



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TITULO:

**EPIDEMIOLOGIA, CARACTERISTICAS CLINICAS, LABORATORIALES Y
COMORBILIDADES ASOCIADAS A LUPUS ERITEMASO SISTEMICO EN
HOSPITAL SANTA ROSA II-2 2015-2017 PIURA.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
MEDICO CIRUJANO**

AUTOR

SAMANTA CARMONA MENDIVIL

ASESOR

DR CARLOS EDUARDO FAJARDO ARRIOLA

PIURA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis padres Socorro y Harrison, por apoyarme y brindarme, su tiempo, sus enseñanzas, su comprensión y por su sacrificio durante toda la carrera.

A mis padrinos Lastenia y Juan, por ser mis segundos padres, por confiar siempre en mí, brindarme su apoyo incondicional y aconsejarme en todo momento.

A mi abuelos Juan y Benedicta, quienes me inculcaron valores, principios y perseverancia para lograr mis metas.

A mi tío Rolando, que hoy descansa en paz, por ser fuente de inspiración y de superación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido culminar esta carrera y por haberme guiado en cada paso y por haberme dado siempre las fuerzas para superar cualquier obstáculo que se haya presentado en el camino.

Un agradecimiento especial a mis padres Socorro y Harry, a mi padrinos Laste y Juan y a mis abuelos Juan y Beni y a mis demás familiares, por ser parte importante de mi vida, por su comprensión y su apoyo incondicional.

A mi asesor, Dr. Carlos Eduardo Fajardo Arriola, por haberme guiado durante este proceso aportando sus conocimientos con paciencia y dedicación.

A los médicos que contribuyeron en mi formación académica, les agradezco su tiempo y conocimientos brindados a lo largo de la carrera.

Al personal administrativo y de archivo del Hospital Santa Rosa II-2 Piura por haberme permitido realizar mi estudio en dicha institución y facilitado el acceso a las historias clínicas.

Y a todas las personas que en una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

INDICE

I. GENERALIDADES.....	1
II. PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	2
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. Introducción.....	4
2. Enunciado del problema.....	16
3. Objetivos.....	16
4. Hipótesis.....	16
5. Material y métodos.....	16
6. Presupuesto.....	23
7. Cronograma.....	24
8. Limitaciones.....	24
III. RESULTADOS.....	25
IV. DISCUSIÓN.....	36
V. CONCLUSIONES.....	41
VI. RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	46

I. GENERALIDADES

1. **Título del estudio:** Epidemiología, Características clínicas, laboratoriales y comorbilidades asociadas a lupus eritematoso sistémico en Hospital Santa Rosa II-2 Piura 2015-2017.

2. **Equipo Investigador:**
 - 2.1 **Autor:** Samanta Carmona Mendivil
 - 2.2 **Asesor:** Dr. Carlos Eduardo Fajardo Arriola.

3. **Tipo de investigación:**
 - 3.1. **De acuerdo a la orientación o finalidad:** Básica
 - 3.2. **De acuerdo a la técnica de contrastación:** Observacional

4. **Área o línea de investigación:** Educación en ciencias de la salud.

5. **Unidad académica:** Escuela de Medicina Humana

6. **Institución o localidad donde se desarrollará el proyecto:** Hospital de la Amistad Perú- Corea Santa Rosa II-2.

7. **Duración total del proyecto:** 06 meses

8. **Fecha probable de inicio y terminación:**
 - a) Fecha de Inicio: Octubre 2017
 - b) Fecha de término: Marzo 2018

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la epidemiología, las características clínicas, laboratoriales y comorbilidades asociadas a lupus eritematoso sistémico en Hospital Santa Rosa II-2 Piura 2015-2017.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. La población estudiada fueron los pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico entre los 15 y 60 años de edad atendidos en el hospital Santa Rosa II-2 Piura durante los años 2015 – 2017. Se registró información de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 20.

RESULTADOS: De 122 pacientes con LES el 89.3% fueron de sexo femenino con una relación mujer/varón de 8.4 a 1. El grupo etáreo más frecuente fue el de 20 a 39 años (72.1%). En este estudio el 96.7% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentaron manifestaciones clínicas. Las más frecuentes fueron: la sinovitis en un 66.4% de pacientes, seguida del exantema malar con un 31.1% y la pleuritis con un 24.6%. El 30.3% de pacientes presentó alteraciones renales y siendo la más frecuente la proteinuria > 0.5 g/d en el 27%. El 85.2% de pacientes presentó alteraciones hematológicas y las más frecuentes fueron la anemia en el 68.9%, la linfopenia 41.8% y leucopenia en el 30.3%. El 82.8% de pacientes presentó alteraciones inmunológicas. Las más frecuentes fueron el ANA (+) en 68%, positividad del Anti DNA en el 34.3% y niveles bajos de complemento en 29.5%. La comorbilidades más frecuentes fueron la infección del tracto urinario en el 36.1% de pacientes.

CONCLUSIONES: En el Hospital Santa Rosa II-2 el lupus eritematoso sistémico es más frecuente en el sexo femenino y en edades entre los 20 a 39 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la sinovitis, el exantema malar y la pleuritis. La alteración renal más frecuente fue la proteinuria. Las alteraciones hematológicas más frecuentes fueron la anemia, la linfopenia y la leucopenia. Las alteraciones inmunológicas más frecuentes fueron el ANA (+), Anti DNA (+) y niveles bajos de complemento. La comorbilidad más frecuente fue la infección del tracto urinario.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the epidemiology, clinical characteristics, laboratory and comorbidities associated with systemic lupus erythematosus in Hospital santa Rosa II-2 Piura 2015-2017.

MATERIAL AND METHOD: Descriptive, Observational, transversal and retrospective study. The population studied was the patients with a diagnosis of systemic lupus erythematosus between 15 and 60 years of age treated in the hospital II Santa Rosa Piura during the years 2015 - 2017. Information from the medical records was recorded through a data collection card. The results were analyzed using the statistical package SPSS 20.

RESULTS

Of 122 patients with SLE, 89.3% were female with a female / male ratio of 8.4 to 1. The most frequent age group was 20 to 39 years (72.1%). In this study, 96.7% of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) presented clinical manifestations. The most frequent were: synovitis in 66.4% of patients, followed by malar exanthema with 31.1% and pleuritis with 24.6%. 30.3% of patients presented renal alterations and the most frequent renal alteration was proteinuria > 0.5 g in 27%. 85.2% of patients showed hematological and the most frequent alterations were anemia in 68.9%, 41.8% lymphopenia and leukopenia 30.3%. 82.8% of patients presented immunological alterations. The most frequent were ANA (+) in 68%, positivity of Anti DNA in 34.3% and low levels of complement in 29.5%. The most frequent comorbidities were urinary tract infection in 36.1% of patients with SLE and respiratory tract infections in 20.5%.

CONCLUSIONS

Systemic lupus erythematosus is more frequent in females and ages 20 to 39 years. The most frequent clinical manifestations were synovitis, malar exanthema and pleuritis. The most frequent renal alteration was proteinuria. The most frequent hematological alterations were anemia, lymphopenia and leukopenia. The most frequent immunological alterations were ANA (+), Anti DNA (+) and low levels of complement. The most frequent comorbidity was urinary tract infection.

1. Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad relativamente frecuente y de distribución universal. (1) La incidencia y la prevalencia están influenciadas por la edad, etnia y sexo de la población estudiada. Se estima una incidencia en Norteamérica, Sudamérica y Europa de 1 a 23 por cada 100.000 habitantes año. La prevalencia real varía sustancialmente según las comunidades étnicas que se consideren. Así, en Europa se estima de 20 a 50 por cada 100.000 habitantes año. (2) Es más frecuente en asiáticos, afroamericanos e hispanos, siendo además más grave en estos dos últimos grupos. (1)

En Perú se realizó el estudio COPCORD, con el objetivo de conocer la prevalencia de enfermedades reumatológicas y discapacidad, constituido por una muestra de 1 965 personas de una comunidad urbanomarginal. Se encontró una prevalencia de lupus del 0.05%, es decir 50 personas por cada 100000 habitantes (IC 95% 0,00-0,15). (3)

El LES es una enfermedad multisistémica crónica autoinmune, de causa desconocida que se caracteriza por una amplia variedad de manifestaciones clínicas y producción de autoanticuerpos. (2) En ella los órganos, tejidos y células se dañan por adherencia de diversos autoanticuerpos y complejos inmunitarios. (4) Puede aparecer a cualquier edad, pero en la mayoría de pacientes comienza entre los 15 y 55 años, con predominio en mujeres, con una proporción de 9:1 respecto a los hombres. (2) El pronóstico ha mejorado dramáticamente durante los últimos tres años. La supervivencia a 10 y 20 años es de 80% y 65% respectivamente. Sin embargo la mortalidad es todavía un problema mayor, la cual es tres veces mayor que en la población general. (5)

En cuanto a los factores asociados, tenemos los factores genéticos y epigenéticos. La concordancia del LES en gemelos homocigotos es 10 veces superior. (2) Se estima que la prevalencia del LES en los familiares de primer grado es 66 veces mayor que en la población general y se ha documentado que esta incrementa cuando existe un familiar de primer grado con otra enfermedad autoinmune (4.1%). Se han reportado más de un centenar de genes asociados, de ellos HLA, STAT4, ETS1, ITGAM, IRF5, WDFY4, BANK1, FCGR2A y PTPN22 han mostrado mayor nivel de asociación. (6)

Dentro de los factores ambientales asociados se encuentran la luz ultravioleta, infecciones como la ocasionada por el virus de Epstein-Barr y el hábito de fumar. (6) Se ha descrito la inducción de LES por fármacos que inhiben la metilación del DNA, induciendo la formación de anticuerpos como hidralacina, procainamida, isoniacida,

metildopa, clorpromacina, minociclina. (2) En cuanto a los factores hormonales asociados, la influencia hormonal se apoya en la mayor prevalencia de LES en mujeres y en individuos con síndrome de Klinefelter, en la menor frecuencia de aparición antes de la menarquia o después de la menopausia y en las agudizaciones durante el puerperio o asociadas al uso de anticonceptivos orales. (2)

En cuanto a los factores inmunológicos, en el LES se produce una desregulación de la tolerancia inmunológica. (7) En su patogenia participan multitud de células y moléculas implicadas en procesos como apoptosis y la respuesta inmune innata y adaptativa. La respuesta inmune frente a antígenos nucleares es característica. Los autoantígenos liberados por las células apoptóticas son presentados por las células dendríticas a los linfocitos T activándolos. Estos estimulan la producción de anticuerpos por los linfocitos B mediante secreción de citoquinas y moléculas de coestimulación. Los autoanticuerpos pueden causar lesión tisular por depósito de inmunocomplejos o por interferir directamente con la función celular (las citopenias). (2) El óxido nítrico parece participar en la fisiopatología, al tener efectos sobre la función de los linfocitos en su activación y proliferación, estimula la producción de TNF, comprometida con la actividad de la tirosina quinasa, implicada en la señalización de los linfocitos. (8)

El LES al ser una enfermedad inflamatoria multisistémica, se caracteriza por la capacidad de afectar varios órganos. Se puede objetivar afectación de la piel o las membranas mucosas, articulaciones, el cerebro, corazón, el riñón, el pulmón y ocasionalmente el tracto gastrointestinal. (9)

Las lesiones cutáneas aparecen en el 80% de pacientes con LES. (2) Estas se clasifican según Gilliam en: lesiones específicas (con cambios histopatológicos típicos) y no específicas. (10) En el Lupus cutáneo agudo, el edema y el eritema se localizan en el área malar. El subagudo aparece en 10% de pacientes. Puede presentarse como forma anular con lesiones redondeadas, de borde activo y como forma psoriasiforme o papuloescamosa. El crónico se subdivide en lesiones discoides, el LES hipertrófico y la paniculitis lúpica. El discoide consiste en pápulas o placas eritematosas y descamativas o hiperqueratósicas, con tendencia a la cronicidad. (2) Entre las inespecíficas destacan la fotosensibilidad, asociada a anticuerpos anti-Ro, las aftas bucales, nódulos subcutáneos y la alopecia no cicatricial. (2)

En las manifestaciones musculoesqueléticas, los síntomas articulares aparecen en 90% de pacientes. La artritis tiende a ser migratoria y simétrica. Solo unas pocas

articulaciones son afectadas, especialmente las de las manos, no erosiva y raramente deformante. La forma típica, artropatía de Jaccoud, cursa con subluxación y desviación cubital reductible de articulaciones metacarpofalángicas. La miositis inflamatoria aparece en el 4,3-11%. La necrosis avascular en 5-12% de pacientes. (1)

Según las series, entre un 30 y 50% de pacientes con LES desarrollan afectación renal. Constituye una de las causas principales de morbimortalidad. Las manifestaciones más frecuentes son la proteinuria, la microhematuria, los cilindros renales, la insuficiencia renal y la hipertensión arterial. La nefritis lúpica suele desarrollarse en los primeros 5 años de enfermedad. Su desarrollo habitualmente se acompaña de positividad de anticuerpos anti-DNA y descenso en niveles del complemento. Los datos histológicos son claves para el manejo de pacientes con NL y la biopsia renal es obligada en pacientes con LES con signos de afectación renal, como aumento de creatinina, disminución inexplicada de filtrado glomerular, proteinuria > 0.5 g/día, hematuria y sedimento activo. (11)

Las manifestaciones hematológicas son frecuentes. La leucopenia se relaciona generalmente con actividad de la enfermedad y suele ir asociada a linfopenia. Se debe tener en cuenta que parte de los fármacos habituales pueden ocasionar citopenias. La anemia es muy frecuente en el transcurso de la enfermedad. La anemia asociada a trastornos crónicos es la más característica, es normocítica y normocrómica y con niveles aumentados de ferritina. La anemia hemolítica se presenta en el 10% de pacientes. Otras formas de anemia son la anemia pura para la serie roja, la aplasia inducida por fármacos, la anemia por insuficiencia renal, la anemia microangiopática y la anemia ferropénica por el uso de determinados fármacos o por patologías subyacente. La trombopenia puede estar mediada por anticuerpos antiplaquetarios. En el 25-50% de pacientes se trata de una trombopenia moderada (100.000-150.000/mm) y en el 10% es una trombopenia grave menor de 50.000/mm. Puede producirse por destrucción periférica, hipoproliferación o secuestro esplénico. (2)

En las manifestaciones pulmonares tenemos los derrames pleurales (más frecuente), neumonitis, enfermedad intersticial pulmonar, hipertensión pulmonar y hemorragia alveolar. El riesgo de afectación tromboembólica está elevado en pacientes con AAF. (2) En las manifestaciones cardiovasculares (CV), la pericarditis es relativamente frecuente y la endocarditis verrugosa es más rara, puede conducir a insuficiencia valvular o ser foco embólico. (1)

Los criterios de clasificación del LES se establecieron en 1982, y se revisaron en 1997, de acuerdo con la Sociedad Americana de Reumatología. (2) La especificidad y

sensibilidad alcanzan el 96%. A pesar de ser clasificatorios, estos también se utilizan para el diagnóstico, siendo necesaria la presencia de al menos 4 criterios. Estos criterios fueron validados para pacientes con enfermedad de larga evolución, lo que excluye a pacientes en fases iniciales o con enfermedad limitada. (2)

Los Criterios de clasificación de la Sociedad Americana de Reumatología (American College of Rheumatology) son 11. Se requieren cuatro o más para el diagnóstico: (12)

- Eritema facial: eritema fijo, liso o sobre elevado sobre la eminencia malar, tendiente a distribuirse sobre los pliegues nasolabiales.
 - Lupus discoide: parches eritematosos sobre elevados con escamación queratósica adherente y folicular, cicatrices atróficas que pueden ocurrir en lesiones antiguas.
 - Fotosensibilidad: rash de piel como resultado de una reacción inusual a la luz solar referido por el paciente u observado por un médico.
 - Úlceras orales: ulceración oral o nasofaríngea, usualmente no dolorosa, observada por un médico.
 - Artritis: artritis no erosiva que compromete dos o más articulaciones periféricas.
 - Serositis: pericarditis o derrame pleural con evidencias clínicas y analíticas.
 - Enfermedad renal: proteinuria persistente $>0,5\text{g/día}$, hematuria micro o macroscópica, cilindros celulares integrados por hematíes o hemoglobina o de tipo granular, tubular o mixto.
 - Alteraciones neurológicas: convulsiones o psicosis.
 - Alteraciones hematológicas: anemia hemolítica con reticulocitosis o leucopenia $<4000/\text{mm}^3$ en dos o más ocasiones o trombocitopenia $<100000/\text{mm}^3$ en ausencia de drogas que puedan producirla.
 - Alteraciones inmunológicas: anticuerpos anti DNA contra el DNA nativo en títulos anormales o anticuerpos anti Smit contra el antígeno SM o la presencia de anticuerpos antifosfolípidos basados en la presencia de uno de los siguientes hallazgos (niveles anormales en el suero de anticuerpos anticardiolipina IgG o IgM, pruebas positivas de anticoagulante lúpico, pruebas serológicas falsas positivas para sífilis por seis meses como mínimo y confirmadas por inmovilización de *Treponema pallidum* o por prueba de absorción de anticuerpos treponémicos).
 - Anticuerpos antinucleares (ANA): un título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia u otra prueba equivalente en cualquier momento en ausencia de drogas conocidas por estar asociadas con el síndrome de lupus inducido por drogas.
- (12)

Por lo que el grupo de trabajo Colaboradores Clínicos Internacionales de Lupus Eritematoso Sistémico en el 2012 hicieron una revisión, proponiendo nuevos criterios

de clasificación, con la intención de mejorar la capacidad de identificación precoz de los pacientes. Estos tienen mejor sensibilidad que los del American College of Rheumatology (94% frente a 86%) y una especificidad similar (92% frente a 93%). Exigen la presencia de 4 criterios, debiendo ser al menos uno clínico y otro un criterio inmunológico, o presentar una nefritis lúpica por biopsia con ANA positivos. (2)

En los Criterios de clasificación del lupus eritematoso sistémico. Systemic lupus International collaborating clinics (SIIcc), 2012 tenemos criterios clínicos e inmunológicos. (12)

Criterios clínicos:

- Lupus cutáneo agudo (exantema malar lúpico, lupus bulloso, necrosis epidérmica tóxica, exantema maculopapular, fotosensibilidad), en ausencia de dermatomiositis o lupus cutáneo subagudo.
- Lupus cutáneo crónico (exantema discoide, lupus hipertrófico overrugoso, paniculitis lúpica o lupus profundus, lupus mucoso, lupus tumidus, perniosis lúpica, superposición lupus discoide/liquen plano).
- Úlceras orales (paladar o mucosa nasal), en ausencia de otras causas.
- Alopecia no cicatricial, en ausencia de otras causas.
- Sinovitis de dos o más articulaciones con presencia de tumefacción o derrame o dolor en dos o más articulaciones con una rigidez matinal de más de 30 minutos.
- Serositis (pleuritis o pericarditis de más de un día).
- Renal (cociente proteínas orina/creatinina [o proteinuria en orina 24h] ≥ 500 mg/día o cilindros celulares hemáticos en orina).
- Neurológico (convulsiones, psicosis, mononeuritis múltiple, mielitis, neuropatía central o periférica, síndrome confusional agudo), en ausencia de otras causas.
- Anemia hemolítica.
- Leucopenia ($< 4000/\mu\text{l}$ en una ocasión) o linfopenia ($< 1000/\mu\text{l}$ en una ocasión), en ausencia de otras causas.
- Trombocitopenia ($< 100000/\mu\text{l}$ en una ocasión), en ausencia de otras causas.

Criterios inmunológicos:

- ANA por encima del valor de referencia del laboratorio.
- Anticuerpo anti-DNA por encima del valor de referencia del laboratorio (o > 2 veces por encima del valor de referencia si es determinado por Elisa).
- Anti-Sm: presencia del anticuerpo frente al antígeno Sm.
- Positividad de anticuerpos antifosfolípidos (AAF): anticoagulante lúpico positivo o reagina plasmática rápida (RPR) falso positivo o anti- $\beta 2$ glucoproteína I positivo o anticuerpos anticardiolipina positivos a título medio o alto.

- Complemento bajo (C3, C4 o CH50).
- Coombs directo positivo en ausencia de anemia hemolítica. (12)

Se sugiere realizar hemogramas de forma rutinaria para valorar la anemia, leucopenia, linfopenia y trombocitopenia, así como sedimento urinario, cociente proteínas/creatinina, proteinuria en orina de 24 h y creatinina sérica, para predecir la presencia y evolución de nefropatía lúpica. (13)

Los Anticuerpos antinucleares, tienen sensibilidad del 90% y su negatividad prácticamente descarta el diagnóstico. Tienen baja especificidad, pudiendo encontrarse en otras enfermedades e incluso en población sana, generalmente con títulos menores de 1:160. Los anticuerpos frente al ADN de doble cadena se encuentran en el 70% de pacientes y tienen 95% de especificidad. Se asocian con presencia de nefritis y sus títulos se correlacionan con la actividad de la enfermedad y la progresión a un estadio final de enfermedad renal. Los anti-Sm (Smith) se detectan en 10-30% de pacientes y son patognomónicos de LES. (2)

Se Considera lupus leve o moderado a las manifestaciones generales, músculo-esqueléticas y/o mucocutáneas, en un paciente con estabilidad clínica y sin complicaciones terapéuticas; y lupus grave, a las que comprometen la función de órganos o suponen compromiso vital. (14) Las comorbilidades incluyen: infecciones, arteriosclerosis, arteriopatía coronaria, osteoporosis, osteonecrosis e HTA. La frecuencia de complicaciones infecciosas varía de acuerdo con la serie (entre 26%-78%). (15) Las infecciones son causa de muerte en un 20-55% de pacientes. (2) En la cohorte LUMINA, con 288 pacientes, a 5 años de seguimiento, fallecieron 34, siendo la infección responsable del 32% y la actividad de la enfermedad del 41% de muertes; en GLADEL, con 1.214 pacientes, la infección fue responsable del 14% de muertes. (16)

El diagnóstico y tratamiento precoz es muy importante para evitar daños irreversibles y alcanzar lo antes posible la remisión. Los fármacos antilupínicos utilizados son: hidroxicloroquina, cloroquina y quinacrina. Hidroxicloroquina es el de elección, por mejor perfil de tolerancia y menor toxicidad retiniana. La llegada de terapias biológicas ha abierto nuevas perspectivas al manejo del LES. Aunque hay muchas moléculas en desarrollo, solo belimumab está aprobado para esta enfermedad. Sin embargo, hay otros fármacos biológicos que se utilizan en el lupus, como rituximab, tocilizumab, abatacept y los inhibidores del factor de necrosis tumoral. (17)

Según los autores Witjal Manuel Bermúdez Marrero, Yanelis Vizcaino Luna, Celestino Fusté Jiménez, Zoe Alina González Otero, Jorge Luis Egües Mesa, en su estudio “Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con lupus eritematoso sistémico. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro”. Cuba 2006-2015, se encontró que los pacientes entre 30 y 39 años de edad fueron los más representativos, con mayor incidencia en blancos y del sexo femenino. Predominó el lupus eritematoso sistémico como antecedente familiar. El eritema facial, la artritis y la fotosensibilidad como manifestaciones iniciales frecuentes. Las infecciones fue la principal causa de hospitalización. La prednisona y la azatioprina fueron los medicamentos más usados. (18)

Según los autores Cristhian Felipe Ramírez, Rojas-Perdomo Juan David; Vanegas Torres Silvia Virginia, Villalba Cerquera Yesica, Puentes Ninco Nicolas, Alarcón Carlos Alberto, Caviedes Pérez Giovanni, Ramírez Mónica, Galindo-Dávila Juan Diego, en su estudio “Caracterización clínica paraclínica y epidemiológica de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”. Colombia. 2009-2014, encontraron que de un total de 104 pacientes con lupus eritematoso sistémico encontrados en el periodo de estudio, la relación mujer: hombre fue de 5:1. Las comorbilidades de mayor frecuencia en el género femenino fueron la hipertensión arterial con un 26,7%, la fibromialgia con 12,7% y el síndrome de antifosfolípidos con 12, 7%; en el género masculino la hipertensión arterial, la fibromialgia y la falla cardíaca se presentaron cada una en un 27,7%. El 61,5% de las pacientes femeninas tuvieron manifestaciones en piel, el 51,1% refirieron artralgias y solo un 25,5% presentaron compromiso articular caracterizado por derrame sinovial. En los hombres las manifestaciones en piel estuvieron presentes en un 50%, las artralgias y el compromiso articular caracterizado por derrame sinovial fueron un 50% y 22,2% respectivamente. (19)

En los exámenes paraclínicos entre el 12,7% y el 31,4% de los pacientes tenían un lupus activo, determinado por la presencia de leucopenia, proteinuria y C3-C4 consumidos. En la muestra de pacientes femeninas las alteraciones paraclínicas más frecuentes se caracterizaron por hemoglobina <12g/dl en 53.4% y trombocitopenia en 26.7%. Por su parte, 33,3% de los hombres presentaron trombocitopenia en 26.7%. Por su parte, el 33,3% de los hombres presentaron trombocitopenia y 6.3% hemoglobina < 12 g/dl. (19)

Según los autores, David Moisés Severiche Maury, Mauricio Restrepo Escobar, Luis Alonso González Naranjo, Adriana Lucía Vanegas García, Carlos Horacio Muñoz

Vahos, Gloria María Vásquez Duque; en su estudio “Ciento quince pacientes con lupus eritematoso sistémico: características clínicas e inmunológicas”. Colombia. 2008 - 2012. , encontraron que de 115 pacientes: 103 (89,6%) fueron mujeres y 12 (10,4%) hombres (relación mujer: hombre 8,6:1); la mediana de edad fue 31 años. La mayoría, 101 (87,8%), se encontraba en el rango de edad entre 16 a 49 años. En cuanto a la etnia de los pacientes 94 (81,7%) eran mestizos, 12 (10,4%) afrodescendientes y 5 (4,4%) caucásicos. (20)

Según el SLEDAI, 34 (29,6%) de los pacientes tenían actividad con SLEDAI < 4; 17 (14,8%) tenían actividad con SLEDAI entre 4 y 7, y 64 (55,6%) tenían actividad con SLEDAI ≥ 8. Las principales manifestaciones encontradas en los pacientes fueron: 1) alteraciones inmunológicas en 110 (95,6%); 2) anticuerpos antinucleares en 109 (94,8%); 3) enfermedad hematológica en 82 (71,3%); y 4) enfermedad renal en 79 (68,7%) y artritis en 79 (68,7%). (20)

Se encontró asociación entre hipocomplementemia y compromiso renal, y mayor alteración de las pruebas de función renal como creatinina, nitrógeno ureico en sangre, depuración de creatinina y proteinuria en 24h. La frecuencia de anticuerpos anti-ADN de doble cadena fue del 79,1% y estos se encontraron asociados con compromiso renal y puntuaciones más altas de «Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index». Se observó también asociación entre anticuerpos anti-Sm con serositis y lupus discoide. (20)

Según los autores Christian Daniel Mora Ortega, Verónica Cristina Sempértegui Díaz en su estudio “Lupus Eritematoso Sistémico: Manifestaciones Clínicas y Criterios de Laboratorio”. Ecuador. 2016, encontraron que de 213 pacientes, las mujeres (198 casos, 93%) se encontraron en mayor número que los hombres (15 casos, 7%). La media de edad fue de 34 (DS 14,2) años al momento del diagnóstico. Los criterios clínicos que más se cumplieron fueron alteraciones articulares (87.79%), fotosensibilidad (46.01%). Dentro de los criterios de laboratorio la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) (87.79%) se dio en la mayoría de los pacientes. El criterio debut menos común fue la alteración a nivel de serosas (7.51%). Dentro del estudio, el 27% de los pacientes analizados presenta cierto grado de nefropatía al momento del diagnóstico. El Síndrome Antifosfolípido (33.3%) fue la enfermedad autoinmune concomitante más comúnmente encontrada. (21)

Según el autor María Dolores Alonso Mesonero, encontró en su estudio LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. EPIDEMIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA EN EL

NOROESTE DE ESPAÑA. Año 2017, reporta que entre Enero de 1987 y Diciembre de 2006, 150 residentes en Lugo fueron diagnosticados de LES según criterios de clasificación del ACR de 1982. El número de mujeres era muy superior al de hombres (127 [84.7%] vs. 23 [15.3%], respectivamente), con una relación mujer: hombre de 5.5:1. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 46.1 ± 19.6 años. El tiempo medio de seguimiento desde el momento del diagnóstico fue de 7.8 ± 4.5 años (rango, 0-20 años). (22)

La manifestación clínica más frecuente fue la artritis (68.7%), un 39.3% tenía rash malar y un 42.7% fotosensibilidad. Se observaba serositis en un 26.7% de pacientes y fenómeno de Raynaud en el 36.7%. Casi el 20% de pacientes presentaba enfermedad renal en el momento del diagnóstico y un 27.3% padecía enfermedad renal a lo largo del curso de la enfermedad. Se realizó biopsia renal en 26 pacientes. Según la clasificación de 1982 de la Organización Mundial de la Salud 11 de estos 26 pacientes presentaban glomerulonefritis difusa clase IV, 7 presentaban nefritis lúpica focal clase III, 5 presentaban nefritis lúpica membranosa clase V, y en 3 se realizó el diagnóstico de nefritis lúpica mesangial proliferativa clase II. (22)

El 44.7% de los pacientes presentaba un recuento leucocitario menor de 4000/mm³, el 72.7% presentaba un recuento de linfocitos menor de 1500/mm³, y un 20% presentaba un recuento plaquetario de menos de 100000/mm³. Se observó anemia hemolítica en el 8.7%. En el momento del diagnóstico, 149 de 150 pacientes (99.3%) tenían ANA positivos. 91 (60.7%) tenían anti-DNA positivos y 25 (16.7%) tenían antiSm positivos. Se observaron anticuerpos anticardiolipina en 66 de 140 pacientes (47.1%). Se detectó la presencia de anticoagulante lúpico en 13 (8.7%). Se detectó factor reumatoide en 33 (22%). (22)

Según el autor Eliana Veramendi Espinoza, en su estudio "PERFIL CLÍNICO Y DE LABORATORIO EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. 2009-2013", encontró que de los 67 pacientes, 94% fueron mujeres (n=63) y 6% fueron hombres (n=4). La edad media fue de 34 ± 13 años. La distribución de la muestra de acuerdo al lugar de nacimiento y procedencia fueron divididos en Lima y Provincias. El 62,7% de la muestra nació en provincias (n=42). (23)

La mediana del tiempo de enfermedad previo al diagnóstico fue de 3 meses y la mediana del tiempo de demora al diagnóstico fue de 0 meses. Con relación a la población femenina, la mediana de la edad de menarquia fue 13 años. El uso de métodos anticonceptivos hormonales (vía oral e inyectables) se presentó en el 14,3%

(n=9). El 9,5% presentó menopausia al momento del diagnóstico (n=6). La mediana del número de gestaciones fue de 2, la mediana de abortos fue 0 y la mediana de la paridad de hijos vivos fue 1. (23)

La manifestación clínica más frecuente incluida en los criterios SLICC y ACR fue de 65,7% para artritis/sinovitis (n=44) para ambos, seguido por fotosensibilidad con 22,4% (n= 15) para los criterios ACR, y lupus cutáneo agudo (rash malar-fotosensibilidad) con 26,9% (n=18) y alopecia sin cicatrices con el 25,4% (n=17). (23)

Con relación a las características de laboratorio, la manifestación más frecuente fue el ANA positivo con un 83,6% (n=56) para ambos criterios SLICC y ACR. Seguido de 62,7 % para linfopenia (n=42) dentro de los criterios ACR, e hipocomplementemia con 62,7% (n=42) dentro de los criterios SLICC. La nefritis lúpica determinada por biopsia renal se presentó en un 32,8% de los pacientes incluidos en el estudio (n=22). Entre los casos positivos, la alteración más frecuente fue la nefritis lúpica tipo IV: nefritis lúpica difusa (también llamada nefritis lúpica proliferativa difusa) con un 68% (n=15). (23)

Según el autor Cayllahua Sulca, Miriam Geovana, en su estudio "LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2005- 2015" se encontró que la frecuencia de Lupus Eritematoso Sistémico indica que 33 (89,2%) de los pacientes son de sexo femenino, mientras que sólo 4 (10,8%) son de sexo masculino. Se puede evidenciar que esta patología afecta más a las mujeres. La frecuencia de Lupus Eritematoso Sistémico según la edad indica que 18 (48,6%) de los pacientes entre 21-30 años. Ello evidencia la elevada frecuencia de LES entre 21-30 años de edad. (24)

La frecuencia de Lupus Eritematoso Sistémico según el tiempo de evolución de la enfermedad muestra que 16 (43,2%) pacientes presentaron menos de un año de tiempo de enfermedad, 17 (45,9%) presentaron tiempo de enfermedad entre 1 a 5 años de evolución, 02 (5,4%) de 6-10 años al igual que los pacientes que presentaron un tiempo de enfermedad mayor a 10 años. Se resume según la frecuencia y predominio de los criterios diagnósticos de LES: en primer lugar se encuentra los trastornos renales con un 83,8%, seguido de los trastornos hematológicos con un 75,7%, ANA en tercer lugar con un 70,3%, trastornos inmunológicos con un 54,1 %, artritis con un 51 ,4%, serositis con un 48,6%, rash malar con un 37,8%, úlceras orales con un 24,3%, rash discoide y fotosensibilidad con un 21 ,6% y en menor frecuencia trastornos neurológicos con solo 16,2%. (24).

Según el autor Luis Alberto Caspito Guevara en su estudio Comorbilidades en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico. Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú. 2008 - 2013, se incluyeron 70 pacientes con diagnóstico de LES. La distribución según sexos fue de 92.9% mujeres (n=65) y 7.1% varones (n=5). La proporción de mujeres y hombres fue de 13:1. La edad media al momento el diagnóstico de LES fue 26.2 ± 6.9 años. La frecuencia de pacientes con LES en los grupos etarios de 18-34 y >34 años de edad fue del 77.1% (n=54) y 22.9 % (n=16) respectivamente. (25)

Los pacientes con diagnóstico de LES que presentaron una o más comorbilidades fueron el 72.9% (n=51). La comorbilidad más frecuente está dada por las infecciones con un 55.7% (n=39) del total de pacientes con LES, seguido de los daños secundarios a corticoides y la HTA con un 24.3% (n=17) y 17.1% (n=12) respectivamente. EL 22.9% (n=16) presentó más de una infección en algún momento de su evolución. El más frecuente de los subgrupos, es el de infecciones urogenitales con el 50.9% (n=29) de los 56 casos de infecciones, seguido de infecciones respiratorias y de oportunista, con 26.3% (n=15) y 12.3 % (n=7) respectivamente. (25)

Del grupo de daños secundarios a Corticoides el 4.3% (n=3) del total de pacientes presentó más de una patología asociada a la corticoterapia en cualquier momento de su evolución. El más frecuente de las patologías fue Síndrome de Cushing con un 14.3% (n=10), seguido de hipercolesterolemia, obesidad y osteoporosis con 7.1% (n=5), 4.3% (n=3) y 2.9% (n=2) respectivamente. Con respecto a las otras comorbilidades, destacaron en sus respectivos grupos en relación al número total de pacientes, el 5.7% (n=4) que presentaron Enfermedad Cardiovascular (EVC) isquémico, 8.6% (n=6) hipotiroidismo, 4.3% (n=3) Poliquistosis ovárica. (25)

Según los autores Nieto Muriel, José Domingo y Zúniga Jara, Ángel Johnatan, en su estudio “PERFIL CLÍNICO Y DE LABORATORIO EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. HOSPITAL ANTONIO LORENA - CUSCO - 2014 – 2016”, se encontró que de 48 pacientes, el 87.5% fueron de sexo femenino (87.50%), con edad promedio de 31.23 años al momento del diagnóstico. (26)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron artritis, sinovitis y/o artralgia (97.9%), Rash (75%) y úlceras orales o nasales (70.8%). Las manifestaciones de laboratorio más frecuentes fueron ANA (95.8%), linfopenia y/o leucopenia (91.7%) y alteración renal en presencia de proteinuria y/o cilindros hemáticos (87.5%). (26)

Según el autor Cohaila Flores, Juana Luz, en su estudio “Características del Lupus Eritematoso de inicio tardío en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015” encontró que de 43 pacientes con el diagnóstico de LES, 29 (67%) eran de sexo femenino, 14 (33%) fueron varones, con una razón 2,07/1. En el grupo de 50-59 años se concentró 19 casos (44%). (27)

En los pacientes de LES de inicio tardío predominan los síntomas articulares 29 (67%), seguido de las manifestaciones renales 26 (60%) y leucopenia o linfopenia 18 (42%). Entre las manifestaciones menos frecuentes se encontró eritema malar 7 (16%), anemia Hemolítica 6 (14%), trombocitopenia 5(12%). (27)

De las alteraciones inmunológicas 41 (95,5%) tenían ANA positivo, un 35 (81%) hipocomplementemia, 17 (40%) AntiDNA y las menos frecuentes fueron AntiSm con (8) 19% y Coombs directo 5 (12%). Entre los antecedentes patológicos asociados se encontró HTA en un 37%, Artritis reumatoidea en el 21%, EPID en el 18,6%, fiebre en 14%, Síndrome de Sjögren en 9%. (27)

El presente estudio no cuenta con antecedentes locales.

Este estudio nos sirve para conocer la epidemiología del lupus eritematoso sistémico en nuestra región. También nos permite conocer la variabilidad clínica del lupus así como las comorbilidades asociadas con más frecuencia a esta patología.

Es importante conocer las estadísticas a nivel local debido a que la incidencia de esta patología es frecuente a nivel mundial y esta representa una causa de morbilidad y mortalidad. En nuestra región no hay trabajos documentados, se hace este trabajo para llenar este vacío en el conocimiento; además dará base para otros estudios descriptivos y será punto para próximos estudios analíticos en otras investigaciones.

El grupo social beneficiado con este proyecto es el de los pacientes con LES.

La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

2. Enunciado del problema

¿Cuál es la epidemiología, las características clínicas, laboratoriales y comorbilidades asociadas a lupus eritematoso sistémico en pacientes atendidos en el hospital Santa Rosa Piura II-2 durante el año 2015-2017?

3. Objetivos

Objetivos General

Determinar la epidemiología, las características clínicas, laboratoriales y comorbilidades asociadas a lupus eritematoso sistémico en Hospital santa Rosa II-2 Piura 2015-2017.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con Lupus eritematoso sistémico en el hospital Santa Rosa II-2 de Piura.
2. Determinar la prevalencia de las características clínicas que presentaron los pacientes con Lupus eritematoso sistémico en el hospital Santa Rosa II-2 de Piura.
3. Determinar la prevalencia de las características laboratoriales que presentaron los pacientes con Lupus eritematoso sistémico en el hospital Santa Rosa II-2 de Piura.
4. Determinar la prevalencia de las comorbilidades asociadas que presentaron los pacientes con Lupus eritematoso sistémico en el hospital Santa Rosa II-2 de Piura.

4. Hipótesis

Debido a que es un estudio descriptivo, no se ha considerado pertinente plantear hipótesis.

5. Material y Métodos

5.1. Diseño de estudio: Descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

5.2. Población, muestra y muestreo

Población: Pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico entre los 15 y 60 años de edad atendidos en el hospital Santa Rosa II-2 Piura durante el periodo 2015 – 2017. Y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico.
- Pacientes entre los 15 y los 60 años de edad.
- Pacientes atendidos desde Enero 2015 a Diciembre 2017 en Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.
- Pacientes que acudieron por Consultorio Externo de medicina interna, Reumatología o por emergencia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 derivados a hospitalización o consultorio externo.
- Historia clínica accesible y con datos completos.

Criterios de Exclusión

- Pacientes no atendidos durante el periodo 2015 y 2017.
- Historia clínica inaccesible o con datos incompletos.
- Pacientes menores de 15 años o mayores de 60 años.

Muestra y muestreo

Unidad de Análisis: Historia Clínica de los pacientes con Diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico entre los 15 y 60 años de edad, atendidos en el Hospital Santa Rosa II-2 durante el periodo 2015-2017.

Unidad de Muestreo: Historia Clínica de los pacientes con Diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico entre los 15 y 60 años de edad, atendidos en el Hospital Santa Rosa II-2 durante el periodo 2015-2017.

Muestra: Todos los pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico entre los 15 y 60 años de edad atendidos en el hospital II Santa Rosa Piura durante los años 2015 – 2017. Y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvo un total de 122 pacientes.

5.3. Definición Operacional de las variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Lupus Eritematoso Sistémico LES	Es una enfermedad autoinmunitaria por producción de autoanticuerpos contra autoantígenos y formación de inmunocomplejos con numerosas manifestaciones clínicas y multisistémicas.	Diagnóstico de LES establecido y registrado en la historia clínica.	Lupus Eritematoso Sistémico	Si () No ()	Historia Clínica

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características, biológicas y socioculturales de un grupo poblacional.	Características biológicas y socioculturales registradas en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de LES.	Edad del paciente Sexo Procedencia Nivel de Estudios	-15 a 19 años -20 a 39 años -40 a 60 años -Masculino -Femenino -Urbano -Urbano Marginal -Rural -Sin estudios -Primaria -Secundaria -Superior	Historia clínica

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Características Clínicas	Manifestaciones subjetivas y objetivas, es decir síntomas y signos de una enfermedad.	Conjunto de signos y síntomas registrados en la historia clínica de pacientes con diagnóstico de LES	<p>Manifestaciones mucocutáneas</p> <p>Manifestaciones musculoesqueléticas</p> <p>Manifestaciones neurológicas</p> <p>Serosistis</p>	<p>-Exantema malar</p> <p>-Fotosensibilidad</p> <p>-Exantema discoide</p> <p>-Aftas orales</p> <p>-Alopecia</p> <p>-Sinovitis de dos o mas articulaciones</p> <p>-Derrame</p> <p>-Artropatia de Jaccoud</p> <p>-Miositis inflamatoria</p> <p>-Necrosis avascular</p> <p>-Cefalea</p> <p>-Convulsiones</p> <p>-Psicosis</p> <p>-Mononeuritis múltiple</p> <p>-Neuropatía central o periférica</p> <p>-Síndrome confusional agudo</p> <p>-Pleuritis</p> <p>-Pericarditis</p>	Historia Clínica

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Características laboratoriales	Pruebas de laboratorio de sangre, orina, tejidos que se solicitan para diagnóstico o seguimiento.	Las pruebas de laboratorio solicitadas a los pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico registrado en sus historias clínicas.	Alteraciones renales Alteraciones hematológicas Alteraciones inmunológicas	-Proteinuria >0.5g/d -Hematuria -Cilindros celulares hemáticos -Anemia -Trombocitopenia -Leucopenia -Linfopenia -ANA (+) -Anti DNA (+) -Anti Sm (+) -Anticuerpos antifosfolipídicos -C3, C4 Bajos -Test Coombs Directo (+)	Historia Clínica

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Comorbilidades	Es la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Enfermedades asociadas a los pacientes con diagnóstico de LES, registrado en sus historia clínicas.	-Cutáneas -Tracto respiratorio - Arteroesclerosis - Osteoporosis -Tracto urinario -HTA	Si () No () Si () No ()	Historia Clínica

5.4. Procedimientos y Técnicas

1. La investigación se llevó a cabo entre los meses de octubre del 2017 a febrero del 2018 en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura
2. Se solicitó la autorización respectiva al director del Hospital Santa Rosa para la ejecución del proyecto de investigación (Anexo N° 02)
3. Mediante la ayuda del sistema informático del Hospital Santa Rosa II-2 Piura se accedió al número de historias clínicas de 122 pacientes diagnosticados con LES, de 15-60 años que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de estudio.
4. Se solicitaron al archivo las 122 historias clínicas.

5. Se recogieron los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos elaborada para tal fin (Anexo N° 02)
6. Se elaboró una base de datos aplicando el SSPS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20 en Excel que permita el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas.
7. Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se hizo un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos
8. Se introdujeron los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.
9. Se realizó el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.
10. Se establecieron las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.
11. Se elaboró el Informe final.

5.5. Plan de análisis de datos

Luego de recolectados los datos, fueron procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel de la siguiente manera: Se vaciaron los puntajes, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos fueron revisados y corregidos y luego procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procedió al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia y porcentajes, se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos circulares y de barras. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS version 20.0

5.6. Aspectos Éticos

En el estudio tenemos en cuenta los aspectos Éticos tanto de los pacientes seleccionados que serán incluidos en el estudio. El principio de beneficencia de nuestra investigación está expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de esta patología que es un problema de salud pública. Como se colecta los datos de documentos de la atención de salud recibida y no directamente del paciente no hay que buscar su consentimiento informado, aunque si se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos protegiendo la identidad de las fuentes tanto de personas como de la institución, siguiendo los principios contenido en la Declaración de Helsinki. (28)

Este estudio cuenta con la aprobación a cargo del comité de ética e investigación del Hospital Santa Rosa II-2 Piura.

6. Presupuesto

El costo total del proyecto de investigación es de 3000.00 nuevos soles, el mismo que es autofinanciado.

7. Cronograma

N°	ETAPAS	TIEMPO											
		2017			2018								
		O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S
1	Elaboración del proyecto	X	X	X	X								
2	Presentación del Proyecto					X							
3	Revisión Bibliográfica				X	X							
4	Reajuste y validación de instrumentos					X							
5	Trabajo de campo y captación de información						X						
6	Procesamiento de datos						X						
7	Análisis e interpretación de datos						X						
8	Elaboración del informe						X						
9	Presentación del informe						X						
10	Sustentación						X						

8. Limitaciones

El presente trabajo de investigación no presenta limitaciones para su elaboración y ejecución

RESULTADOS

El gráfico 1 muestra la distribución de pacientes por grupos etáreos, donde se pudo constatar que del total de 122 pacientes con LES, 10 (8%) de estos se encontraron entre los 15-19 años, 88 (72%) entre 20-39 años y 24 (20%) entre 40-60 años.

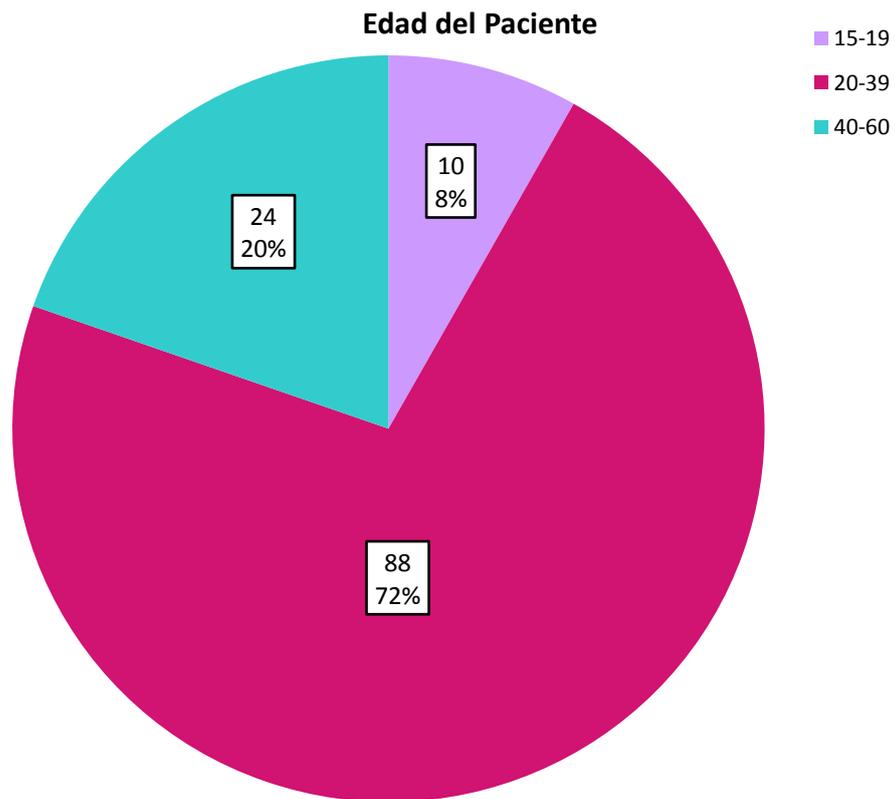


Gráfico N° 1 Grupos etáreos de pacientes con

En el gráfico 2 se muestra la distribución de pacientes según el sexo, donde se observa que de los 122 pacientes con LES, 109 (89%) fueron de sexo femenino y 13 (11%) fueron de sexo masculino.

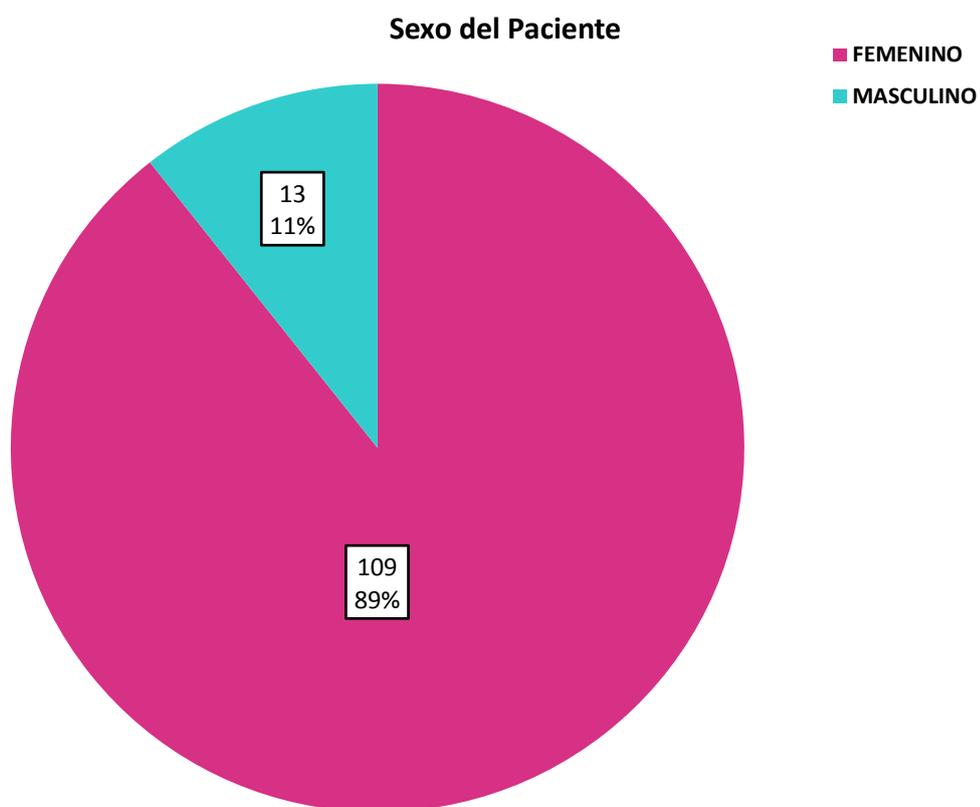


Gráfico N° 2 Sexo de pacientes con LES

En el gráfico 3 se observa la procedencia de los pacientes, encontrándose que de los 122 pacientes con LES, 24 (20%) procedieron de zona urbana, 75 (62%) de zona urbanomarginal, y 23 (19%) de zona rural.

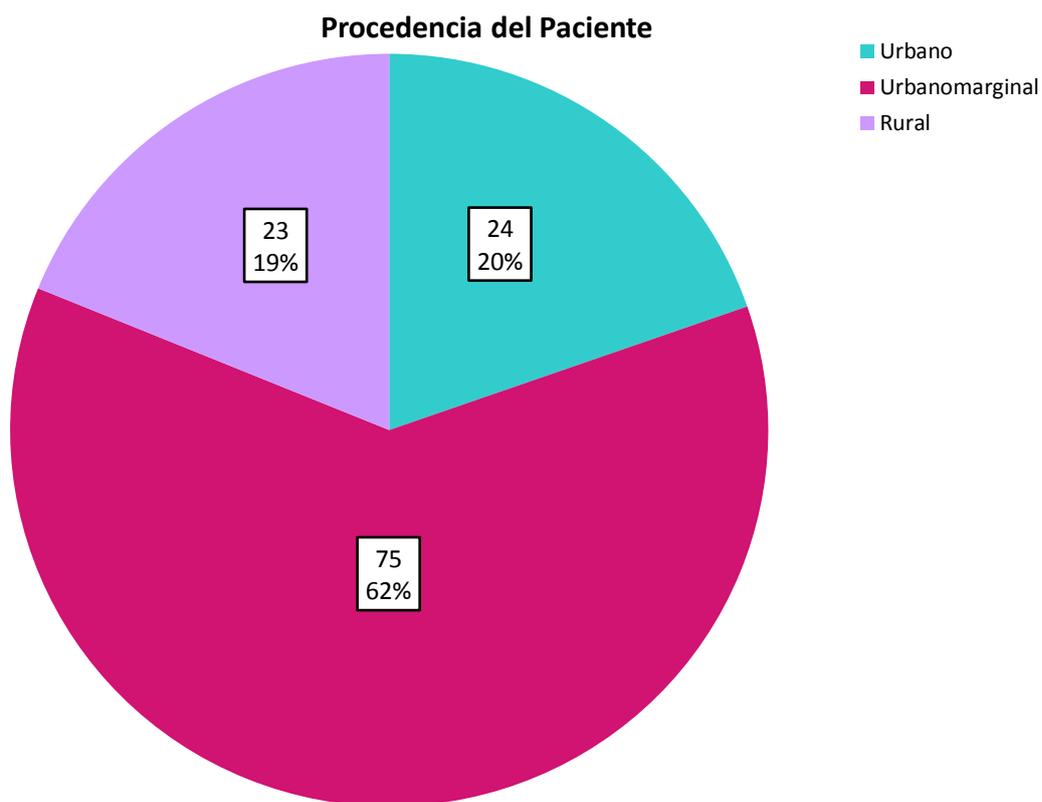


Gráfico N° 3 Procedencia de pacientes con LES

El gráfico 4 muestra el nivel de instrucción de los pacientes, encontrándose que de los 93 pacientes con LES, 3 (3%) no presentó estudios, 24 (26%) tuvo nivel primaria, 43 (46%) secundaria y 23 (25%) superior.

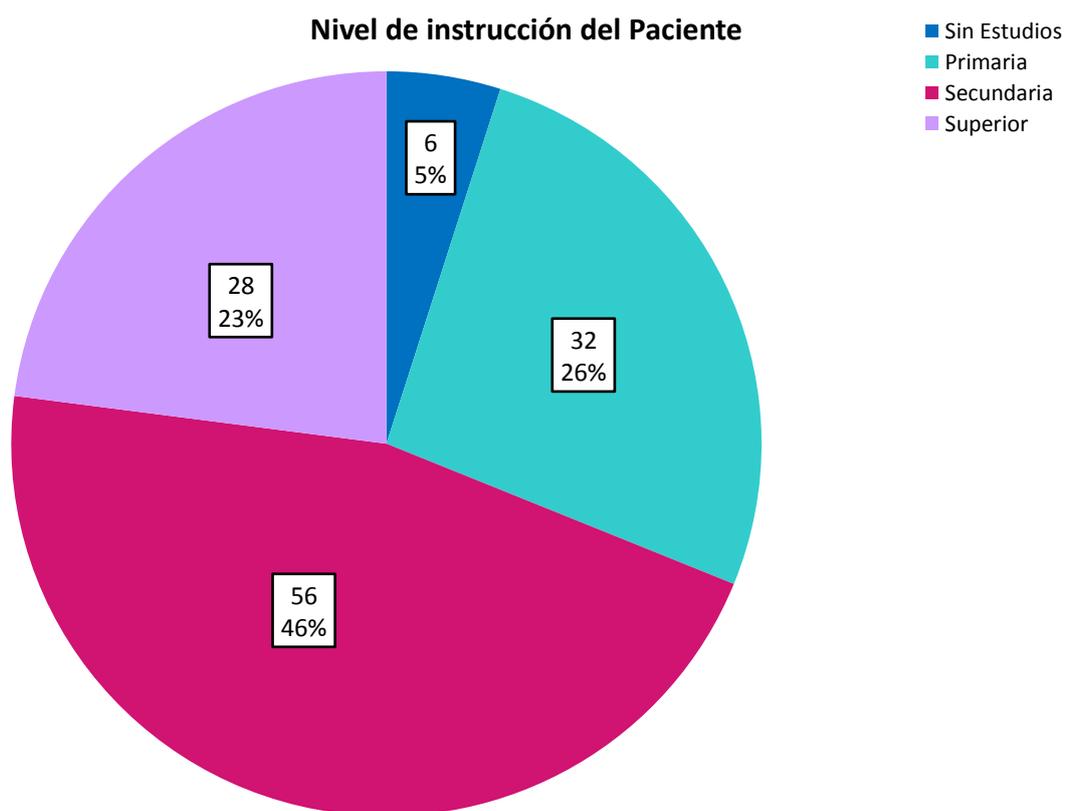


Gráfico N° 4 Nivel de instrucción de pacientes con LES

En la tabla N°1 podemos observar que de los 122 pacientes con LES, 118 (96.7%) presentaron manifestaciones clínicas.

Manifestaciones Clínicas	Casos	
	N	Porcentaje
	118	96.7%

La tabla N°2 muestra las diversas manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes con LES. De los 122 pacientes con LES, 38 (31.1%) presentaron exantema malar, 8 (6.6%) exantema discoide, 13 (10.7%) aftas orales, 18 (14.8%) fotosensibilidad, 10 (8.2%) alopecia, 81 (66.4%) sinovitis, 10 (8.2%) miositis inflamatoria, 3 (2.5%) artropatía de Jaccoud, 5 (4.1%) necrosis avascular, 30 (24.6%) pleuritis, 9 (7.4%) pericarditis, 4 (3.3%) cefalea, 6 (4.9%) convulsiones, 7 (5.7%) neuropatía central o periférica y 2 (1.6%) síndrome confusional agudo.

Manifestaciones Clínicas	Respuestas	Porcentaje de casos
	N	
Exantema malar	38	31.1%
Exantema discoide	8	6.6%
Aftas orales	13	10.7%
Fotosensibilidad	18	14.8%
Alopecia	10	8.2%
Sinovitis	81	66.4%
Miositis inflamatoria	10	8.2%
Artropatía de Jaccoud	3	2.5%
Necrosis avascular	5	4.1%
Pleuritis	30	24.6%
Pericarditis	9	7.4%
Cefalea	4	3.3%
Convulsiones	6	4.9%
Neuropatía central o periférica	7	5.7%
Síndrome confusional agudo	2	1.6%

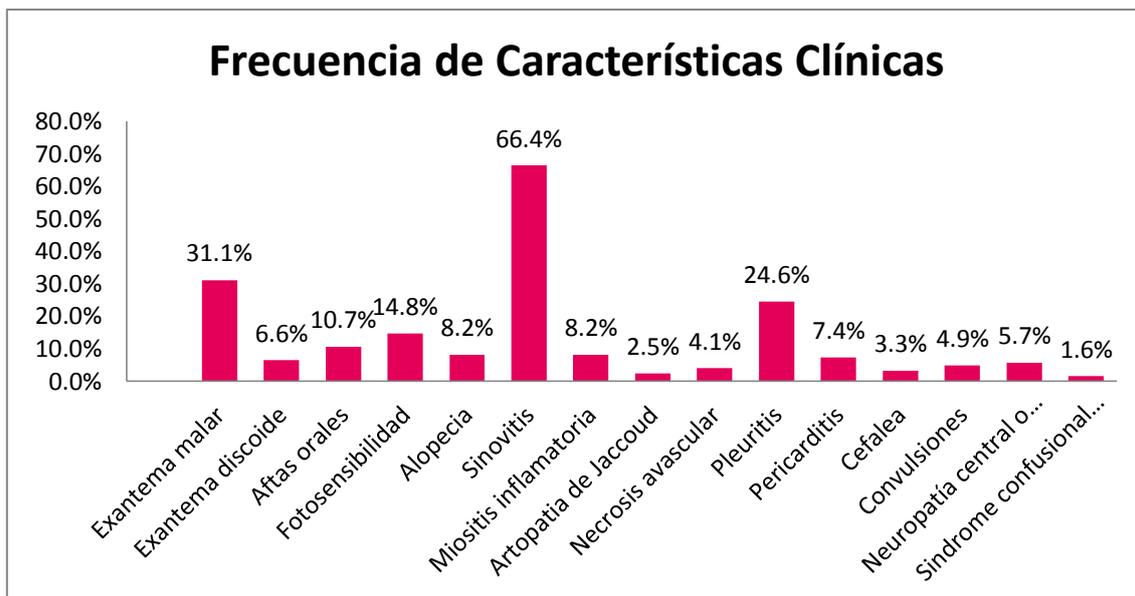


Gráfico N° 5 Frecuencia de Caraterísticas clínicas

En la tabla N°3 se muestran los resultados obtenidos en el estudio según las características laboratoriales. Se observa que de los 122 pacientes con LES, 37 (30.3%) presentó alteraciones renales, 104 (85.2%) presentó alteraciones hematológicas y 101 (82.8%) presentó alteraciones inmunológicas.

Tabla N°3 Frecuencia de Características Laboratoriales		
Alteraciones laboratoriales	Casos	
	N	Porcentaje
Alteraciones renales	37	30.3%
Alteraciones Hematológicas	104	85.2%
Alteraciones inmunológicas	101	82.8%

En la tabla N°4 se muestran los resultados obtenidos en el estudio según las alteraciones renales. Se observa que de los 122 pacientes con LES, el 27% presentó proteinuria, el 20.5% presentó microhematuria y el 4.1% presentó cilindros renales.

Tabla N° 4 Frecuencia de Alteraciones Renales		
Alteraciones renales	Respuestas	Porcentaje de pacientes
	N	
Proteinuria > 0.5 g	33	27.0%
Hematuria	25	20.5%
Cilindros renales	5	4.1%

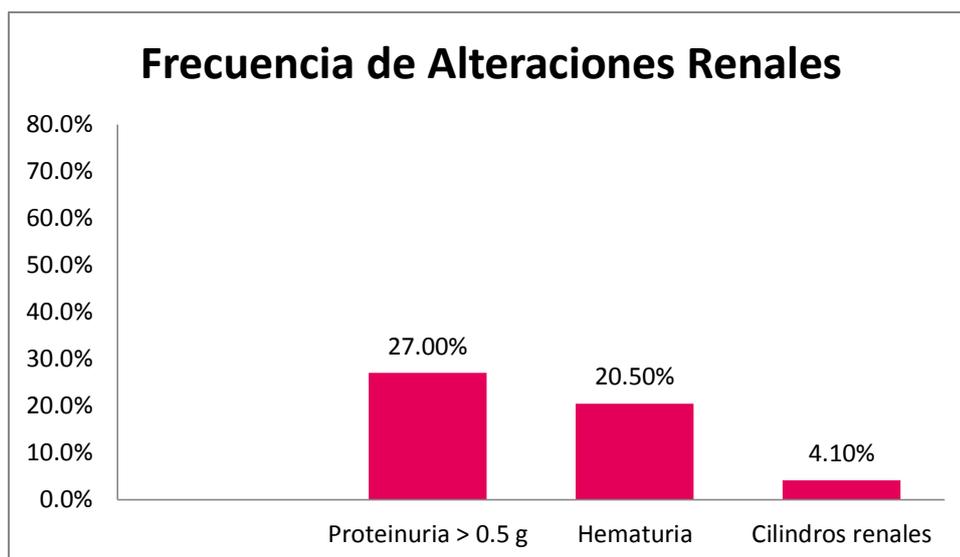


Gráfico N°6 Frecuencia de alteraciones renales

En la tabla N°5 se muestran los resultados obtenidos en el estudio según las alteraciones hematológicas. Se observa que de los 122 pacientes con LES, el 68.9% presentó anemia, el 16.4% presentó trombocitopenia, el 30.3% presentó leucopenia y el 41.8% presentó linfopenia.

Tabla N° 5 Frecuencia de Alteraciones Hematológicas		
Alteraciones hematológicas	Respuestas	Porcentaje de pacientes
	N	
Anemia	84	68.9%
Trombocitopenia	20	16.4%
Leucopenia	37	30.3%
Linfopenia	51	41.8%

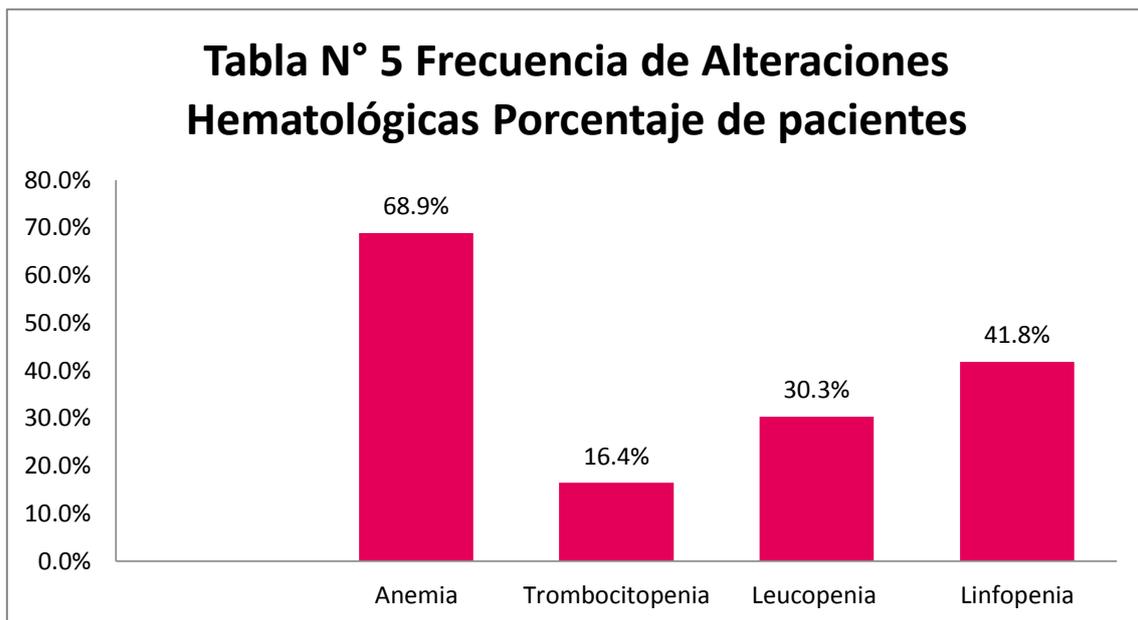


Gráfico N°7 Frecuencia de Alteraciones Hematológicas

En la tabla N°6 se muestran los resultados obtenidos en el estudio según las alteraciones inmunológicas. Se observa que de los 122 pacientes con LES, el 68% de estos presentó ANA (+), el 34.4% presentó Anti DNA (+), el 6.6% Anti Sm (+), el 2.5% anticuerpos antifosfolipídicos positivos y el 29.5% C3 o C4 bajos y el 16.4% Test de Coombs directo positivo.

Tabla N°6 Frecuencia de Alteraciones Inmunológicas		
Alteraciones inmunológicas	Respuestas	Porcentaje de pacientes
	N	
ANA (+)	83	68.0%
Anti DNA (+)	42	34.4%
Anti Sm (+)	9	6.6%
Anticuerpos antifosfolipídicos	3	2.5%
C3 o C4 bajo	36	29.5%
Test Coombs directo positivo	20	16.4%

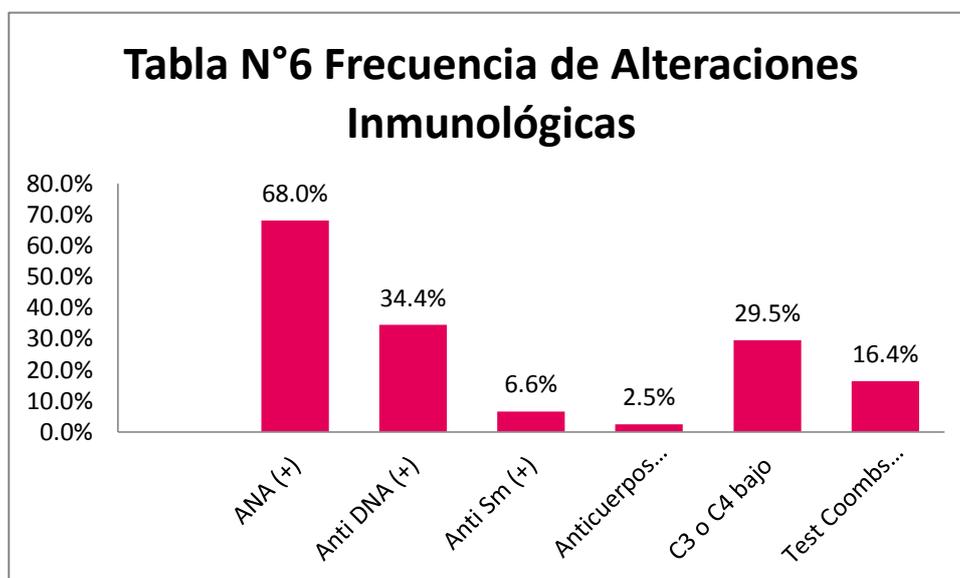


Gráfico N°8 Frecuencia de alteraciones Inmunológicas

En la tabla N° 7 se observa que de 122 pacientes con LES, 66 (54.1%) presentaron comorbilidades.

Tabla N°7 Frecuencia de Comorbilidades		
Comorbilidades	Casos	
	N	Porcentaje
	66	54.1%

En la tabla N°8 se observa que de los 122 pacientes con LES, el 11.5% de estos presentó infecciones cutáneas, el 20.5% de estos presentó infecciones del tracto respiratorio, el 36.1% presentó infecciones del tracto urinario y el 13.9% HTA.

Tabla N°8 Frecuencia de comorbilidades		
Comorbilidades	Respuestas	Porcentaje de casos
	N	
Infecciones cutáneas	14	11.5%
Infecciones del Tracto Respiratorio	25	20.5%
Infecciones del Tracto Urinario	44	36.1%
HTA	17	13.9%

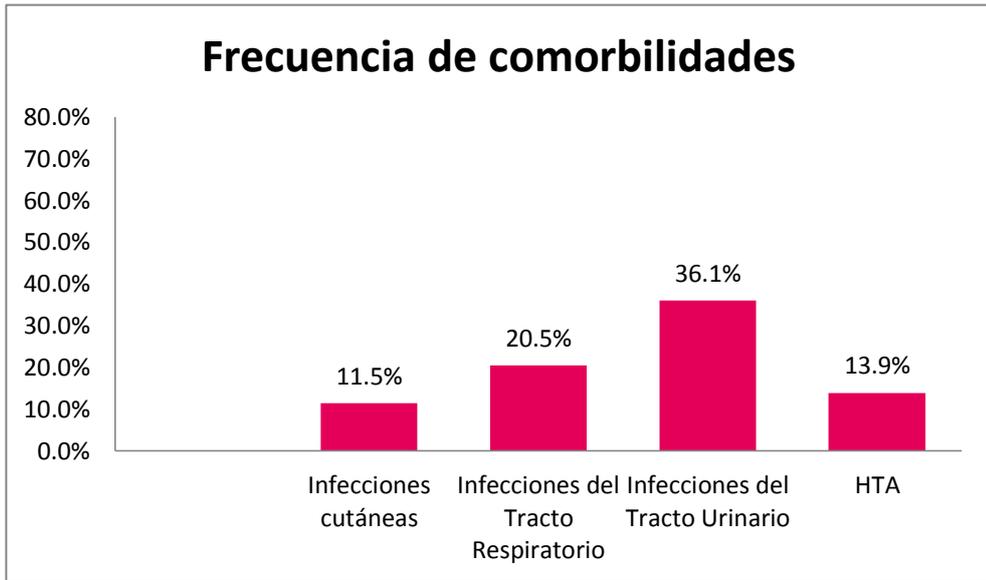


Gráfico N°9 Frecuencia de comorbilidades

DISCUSIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica crónica autoinmune, que se caracteriza por una amplia variedad de manifestaciones clínicas con predominio en las mujeres, con una proporción de 9:1 respecto a los hombres.²

En el presente estudio se encontró que el sexo femenino es el grupo más afectado representando el 89.3%, con una relación mujer/varón de 8.4 a 1. Los resultados se asemejan a los reportados en otros estudios. En Lima Veramendi²³ reportó una relación mayor de 15 a 1. En Huancayo Cayllahua²⁴ reportó relación de 8.3 a 1, siendo la más afectada la mujer. En Trujillo, Caspito²⁵ reportó que las mujeres representaban el 92.9% con una relación mujer/varón de 13 a 1. En Cuba Bermúdez et al¹⁸, reportaron una relación mujer/hombre es de 9/1. En Colombia Severiche et al²⁰ reportó que la mayoría de los pacientes fueron mujeres (89,6%; relación mujer: hombre de 8,6:1). En contraposición a nuestros resultados, en Colombia Ramirez et al¹⁹, reportaron una relación Mujer: Hombre de 5:1.

En este estudio se encontró que el grupo etáreo más frecuente fue el de 20 a 39 años (72.1%), siendo similar a otros estudios. Cayllahua²⁴ reporta que la edad de presentación se sitúa entre los 15- 40 años (85,7%), con mayor predominio en el rango de 21-30 años (48,6%). Caspito²⁵ reporta una edad media de 26.2 ± 6.9 años. Severiche et al²⁰ reportaron que 87,8% de los pacientes se encontraron en el rango de edad entre 16 a 49 años.

La mayor prevalencia de la enfermedad en mujeres así como su menor frecuencia de aparición antes de la menarquía o después de la menopausia se explicaría por la influencia hormonal asociada a esta enfermedad.²

El LES al ser una enfermedad inflamatoria multisistémica, se caracteriza por la capacidad de afectar a varios órganos. Así pues, se puede objetivar afectación de la piel o las membranas mucosas, las articulaciones, el cerebro, el corazón, el riñón, el pulmón y ocasionalmente el tracto gastrointestinal.⁹

Se encontró que en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico explorados primaron los niveles de procedencia urbano marginal representando el 61.5% de estos, así como el nivel de instrucción de secundaria en el 45.9% de pacientes. A diferencia de esto, Veramendi²³ indicó en su estudio que el grado de instrucción principal fue el de Ninguna/no hay datos con un 29,5%, seguido de Educación secundaria con 25,4%.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en este estudio fueron: la sinovitis en un 66.4 %, seguida del exantema malar con un 31.1% y la pleuritis con un 24.6%.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en el estudio realizado por Alonso²² quien reporta que la manifestación clínica más frecuente fue la artritis en un 68.7%, fotosensibilidad en un 42.7%, rash malar en un 39.3% y serositis en un 26.7% de pacientes. Veramendi²³ reporta la presencia de Artritis/Sinovitis con un 65,7% como la manifestación más frecuente, seguida por la fotosensibilidad, rash malar y alopecia.

Sin embargo este orden difiere del reportado por otros autores que encontraron mayor frecuencia del exantema malar en comparación a la sinovitis. Bermúdez et al¹⁸ indicaron que se presenta con mayor frecuencia el eritema facial en 73,2 % de pacientes, seguido de la artritis en 69,6 % y la fotosensibilidad en 50,9 %. Asimismo Ramirez et al¹⁹ reportan que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las cutáneas que se presentaron en 61,63% de los pacientes. Las artralgias y la artritis se presentaron en la mitad de pacientes, siendo la primera causa de dolor en el lupus.

En las manifestaciones musculoesqueléticas, los síntomas articulares aparecen en un 90% de los pacientes a lo largo de la enfermedad, y son a menudo la manifestación más temprana. La necrosis avascular es una causa mayor de morbilidad y discapacidad en el LES, y puede aparecer en el 5-12% de los pacientes, ya sea en relación con la propia enfermedad (artritis, AAF, vasculitis) o con los tratamientos (esteroides). ¹ En este estudio, la necrosis avascular se presentó en el 4.3% de los pacientes, coincidiendo con lo reportado en la literatura.

En este estudio se observó que las alteraciones laboratoriales presentadas con más frecuencia fueron las alteraciones hematológicas con un 85.2%, seguida por las inmunológicas con 82.8%.

Entre los hallazgos de este estudio, encontramos que el 30.3% de pacientes con LES presentó alteraciones renales, dentro de las cuales la más frecuente fue la proteinuria > 0.5 g en 33 pacientes (27%), seguida de la hematuria en 25 (20.5%). La frecuencia

de estas alteraciones fue menor que la encontrada por otros autores sin embargo los hallazgos coinciden en relación a que la proteinuria fue la alteración renal predominante. Veramendi²³ reporta que las alteraciones renales se presentaron en el 46.3% de casos, siendo la Proteinuria > 0.5 g/día en el 43.3% la más frecuente y según Severiche et al²⁰ en su estudio el compromiso renal se presentó en el 68.7% de los pacientes, siendo la Proteinura > 0.5 g/día la alteración más frecuente en el 61.7% de pacientes. Asimismo la frecuencia de alteraciones renales en nuestro estudio es mayor que la reportada por Ramirez et al¹⁹ que encontraron la proteinuria > 0.5 g en el 13.5% de pacientes.

En el presente estudio el 85.2% de los pacientes con LES presentó alteraciones hematológicas, resultados similares reporta Cayllahua²⁴ quien señala que la mayoría de los pacientes con LES presentó trastorno hematológico (75,7%) y Severiche et al²⁰ que indica que la enfermedad hematológica se presentó en el 71.3%.

Las alteraciones más frecuentes fueron la anemia en el 68.9%, seguida por la linfopenia en el 41.8% y leucopenia en el 30.3%.

Estas alteraciones coinciden con las más frecuentes reportadas por otros autores, si bien la frecuencia de linfopenia y leucopenia son similares a las descritas en otros estudios reportados, la frecuencia de anemia en nuestros hallazgos es mayor.

En el estudio de Ramirez et al¹⁹ la manifestación hematológica más frecuentes fue la anemia en el 47.1% del total de pacientes con lupus. Severiche et al²⁰ reportaron que la alteración hematológica más frecuente fue la linfopenia en el 55.7%, seguida de leucopenia en el 30.4% y de anemia hemolítica en el 27.8%. En el estudio de Veramendi²³ dentro de las alteraciones hematológicas, la más frecuente fue la linfopenia con un 31,3%, seguida de la leucopenia en el 16,4%. En el estudio de Cayllahua²⁴ se evidencia con mayor frecuencia la linfopenia (24,3% de los pacientes lúpicos).

Las manifestaciones hematológicas son frecuentes, correlacionan actividad de la enfermedad y afectan las 3 series, así como el sistema de coagulación y fibrinolítico.² Las manifestaciones hematológicas son frecuentemente objetivadas en los pacientes con LES. De las posibles citopenias, la anemia es la manifestación hematológica más frecuente, y ha sido descrita en el 50 al 78% de los pacientes. Puede observarse anemia secundaria a enfermedades crónicas, por ferropenia y la hemolítica autoinmune. La anemia de enfermedades crónicas es la más comúnmente identificada en los pacientes lúpicos. Esta anemia, en la mayoría de los casos, es moderada.⁹ La

leucopenia está presente en el LES, se relaciona generalmente con actividad de la enfermedad y suele ir asociada a linfopenia. No obstante, se debe tener en cuenta que parte de los fármacos habituales en el tratamiento del LES pueden ocasionar citopenias. La leucocitosis puede aparecer asociada al tratamiento con GC o a la presencia de infección.²

El 82.8% de los pacientes presentó alteraciones inmunológicas. De las alteraciones inmunológicas la más frecuente fue el ANA (+) en 68%, seguido de positividad del Anti DNA con 34.4% y niveles bajos de complemento en 29.5%.

La frecuencia de estos hallazgos inmunológicos fue similar a lo reportado en otros estudios. En el estudio de Cayllahua²⁴ se observa que en la mayoría de los pacientes lúpicos (70,3%) se evidencia ANA positivo, siendo éstos los anticuerpos más frecuentemente detectados, seguido de Anti dsDNA en el 29,7% de los pacientes con LES. En el estudio de Veramendi²³ la distribución de las alteraciones inmunológicas con relación a las más frecuentes fue ANA positivo con el 83,6%, seguido por la hipocomplementemia con 62,7%, seguido del anti DNAds positivo en el 47,8%. Según Severiche et al²⁰ los autoanticuerpos más frecuentes en los pacientes fueron los anticuerpos antinucleares en el 94,8% y anticuerpos anti-ADN en el 79,1%.

Si bien coincidimos en las alteraciones inmunológicas más frecuentes, la frecuencia de la positividad de ANA y anti DNA de nuestros hallazgos es superior a la reportada por Ramirez et al¹⁹ que señala que el 32,7% de pacientes presentó títulos de ANAS positivos, el 10.6% presentó Anti DNA (+), los bajos niveles de C3 y C4 se presentaron en el 30.8% y 28.8% respectivamente.

En este estudio se encontró que el 54.1% de los pacientes con LES presentaron comorbilidades, De las comorbilidades encontradas, la más frecuente fue la infección del tracto urinario en el 36.1% de pacientes con LES, seguida de las infecciones del tracto respiratorio en el 20.5%. No se encontraron comorbilidades como arterioesclerosis ni osteoporosis.

Nuestros hallazgos fueron similares con los reportados por Caspito²⁵ quien señala que la comorbilidad más frecuente está dada por las infecciones con un 55.7% del total de pacientes. La más frecuente fue la Infección del Tracto Urinario con un 35.7% del total de pacientes con LES, seguido de infecciones respiratorias con el 21.4% del total de pacientes con LES.

La frecuencia de complicaciones infecciosas en pacientes con LES varía de acuerdo con la serie entre 26% y 78%. Los pacientes con LES son más susceptibles al desarrollo de infecciones que la población general. Esta mayor susceptibilidad obedece a factores genéticos, factores propios de la enfermedad (se relacionan con defectos en la inmunidad innata y adaptativa) y al uso de medicamentos inmunosupresores. Las infecciones son la causa de muerte en un 20-55% de los pacientes con LES.¹⁵

CONCLUSIONES

- El lupus eritematoso sistémico es más frecuente en el sexo femenino con una relación mujer/varón de 8.4 a 1 y el grupo etáreo más afectado es el de 20 a 39 años.
- En pacientes con LES primaron los niveles de procedencia urbano marginal representando el 61.5% de estos, así como el nivel de instrucción de secundaria en el 45.9% de pacientes.
- Las manifestaciones clínicas más frecuentes en este estudio fueron: la sinovitis en un 66.4 %, seguida del exantema malar con un 31.1% y la pleuritis con un 24.6%.
- Las alteraciones renales se encontraron en el 30.3% de los pacientes con lupus. Las más frecuentes fueron la proteinuria, seguida de la hematuria.
- Las alteraciones hematológicas se presentaron en el 85.2% de pacientes con LES. Las más frecuentes fueron la anemia, seguida de la linfopenia y la leucopenia.
- Las alteraciones inmunológicas se encontraron en el 82.8% de casos. Las más frecuentes fueron el ANA (+), seguido de positividad del Anti DNA y niveles bajos de complemento.
- La comorbilidad más frecuente fue la infección del tracto urinario, seguida de las infecciones del tracto respiratorio.

RECOMENDACIONES

- Se debe impulsar estudios en otras regiones del país, que nos permita conocer las características así como las comorbilidades presentadas en otras zonas y compararlas con las de nuestra población debido a que el LES es una enfermedad muy poco estudiada en nuestro país.
- Se recomienda desarrollar estudios con diseño de corte prospectivo, asimismo trabajar con datos primarios por la limitación que presentan algunas historias clínicas, como letra ilegible, historias clínicas que registraban deficientemente la información o se traspapeló alguna parte de la historia clínica.
- Se debe colocar de forma precisa el código CIE 10 para Lupus en la base de datos, para así evitar el subregistro de estos pacientes y el registro erróneo de los diagnósticos.
- Se recomienda que el servicio de Archivo del Hospital Santa Rosa II-2 Piura al almacenar las historias clínicas tenga mayor control en el manejo y haga seguimiento de la ubicación de estas para evitar que se pierdan.
- Se recomiendan iniciativas como determinar la mortalidad asociada a Lupus Eritematoso sistémico, debido a que se sabe que esta es 3 veces superior que en la población general, determinar la correlación entre las diferentes manifestaciones y determinados autoanticuerpos.

9. Referencias bibliográficas

1. Pérez A, Ruiz L, Moruno H, Sánchez A, Cuende E. Lupus eritematoso sistémico (I). *Medicine*. 2013; 11(32):1955-65.
2. Galindo M, Molina R, Álvarez J. Lupus eritematoso sistémico (I). Etiopatogenia. Manifestaciones clínicas. Historia natural. Pruebas diagnósticas. Diagnóstico diferencial. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017; 12(25):1429-1439.
3. Gamboa R, Medina M, Acevedo E, Pastor C, Cucho J, Gutiérrez C et al. Prevalencia de enfermedades reumatológicas y discapacidad en una comunidad urbano-marginal: resultados del primer estudio Copcord en el Perú. *Revista Peruana de Reumatología*. 2009; 15(1):1-4.
4. Nucamendi G, Guillén C, Sánchez M. ¿Qué es el Lupus eritematoso?. *Boletín EPIDEMIOLOGICO*. 2013; 30:1-4.
5. Velázquez-Cruz R, Jiménez-Morales S, Ramírez-Bello J, Aguilar-Delfín I, Salas-Martínez G, Baca V et al. Lupus eritematoso sistémico (LES): genómica de la enfermedad. *Gaceta Médica de México*. 2012; 148:371-380.
6. Ballestar E. Epigenética de Enfermedades Autoinmunes: el caso del Lupus Eritematoso Sistémico. *Cuadernos de Autoinmunidad*. 2012; 2:3-7.
7. ENRÍQUEZ-MEJÍA, M. Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. *Rev Med Inv*. 2018; 1:8-16.
8. Riera H, Rodríguez V, Quintero M, Rosas A, Betancourt L, Colantuoni G et al. Bases moleculares en la etiopatogenia del lupus eritematoso sistémico. *BOTICA*. 2015; N° 35.
9. Acosta I, Avila G, Acosta M, Aquino A, Centurión O, Duarte M. Manifestaciones clínicas y laboratoriales en el Lupus Eritematoso Sistémico-LES. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2016; 14(1):94 - 109.
10. López P, Elizabeth N, Ordóñez A, Marcelo I. Elementos que reumatólogos y dermatólogos deberían conocer sobre el lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Reumatología*. 2016; XVIII(2):150-154.
11. Rivera F, Romera A, Anaya S, González López LM, Vozmediano C. Nefropatía lúpica. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) *Nefrología al Día*. 2017. <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-nefropatia-lupica-164>.
12. Bermúdez WM, Vizcaino Y, Bermúdez Marrero WA. Lupus eritematoso sistémico. *Acta Médica del Centro*. 2017; 11(1):82-95.

13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico. Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2015. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
14. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE Lupus Eritematoso Sistémico. Santiago: Minsal, 2013.
15. Complicaciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Rev Nac (Itauguá). 2015; 7(2):15-19.
16. Muñoz-Grajales C, Pinto L, Velásquez C, Márquez J, Restrepo M. Complicaciones infecciosas en lupus eritematoso sistémico Infectious complications in systemic lupus erythematosus. Rev Colomb Reumatol. 2013; 20:141-7.
17. Rodríguez M, De la Cámara I, Pablos J. Lupus eritematoso sistémico (II). Evaluación de la enfermedad. Tratamiento. Manejo de las complicaciones. Medicine. 2017; 12(25):1440 - 1447.
18. Bermúdez W, Vizcaino Y, Fusté C, González Z, Egües J. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con lupus eritematoso sistémico. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Rev Cuba Reumatol. 2016; 18 (Suppl 1).
19. Ramírez CF, Rojas-Perdomo J, Vanegas S, Villalba Y, Puentes N, Caviedes G et al. Caracterización clínica paraclínica y epidemiológica de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Rev Méd Risaralda. 2017; 23(1):23 - 28.
20. Severiche D, Restrepo M, González L, Vanegas A, Muñoz C, Vásquez G. Ciento quince pacientes con lupus eritematoso sistémico: características clínicas e inmunológicas. Rev Colomb Reumatol. 2014; 21:183-92.
21. Mora CD, Sempértegui VC. Lupus Eritematoso Sistémico: Manifestaciones Clínicas y Criterios de Laboratorio [Médico Cirujano]. UNIVERSIDAD DEL AZUAY; 2016.
22. Alonso M. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. EPIDEMIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA EN EL NOROESTE DE ESPAÑA [Doctorado]. UNIVERSIDAD DE CANTABRIA; 2017.
23. Veramendi E. "PERFIL CLÍNICO Y DE LABORATORIO EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. 2009-2013" [Médico Cirujano]. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2015.
24. Cayllahua M. "LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2005- 2015" [MÉDICO CIRUJANO]. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ; 2016.

- 25.** Caspito L. Comorbilidades en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico. Hospital Regional Docente de Trujillo - Perú [Bachiller en Medicina]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO; 2015.
- 26.** Nieto JD, Zúniga AJ. “PERFIL CLÍNICO Y DE LABORATORIO EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. HOSPITAL ANTONIO LORENA - CUSCO - 2014 – 2016”, [MÉDICO CIRUJANO]. UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO; 2017.
- 27.** Cohaila JL. CARACTERÍSTICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO DE INICIO TARDÍO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2015 [MAESTRA EN MEDICINA]. UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES; 2016.
- 28.** Mazzanti MdlÁ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética. 2011; 6(1):125-144.

10. Anexos

ANEXO N°01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

TRABAJO DE INVESTIGACION

EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERISTICAS CLINICAS, LABORATORIALES Y COMORBILIDADES ASOCIADAS A LUPUS ERITEMASO SISTEMICO EN HOSPITAL SANTA ROSA II-2 PIURA 2015-2017.

FICHA N° _____

1. Características sociodemograficas de pacientes con Lúpus Eritematoso Sistêmico

Edad: 15 a 19 años () 20 a 39 años () 40 a 60 años ()

Sexo: Masculino () Femenino ()

Procedencia: Urbano () Urbano Marginal () Rural ()

Nivel de estudios: Sin Estudios () Primaria () Secundaria () Superior

2. Características clínicas

Manifestaciones mucocutaneas:

Exantema malar Si () No () Fotosensibilidad Si () No ()

Exantema discoide Si () No () Aftas orales Si () No ()

Alopecia Si () No ()

Manifestaciones musculo esqueléticas

Sinovitis de dos o mas articulaciones Si () No ()

Derrame Si () No () Artropatia de Jaccoud Si () No ()

Miositis inflamatoria Si () No () Necrosis avascular Si () No ()

Sersositis

Pleuritis Si () No () Pericarditis Si () No ()

Manifestaciones neurológicas

Cefalea Si () No () Convulsiones Si () No () Psicosis Si () No ()

Mononeutiris múltiple Si () No () Neuropatía central o periférica Si () No ()

Sindrome confusional agudo Si () No ()

3. Características laboratoriales

Alteraciones renales

Proteinuria >0.5g Si () No () Hematúria Si () No ()

Cilindros celulares Si () No ()

Alteraciones hematológicas

Anemia Si () No () Trombocitopenia Si () No ()

Leucopenia o leucocitocis Si () No () Linfopenia Si () No ()

Alteraciones inmunológicas

ANA (+) Si () No () Anti DNA (+) Si () no () Anti Sm (+) Si () No ()

Anticuerpos antifosfolipidicos Si () No () C3, C4 Bajos Si () No ()

Test de Coombs Directo positivo Si () No ()

4. Comorbilidades

Infecciones Cutáneas Si () No ()

Infecciones Tracto respiratorio Si () No ()

Arteroesclerosis Si () No ()

Osteoporosis Si () No ()

Infecciones del Tracto Urinario Si () No ()



UPAO | Campus Piura

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

Piura, 28 de Febrero del 2018

Dr. JOSE FERNANDEZ ANDRADE
Director del Hospital Santa Rosa
PIURA.-

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACION PARA EJECUTAR PROYECTO DE TESIS

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi atento saludo, y al mismo tiempo solicitarle permiso para que la alumna de la Universidad Privada Antenor Orrego-filial Piura, CARMONA MENDIVIL SAMANTA, identificado con DNI 48464219, tenga acceso al servicio de MEDICINA, del Hospital que Ud. tan dignamente dirige, a fin poder desarrollar su Proyecto de Tesis.

Agradezco por anticipado su atención al presente.

Atentamente,

Dr. Walter W. Sánchez Fernández
Coordinador de La Carrera de Medicina Humana
Filial UPAO - Piura



C.c.
Archivo
JPR



GOBIERNO REGIONAL PIURA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2



"AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL"

PROVEIDO N° 009-2018/-HAPCSR-II-2

12 MAR 2018

A : DR SALVADOR MORE CHUNGA
Jefe Del Departamento De Medicina

: Ing. Temístocles Farfán Palacios
Jefe de Estadística e Informática.

ASUNTO : Proveído Favorable.

Referencia : Solicitud s/n.

Que de acuerdo con la documentación presentada por la Srta. **Carmona Mendivil Samanta**, identificado con DNI 48464219 de la Universidad Privada Antenor Orrego, dado el Proveído Favorable para realización de Investigación para optar Título De Médico Cirujano que se realizara en nuestro Hospital de la Amistad Perú –Corea Santa Rosa II2.

Adjuntado la carta de Compromiso.

Agradezco de antemano, la atención a la presente.

Atentamente


GOBIERNO REGIONAL PIURA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2
DR. MANUEL EDUARDO GIRON SILVA
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
C.M.P. 20027

Av. Grau y Chulucanas s/n San Martín
Teléf. (073) 361509 Anexo 221
www.hsantarosa.gob.pe
uadisantarosa@hotmail.com