

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-LABORATORIALES DE
PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2013-2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES

NICOLE CERVERA MONTENEGRO

MARIO FERNANDEZ INFANTES

ASESOR

VICTOR DANIEL LINARES BACA

<https://orcid.org/0000-0002-7073-4080>

Chiclayo, 2021

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-LABORATORIALES DE
PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2013-2018**

PRESENTADA POR:

NICOLE CERVERA MONTENEGRO

MARIO FERNANDEZ INFANTES

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Rosa Elizabeth Guarníz Lozano

PRESIDENTE

Manuel Oswaldo Castañeda Jiménez

SECRETARIO

Victor Daniel Linares Baca

VOCAL

Dedicatoria

Dedicamos esta tesis a nuestros padres, a los cuales les debemos muchos de nuestros logros, incluyendo este, gracias por su apoyo incondicional en este largo camino.

ÍNDICE

I. Resumen	5
II. Abstract	6
III. Introducción.....	7
IV. Revisión de la literatura.....	8
V. Materiales y métodos	10
VI. Resultados	12
VII. Discusión.....	13
VIII. Conclusiones.....	14
IX. Recomendaciones	14
XI. Referencias bibliográficas	15
XII. Anexos	17

Resumen

Objetivo: Describir las características clínicas y laboratoriales de lupus eritematoso sistémico en pacientes que acudieron al Hospital Regional Lambayeque durante los años 2013- 2018. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo-transversal-retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) diagnosticados en el Hospital Regional Lambayeque durante el periodo 2013-2018. Se utilizó una ficha de recolección de datos basada en los criterios de SLICC 2012; La población diana estuvo conformada por 89 historias clínicas de las cuales 26 estuvieron ausentes en los archivos, siete se excluyeron, quedando 56 historias clínicas para el análisis, el muestreo fue de tipo censal. **Resultados:** La mediana de la edad fue de 27 años (RIC: 11-74). Fue más frecuente en mujeres que en varones (proporción 6/1). La característica clínica más frecuente fue la nefropatía lúpica (36 pacientes) seguido del lupus cutáneo agudo (25 pacientes). Respecto de los pacientes que contaban biopsia renal (12 personas), el estadio más frecuente fue el IV (9 pacientes). Las alteraciones hematológicas más frecuentes fueron las linfopenias (16/56 pacientes). En el ámbito laboratorial la alteración más frecuente fue la positividad del anticuerpo ANA (52 pacientes). **Conclusión:** El LES es más frecuente en personas adultas jóvenes del sexo femenino. La nefritis lúpica y el ANA (+), son la característica clínica y laboratorial más frecuentes, respectivamente. Entre las manifestaciones hematológicas más frecuentes están las linfocitosis.

PALABRAS CLAVES: Lupus Eritematoso Sistémico. Diagnóstico. Reumatología.
(Fuente: DeCS-BIREME).

Abstract

Objective: To describe the clinical and laboratory characteristics of systemic lupus erythematosus in patients who attended the Lambayeque Regional Hospital during the years 2013-2018. **Materials and Methods:** Descriptive-transversal-retrospective study. The medical records of patients with a diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus (SLE) diagnosed at the Lambayeque Regional Hospital during the period 2013-2018 were evaluated. A data collection sheet based on the SLICC 2012 criteria was used; The target population consisted of 89 medical records of which 26 were absent in the files, seven were excluded, leaving 56 medical records for analysis, the sampling was census type. **Results:** The median age was 27 years (IQR: 11-74). It was more frequent in women than in men (ratio 6/1). The most frequent clinical characteristic was lupus nephropathy (36 patients) followed by acute cutaneous lupus (25 patients). Regarding the patients who had a renal biopsy (12 people), the most frequent stage was IV (9 patients). The most frequent hematological alterations were lymphopenias (16/56 patients). In the laboratory setting, the most frequent alteration was the positivity of the ANA antibody (52 patients). **Conclusion:** SLE is more common in young female adults. Lupus nephritis and ANA (+) are the most frequent clinical and laboratory characteristics, respectively. Among the most frequent hematological manifestations are lymphoid.

KEYWORD: Lupus Erythematosus, Systemic. Diagnosis. Rheumatology
(Source:MESH)

I. Introducción

Se estima que alrededor del mundo se encuentran más de cinco millones de personas con alguna forma de LES, millón y medio de las cuales se encuentran en Estados Unidos. Se calcula que 16000 personas a nivel mundial son diagnosticadas con LES anualmente.¹ Al respecto, el 90% son mujeres en edad fértil, con un rango de edad entre 15 y 44 años, la relación mujer/hombre es de 9/1 según datos de la Fundación Americana de Lupus.² Así mismo, un estudio modelo COPCORD realizado por médicos del Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen registró que en el Perú la prevalencia de LES fue de. 50 en 100 000 habitantes.³

El LES es una de las enfermedades reumáticas sistémicas más frecuentes, con una incidencia en aumento.⁴ Su curso es crónico, con causa desconocida, con numerosas manifestaciones clínicas multisistémicas; ello como respuesta a la producción de autoanticuerpos contra autoantígenos y la formación de múltiples inmunocomplejos que median respuestas inflamatorias al depositarse en diferentes órganos y/o tejidos.⁵ La calidad de vida de los afectados con LES es inferior al de la población general y el riesgo de muerte aumenta 2 a 3 veces más.⁶

La nefritis lúpica es la afección más frecuente en pacientes con LES. En un estudio de cohorte de Lupus in Minorities: Nature versus Nurture (LUMINA), encontró que el riñón es el órgano que con mayor frecuencia se ve afectado, con tendencia a iniciar de forma más temprana en pacientes afrodescendientes (58.3%) e hispanos de Texas (55.1%).⁷ Cabe recalcar que la nefritis lúpica (NL) es causa importante de morbilidad, puede estar presente hasta en un 65% de los pacientes y tanto su frecuencia como su gravedad aumenta en hispanos, afrodescendientes y asiáticos.

Se ha de resaltar que los criterios de clasificación de LES tomados en la presente investigación son los de SLICC 2012 (Systemic Lupus International Collaborating Clinics), vigentes durante el momento de recolección de muestra (junio del año 2019). Dichos criterios, en comparación con los de EULAR/ACR 2019, no necesitan tener como criterio indispensable ANA positivo para clasificar a un paciente como LES; esto puede ser de utilidad, puesto que algunos de los pacientes positivizan el ANA meses después de iniciado los síntomas o incluso aproximadamente el 2% de los pacientes con LES no expresan ANA. Estas características mantienen una permisividad para poder enrolar a “observación” a los pacientes incluso sin ANA positivo, siendo esto relevante clínicamente. Es importante señalar que los criterios EULAR/ACR 2019 ofrecen el mejor equilibrio entre especificidad y sensibilidad comparados con los de SLICC 2012, sin embargo, es fundamental precisar que ambos criterios son clasificaciones y no criterios diagnósticos, pese a que muchas veces en la práctica clínica se utilizan como tal.

Por otro lado, es de gran importancia tomar en cuenta el ámbito laboratorial ya que permite la evaluación complementaria del paciente, ayuda para el diagnóstico, la estimación de severidad de la enfermedad, además de facilitar el pronóstico y seguimiento del paciente.

En este estudio será importante describir la parte clínica y laboratorial para poder conocer la variabilidad local de estas y poder así intervenir de manera correcta, realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para a los pacientes con LES, con el fin de prevenir complicaciones irreversibles; que resultan en el deterioro progresivo de la salud del paciente.⁷

Las pruebas laboratoriales son de gran importancia al evaluar a un paciente con sospecha de lupus. Los resultados que en ellos muestran pueden ayudarnos a acercarnos al diagnóstico, estimar la severidad de la enfermedad, evaluar el pronóstico y son de suma utilidad para el seguimiento de la actividad del LES. Por todo lo anteriormente mencionado, el objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y laboratoriales del lupus eritematoso sistémico en pacientes que acudieron al Hospital Regional Lambayeque durante los años 2013- 2018 para evaluar la realidad Regional.

II. Revisión de la literatura

2.1.- Antecedentes del problema

Se han realizado diversos estudios en América Latina sobre LES. En un estudio descriptivo-transversal realizado en el Hospital Universitario San Vicente Fundación - Colombia se revisaron 115 historias clínicas, se encontró que las principales manifestaciones fueron alteraciones inmunológicas en 110 (95,6%); anticuerpos antinucleares en 109 (94,8%); enfermedad hematológica en 82 (71,3%); y enfermedad renal (nefritis lúpica) en 79 (68,7%) y artritis en 79 (68,7%).⁶

Mascote Márquez realizó un estudio descriptivo-observacional en el Hospital Eugenio Espejo- Ecuador cuyo objetivo era determinar las características clínicas, inmunológicas y epidemiológicas de pacientes con LES del área de medicina interna durante los años 2015-2017, se revisaron 175 historias, se encontró que el 100% de los pacientes padecía de manifestaciones inmunológicas y hematológicas. Con respecto a la primera, las pruebas de laboratorio confirmaron que el 92% dieron positivo a los marcadores ANA y anti-DNAs.⁷

En un estudio descriptivo-retrospectivo realizado en el Hospital Santa Rosa II-2- Piura se buscó identificar las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con LES en el periodo 2015-2017. Ellos utilizaron una ficha de recolección de datos y excluyeron aquellos que no estaban en el rango de 15-60 años. De las 122 historias revisadas de personas con LES, el 66,4% presentó sinovitis y el 31% exantema malar. Así mismo, el 30,3% presentó anomalías renales en los exámenes laboratoriales siendo la más común la proteinuria mayor a 0,5 g/d. Finalmente, se encontró que dieron positivo para los marcadores ANA (68%) y Anti DNA (34%).⁸

Un estudio descriptivo-transversal-retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima, tenía como uno de sus objetivos conocer las manifestaciones clínicas y laboratoriales en pacientes con LES en el periodo 2001-2006. Se obtuvo en total 67 historias, la manifestación clínica más frecuente fue artritis/sinovitis (65,7%), alopecia (25,4%). El 75% de los pacientes presentaba la enfermedad de forma severa y de estos el 94% padecía de nefritis lúpica en grado IV (80%). Cabe mencionar, que el 88% de ellos tenía ANA positivo.⁹

2.2. Bases teórico-científicas

El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta diversos aparatos y sistemas del organismo; su forma de presentación y curso clínico se da maneras muy diferentes, es así como puede ser episódico teniendo algunos periodos de crisis y recuperación, también puede ser casi imperceptible teniendo únicamente síntomas leves o puede llegar al punto de ocasionar la muerte si no se brinda el tratamiento adecuado. Se caracteriza principalmente por una alteración en la regulación del sistema inmune; de manera más específica, una activación policlonal que se da de forma persistente y desordenada de los linfocitos B resultando en la aparición de autoanticuerpos que patológicamente se observan en los estudios como depósitos tisulares de complejos inmunes.¹⁰

La etiopatogenia consiste en la pérdida de la tolerancia frente a antígenos nucleares y la consiguiente formación de autoanticuerpos.¹¹ La pérdida de regulación del sistema inmune compromete la inmunidad tanto innata como adaptativa, lo que provoca una respuesta inmune contra antígenos de cromatina nuclear.¹² Para ello intervienen diferentes factores como el genético, que es importante pero no suficiente para causar la enfermedad, la concordancia de LES en gemelos monocigóticos es del 25% y al parecer en casos con agregación familiar las alteraciones genómicas en la vía de señalización del receptor de células T parecen ser el denominador común.¹³ Por otro lado los genes del complejo mayor de histocompatibilidad tipo II que están relacionados con dicha enfermedad son: ALH-A1, DR2, DR3 y ALH-DQ.^{10,11} Otro factor es el hormonal, los andrógenos al parecer se comportan como factores de protección ante la enfermedad y los estrógenos por el contrario como favorecedores, es por ello que se justifica la mayor incidencia en mujeres que varones. Entre los factores ambientales se encuentra la radiación ultravioleta, factor ambiental más frecuente, la cual genera reacciones de exacerbación a la exposición, teniendo una base en la alteración de la reparación del ADN. Por último, el uso de ciertos fármacos en particular la procainamida e hidralazina también han sido relacionados a LES.^{10,13}

Entre las manifestaciones constitucionales se encuentran la astenia, anorexia y pérdida de peso, manifestaciones que son frecuentes. Entre las manifestaciones cutáneas específicas se encuentran el rash malar o en alas de mariposa que respeta el surco nasogeniano, zonas eritematosas escamosas; entre las inespecíficas se encuentra la fotosensibilidad, aftas orales, entre otras. Respecto de las manifestaciones hematológicas predomina la leucopenia y más específicamente la linfopenia la cual está relacionada a actividad de la enfermedad; la anemia y la trombocitopenia autoinmune.¹ La afección renal, la cual se presenta hasta en el 50% de los pacientes con LES y se asocia a mayor morbilidad y mortalidad; se presenta en forma de glomerulonefritis, la presencia de autoanticuerpos es un requisito indispensable para el, dentro de estos los anticuerpos dirigidos contra el ácido desoxirribonucleico (ADN) doble cadena (ac-DNAs) y los antinucleosoma son los que más se han vinculado a su desarrollo.¹⁷ Por último, la manifestación pulmonar más frecuente es la neumonitis lúpica asociado a derrame pleural y a nivel cardíaco la pericarditis.^{1,10}

Para el diagnóstico individual se recomienda una adecuada anamnesis y examen físico. Además de ello, se debe realizar pruebas laboratoriales, siendo la más frecuentemente usada la prueba ANA por inmunofluorescencia presente en el 95% de las personas con LES; sin embargo, esta no es específica por lo que debe ser apoyada por la prueba de

anticuerpo anti ADN. Finalmente, las pruebas serológicas pueden dar a conocer una anemia grave, leucopenia o trombocitopenia.¹⁰

El tratamiento para esta enfermedad es muy variable; los objetivos principales de la terapéutica son evitar el progreso de la enfermedad y evitar la aparición de exacerbaciones durante el transcurso.¹⁰

III. Materiales y métodos

3.1.- Tipo de investigación y diseño

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

3.2.- Población, muestra de estudio y muestreo

La población abarcó a todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico diagnosticados en el Hospital Regional de Lambayeque durante el periodo 2013-2018 disponibles en los archivos informáticos del hospital a mención.

Debido a que el muestro fue de tipo censal, el tamaño de la muestra fue igual al de la población.

3.2.1.- Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados con Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Regional Lambayeque en el periodo 2013-2018.

3.2.2.- Criterios de exclusión

Historia clínica incompleta debido a pérdida de tomos.

Imposibilidad de hallar la historia clínica en el Archivo del Hospital Regional de Lambayeque.

3.3.- Lugar de investigación

Hospital Regional Lambayeque. Es una de las instituciones de mayor importancia y complejidad de la Región, con nivel III-1, es decir un nosocomio de alta complejidad.

3.4.- Técnica e instrumento de recolección de datos

Una vez obtenido el permiso correspondiente de las autoridades del Hospital Regional Lambayeque, se procedió a acceder al archivo de historias clínicas para su revisión y posteriormente con los datos obtenidos, iniciar el llenado de las fichas de recolección de datos por parte de los autores a cargo de este trabajo, que luego fueron llevados a una base de datos que fue creada en Excel.

Se utilizó una ficha de recolección de datos en base a los criterios SLICC 2012, ampliamente utilizados en medicina. Cabe mencionar que su elección se debió a que tiene mayor sensibilidad y especificada comparados con los criterios ACR 1997, también porque según la literatura estos fueron desarrollados con el fin de eliminar los puntos débiles encontrados en los criterios ACR 1997.

3.5.- Plan de procesamiento para análisis de datos

El análisis fue de forma univariada. La información obtenida fue registrada en una Hoja de cálculo en Microsoft Excel. El procesamiento de los datos se hizo utilizando el programa estadístico de STATA. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Por otro lado, las variables cuantitativas fueron analizadas usando medidas de tendencia central y medidas de dispersión; entre ellas, el promedio, la desviación estándar, la mediana y el rango intercuartílico, según fue el caso. Cabe aclarar, que se utilizó la media y desviación estándar cuando el coeficiente de variación era mayor al 30%.

3.6.- Aspectos Éticos

El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y el Comité de Ética en investigación del Hospital Regional de Lambayeque. Los datos obtenidos de los pacientes fueron usando únicamente para propósitos de la investigación y los nombres fueron reemplazados por un sistema de codificación numeral. La base de datos obtenida a partir de los resultados fue de uso exclusivo de los investigadores y el asesor especialista jefe del área de Reumatología. Los pacientes incluidos en la muestra no obtendrán ningún beneficio.

IV. Resultados

Del total de 89 historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de LES en el sistema de estadística del Hospital Regional Lambayeque, se obtuvo una muestra final de 56 (Ver Gráfico 1)

La mediana de la edad fue de 27 años (RIC = 11-74), predominando los mayores de 16 años (32/56). El sexo femenino fue la población más afectada (6/1 comparada con los hombres). El tiempo de diagnóstico promedio fue de 5 años (RIC = 1-12). (ver tabla 1).

La nefropatía lúpica fue la manifestación clínica de mayor frecuencia (36/56), seguido del lupus cutáneo agudo (25/56) y alopecia no cicatricial (24/56); las menos frecuentes fueron la miositis lúpica (1/56) y paniculitis lúpica (1/56) (ver tabla 2).

12 de los 36 pacientes que presentaron nefritis lúpica contaban con biopsia renal, donde se identificó que el estadio IV es el más frecuente (9/12), seguido del estadio V (3/12). Los 24 pacientes restantes fueron diagnosticados con enfermedad renal crónica terminal.

Las alteraciones hematológicas más frecuentes fueron linfopenia (16/56), leucopenia (14/56), anemia hemolítica (13/56) y plaquetopenia (11/56).

Se careció de información respecto de todas las pruebas analíticas los pacientes (56); sin embargo, la positividad de ANA fue del 52/56 de los casos y la prueba de Coombs directo fue la de menor presentación 10/44 (ver tabla3)

Por último, de los pacientes que tuvieron anticuerpos antifosfolípidos (18/40), 12 presentaron síndromes antifosfolípidos, 8 clínica de abortos repetidos y 4 trombosis venosa.

V. Discusión

La muestra del estudio pudo ser más amplia y en consecuencia más representativa, sin embargo, limitaciones logísticas causaron que no se pueda acceder a 33 de las 89 historias clínicas de la población diana. Se mencionó que 26 historias clínicas fueron excluidas debido a que no se encontraron en el archivo del hospital. Seis historias estaban incompletas debido a pérdida de tomos. Una historia de archivo fue catalogada, de manera errónea, dentro del grupo de LES cuando el diagnóstico era uno distinto a este.

Los resultados de laboratorio (inmunológicos) eran realizados externamente por los pacientes porque el servicio de laboratorio clínico del hospital no contaba con los reactivos necesarios. También hubo pérdida de algunos de estos resultados en archivo del hospital, generando otra limitación en este estudio. Una mejora en el manejo y la organización de las historias en archivo pudo prevenir este inconveniente, es de vital importancia contar con todos los datos de cada paciente, desde el momento de la primera consulta, ya que pueden servir para evaluar la evolución así como el buen o mal manejo que se esté llevando en cada paciente.

La población tuvo una edad cuya mediana fue de 27 años. Este resultado concuerda con los hallazgos encontrados en un estudio tipo cohorte Grupo Latinoamericano de estudio de Lupus (GLADEL) en el que la edad al momento de diagnóstico de LES en los pacientes mestizos fue de 28 años.¹⁴ Del mismo modo, en el estudio realizado en el Hospital Eugenio Espejo- Ecuador, la mediana de la edad fue alrededor de 29 años,⁸ no difiriendo mucho del valor encontrado en este trabajo. Estos resultados concuerdan con lo mencionado en la literatura base en el que se indica que dicha enfermedad es más prevalente en adultos jóvenes, debido a que a esta edad existe una alteración hormonal brusca lo cual tiene repercusión sobre el sistema inmune en especial en las células T supresoras, ello sumado a factores genéticos predisponentes darían lugar a la aparición de la enfermedad.¹⁰

La población fue mayoritariamente de sexo femenino con una razón de 6/1. Este hallazgo es ligeramente menor a los encontrados en otros estudios realizados tanto en Colombia como en Huancayo-Perú, en la que mostraron que la proporción mujeres/hombres fue de 8:1.^{6,15} Ello quizá podría deberse a la mayor proporción de mujeres vs hombres que participaron en el estudio o al hecho de que existe un mayor número de mujeres en las ciudades donde se llevaron a cabo dichos trabajos de investigación. Cabe mencionar que, pese a la diferencia de proporciones, ambos coinciden en que son las mujeres las principalmente afectadas y ello se debe al papel que juegan los estrógenos sobre el sistema inmune volviéndose para algunos autores un factor favorecedor para desarrollar esta enfermedad.¹⁰

Según un estudio de cohorte, GLADEL indica que las enfermedades renales son más frecuentes en mestizos y afroamericanos.¹⁴ Por lo que se plantea que la elevada frecuencia de nefritis lúpica en nuestro estudio a razón de que la población mestiza era la más prevalente. Sin embargo, este no sería el único factor; pues según los resultados del primer estudio de modelo COPCORD en el Perú indican que la prevalencia más alta fue para la osteoartritis (15,22%) y reumatismo de partes blandas (14,9%); y entre las enfermedades sistémicas más frecuentes estuvieron artritis reumatoide y espondiloartropatía seronegativa.³ No figurando la nefritis lúpica, por lo que se propone como segundo factor, el nivel de complejidad del hospital donde se realizó el estudio (nivel III-1). El Hospital Regional es el único establecimiento de MINSA de la región Lambayeque que cuenta con

los recursos (biopsia renal y diálisis) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado de pacientes con sospecha de nefritis lúpica; siendo el hospital de referencia para la derivación de pacientes con LES con sospecha de dicha complicación; lo anterior explicaría la alta frecuencia encontrada en los resultados. Para respaldar este punto, un estudio en el Hospital San Vicente- Colombia nivel de complejidad IV, encontró que el 68,7 % de sus pacientes con LES tenía nefritis lúpica siendo la segunda más frecuente después de las enfermedades hematológicas (71%).⁶

Por último, en cuanto a los hallazgos laboratoriales más frecuente estuvo el ANA (52/56) seguido del complemento bajo (32/47). Con respecto al primero, este coincide con los estudios realizados en pacientes LES del Hospital Eugenio Espejo- Ecuador, en el que se encontró 28/29 pruebas disponibles, con ANA (+).⁷ Este resultado concuerda con la literatura base que relacionan la presencia de ANA con el padecimiento de LES.^{10,16} Respecto al complemento bajo, según el estudio realizado en el Hospital San Vicente existe una asociación significativa entre hipocomplementemia y compromiso renal;⁶ por lo que su alta frecuencia se relacionaría al alto número de nefritis lúpica encontrados en nuestro estudio.

V. Conclusiones

El LES es más frecuente en personas jóvenes, alrededor de los 27 años; en cuanto al sexo es más común en mujeres que varones, con una proporción de 6/1 siendo ligeramente más baja a lo que se encontró en otros trabajos.

La nefritis lúpica es la característica clínica más frecuente y la miositis lúpica la más infrecuente. Además, entre las manifestaciones hematológicas más comunes estuvieron las linfopenias. El primer hallazgo concuerda con los encontrados a nivel de estudios latinoamericanos.

Uno de los datos más importantes encontrados en este estudio fue la alta frecuencia de nefropatía lúpica en los pacientes, este dato podría llevarnos a plantear que es importante y debería ser considerado en el diagnóstico temprano de LES.

El criterio laboratorial más frecuente fue el ANA (+) en los pacientes con LES del Hospital Regional de Lambayeque durante el periodo 2015-2018. Dicho hallazgo coincide con todos los estudios consultados.

VI. Recomendaciones

Tomando este trabajo como una base de datos de la realidad regional, se podrían desglosar nuevos proyectos de investigación, como el evaluar el impacto real de la nefropatía lúpica y cómo afecta esta la calidad de vida de la población en nuestra realidad regional, que permitiría enriquecer la data local.

Se recomienda que se impulse la realización de más trabajos descriptivos con esta misma temática en otros hospitales de la región a fin de ese modo conocer y comparar si los resultados encontrados se aplican a la realidad de toda la región de Lambayeque.

Se recomienda la mejora del registro de los datos laboratoriales de los pacientes, pudiéndose implementar tablas o guías, que permitan tener los datos de una manera más compacta y organizada en la historia clínica y que servirían como un control de la evolución de la enfermedad.

Se recomienda que el servicio de Archivos del Hospital Regional de Lambayeque realice un mayor control, seguimiento del almacenamiento y/o ubicación de las historias clínicas, ya que estas significan una fuente importante para realización e investigación de nuevos estudios locales.

VII. Referencias bibliográficas

1. Carter, E., Barr, S., & Clarke, A. (2016). The global burden of SLE: prevalence, health disparities and socioeconomic impact. *Nature Reviews Rheumatology*, 12(10), 605-620
2. Fundation American. LUPUS. Fundation American [Internet]. Hechos y estadísticas sobre Lupus Eritematoso Sistémico. 2021 [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.lupus.org/es/resources/hechos-y-estadisticas-sobre-lupus>
3. Gamboa DR, 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. *Rev Per Reum*. 2009;15(1):40-6.
4. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. *Harrison Manual de Medicina*. 19.ª ed. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Mexico; 2016. 1200 p.
5. Robert G. Lahita M. ALUA [Internet]. Que es el Lupus. 2020 [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://alua.org.ar/#!/-que-es-el-lupus/>
6. Severiche Maury DM, Escobar MR, Naranjo LAG, García ALV, Vahos CHM, Duque GMV. Ciento quince pacientes con lupus eritematoso sistémico: Características clínicas e inmunológicas. *Rev Colomb Reumatol*. 1 de diciembre de 2014;21(4):183-92.
7. Mariela del Rocio Mascote Márquez. Determinación de las características clínicas , inmunológicas y epidemiológicas del lupus eritematoso sistémico en el servicio de medicina interna del Hospital Eugenio Espejo. 2006.
8. Samanta Carmona Mendivil. Epidemiología, Características clínicas, laboratoriales y comorbilidades asociadas a lupus eritematoso sistémico en Hospital Santa Rosa II-2 Piura 2015-2017. 2008.
9. Veramendi E. “ Perfil clínico y de laboratorio en el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2009-2013. 2015.
10. Porth Carol Mathson. Lupus eritematoso sistémico. En: *Fisiopatología*. 2019. p. 1689-99.
11. González-lópez M, Rivera I, Vozmediano C. *Lupus Eritematoso Sistémico . Nefropatía Lupica* . 2020;
12. Ruiz-arriaga LF, Cano-aguilar LE, Cruz-meza S, Díaz-greene JE, Leopoldo F,

- Weber R. Systemic Lupus Erythematosus : Lupus Nephritis , A Complication to Dismiss. *DermatologiaCMQ*. 2019;17(4):296-301.
13. Fanouriakis A, Tziolos N, Bertias G, Boumpas DT. Update in the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2021;80(1):14-25.
 14. Pons-Estel BA, Catoggio LJ, Cardiel MH, Soriano ER, Gentiletti S, Villa AR, et al. The GLADEL Multinational Latin American Prospective Inception Cohort of 1,214 Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Ethnic and Disease Heterogeneity among «Hispanics». *Medicine (Baltimore)*. 2004;83(1):1-17.
 15. Cayllahua MG. *Lupus Eritematoso Sistémico En El Hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo [dissertation]*. Huancayo (PE): Universidad Nacional Del Centro Del Perú; 2016;57.
 16. Brigitti Shirley Chuquihuara Rodriguez. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Manifestaciones clínicas de pacientes con lupus eritematoso sistémico al inicio y durante su evolución atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo , 2000-2017*. 2019.
 17. Silvariño R, Otatti G, Noboa O. Nefropatía lúpica. *Rev Méd Urug [Internet]*. 2015; 31(1):64-78 [citado el 20 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v31n1/v31n1a10.pdf>

VIII. Anexos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

SEXO: (F) (M)

EDAD:

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

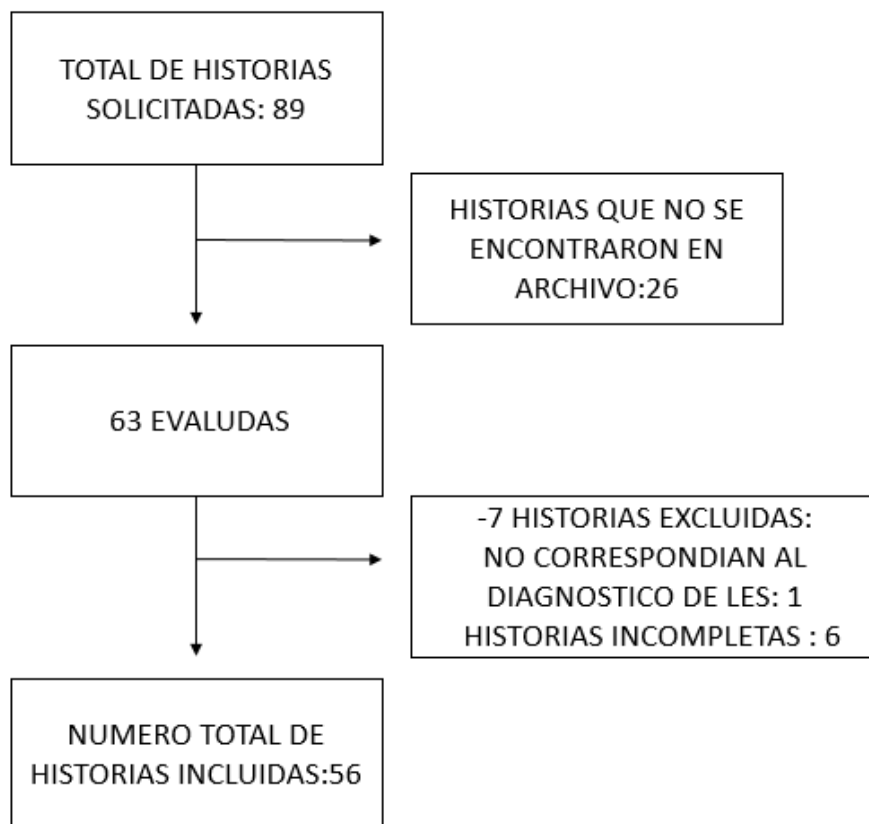
2. ASPECTOS CLÍNICOS

NOMBRE DE LA VARIABLE	PRESENTA	NO PRESENTA
Lupus cutáneo agudo		
Lupus cutáneo crónico		
Úlceras orales/nasales		
Alopecia no cicatricial		
Sinovitis Dos articulaciones		
Más de dos articulaciones		
Serositis Pleuritis Pericarditis		
Nefropatía lúpica Proteinuria 24h>500mg Cilindros celulares		
Neurolupus		
Anemia hemolítica		
Leucopenia: SI: valores de leucocitos menores a 4000/mm ³ NO: valores de leucocitos mayores a 4000/mm ³		
Linfopenia: SI: valores de linfocitos menores a 1000/mm ³ NO: valores de linfocitos mayores a 1000/mm ³		
Trombocitopenia: SI: n° plaquetas en sangre menor 100 000/mm ³ NO: n° plaquetas en sangre mayor 100 000/mm ³		

3. ASPECTOS LABORATORIALES

NOMBRE DE LA VARIABLE	PRESENTA	NO PRESENTA	NO PRECISA
ANA			
Anti DNA			
Anti - Sm			
Anticuerpo anti fosfolípido Anticoagulante lúpico Anticardiolipinas Anti B2 glicoproteína I			
Complemento bajo C3 C4			
Test Coombs directo			

GRAFICO 1. PROCESO DE SELECCIÓN DE PACIENTES



TABLAS

Tabla1. Características epidemiológicas

Variables epidemiológicas	N
Sexo	
Femenino	49
Masculino	8
Edad	
<16 años	11
>16 años	45
Tiempos de diagnóstico años*	5
Total, N= 56	
*mediana, RIC:1-12	

Tabla 2. Manifestaciones clínicas según los criterios de SLICC

Manifestaciones clínicas	N
Nefropatía lúpica	36
Lupus cutáneo agudo	25
Eritema malar	15
Fotosensibilidad	10
Alopecia no cicatricial	24
Linfopenia	23
Sinovitis	18
Úlceras orales	17
Serositis	14
Derrame pleural	5
Derrame pericárdico	4
Ascitis	3
Taponamiento cardíaco	2
Leucopenia	14
Anemia hemolítica	13
Trombocitopenia	11
Neurolupus	7
Depresión	3
Polineuropatía	2
Convulsión	1
Mielitis transversa	1
Lupus cutáneo crónico	1
Paniculitis lúpica	
Miositis	1

Total: N=56

Tabla3. Criterios de laboratorio según los criterios de SLICC

Positividad de exámenes de laboratorio	N
ANA	52/56
Complemento bajo	32/47
Anti-DNA	31/52
Anticuerpos antifosfolípidos	18/40
Anti Smith	16/32
Coombs directo	13/44