (**tabla 10**), lo que indica un resultado desfavorable debido a que los pacientes de este estudio gastan más horas en actividades sedentarias que los pacientes del estudio de Margiotta *et al.* 2018.

En cuanto al comportamiento sedentario VS diagnóstico, los pacientes con DRR gastan más tiempo frente a pantallas de televisión comparado con los pacientes de LES que pasan más horas al día utilizando su teléfono celular y la computadora en contraste con los pacientes con daño renal activo tienen una media alta de tiempo sentado durante el día (**tabla 10**) dato que concuerda con el plasmado en el estudio de Margiotta *et al.* 2018.

Asimismo, Pinto *et al.* 2017, en su revisión sistemática indica que los pacientes que desarrollan enfermedades reumáticas gastan una gran parte de su tiempo en actividades sedentarias y no cumplen con las recomendaciones diarias de actividad física (73).

Ayán *et al.*, 2018; reportan que para los pacientes con LES realizar actividad física es beneficioso, ayuda a reducir los síntomas de fatiga (57); Asimismo, O'Dwyer *et al.*, 2017 elaboraron un metaanálisis en el cual indican que existe una relación positiva entre la práctica del ejercicio, actividad física y las enfermedades reumáticas. Además la práctica de la AF contribuye al aumento de la capacidad respiratoria y disminución de la fatiga y depresión (74). Por otra parte, Mei-Ling *et al.*, 2019 realizó un estudio controlado simple ciego, con asesoramiento en actividad física para mujeres con LES,

afirma que la calidad del sueño, el número de pasos caminados además de la salud mental tuvieron mejoras significativas (75). Todo lo anterior confirma los datos encontrados en esta investigación en cuanto al diagnóstico frente a la AF, los pacientes con mayor nivel de inactividad física son los aquellos que presenta daño renal activo como se muestra en la **tabla 11**.

Por otra parte, Batún *et al.*, 2016; en su estudio descriptivo encontró que el 31,4% de los sujetos presentaban un IMC mayor a 30 kg/m² (76); Además Navarro *et al.*, 2011; en su población estudio el 60% presentó obesidad o sobrepeso. Asimismo, según las correlaciones realizadas por los autores concluyeron que los pacientes con LES tienen más probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares (77). En contraste con lo hallado en esta investigación, el 48% de los pacientes con sobrepeso se encuentran en inactividad y solo el 13% de los pacientes con estado nutricional normal tiene un nivel alto de AF. Adicionalmente, los glucocorticoides, los fármacos más utilizados para el LES pacientes, tienen efectos adversos sobre la sensibilidad a la insulina y el metabolismo de la glucosa (81). Por lo tanto, los pacientes con LES pueden tener más probabilidades de sufrir estados de hiperglucemia que la población general (78), que en conjunto con los datos obtenidos en este trabajo que muestran alto nivel de sedentarismo y estilo de vida poco saludable favoreciendo estados de hiperglicemia que conduce a estrés oxidativo, que además resulta en inflamación, por las especies reactivas de oxígeno son una causa importante de muchas afecciones patológicas, lo cual podría contribuir a una mayor severidad del LES, como se aprecia en la **tabla 6**, en donde un mayor número de pacientes con estilos de vida saludables, no presentaban afectación renal.

Estudios realizados por Abad *et al.*, 2018; en la evaluación de la composición corporal y la ingesta alimentaria en adolescentes con LES realizó consejería nutricional en donde se evidenció que las participantes mejoraron su ingesta de carbohidratos y grasas, lo cual indica que una adecuada educación nutricional ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes (79). Asimismo, Tedeshi *et al.*, 2020; en su estudio de evaluación de riesgo de ser diagnosticado con LES de acuerdo con el tipo de dieta consumida, no encontró relación significativa en el desarrollo de la enfermedad en

pacientes con dieta prudente y occidental, pero esta última resultaba menos saludable (80).

Por otra parte, las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años (GABAS) indica que el consumo de lácteos debe ser de 24,5 intercambios semanal; teniendo en cuenta que un intercambio (INT) es definido como la cuantía de alimentos que pertenecen a un mismo grupo con un aporte muy cercano de macro y micronutrientes (81).

La ingesta de huevo, carnes, leguminosas y frutos secos a la semana debe ser de en promedio de 35 intercambios semanalmente, para mujeres el consumo de frutas y verduras debe ser de 28 intercambios y para hombres de 35 porciones. En esta investigación se encontró que los pacientes de LES tienen en promedio un consumo lácteos enteros de 5,88 INT, seguido del grupo DRA con 1,86 INT/Semana y DRR con 1,56 INT/Semana, comparado con el consumo de lácteos semidescremados la media más alta corresponde a los pacientes con DRA (2,25) para el mismo grupo el consumo de huevo (3,53). Los pacientes con DRR tienen mayor consumo de vegetales seguido de los pacientes con DRR. No existe relación entre las recomendaciones y la ingesta evaluada como se muestra en la **tabla 12**.

Por otra parte, referente al consumo diario de agua la revisión sistemática realizada por Salas *et al.*, 2020, se explica que la ingesta de líquido se encuentra determinada por el sexo, la edad, actividad física, estado de salud entre otras variables, pero también existen recomendaciones estimadas según el sexo y el grupo etario determinados por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) y las de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) los cuales indican que en promedio los adultos deberían consumir entre 2 y 2,5 litros de agua por día. (82), valores que distan de los resultados obtenidos en este estudio (**tabla 13**). Es importante resaltar que en esta población la ingesta de líquidos es subjetiva de acuerdo con la complicación patológica de la enfermedad, debido a que en algunas situaciones particulares el equipo interdisciplinario de atención recomienda valores restringidos del mismo.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, el autor realiza las siguientes conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones:

El LES es una patología multisistémica autoinmune que afecta predominante a la población femenina. quienes además en su mayoría no cuentan con un trabajo formal lo que afecta su estilo y calidad de vida.

La red de apoyo es una fuente importante para el estado emocional de estos pacientes. Teniendo en cuenta el puntaje general del instrumento aplicado para determinar las prácticas y creencias sobre estilos de vida los participantes no presentaron estilos de vida muy saludables; con prácticas poco saludables para los hábitos alimenticios y el sueño. Para la dimensión de CAFYD, los pacientes con LES, DRA, DRR tienen una práctica poco saludable pero una creencia alta y muy alta respectivamente. En la dimensión RMTL; los grupos presentaron una práctica saludable y unas creencias alta, no hubo diferencias entre grupos. En cuanto a la dimensión AUTOMD; todos los grupos mostraron unas prácticas saludables y unas creencias muy altas. En la dimensión HAL; no existió diferencias entre grupos, todos se encontraron en la categoría de prácticas poco saludables y creencias bajas. Lo que resulta relevante realizar un programa de educación nutricional. Asimismo, para la dimensión CALCYD; todos los grupos mostraron unas creencias bajas, pero en cuanto a las prácticas los grupos de LES y DRA presentan unas prácticas poco saludables y el grupo de DRR unas prácticas no saludables y en la dimensión S; todos los grupos presentación creencias altas, pero con prácticas poco saludables.

En la intención hacia la práctica de la actividad física los pacientes se encuentran mayormente en las etapas de pre-contemplación, contemplación y de preparación. Además, la población que cumple con las recomendaciones de AF, es baja con mayor prevalencia en los pacientes con DRA y aquellos pacientes clasificados en estado nutricional de delgadez y obesidad II son quienes tienen menores niveles de AF.

Los pacientes con DRA consumen más azúcares simples sin diferencias significativas en el consumo de frutas y verduras a pesar de que consumen más pescado blanco.

Para la población con LES, hay mayor consumo de lácteos enteros que de lácteos descremados, presentan mayor consumo de verduras en comparación con las frutas. No existe diferencia significativa en el consumo de cereales refinados y azúcares simples. En los pacientes con DRA, es mayor el consumo de lácteos descremados que de lácteos enteros, no se hallaron diferencias significativas en el consumo de frutas y verduras; en cambio presentan mayor consumo de azúcares simples que de cereales refinados. Además, en los pacientes con DRR, tienen mayor consumo de lácteos semidescremados comparado con el consumo de lácteos enteros, también se evidencia mayor consumo de pescado blanco, frutas y verduras, pero menor consumo de azúcares simples que de cereales refinados.

Para consumo de agua, los pacientes con DRA mostraron la media más baja de ingesta diaria y los pacientes con LES la ingesta más alta, pero sin diferencias muy significativas de los pacientes con DRR.

El estilo de vida, la actividad física y la alimentación si ejercen un papel relevante en el comportamiento de la enfermedad de estos pacientes.

Recomendaciones:

Lograr la búsqueda de mayor población masculina para que las comparaciones por sexo sean más equiparables.

Medir la composición corporal de los pacientes para brindarles un apoyo nutricional más eficiente.

Realizar estudios acerca de hábitos de sueño para determinar porque estos pacientes presentan malas prácticas de este.

Elaborar un programa de actividad física y educación para la realización de esta.

Ejecutar un programa de educación nutricional para la población que tiene diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico.

Proponer una guía clínica elaborada por un equipo multidisciplinario frente al consumo específico de líquidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moiso A, Maria de los Angeles Mestorino OAO. Fundamentos de Salud Pública. Univ Nac la Plata [Internet]. 2007;672. Available from: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo____.pdf?sequence=4
2. Camacho LSR. La vida es posible con lupus. Pontificia Universidad Javeriana. 2016.
3. Zamorano MAA. síndrome antifosfolípido y embarazo. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
4. Witjal Manuel Bermúdez Marrero, Yanelis Vizcaino Luna WABM. Lupus Eritematoso Sistemico. Rhumatol - Rev Int Rhumatol. 2017;7(2):129–34.
5. Peñaranda LFP. Nefropatía lúpica. Rev Colomb Nefrol. 2014;104–17.
6. Gustavo Aroca Martínez, María D. Vélez Verbel HJGT. Nefritis Lúpica. 2018;
7. Mesonero MDA. Lupus Eritematoso Sistémico. Epidemiología y presentación clínica en el Noroeste de España. 2017;272.
8. Fernández-Ávila DG, Rincón-Riaño DN, Bernal-Macías S, Gutiérrez Dávila JM, Rosselli D. Prevalencia y características demográficas del síndrome del Lupus Eritematoso Sistémico en Colombia, según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social. Reumatol Clínica. 2018;(August).
9. Gaviria-Garcia G, Maidana de Zarza A, Aroca-Martinez G. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con nefritis lúpica. Barranquilla, Colombia. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud. 2018;16(2):32–7.
10. Anaya JM, Cañas C, Mantilla RD, Pineda-Tamayo R, Tobón GJ, Herrera-Diaz C, et al. Lupus nephritis in colombians: Contrasts and comparisons with other populations. Clin Rev Allergy Immunol. 2011;40(3):199–207.
11. Suitman CM. Estilo de vida y factores de riesgo de enfermedades cardiovascular en choferes de camiones. 2015;
12. Ministerio de Protección Social IC del D. Documento técnico con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales , en la promoción de hábitos de vida saludable , con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica r. 2011.

13. Martínez XD, Hernández MAM, Bastias CM, Carreño AR, Retamal MC. Pausa activa como factor de cambio en actividad física en funcionarios públicos. *Rev Cuba Salud Publica*. 2011;37(3):306–16.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional. Ensin 2015. Society. 2018;
15. Briones AEI, Romero LLL. Tratamiento Nutricional En Pacientes Con Lupus Eritematoso Sistémico [Internet]. 2018. Available from: [http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4234/1/TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4234/1/TRATAMIENTO_NUTRICIONAL_EN_PACIENTES_CON_LUPUS_ERITEMATOSO_SISTEMICO.pdf)
16. OMS. ENT | Principales ENT y sus factores de riesgo. Who [Internet]. 2018; Available from: <http://www.who.int/ncds/introduction/es/>
17. Rodríguez Hernández R, Alberteris Rodríguez A, López Báster J, Diéguez Martínez M, Enrique P, Soca M, et al. Risk factors in patients suffering from systemic lupus erythematosus and abdominal obesity in Holguín, Cuba. *Ccm* [Internet]. 2017;(4):1152–73. Available from: <http://www.who.int/ncds/introduction/es/>
18. Cabrera JS. Estilos De Vida Saludables : Un Derecho Fundamental En La Vida del ser humano. 2015;26(2):37–51.
19. UNIT HE. LIFE-STYLES AND HEALTH. PERGAMON Press LTD. 1986;22(2):117–224.
20. Guerrero Montoya LR, León Salazar AR. Lifestyle and Good Health. *Educere* [Internet]. 2010;14(48):13–9. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
21. Sánchez E de la C, Ortega JP. Estilo de vida relacionado con la salud. *BMC Public Health* [Internet]. 2017;5(1):1–8. Available from: <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>
22. Vallejo Alviter NG, Martínez Moctezuma E. Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. *Drugs Addict Behav*.

2017;2(2):225.

23. Kattia Hidalgo NP de E del M. Hábitos alimentarios saludables [Internet]. 2012. p. 19–22. Available from: <https://www.mep.go.cr/noticias/habitos-alimentarios-saludables>
24. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario , actividad física y salud Actividad física. Act Física [Internet]. 2016;2–3. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
25. Organization WH. Who guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020. 30–42 p.
26. Pulgar Muñoz S, Fernández-Luna A. Práctica de actividad física, consumo de tabaco y alcohol y sus efectos en la salud respiratoria de los jóvenes universitarios. Retos Nuevas Perspect Educ Física, Deport y Recreación [Internet]. 2019;2041(35):130–5. Available from: <http://stcproxy.han.nl/han/hanquest/search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=133777806&lang=nl&site=eds-live&scope=site>
27. Lavie CJ, Laddu D, Arena R, Ortega FB, Alpert MA, Kushner RF. Peso saludable y prevención de la obesidad. J Am Coll Cardiol. 2019;72:65–87.
28. Barahona N, Rodriguez M, De Moya Y. Importancia De La Vigilancia Epidemiológica En El Control De Las Infecciones Asociadas a La Atención En Salud. Biociencias. 2019;14(1):79–96.
29. OMS. ¿Cómo lavarse las manos? [Internet]. 2013. p. 1–34. Available from: https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1
30. Moral Moreno L. Teorías y modelos que explican y promueven la práctica de actividad física en niños y adolescentes. Educ y Futur Rev Investig Apl y Exp Educ. 2017;(36):177–208.
31. Martha Frías-Armenta AEL-E, Díaz-Méndez SG. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Estud Psicol [Internet]. 2003;8(1):15–24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17231.pdf>
32. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. Annu Rev Public Health.

2006;27:297–322.

33. Bowles T V. The adaptive change model: An advance on the transtheoretical model of change. *J Psychol Interdiscip Appl*. 2006;140(5):439–57.
34. Regalado Pezúa O, Guerrero Medina CA, Montalvo Corzo RF. Una aplicación de la teoría del comportamiento planificado al segmento masculino latinoamericano de productos de cuidado personal. *Rev EAN*. 2017;(83):141–63.
35. Panadero E, Alonso-Tapia J. Teorías de autorregulación educativa: una comparación y reflexión teórica. *Psicol Educ [Internet]*. 2014;20(1):11–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2014.05.002>
36. Leyton, M.; Batista, M.; Lobato, S. y Jiménez R. Validación Del Cuestionario Del Modelo Transteórico Del Cambio De Ejercicio Físico. 2019;19:329–50.
37. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):1–17.
38. Fu SM, Gaskin F. History of systemic lupus erythematosus with an emphasis on certain recent major issues [Internet]. Second Edi. *Systemic Lupus Erythematosus*. Elsevier Inc.; 2020. 3–8 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-814551-7/00001-5>
39. Tsokos GC. Autoimmunity and organ damage in systemic lupus erythematosus. *Nat Immunol [Internet]*. 2020;21(6):605–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41590-020-0677-6>
40. Nie M, Chen G, Zhao C, Gan J, Alip M, Zhao Y, et al. Bio-inspired adhesive porous particles with human MSCs encapsulation for systemic lupus erythematosus treatment. *Bioact Mater [Internet]*. 2020;6(1):84–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bioactmat.2020.07.018>
41. Restrepo AM, Osorio VV, Garcia A, Bolaños Martínez IA. Uso de métodos anticonceptivos en pacientes con lupus eritematoso sistémico : Una revisión de evidencia para Colombia. *Salut Sci Spiritus*. 2020;6(1):58–66.
42. He J, Ma J, Ren B, Liu A. Advances in systemic lupus erythematosus pathogenesis via mTOR signaling pathway. *Semin Arthritis Rheum [Internet]*.

2020;50(2):314–20.

Available

from:

<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2019.09.022>

43. DeQuattro K, Yelin E. Socioeconomic Status, Health Care, and Outcomes in Systemic Lupus Erythematosus. *Rheum Dis Clin N Am*. 2020;46(12):639–49.
44. Peschken CA. Health Disparities in Systemic Lupus Erythematosus. *Rheum Dis Clin N Am*. 2020;46:673–6830.
45. Sazliyana S, Gordon C. Constitutional symptoms and fatigue in systemic lupus erythematosus [Internet]. Second Edi. *Systemic Lupus Erythematosus*. Elsevier Inc.; 2020. 351–359 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-814551-7/00039-8>
46. Islabão AG, Mota LMH, Ribeiro MCM, Arabi TM, Cividatti GN, Queiroz LB, et al. Childhood-onset systemic lupus erythematosus-related antiphospholipid syndrome: A multicenter study with 1519 patients. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2020;102693. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102693>
47. Morand EF, Furie R, Tanaka Y, Bruce IN, Askanase AD, Richez C, et al. Trial of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med*. 2020;382(3):211–21.
48. Allen ME, Rus V, Szeto GL. Leveraging Heterogeneity in Systemic Lupus Erythematosus for New Therapies. *Trends Mol Med* [Internet]. 2020;1–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2020.09.009>
49. Narváez J. Review: Systemic lupus erythematosus 2020. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.009>
50. Campos-López B, Meza-Meza MR, Parra-Rojas I, Ruiz-Ballesteros AI, Vizmanos-Lamotte B, Muñoz-Valle JF, et al. Association of cardiometabolic risk status with clinical activity and damage in systemic lupus erythematosus patients: A cross-sectional study. *Clin Immunol* [Internet]. 2020;222:108637. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33232825>
51. Novillo Valdivieso MS, Ayala López IM, Mora Gonzalez MG, Hurtado Herdoiza LO. Diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica. *Recimundo*. 2019;3(3):410–27.
52. Ruiz-arriaga LF, Cano-aguilar LE, Cruz-meza S, Díaz-greene JE, Leopoldo F,

- Weber R. Systemic Lupus Erythematosus : Lupus Nephritis , A Complication to Dismiss. 2019;17(4):296–301.
53. Parikh S V., Almaani S, Brodsky S, Rovin BH. Update on Lupus Nephritis: Core Curriculum 2020. Am J Kidney Dis [Internet]. 2020;76(2):265–81. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.017>
 54. Barros Higgins L, Herazo Beltrán Y, Aroca Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev la Fac Med. 2015;63(4):641–7.
 55. Elena A, Rioja C. Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico [Internet]. Revista Colombiana de Psicología. 2006. p. 57–65. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158963>
 56. Pallares MLP, María RT, Hernández FG. Afectación de la calidad de vida en el lupus eritematoso sistémico: El enemigo invisible [Internet]. ASUNIVEP. 2013. 367–372 p. Available from: https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=71%0Ahttps://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf#page=117
 57. Ayán C, de Pedro-Múñez A, Martínez-Lemos I. Effects of physical exercise in a population with systemic lupus erythematosus: A systematic review. Semergen. 2018;44(3):192–206.
 58. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. Psicogente. 2019;22(42):1–20.
 59. Aroca Martínez G, López Eiroa P, Martínez Bayona Á, Domínguez Vargas A, González-Torres HJ, Angel Depine S. Quality of life as a determinant factor treatment response in Lupus Nephritis. Rev Latinoam Hipertens. 2017;12(5):161–6.
 60. Rodríguez Huerta MD, Trujillo-Martín MM, Rúa-Figueroa Í, Cuellar-Pompa L, Quirós-López R, Serrano-Aguilar P. Healthy lifestyle habits for patients with systemic lupus erythematosus: A systemic review. Semin Arthritis Rheum [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2020 Feb 17];45(4):463–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049017215002322?via>

%3Dihub

61. Pettersson S, Boström C, Eriksson K, Svenungsson E, Gunnarsson I, Henriksson EW. Lifestyle habits and fatigue among people with systemic lupus erythematosus and matched population controls. *Lupus*. 2015;24(9):955–65.
62. Pinillos-Patiño Y, Herazo-Beltrán Y, Gil Cataño J, Ramos de Ávila J. Actividad física y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica. *Rev Med Chil*. 2019;147(2):153–60.
63. Margiotta DPE, Basta F, Dolcini G, Batani V, Vullo M Lo, Vernuccio A, et al. Physical activity and sedentary behavior in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *PLoS One*. 2018;13(3):1–16.
64. Arrivillaga Quintero M, Salazar Torres IC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes Latinoamericanos. *Psicol Conductual*. 2005;13(1):19–36.
65. Goni Mateos L, Aray Miranda M, Martínez H. A, Cuervo Zapatel M. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos basado en un sistema de intercambios. *Nutr Hosp*. 2016;33(6):1391–9.
66. Caballero Uribe C, Torrenegra A, Melendez M, Durante Y, Romeo O, Navarro E, et al. Características clínico-epidemiológicas del lupus eritematoso sistémico en los hospitales de tercer nivel de Barranquilla. *Rev Científica Salud Uninorte*. 1997;12(2):2–7.
67. Londoño J, Ballestas IP, Cuervo F, Angarita I, Giraldo R, Rueda JC, et al. Prevalencia de la enfermedad reumática en Colombia , según estrategia COPCORD-Asociación prevalencia de enfermedad reumática en población colombiana mayor de 18 años. *Rev Colomb Reumatol*. 2018;5(4):245–56.
68. Rodríguez AA, Hernandez RR, Báster JL, Martínez MD, Miguel-Soca PE. ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. HOLGUÍN, 2018 [Internet]. *Morfovvirtual 2018*. 2018. p. 1–8. Available from: <http://www.morfovvirtual2018.sld.cu/index.php/morfovvirtual/2018/paper/viewPaper/122/257>
69. Ponce Ccuno NR, Quispe Contreras LA, Alfaro Fernández PR, Elizabeth OMC. Creencias y prácticas de la actividad física y estilos de vida saludable en el

- personal administrativo de una universidad de Lima, Perú. *Rev Hered Rehabil.* 2016;1(2):46–58.
70. Rodríguez Huerta MD, Trujillo-Martín MM, Rúa-Figueroa Í, Cuellar-Pompa L, Quirós-López R, Serrano-Aguilar P. Healthy lifestyle habits for patients with systemic lupus erythematosus: A systemic review. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2016;45(4):463–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2015.09.003>
 71. Guzmán AM, Ricardo YG, Retamozo LM, Soto JM. Etapas De Cambio Y Actividad Física En Un Grupo De Adultos De Una Localidad De Barranquilla. *Rev.salud mov.* 2011;3(1):1–7.
 72. Beltrán YH, Escolar JH, Anaya RD. Etapas de cambio y niveles de actividad física en estudiantes universitarios de cartagena (Colombia). Vol. 28, *Salud Uninorte.* 2012. p. 298–307.
 73. Pinto AJ, Roschel H, de Sá Pinto AL, Lima FR, Pereira RMR, Silva CA, et al. Physical inactivity and sedentary behavior: Overlooked risk factors in autoimmune rheumatic diseases? *Autoimmun Rev* [Internet]. 2017;16(7):667–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2017.05.001>
 74. O'Dwyer T, Durcan L, Wilson F. Exercise and physical activity in systemic lupus erythematosus: A systematic review with meta-analyses. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2017;47(2):204–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.04.003>
 75. Wu ML, Tsai JC, Yu KH, Chen JJ. Effects of physical activity counselling in women with systemic lupus erythematosus: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract.* 2019;25(5):1–11.
 76. De Jesús Batún Garrido JA, Alba HAR, Núñez ÉH. Riesgo cardiovascular en lupus eritematoso sistémico. *Rev Colomb Reumatol.* 2016;23(4):242–9.
 77. María N, Gerardo M, Scarlet S, Luis P-Y, Maria R, Mariela L. Leptina y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Comunidad y Salud.* 2011;13(2):3–9.
 78. Navarro M, Delgado M, Charaima M, Ruiz M, Bofelli C. LEPTINA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS

- ERITEMATOSO SISTÉMICO. Comunidad y salud [Internet]. 2015;13(2):1. Available from: <http://salud.ccm.net/contents/512-estrenimiento-los-factores-de-riesgo>
79. Abad TO, Sarni RO, da Silva SG, Machado D, Suano-Souza FI, Len CA, et al. Nutritional intervention in patients with juvenile systemic lupus erythematosus: protective effect against the increase in fat mass. *Rheumatol Int* [Internet]. 2018;38(6):985–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-018-4031-3>
 80. Tedeschi SK, Barbhaiya M, Sparks JA, Karlson EW, Laura D, Roberts AL, et al. Dietary patterns and risk of systemic lupus erythematosus in women. 2020;29(1):67–73.
 81. ICBF, FAO, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura F. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años [Internet]. Vol. 49, World of Music. 2015. 314 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf>
 82. Salas-Salvado J, Maraver F, Mañas LR, Pipaon MS de, Vitoria I, Moreno LA. Importancia del consumo de agua en la salud y la prevención de la enfermedad: situación actual. *Nutr Hosp*. 2020;

ANEXOS

 CLÍNICA DE LA COSTA  COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA COSTA LTDA.  

Barranquilla, 25 de marzo de 2020

Investigadores Principales
MARCELA JUDITH PRIETO TAPIAS
Clínica de la Costa Ltda.
Ciudad

Ref.: "Estilos de vida saludable en personas con lupus eritematoso sistémico"

Cordial saludo,

Nos permitimos informales que con fecha del 25 de marzo de 2020 y como consta en el acta 258 el Comité de Ética en Investigación de la Clínica de la Costa Ltda. revisó proyecto de Investigación, y emite concepto de aprobación a los siguientes documentos y al proyecto de Investigación en referencia, el cual se desarrollará en la Clínica de la Costa Ltda., en convenio con la universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla, validado desde el punto de vista ético, considerando que la Investigación es acorde a los estándares de las buenas prácticas clínicas.

- Proyecto de Investigación
- Formato de Consentimiento Informado
- Formato de sometimiento del proyecto
- Carta de la universidad Simón Bolívar
- Carta de representante legal de la Clínica de la Costa Ltda.
- Así mismo, se aprueba hoja de vida del Investigador principal

• Marcela Judith Prieto Tapias, quien ejercerá funciones como investigador principal del proyecto en referencia.

De igual manera se revisan hojas de vida de las siguientes personas a cargo de la asesoría del proyecto:

- Elkin Navarro Quiroz
- Aliz Yaneth Herazo Beltrán
- Gustavo José Aroca Martínez

El Comité de Ética en Investigación de la Clínica de la Costa Ltda., solicita a los Investigadores del proyecto notificar lo siguiente:

5. Notificar de forma inmediata cualquier cambio o modificación que se realice en el estudio aprobado inicialmente por este Comité de Ética.
6. Informar cualquier situación que comprometa la integridad de los sujetos participantes en el estudio.
7. Se debe garantizar la confidencialidad de los registros, obtenidos en el estudio

Carrera 50 80-144 Tel: 3369999 Ext -280 Fax: 3736200
comitedeetica@clinicadelacosta.co



6. Al finalizar el proyecto, debe presentar un informe final con los resultados obtenidos en el estudio.

El comité de ética en Investigación de la clínica de la costa Ltda., está conformado por diez (9) miembros y se requiere de la participación de seis (6) de ellos para lograr el quorum, a continuación, relaciono los miembros de este comité que participaron en esta reunión de carácter ordinario.

- José Francisco Castro Bolívar, Químico Farmacéutico (Presidente)
- Cynthia Manotas Altamar, Médico (Presidente Suplente)
- Dayra reyes molina, Bacterióloga (Secretaria)
- Lilibeth María Donado López, Enfermera (Representante científico)
- Reina María Bawab Miguel, Bacterióloga (Representante científico)
- Henry Joseth González Torres, Biólogo (Representante No científico)
- Hugo Alvarado, Abogado (Representante No científico)
- Jurelsy Dayana Osorio Martelo, Técnico en manejo de viveros (Miembro de la comunidad)

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION
CLÍNICA DE LA COSTA LTDA.

JOSE FRANCISCO CASTRO BOLIVAR
Presidente del Comité de Ética
En Investigación Clínica de la Costa Ltda.

Nota: Este documento posee firma escaneada, debido a la contingencia del COVID-19.126

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

(Resolución 8430 de octubre 4 de 1993)

Título del Proyecto: ESTILOS DE VIDA DE INDIVIDUOS CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS SIN DAÑO RENAL, NEFRITIS LÚPICA ACTIVA, O NEFRITIS LÚPICA EN REMISIÓN.

Investigadores principales: Marcela Judith. Prieto Tapias.

Señor Usuario: Estamos invitándolo a participar en un Proyecto de Investigación del área de la Salud. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro de tal forma que pueda decidir si participa o no, por lo tanto, es conveniente que conozca y comprenda los siguientes puntos, proceso conocido como Consentimiento Informado. En caso de aceptar, deberá firmar la carta adjunta, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Evaluar el estilo de vida en pacientes con lupus sin daño renal, lupus con daño renal activo y lupus con daño renal en remisión

JUSTIFICACIÓN: Este proyecto aportará nuevos marcos de referencias y conocimientos orientados a caracterizar los estilos de vida de las personas que tienen diagnóstico de lupus, con daño renal y de aquellas que aún no han presentado daño renal; que en un futuro sean la base para la construcción de la atención integral de estos pacientes, teniendo en cuenta su nivel de actividad física, ingesta alimentaria y estilos de vida. Estos son la base para identificar la calidad de vida de la persona que ha sido diagnosticada con esta enfermedad.

PROCEDIMIENTOS: En caso de aceptar participar en el estudio se diligenciará un formato donde usted como paciente acepta la aplicación de las encuestas, toma de medidas antropométricas y responderá a un cuestionario sobre sus datos sociodemográficos, antecedentes y actividad física.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Este estudio permitirá identificar los estilos de vida de personas con diagnóstico de lupus, su actividad física, intención de la actividad física, ingesta alimentaria y valoración de sus medidas antropométricas, para de esta manera contribuir a mejorar la atención integral de estos pacientes, además de generar antecedentes a futuras investigaciones.

RIESGOS PARA SALUD: la presente investigación según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación sin riesgo, porque no se realiza una intervención directa sobre los sujetos, sólo se responderán las encuestas de evaluación de las variables de estudio y toma de medidas antropométricas.

ACLARACIONES: La decisión de aceptar su participación en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar participar; en caso de aceptar, usted podrá retirarse cuando así lo desee, informando las razones de su decisión, la cual será absolutamente respetada. Al participar en el estudio usted no tendrá que realizar ningún tipo de gasto, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo a los investigadores responsables. Los resultados obtenidos en el estudio son confidenciales, respetando la identidad de la persona y serán divulgados y publicados a la comunidad respetando su identidad. Si no tiene dudas al respecto y acepta la participación, debe firmar la Carta de Consentimiento Informado adjunta a este instructivo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que la información obtenida en el estudio puede ser publicada o difundida con fines científicos. Acepto a quien presente participe en este estudio.

Firma del Participantes /
Representante Responsable

Fecha

Testigo No. 1

Fecha

Testigo No. 2

Fecha

Para ser diligenciado por el investigador:

He explicado al Sr(a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; explicándole los beneficios de su participación. He contestado sus preguntas e inquietudes y aclarado toda duda existente al respecto. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigaciones con seres humanos y me apego a ella.

Firma Del Investigador

Fecha

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una «x» la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sincera- mente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre: _____	Sexo: Masculino ___ Femenino ___
Su edad esta entre: 16 - 20 ___ 21 - 25 ___ 26 - 30 ___ 31 - 35 ___ 36 - 40 ___ 41 - 45 ___ 55 ___ 56 o más	
Nivel Educativo: Primaria ___ Secundaria ___ Técnica ___ Pregrado ___ Posgrado ___	
Estado civil: casado ___ soltero ___ unión libre ___ viudo ___ desconocido ___	
Vivienda: Apto ___ casa ___ Servicios públicos completos _____ Estrato socioeconómico ___	
Localidad/barrio _____	
Ocupación _____	
Creencias: _____	
Red de apoyo: _____	Aseguramiento en salud: _____

ANTECEDENTES

Patológicos:	Cardiacos:
Farmacológicos:	Osteomusculares:
Alergias:	Metabólicos:
Psiquiátricos:	Familiares:

ANTROPOMETRIA

Peso:	Talla:	IMC:		
	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
Mantiene el peso corporal estable				
Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, cardio box, aeróbicos, Aero-rumba)				
Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE

Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, ...)				
Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
PRÁCTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO

Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
Va al médico por lo menos una vez al año				
Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
Evita las exposiciones prolongadas al sol				
Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún				

medicamento				
Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
Se automedica y/o acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
Consume medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
PARA HOMBRES: Se examina los testículos en búsqueda				
PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo				
Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como «zona de refugio», etc.)				
PARA EMPLEADOS: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo				
HÁBITOS ALIMENTICIOS				
¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
¿Añade sal a las comidas en la mesa?				
¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
PRÁCTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
¿Mecatea?				
¿Come carne más de cuatro veces a la semana?				
Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
¿Consume productos ahumados?				

¿Mantiene un horario regular en las comidas?				
Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida				
¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
PARAFUMADORES: ¿Fuma cigarrillo o tabaco?				
PARAFUMADORES: Fuma más de media cajetilla de				
PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
¿Consume licor al menos dos veces en la semana?				
Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
¿Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
¿Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras)?				
¿Dice «no» a todo tipo de droga?				
¿Consume más de dos tazas de café al día?				
¿Consume más de tres coca-colas en la semana?				
SUEÑO				
¿Duerme al menos 7 horas diarias?				
¿Trasnocha?				
¿Duerme bien y se levanta descansado?				
¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
PRÁCTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
¿Hace siesta?				
¿Se mantiene con sueño durante el día?				
¿Utiliza pastillas para dormir?				
Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?				
CONDICIÓN	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				
La actividad física ayuda a mejorar la salud				
Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
El ejercicio siempre puede esperar				
Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				

Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
El trabajo es lo más importante en la vida				
La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
El descanso es importante para la salud				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO				
Cada persona es responsable de su salud				
Es mejor prevenir que curar				
Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico				
Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				

Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino				
La relajación no sirve para nada				
Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				
Los productos naturales no causan daño al organismo				
En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad				
Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
En la vida hay que probarlo todo para morir contento				
CREENCIAS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
HÁBITOS ALIMENTICIOS				
Entre más flaco más sano				
Lo más importante es la figura				
Comer cerdo es dañino para la salud				
Entre más grasosita la comida más sabrosa				
El agua es importante para la salud				
Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
Las dietas son lo mejor para bajar de peso				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
Tomar trago es menos dañino que consumir drogas				
El licor es dañino para la salud				
Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas				

Nada como una Coca-Cola con hielo para quitar la sed				
El café le permite a la gente estar despierta				
Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				
SUEÑO				
Dormir bien, alarga la vida				
La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
Sólo puede dormir bien en su propia cama				
Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
Si toma café o Coca-Cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
Dormir mucho da anemia				

**INTENCIÓN DE PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD
FÍSICA:**

¿Cuál de estas frases representa mejor su intención o practica de actividad física?		
PRECONTEMPLACION	No hago actividad física ni tengo intención de hacerlo en un lapso de seis meses	
CONTEMPLACIÓN	No hago actividad física, pero tengo intención de hacerla en los próximos seis	
PREPARACIÓN	No hago actividad física, pero tengo intención de hacerla en los próximos 30	
ACCIÓN	Hago actividad regular desde hace menos de seis meses	
MANTENIMIENTO	Hago actividad física regular hace más de seis meses	
RECAÍDA	Hacia actividad física, pero la abandone recientemente	

COMPORTAMIENTO SEDENTARIO			
ACTIVIDAD	Horas al día	Días a semana	Fin semana
Computador			
Video juegos			
Televisión			
Tiempo Sentado (en clases/trabajo)			

IPAQ		
1. Durante los últimos 7 días , ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?		
____ días por semana	Ninguna actividad física vigorosa Pase a la pregunta 3	
2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días que las realizó?		
____ horas por día	____ minutos por día	_____ No sabe/No está seguro(a)
Piense acerca de todas aquellas actividades moderadas que usted realizo en los últimos 7 días Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.		
3. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.		
____ días por semana	Ninguna actividad física moderada Pase a la pregunta 5	

