

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

“Artritis reumatoidea como factor de riesgo para enfermedad de Ménière en adultos del Hospital Albrecht de Trujillo”

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autor:

Colunche Ortiz, Juliht Marisol

Asesor:

Ulloa Cueva, Delia Margarita

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6794-1652>

Jurado Evaluador:

Presidente: Segura Plasencia, Niler Manuel

Secretario: Fernandez Rodriguez, Lissett Jeanette

Vocal: Vasquez Tirado, Gustavo Adolfo

Trujillo – Perú

2023

Fecha de Sustentación: 08/03/2023

DEDICATORIA

A mi Dios por ser la luz de mi vida.

**A mis amados padres Elmer y Marcela, por su amor y apoyo
incondicional.**

A mis queridas hermanas Helen y Yesely por animarme en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios por amarme incondicionalmente y guiarme en cada paso de mi vida.

A mis amados padres Elmer y Marcela por brindarme todo su amor, por confiar en mi en todo momento y ayudarme a cumplir mi sueño.

A mi querida hermana Yesely por ser mi compañera de vida; a mi adorada hermana Helen por llenar mis días de alegría.

A mis amados abuelitos Manuel, Hilda, Santos, Dalila y a mi mamita Julia por todo su cariño y sabios consejos.

A mis queridos tíos: Hernan, Nilton, Lucinda, Raquel, Yony, Jheniffer, Antonio, Wilmer, Segundo e Ytamar por apoyarme cuando más lo necesitaba.

A mi asesora Dra. Delia Margarita Ulloa Cueva por su amabilidad, constancia y dedicación en la realización de este trabajo.

A mis amigos del colegio: Karito, Yohana, Flor, Yajaira y Victor por todo su cariño y por estar siempre a mi lado a pesar de la distancia.

A mis amigos de la universidad: Vania, Jhoana, Glenda, Fiorella, Julia, Solange, Eduardo, Orlando y Ana por hacer de estos años de estudio los más hermosos de mi vida.

A Zeres, Elena, Fortunato, Jorge, María Luz, Claudia, José Alexis y Noé por acogerme como un miembro más de su familia.

**A quiénes me animaron y apoyaron cuando más lo necesitaba: Joel, Dalton, Emerson, Josue, Jhossef, Lucas, Fernando, Cris y Cristhian.
Y a mi bello Archie.**

Resumen

Objetivo: Determinar si la artritis reumatoidea es un factor de riesgo para enfermedad de Ménière en adultos del Hospital Albrecht de Trujillo.

Material y Método: Estudio de casos y controles, en el cual se evaluó a 41 pacientes con enfermedad de Ménière, para el grupo de casos y 82 pacientes sin esta patología, para el grupo control, los cuales tenían, historias clínicas completas, se buscó que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión definidos para esta investigación. Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó la prueba de χ^2 , y t-Student, para evaluar la asociación de riesgo entre las variables se usó el Odds ratio.

Resultados: En el grupo de pacientes con enfermedad de Ménière se encontró que la edad media fue de 61.6 años (De: 11.8), el 70.7% fueron del sexo femenino, el 85.4% de procedencia de la región costa, el 65.9% presentaron migraña. El 7.3% presento artritis reumatoide pero no se encontró asociación con la enfermedad de Ménière ($p > 0.05$)

Conclusión: La artritis reumatoide no es un factor de riesgo para enfermedad de Ménière.

Palabras claves: Artritis reumatoide, síndrome de Meniere, vértigo auditivo, vértigo aural,

Abstract

Objective: To determine if rheumatoid arthritis is a risk factor for Meniere's disease in adults at the Albrecht Hospital in Trujillo.

Material and Method: Case-control study, in which 41 patients with Meniere's disease were evaluated, for the case group and 82 patients without this pathology, for the control group, who have completed clinical histories. that met the inclusion and exclusion criteria defined for this research. For the analysis of the data obtained, the χ^2 test is used, and Student's t-test, to evaluate the risk association between the variables, the Odds ratio is used.

Results: In the group of patients with Meniere's disease, it was found that the mean age was 61.6 years (From: 11.8), 70.7% were female, 85.4% came from the coastal region, 65.9% had migraine. 7.3% presented rheumatoid arthritis but no association with Meniere's disease was found ($p>0.05$).

Conclusion: Rheumatoid arthritis is not a risk factor for Meniere's disease.

Key words: Rheumatoid arthritis, Meniere's disease, Meniere's Syndrome, Aural Vertigo

ÍNDICE.

Resumen	3
Abstract.....	4
I. Introducción.....	6
II. Plan de Investigación.....	10
2.1. Enunciado del problema.	10
2.2. Objetivos.	10
2.3. Hipótesis.	10
III. Material y método.....	11
3.1. Población de estudio.....	11
3.2. Muestra.....	12
3.3. Diseño de Estudio.....	14
3.4. Variables.....	15
3.5. Definición Operacional.....	16
3.6. Procedimiento y Técnicas.....	17
3.7. Plan de análisis de casos.....	18
3.8. Aspectos éticos.	18
IV. Resultados.....	19
V. Discusión.....	23
VI. Conclusiones.	26
VII. Recomendaciones.	27
VIII. Bibliografía.	28
IX. Anexos.....	32

I. Introducción

La enfermedad de Ménière se define como un trastorno que afecta al oído interno, el cual se caracteriza por la presencia de manifestaciones clínicas como: pérdida auditiva (hipoacusia), vértigo recurrente, tinnitus y plenitud ótica. Aunque la Enfermedad de Ménière no sea el proceso vertiginoso más frecuente, es sin duda alguna el que más se conoce y mejor se estudia en la actualidad. Es un problema que se presenta mayormente en las mujeres (entre los 30 y 40 años), también en pacientes mayores y de raza blanca y con menor frecuencia en los niños y adolscentes^{1, 3}

Esta enfermedad tiene una prevalencia que varía entre 3.5 por 100,000 y 513 por 100,000 habitantes aproximadamente, pero esta prevalencia varía según el estudio y los diferentes factores geográficos, así tenemos, por ejemplo: en Finlandia su prevalencia es de 43.2/100.00 habitantes; España 75/100.000 habitantes y Japón 38/100.000 habitantes, en Latinoamérica se estima una prevalencia entre 200/100.000 habitantes^{2, 33}

La Enfermedad de Ménière es considerada como un Síndrome idiopático y multifactorial, cuya etiología puede explicarse por diversas teorías entre ellas la migraña y las enfermedades autoinmunes tales como la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante; es por ello que los factores que más cobran importancia son los factores genéticos y medioambientales. Se ha demostrado que hasta el 10% de pacientes tienen familiares de primer y segundo grado con antecedente de agregación familiar, se muestra un patrón de herencia autosómico dominante cuya penetrancia es incompleta y de expresividad variable^{3, 4}

Histopatológicamente esta enfermedad está relacionada con la colección de endolinfa dentro del conducto coclear y los órganos vestibulares, estas alteraciones en el laberinto membranosos se debe a un crecimiento del espacio endolinfático, lo cuál es el resultado de una producción excesiva o de una insuficiencia en la correcta reabsorción de la endolinfa (líquido rico en potasio del oído interno), estas anomalías en el sistema de drenaje endolinfático se pueden deber según estudios con tomografía computada (TC) a: una hipoplasia del saco endolinfático o a una inflamación del sáculo⁴

Se considera Enfermedad de Ménière cuando el paciente tenga como mínimo 2 episodios característicos de vértigo con una duración de al menos 20 minutos, acompañados de desequilibrio, cortejo neurovegetativo, nistagmo horizonto-rotatorio. Presencia de hipoacusia de tipo perceptivo, que se haya comprobado mediante audiometría. Sensación de plenitud y/o tinnitus en el oído comprometido. Hablamos de Síndrome de Ménière cuando la hipoacusia, los acúfenos y los vértigos se presentan al mismo tiempo y se conoce la etiología que los producen. Y se denomina Enfermedad de Ménière cuando esta etiología no es conocida ^{2, 7}

Se clasifica de acuerdo al hidrops endolinfático como "enfermedad del oído hidropónico primario" y enfermedad del oído hidropónico secundario. Actualmente se han evidenciado 5 subtipos de Enfermedad de Ménière: tipo 1, Enfermedad de Ménière unilateral, son pacientes sin antecedentes familiares, de migraña o autoinmunes (53%). Tipo 2, Enfermedad de Ménière tardía, se caracteriza por hipoacusia que precede al episodio de vértigo (8%). Tipo 3, Enfermedad de Ménière exclusivamente de antecedentes familiares (13%). Tipo 4, asociado en todos los casos a migraña con o sin auras (15%). Tipo 5, asociado a un trastorno autoinmune (11%), de estos (18%) se relacionan con la variante alélica rs4947296 (trastorno autoinmune comórbido) ^{5, 6}

Por otro lado, se define a la Artritis Reumatoidea (AR) como una enfermedad multifactorial, crónica e inflamatoria, sistémica y de carácter autoinmune. Se caracteriza por inflamación que compromete en primer lugar las sinovias de 6 o más articulaciones, las más afectadas son: diartrodiales de las manos, pies y rodillas, también la articulación atlantoaxial y la columna vertebral. Después afecta al cartílago, ligamentos, cápsula y hueso, produciendo dolor y discapacidad. También puede incluir afecciones sistémicas en el corazón, pulmón, riñón, piel, entre otros. Pero sin duda alguna la manifestación extraarticular más importante son los característicos nódulos reumatoideos, se desarrollan tanto en los pacientes que presentan AR temprana como en la de etapa más tardía ^{8-10,15}

Según la OMS la AR tiene una prevalencia a nivel mundial de 0.3 y 1%, se presenta en 41 de cada 100,000 habitantes y con mayor frecuencia en las

mujeres (entre los 40 y 60 años) con una relación 3:1 respecto a los hombres. En la AR intervienen múltiples factores: genéticos, ambientales, geográficos y nutricionales.^{10, 11}

En la AR fisiopatológicamente se producen por un infiltrado de linfocitos Th17 que secretan la interleucina (IL-17), estos inician la cascada inflamatoria en la membrana sinovial. Luego los macrófagos secretan mediadores proinflamatorios como (TNF alfa) y la IL-1, así mismo los linfocitos B y células dendríticas promueven la formación de autoanticuerpos para la activación de linfocitos T, produciendo la hiperplasia de la sinovia también invadiendo y destruyendo el cartílago y vainas tendinosas, desencadenan los síntomas (dolor persistente y tumefacción de las articulaciones afectas, fatiga, y dificultad para realizar las actividades diarias y en algunos casos depresión).^{11, 12,16}

Se considera AR en aquel paciente que tenga una articulación como mínimo con presencia clínica de sinovitis y que esta no se explique por alguna otra enfermedad que padezca el paciente. Tener un puntaje mayor o igual a 6 en la puntuación que se presenta en la tabla de clasificación para AR, la cual incluye el daño articular, la serología del factor reumatoideo y/o anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico, incremento de reactantes de fase aguda y que la enfermedad sea de un tiempo mayor o igual a 6 semanas^{13-14, 21-22}

En 2021, Kim SY. et al, investigo la asociación entre la artritis reumatoidea y la enfermedad de Ménière, fue un estudio retrospectivo, de seguimiento longitudinal utilizando una cohorte de detección de salud nacional en Corea durante el periodo 2002 al 2015, con un total de 3038 participantes con diagnóstico de artritis reumatoidea, los cuales fueron emparejados con 12 152 pacientes en el grupo control, encontrando que el 1.5% de pacientes en el grupo con artritis reumatoidea presentaron enfermedad de Ménière y en el grupo control el 1.3% de los pacientes (HR ajustado = 1,03, intervalo de confianza del 95 % = 0,73–1,44, p= 0,885)¹⁷

En el 2016, Gabaldón P. et al, revisaron la data de revistas como (PubMed; Medline; Scielo y Ovid) realizaron también revisión de manera retrospectiva de las historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de oto-neurológica. Evidenciaron que en el síndrome de Ménière inmunomediado, se presenta tanto

en los síndromes de Ménière unilateral como en el bilateral, en un 7 y 16% respectivamente. También manifiestan que alrededor del 21 a 96% de pacientes con Enfermedad de Ménière presentan depósitos de inmunocomplejos circulantes, los cuales produce una inflamación que interfiere en el drenaje adecuado del saco endolinfático ¹⁹

En el año 2015, Gazquez I. et al, estudiaron en 6 hospitales a 690 pacientes con enfermedad de Ménière (con hipoacusia bilateral 217 y 473 unilateral), usando criterios como (linfocitos, citocinas proinflamatorias TNF α , INF γ , ANA, C3 y C4). Se concluyó que en la Enfermedad de Ménière se observa una alta prevalencia de enfermedades sistémicas autoinmunes como RA, LES y AS y que estas fueron más frecuentes en los casos de Enfermedad de Ménière asociado a migraña y finalmente se relacionó a los linfocitos B con la pérdida auditiva y a la presencia de recurrentes vértigos con los linfocitos T CD8 activados, esto indica una participación de la respuesta autoinmune en el inicio y desarrollo de la Enfermedad de Ménière ¹⁸

En el 2015, Trevino J. et al, estudió la Hipoacusia neurosensorial subclínica en pacientes femeninas con artritis reumatoidea, a 117 mujeres entre 19-65 años, les hicieron audiometría de altas frecuencias. Se evidenció en el 93.16% de las pacientes una hipoacusia de tipo neurosensorial de elevadas frecuencias, cuyo resultado fue: en un 43.59% frecuencias de hasta 8,000 Hz y frecuencias altas de hasta 10,000-16,000 Hz en un 94.02% ²⁰

La enfermedad de Ménière es una patología de moderada prevalencia a nivel global, por lo que debemos conocer los factores de riesgo que van a desencadenar esta patología que conllevan a otras graves complicaciones. Existe una limitada cantidad de artículos y trabajos similares a nuestra investigación por lo que, con el presente estudio, se pretende tener un impacto en la disminución de la morbilidad de los pacientes con enfermedad de Ménière a través de la identificación de la relación causa-efecto con la artritis reumatoidea.

II. Plan de Investigación

2.1. Enunciado del problema:

¿Es la artritis reumatoidea un factor de riesgo para enfermedad de Ménière en pacientes adultos del Hospital Albrecht de Trujillo?

2.2. Objetivos:

2.2.1. Objetivo General:

Determinar si la artritis reumatoidea es un factor de riesgo para enfermedad de Ménière en adultos del Hospital Albrecht de Trujillo.

2.2.2. Específicos:

- Comparar la frecuencia de artritis reumatoidea en pacientes adultos con y sin enfermedad de Ménière del Hospital Albrecht de Trujillo.
- Comparar características como sexo, edad, procedencia, tiempo de enfermedad, antecedente familiar de enfermedad de Ménière, migraña, en pacientes adultos con y sin enfermedad de Ménière del Hospital Albrecht de Trujillo.
- Determinar el porcentaje de pacientes con Meniere Unilateral y bilateral en el grupo de casos.

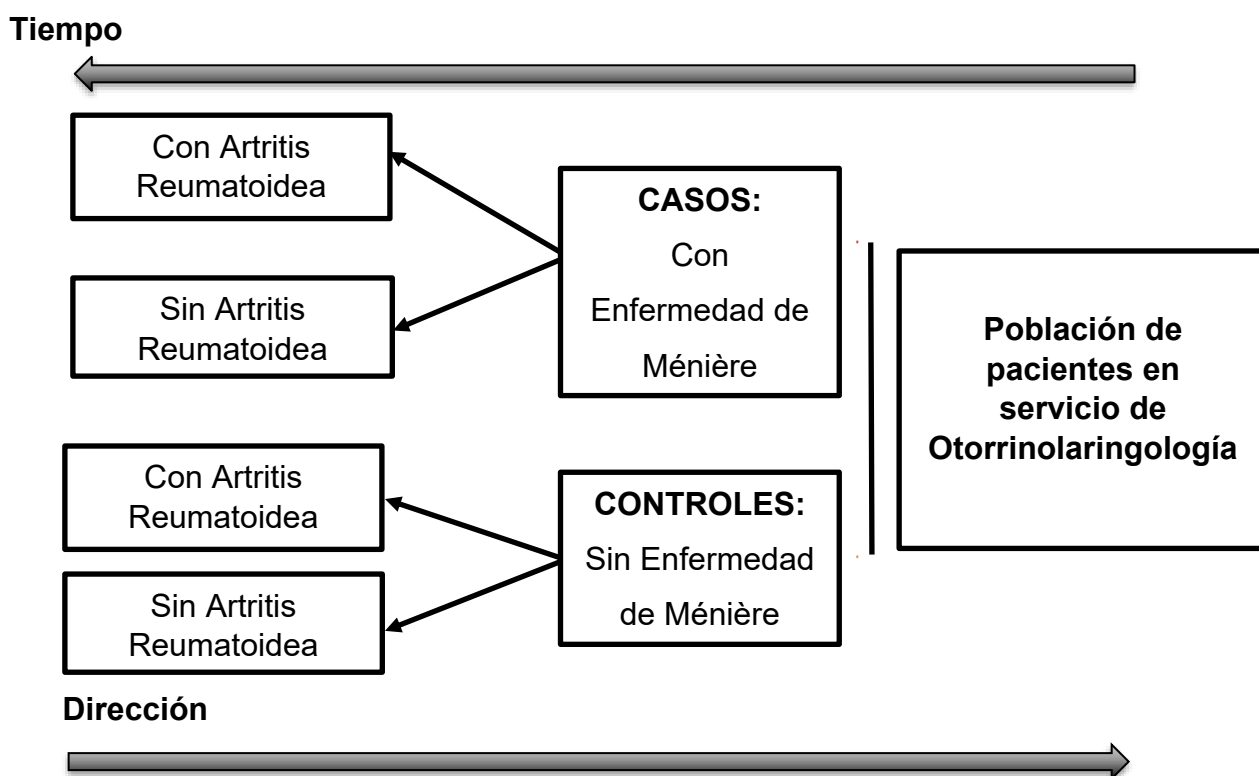
2.3. Hipótesis:

- **Hipótesis Nula (H0):** La artritis reumatoidea no es un factor de riesgo para enfermedad de Ménière en pacientes adultos del Hospital Albrecht de Trujillo.
- **Hipótesis Alternativa (H1):** La artritis reumatoidea es un factor de riesgo para enfermedad de Ménière en pacientes adultos del Hospital Albrecht de Trujillo.

III. Material y método

3.1. Diseño de estudio:

El presente estudio corresponde al diseño observacional de caso - control.²³



3.2. Población:

- **Población de estudio:** Pacientes atendidos en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Albrecht de Trujillo en el periodo de estudio comprendido entre el año 2015-2022 y que cumplan los criterios de selección establecidos.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión casos**
 - Diagnóstico de enfermedad de Ménière.
 - Sexo masculino y femenino.
 - Mayores de 30 años.
 - Historias clínicas completas, en las cuales sea posible definir las variables de interés.

- **Criterios de inclusión controles**
 - Sin diagnóstico de enfermedad de Ménière.
 - Ambos sexos.
 - Mayores de 30 años.
 - Historias clínicas completas, en las cuales sea posible definir las variables de interés.

- **Criterios de exclusión**
 - Vértigo postural paroxístico benigno.
 - Neuritis vestibular.
 - Traumatismos craneoencefálicos previos.
 - Infecciones óticas a repetición en los últimos 2 años.
 - Diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.
 - Diagnóstico de síndrome de Sjögren.
 - Diagnóstico de espondilitis anquilosante.
 - Esclerodermia.
 - Miastenia gravis.
 - Esclerosis múltiple.

Por la naturaleza de la investigación la población bajo estudio quedo distribuida en dos grupos de estudio:

Grupo I (Casos): Conformado por pacientes con enfermedad de Ménière.

Grupo II (Controles): Conformado por pacientes sin enfermedad de Ménière.

3.3. Muestra:

- **Unidad de muestreo:** Estuvo constituida por la historia clínica de cada paciente atendido en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Albrecht de Trujillo en el periodo de estudio comprendido entre el año 2015-2022 y que cumpla con los criterios de selección.

- **Tamaño de muestra:**

Para determinar el número de pacientes para los grupos de casos y controles, se aplicó la fórmula de muestreo probabilístico específica para estudios de casos y controles.^{18,24.}

$$n' = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$P_M = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$n = \frac{n'}{4} \left[1 + \sqrt{1 + \frac{4}{n' * |P_1 - P_2|}} \right]^2$$

Donde:

- $Z_{1-\alpha/2}$: 1,96 para una confianza del 95%
- $Z_{1-\beta}$: 0,84 para un poder estadístico del 80%
- P_1 = 1.50%, Porcentaje de pacientes con artritis reumatoidea y con enfermedad de Ménière.¹⁷
- P_2 = 1.30%, Porcentaje de pacientes con artritis reumatoidea y sin enfermedad de Ménière.¹⁷

Datos:

Proporción de casos expuestos: 1,500%

Proporción de controles expuestos: 1,300%

Odds ratio a detectar: 1,156

Número de controles por caso: 2

Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	41	82	123

Tamaño de muestra para aplicar el test X^2 con la corrección por continuidad de Yates (xc^2)

Se tomará en cuenta 41 pacientes con Enfermedad de Ménière, grupo de casos y 82 pacientes sin Enfermedad de Ménière, grupo control, se incluirá de esta forma 2 controles para cada caso.

3.4. Variables:

VARIABLES	Tipo	Escala De medición	Definición operacional	Registro
DEPENDIENTE: ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico confirmado en la historia clínica	Si No
INDEPENDIENTE: ARTRITIS REUMATOIDEA	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico confirmado en la historia clínica	Si No
INTERVINIENTES:				
SEXO	Cualitativa	Nominal	Obtenido de la historia clínica	Masculino Femenino
EDAD	Cuantitativa	Ordinal	Obtenido de la historia clínica	Años cumplidos
PROCEDENCIA	Cualitativa	Nominal	Obtenido de la historia clínica	Costa Sierra Selva
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Cualitativa	Nominal	Años que pasaron desde el diagnóstico de artritis reumatoidea, obtenido de la historia clínica	< 5años 5 – 10 años > 10 años
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE	Cualitativa	Nominal	Obtenido de la historia clínica	Si No
MIGRAÑA	Cualitativa	Nominal	Obtenido de la historia clínica	Si No
MÉNIÈRE UNILATERAL	Cualitativa	Nominal	Obtenido de la historia clínica	Si No
MÉNIÈRE BILATERAL	Cualitativa	Nominal	Obtenido de la historia clínica	Si No

3.5. Definición operacional de la variable

- **ARTRITIS REUMATOIDEA:** paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea confirmado por un médico reumatólogo, registrado en la historia clínica, con CIE-10: M069, M053, M058, M059, M060, M068.
- **ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE:** paciente con diagnóstico de enfermedad de Ménière confirmado por médico otorrinolaringólogo, registrado en la historia clínica, con CIE-10: H810.
- **SEXO:** el dato será obtenido de la historia clínica.
- **EDAD:** el dato será obtenido de la historia clínica.
- **PROCEDENCIA:** lugar de origen geográfico del paciente, registrado en la historia clínica.
- **TIEMPO DE ENFERMEDAD:** tiempo diagnóstico de artritis reumatoidea, registrado en la historia clínica.
- **ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE:** historia familiar de enfermedad de Ménière, registrado en la historia clínica.
- **MIGRAÑA:** paciente con diagnóstico de migraña que haya sido confirmado por un médico neurólogo, registrado en la historia clínica.
- **MÉNIÈRE UNILATERAL:** paciente con diagnóstico de Ménière unilateral que haya sido confirmado por un médico otorrinolaringólogo, registrado en la historia clínica.
- **MÉNIÈRE BILATERAL:** paciente con diagnóstico de Ménière bilateral que haya sido confirmado por un médico otorrinolaringólogo, registrado en la historia clínica.

3.6. Procedimientos y técnicas

1. Primero se solicitó la aprobación e inscripción de este trabajo de investigación al Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la UPAO adjuntándole la respectiva constancia de asesoría. Luego de obtener la respectiva expedición de resolución por parte del decanato, se procedió a tramitar el permiso para la ejecución del proyecto de parte del gerente de la Red Asistencial EsSalud – La Libertad.
2. Después de la aceptación de solicitud emitida a la gerencia del Hospital Albrecht de Trujillo, se acudió al servicio de otorrinolaringología de dicho hospital, a continuación, se solicitó el acceso a las historias clínicas que correspondían a los pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados, por lo cual se pidió un reporte electrónico de historias clínicas de la unidad de estadística de este hospital, seleccionándolos como casos o controles.
3. Luego de obtener el listado de los casos y controles, se incorporaron al estudio mediante los parámetros de aleatoriedad y selección. Se identificó que el diagnóstico de artritis reumatoidea sea previo al registro en la historia clínica de los síntomas de enfermedad de Ménière.
4. Todos los resultados de las historias clínicas fueron plasmados en la ficha de recolección de datos creada. Donde se registraron datos como; número de la historia clínica, las variables de estudio: diagnóstico de enfermedad de Ménière, unilateral o bilateral, antecedente familiar de enfermedad de Ménière, artritis reumatoidea, tiempo de enfermedad desde su diagnóstico, migraña (Anexo 1).
5. Después de recolectada la información se procedió a elaborar la base de datos en una matriz para su posterior análisis.

3.7. Plan de análisis de datos

La base de datos elaborada de acuerdo a las fichas de recolección de datos mencionadas anteriormente, se procesaron utilizando un software estadístico.

Estadística Descriptiva:

Para las variables cuantitativas, se obtuvo las medidas de tendencia central: la media, las medidas de dispersión y la desviación estándar. También se calculó la distribución de la frecuencia relativa para las variables cualitativas.

Estadística Analítica:

En cuanto a la relación que existe entre las frecuencias esperadas y observadas de las variables que se van a estudiar, se utilizó la prueba Chi cuadrado, a la cual se le agregó su nivel de significancia y se consideró que es una asociación significativa cuando hubo una posibilidad de equivocarse menor al 5% ($p < 0.05$). Para calcular el riesgo se usó Odds ratio que se emplea en las investigaciones de caso-control, con su intervalo de confianza al 95% (24). Para el caso de variables cuantitativas se usó la prueba T de Student que compara medias, con el mismo criterio de significación.

3.8. Aspectos éticos:

El presente trabajo de investigación tiene los permisos tanto del Hospital Albrecht de Trujillo así como la de la Universidad Privada Antenor Orrego (ANEXO 2 y 3), por el motivo de que este estudio es de Casos y Controles, en donde se obtuvieron los datos clínicos de las historias de cada paciente, se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II, considerando las pautas del consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas, también la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S.006-2007-SA) y el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú. (25)

IV. Resultados

En este estudio se incluyó un total de 123 pacientes atendidos en el servicio de Otorrinolaringología en el periodo 2015 al 2022 del Hospital Albrecht de Trujillo, siendo 41 historias clínicas de pacientes con Enfermedad de Ménière, grupo casos y 82 historias clínicas de pacientes sin esta patología, grupo control, buscando que todas estas historias cumplan con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Se evaluó la media de edad para ambos grupos encontrando que para el grupo de casos la media fue de 61.6 (DE \pm 11.8) y para el grupo control la media fue de 67 (DE \pm 13.7), no habiendo diferencia significativa para ambos grupos ($p > 0.05$). En ambos grupos el sexo femenino fue el que prevaleció sobre el sexo masculino, con 70.7% para el grupo de casos y 67.1% para el grupo control, no encontrando diferencia significativa ($p > 0.05$). Ambos grupos tuvieron mayor frecuencia de pacientes con procedencia de la región costa, 85,4% para el grupo de casos y 87.8% para el grupo control ($p > 0.05$). (Tabla 1)

Se encontró que el 65.9% de los pacientes con enfermedad de Ménière presentaron migraña, mientras que solo el 41.5% de los pacientes control presentaron migraña ($p < 0.05$), Los pacientes con migraña tuvieron 2.7 veces más riesgo de presentar enfermedad de Ménière a comparación del grupo de pacientes sin migraña (ORc: 2.723; IC95%: 1.24-5.94; $p < 0.05$) (Tabla 1)

Solo el 7.3% de los pacientes con artritis reumatoide presentaron enfermedad de Ménière y 96,3% de los pacientes no presentaron ni artritis reumatoide ni enfermedad de Ménière. ($p = 0.375$), por lo que en nuestra investigación no se encontró asociación entre artritis reumatoide y enfermedad de Ménière.

En el análisis multivariado, por medio de regresión logística bivariado, solo se encontró asociación entre la presencia de migraña y enfermedad de Meniere, presentando 2.8 veces más riesgo en comparación con el grupo control (ORa: 2.818; IC95%: 1.782-3.854; $p < 0.05$) (Tabla 2)

Tabla 1

Factores asociados a enfermedad de Ménière en adultos del Hospital Albrecht de Trujillo.

Variables	Enfermedad de Ménière				p	ORc (IC 95%)	
	Si		No				
	Frecuencia (n=41)	%	Frecuencia (n=82)	%			
Artritis Reumatoidea	Si	3	7.3	3	3.7	0.375	2.079 (0.40 – 10.79)
	No	38	92.7	79	96.3		
Edad	(años)	61.6 ± 11,8 *		67 ± 13.7 *		0.53	NA
Sexo	Masculino	12	29.3	27	32.9	0.68	0.843 (0.37-1.90)
	Femenino	29	70.7	55	67.1		
Procedencia	Costa	35	85.4	72	87.8	0.7	0.81 (0.272-2.40)
	Sierra	6	14.6	10	12.2		
Tiempo de enfermedad AR	< 5 años	-	-	-	-	NA	NA
	5-10 años	-	-	-	-		
	>10 años	3	100	3	100		
Antecedente de enfermedad de Ménière	Si	1	2.4	-	-	NA	NA
	No	40	97.5	-	-		
Migraña	Si	27	65.9	34	41.5	0.011	2.723 (1.24 – 5.94)
	No	14	34.1	48	58.5		
E. Ménière	Unilateral	38	92.7	-	-	NA	NA
	Bilateral	3	7.3	-	-		

Fuente: Hospital Albrecht de Trujillo – Fichas de recolección

* Media ± DE (Desviación estándar), T-Student, n (%), X² de Pearson, p < 0,05 significativo / ORc: ODD RATIO CRUDO / NA: No aplica.

Tabla 2**Análisis multivariado para los factores asociados a enfermedad de Ménière en adultos del Hospital Albrecht de Trujillo.**

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	ORa
Artritis Reumatoide	0.325	0.891	0.133	1	0.715	1.384
Sexo (Femenino)	0.055	0.440	0.016	1	0.900	1.057
Procedencia (Costa)	-0.430	0.599	0.516	1	0.472	0.650
MIGRAÑA	1.036	0.418	6.158	1	0.013	2.818
Constante	-0.074	0.961	0.006	1	0.939	0.929

Fuente: Hospital Albrecht de Trujillo – Fichas de recolección
ORa: ODD RATIO AJUSTADO

V. Discusión

En nuestro estudio se obtuvo un mayor porcentaje de sexo femenino para el grupo con enfermedad de Ménière y para el grupo control, pero no se encontró asociación entre ambos, esto contrasta con el estudio de Tyrrell JS et al. donde reportan que el 62.4% de los pacientes con enfermedad de Ménière fueron del sexo femenino y en el grupo control fue el 56.4% de los pacientes, y concluyeron que los pacientes de sexo femenino presentaron 1.4 veces más riesgo de padecer esta patología a comparación de los pacientes del sexo masculino. (ORa:1.4; IC95%: 1.3-1.6; $p < 0.001$), del mismo modo en el estudio de Sajjadi H et al, reportan mayor incidencia del sexo femenino sobre el sexo masculino en el grupo de pacientes con esta patología, Aunque en nuestro estudio el sexo femenino no se asocia con esta enfermedad si se ve el aumento de frecuencia para este género. La relación encontrada entre ambas variables puede ser explicada por los cambios hormonales, se propone que el los cambios del nivel de estrógeno en etapas premenopáusicas y menopáusicas tiene efectos a nivel vestibular ya que a este nivel se encuentran receptores para esta hormona, actuando como un neuromodulador influenciando en la fisiología sináptica, a comparación del sexo masculino, en el cual no existe variaciones en las concentraciones de esta hormona ^{27,28,34}

En nuestro estudio la media de edad para ambos grupos se encuentra en el mismo rango, para el grupo de pacientes con 61.6 años (DE:11.8), asemejándose a estudios previos, donde el riesgo de enfermedad de Ménière aumentaba 1.5 veces más por cada 10 años de vida adicional (ORa:1.5; IC:95% 1.4- 1.6; $p < 0.001$), esto explicaría porque la media de la edad encontrada en nuestro grupo de pacientes con esta patología pertenece a adultos mayores, los que tendrían mayor riesgo de padecer esta patología ²⁷

Otro hallazgo relevante en nuestro estudio es la alta prevalencia de migraña en el grupo de pacientes con enfermedad de Ménière, encontrándose asociación entre ambos, existen varios estudios que respalda nuestros resultados, uno de ellos es el realizado por Tyrrell JS et al, quienes estudiaron en un estudio de casos y controles los factores asociados con enfermedad de Ménière, reportando que los pacientes con migraña presentaron 2 veces más riesgo de enfermedad

de Ménière a comparación del grupo de pacientes sin esta patología (ORa: 2; IC95%: 1.6-2.5; $p < 0.001$). Del mismo modo el estudio retrospectivo realizado por Pyykkö I. et al. en una población de 911 pacientes con enfermedad de Ménière, con una media de 60.2 años y con más del 70% de pacientes mujeres, se reportó que el 20.9% de los pacientes presentaron migraña y el 42.9% en algún momento presentaron dolor de cabeza. Los cuadros de migraña aumentan la gravedad de la enfermedad de Ménière y reduciendo la calidad de vida de estos pacientes, la relación entre estas patologías puede estar oculta en un mal diagnóstico de vértigo vestibular, sin embargo, nuestro estudio no investigó la presencia de vértigo en los pacientes con migraña, lo cual podrían estar coexistiendo en algunos pacientes ^{27,29}

En nuestro grupo de casos solo el 7.3% de los pacientes presentó artritis reumatoide, y en su totalidad la artritis reumatoide tuvo un tiempo de diagnóstico mayor a 10 años, sin embargo, no se encontró asociación entre estas patologías ($p > 0.05$). Lo que se relaciona con el estudio de Kim SY et al. quien realiza un estudio de seguimiento longitudinal quien reporta una mayor prevalencia de AR en el grupo de pacientes con enfermedad de Ménière, y el cociente de riesgo para esta asociación aumento en el grupo de pacientes con más de 60 años, sin embargo, cuando se ajusta los riesgos para otros factores de confusión no se encontró relación entre estas. (HRa: 1.03; IC95%: 0.73-1.44; $p = 0.885$). La diferencia entre ambos estudios, es la inclusión de otras patologías como trastornos vestibulares y el estilo de vida de los pacientes, sin embargo, en ambos estudios se encuentra una mayor prevalencia de AR en el grupo de edad mayor a 60 años, por lo que puede haber comorbilidades, como diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas y otras que estén alterando la asociación entre AR y enfermedad de Ménière ^{17,30,35}

En contraparte a los resultados anteriores Tyrrell JS, et al. incluye un número de covariables mayores en busca de factores asociados a la enfermedad de Ménière, encontrando al 21% de estos pacientes con artritis reumatoide, y reportando 1.8 veces mayor riesgo de enfermedad de Ménière en comparación de los pacientes sin artritis reumatoide. (ORa: 1.8; IC95%: 1.5-2.0; $p < 0.001$). demostrando que, si es posible la asociación entre estas variables, sugiriendo

que las enfermedades que ocasionan, el deterioro de la función inmunitaria podría dar génesis a la enfermedad de Ménière²⁷

La hipótesis que relaciona estas patologías, es por el papel que juega el saco endolinfático con los inmunomoduladores, esto se refuerza con la investigación de Bovo et al. quien propone que los mecanismos autoinmunes están presentes en el 6% de los pacientes con enfermedad de Ménière unilateral y el 16% con la afección bilateral, sin embargo, también existe la posibilidad que la afección unilateral sea asintomática en el momento de evaluación, llevando a confusión, sin embargo el papel de la inmunidad y las patologías como AR tienen un fuerte vínculo con la enfermedad de Ménière. Otro estudio que investiga la asociación entre enfermedad de Ménière familiar y AR, encontrando una prevalencia del 16% siendo mayor en comparación a las prevalencias de enfermedad de Ménière esporádica, 4.5%, siendo una prevalencia mucho mayor que la población general. Sin duda existe evidencia discordante para estas dos variables, por lo que nuestra investigación abre camino a nuevas preguntas que pueden seguir siendo investigadas, aislando otros factores de confusión para evitar cambios en la asociación entre AR y enfermedad de Ménière ^{31, 32.}

LIMITACIONES.

Este trabajo presenta algunas limitaciones entre ellas, pudo haber presentado sesgos de información por el hecho de ser un estudio retrospectivo en donde solo se revisó las historias clínicas de los pacientes, y estas no siempre presentan todos los datos que se requieren, no se incluyó algunas covariables como, vértigo vestibular y otras enfermedades autoinmunes que pueden estar modificando la asociación de nuestras variables de estudio, además la cantidad de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoides en el hospital donde se realizó este estudio fue menor en comparación a otros hospitales de la región, lo que pudo ser un factor negativo en nuestro estudio, reflejándose la no existencia de asociación entre nuestras variables de estudio.

VI. Conclusiones.

1. La artritis reumatoide no es un factor de riesgo para enfermedad de Ménière, en pacientes adultos del Hospital Albrecht de Trujillo.
2. La frecuencia de los pacientes con y sin enfermedad de Ménière que presentaron artritis reumatoide es de 7.3% y 3.7%.
3. El sexo, la edad, la procedencia y el tiempo de enfermedad no se asociaron con la enfermedad de Ménière. Los pacientes que presentaron Migraña tuvieron 2.8 veces más riesgo de tener enfermedad de Ménière a comparación de los pacientes sin migraña.
4. El 92.7% de los pacientes con enfermedad de Ménière fueron de tipo unilateral y el 7.3% de tipo bilateral.

VII. Recomendaciones

1. Realizar investigación con una población de origen multicéntrico y de mayor amplitud, donde exista la mayor atención de pacientes con artritis reumatoide.
2. Realizar un trabajo prospectivo, para recolectar mejor la información de cada paciente.
3. Incluir otros factores que podrían estar asociados a enfermedad de Ménière.

VIII. Bibliografía

1. Koenen L, Andaloro C. Enfermedad de Ménière. StatPearls Publishing; 2019 Jan 9.
2. Sommereck P, Garrahan J. Enfermedad de Ménière: Concepto y criterios diagnósticos. Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología (FASO). Suplemento vestibular 1° Parte. 2015.
3. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung W-H, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, et al. Criterios diagnósticos de enfermedad de Ménière. Documento de consenso de la Bárány Society, la Japan Society for Equilibrium Research, la European Academy of Otolaryngology and Neurotology (EAONO), la American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) y la Korean Balance Society. Acta Otorrinolaringol Esp. 2016;67(1):1–7.
4. Magnan J, Özgirgin ON, Trabalzini F, Lacour M, Escamez AL, Magnusson M, et al. European position statement on diagnosis, and treatment of Ménière's disease. J Int Adv Otol. 2018;14(2):317–21.
5. Frejo L, Martín - Sanz E, Teggi R, Trinidad G, Soto - Varela A. Fenotipo extendido y subgrupos clínicos en la enfermedad de Ménière unilateral. Clinical Otolaryngology. Wiley Online Library. 06 de febrero de 2017.
6. Bianchi M. Tratamiento de la enfermedad de Ménière. Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología (FASO). Suplemento vestibular 1° Parte. 2015.
7. Ferrary E, Bouccara D. Ménière's disease. Elsevier. EMC-Otorrinolaringología. Volume 47, Issue 3, Pages 1-14. April 2018.
8. Oliva-Gutiérrez E, Martínez-Godoy E, Zapata M, Sánchez-Rodríguez S. Artritis Reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. iMedPub Journals. Archivos de Medicina 2012 Vol. 8 No. 1:3 doi: 10.3823/084.

9. González M, Rueda J, González H, Cantor E, Martínez A. Artritis reumatoide temprana. *Revista Colombiana de Reumatología*. 23(3):148–154. 2016.
10. Cisneros A, Felgueres M, Vela E, Gómez D. Estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide: hacia las terapias biotecnológicas. *Medigraphic. Rev. Mex. Investigación en Discapacidad*. Vol. 6, Núm. 2 Mayo-Agosto 2017 pp 69-87.
11. National Institute for health and care Excellence. Rheumatoid arthritis in adults: management. NICE guideline; 2018.
12. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE “Artritis Reumatoide”. Santiago: Minsal Chile; 2014.
13. Sánchez S, López F, Carreño L. Interleucinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide: más allá de las citocinas proinflamatorias. Elsevier Espana, S.L. All rights reserved. *Reumatol Clin*. 2011; 6(S3): S20–S24.
14. Grupo GUIPCAR de trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Sociedad Española de Reumatología (SER). Edición: 2018.
15. Singh JA , Saag KG , Bridges SL. American College of Rheumatology Guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016 enero; 68 (1): 1-26. doi: 10.1002 / art.39480. Epub 2015 6 de noviembre.
16. Guo Q, Wang Y, Xu D, Nossent J, Pavlos NJ, Xu J. Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. *Bone Research*. 2018; 6:15.
17. Kim SY, Yoo DM, Kim JH, Kwon MJ, Kim JH, Choi HG. Asociación entre la artritis reumatoide y la enfermedad de Ménière: un estudio de seguimiento longitudinal utilizando una cohorte de detección de salud nacional. *J Clin Med*. 2021;10(23):5694.

18. Gazquez I , Soto-Varela A , Aran I. Alta prevalencia de enfermedades autoinmunes sistémicas en pacientes con enfermedad de Menière. PLOS/ONE A Peer-Reviewed, Open Access Journal. Vol 6. 2015.
19. Gabaldón P, Loyola B, Binetti AC. Enfermedad inmunomediada propia del oído interno. Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología (FASO). Suplemento vestibular 1° Parte. 2016.
20. Trevino-González J, Villegas-González M, Muñoz-Maldonado G, Montero-Cantub C, Nava-Zavalac A y Garza-Elizondo M. Hipoacusia neurosensorial subclínica en pacientes femeninas con artritis reumatoide. Cirugía y Cirujanos. 2015;83(5):364-370.
21. Resa S, Felson D. Updated Estimates Suggest a Much Higher Prevalence of Arthritis in United States Adults Than Previous Ones. Arthritis & Rheumatology February. 2018; 70(2):185–192.
22. García L. Avances en artritis reumatoide. An. Real Acad. Farm. 2014; 80(1):126-150.
23. Pértegas S., Pita S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Cad Aten Primaria 2002; 9:148-150.
24. Hernández R, Fernández P Baptista C. Metodología de la investigación 5ª ed. Editorial Mac Graw Hill. 2014
25. Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013 (Citado 9 de marzo del 2018).
26. Ministerio de Economía y Finanzas. Clasificador de Gastos para Año Fiscal 2018. Lima. Ministerio de Economía y Finanzas. 2017 (Citado 9 de setiembre del 2018).
27. Tyrrell JS, Whinney DJD, Ukoumunne OC, Fleming LE, Osborne NJ. Prevalencia, factores asociados y condiciones comórbidas para la enfermedad de Ménière. Oído Oído. 2014;35(4):e162–9.

28. Sajjadi H, Paparella MM. La enfermedad de Ménière. *Lanceta*. 2008;372(9636):406–14.
29. Pyykkö I, Manchaiah V, Färkkilä M, Kentala E, Zou J. Association between Ménière's disease and vestibular migraine. *Auris Nasus Larynx*. 2019;46(5):724–33.
30. Caulley L, Quimby A, Karsh J, Ahrari A, Tse D, Kontorinis G. Autoimmune arthritis in Ménière's disease: A systematic review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2018;48(1):141–7.
31. Bovo R, Ciorba A, Martini A. Vertigo and autoimmunity. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267(1):13–9.
32. Hietikko E, Sorri M, Männikkö M, Kotimäki J. Mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes y períodos más prolongados de vértigo en pacientes afectados por la enfermedad de Ménière familiar: una comparación clínica de la enfermedad de Ménière familiar y esporádica. *Soy J Audiol*. 2014;23(2):232–7.
33. Gürkov R, Pyykö I, Zou J, Kentala E. ¿Qué es la enfermedad de Ménière? Una reevaluación contemporánea de la hidropesía endolinfática. *J Neurol*. 2016;263 Suplemento 1(S1):S71-81.
34. Enfermedad de Hegemann SCA Meniere causada por CGRP: una nueva hipótesis que explica la etiología y la fisiopatología. Redirigir el síndrome de Meniere a la enfermedad de Meniere. *J. Vestib. Res*. 2020; 31 :311–314.
35. Roberts R.A. Management of Recurrent Vestibular Neuritis in a Patient Treated for Rheumatoid Arthritis. *Am. J. Audiol*. 2018;27:19–24. doi: 10.1044/2017_AJA-17-0090.

IX. Anexos

ANEXO N°1

ARTRITIS REUMATOIDEA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE EN ADULTOS DEL HOSPITAL ALBRECHT DE TRUJILLO.

I.- DATOS GENERALES

- A) HISTORIA CLINICA N°
- B) SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()
- C) EDAD: AÑOS CUMPLIDOS.....
- D) PROCEDENCIA: COSTA () SIERRA () SELVA ()
- E) TIEMPO DE ENFERMEDAD: < 5 años () 5-10 años ()
> 10 años ()
- F) ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE:
SI () NO ()
- G) MIGRAÑA: SI () NO ()
- H) MÉNIÈRE UNILATERAL: SI () NO ()
- I) MÉNIÈRE BILATERAL: SI () NO ()

II.- DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

ARTRITIS REUMATOIDEA

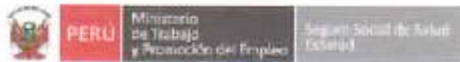
- A) SI ()
- B) NO ()

III.- DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

- A) SI ()
- B) NO ()

ANEXO N°2



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD
OFICINA DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DOCENCIA
COMITE DE INVESTIGACION Y ETICA

PI N° 76 CIYE- O.C.I.Y D-RALL-ESSALUD-2022

CONSTANCIA N° 91

El presidente del Comité de Investigación de la Red Asistencial La Libertad – ESSALUD, ha aprobado el Proyecto de Investigación Títulado:



**"ARTRITIS REUMATOIDEA COMO FACTOR DE RIESGO PARA
ENFERMEDAD DE MENIERE EN ADULTOS DEL HOSPITAL ALBRECHT
DE TRUJILLO"**

JULIHT MARISOL COLUNCHE ORTIZ

Al finalizar el desarrollo de su proyecto deberá alcanzar un ejemplar del trabajo desarrollado vía virtual al email (capacitacionrall@gmail.com), según Directiva N° 04-HETSI-ESSALUD-2016, a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia - GRALL, caso contrario la información del Trabajo de Investigación no será avalada por ESSALUD.

Trujillo, 02 de diciembre del 2022

EsSalud
Comprometidos contigo


Dra. Rosa Lozano Ybañez
JEFE OCID-G
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD


NIT: 9070-2022-3674

www.essalud.gob.pe

Jr. Independencia N° 543-547
Trujillo
La Libertad – Perú

 Siempre
con el pueblo

 BICENTENARIO
DEL PERU
2021 - 2024

ANEXO N°3



UPAO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
Comité de Bioética

RESOLUCIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA N°0458-2022-UPAO

Trujillo, 13 de diciembre de 2022

VISTO, la solicitud de fecha 12 de diciembre de 2022 presentada por el (la) alumno (a) COLUNCHE ORTIZ JULIHT MARISOL, quien solicita autorización para realización de investigación, y;

CONSIDERANDO:

Que por solicitud, el (la) alumno (a) COLUNCHE ORTIZ JULIHT MARISOL solicita se le de conformidad a su proyecto de investigación, de conformidad con el Reglamento del Comité de Bioética en Investigación de la UPAO.

Que en virtud de la Resolución Rectoral N° 3335-2016-R-UPAO de fecha 7 de julio de 2016, se aprueba el Reglamento del Comité de Bioética que se encuentra en la página web de la universidad, que tiene por objetivo su aplicación obligatoria en las investigaciones que comprometan a seres humanos y otros seres vivos dentro de estudios que son patrocinados por la UPAO y sean conducidos por algún docente o investigador de las Facultades, Escuela de Posgrado, Centros de Investigación y Establecimiento de Salud administrados por la UPAO.

Que en el presente caso, después de la evaluación del expediente presentado por el (la) alumno (a), el Comité Considera que el proyecto no contraviene las disposiciones del mencionado Reglamento de Bioética, por tal motivo es procedente su aprobación.

Estando a las razones expuestas y de conformidad con el Reglamento de Bioética de Investigación;

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el proyecto de investigación: ARTRITIS REUMATOIDEA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD DE MENIERE EN ADULTOS DEL HOSPITAL ALBRECHT DE TRUJILLO.

SEGUNDO: DAR cuenta al Vicerrectorado de Investigación.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Dr. José Guillermo González Cabeza
Presidente del Comité de Bioética
UPAO