

CARACTERISTICAS PARACLINICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS EN
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
(LES); MAYORES DE 18 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE LA
CIUDAD DE NEIVA (HUILA), EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL AÑO
2012-2 A 2018-2

JHON SEBASTIAN GOMEZ YUSUNGUAIRA
YURLEY MILENA RAMIREZ CAMARGO
ALEJANDRA RODRIGUEZ SALGADO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
MEDICINA
NEIVA
2021

CARACTERISTICAS PARACLINICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS EN
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
(LES); MAYORES DE 18 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE LA
CIUDAD DE NEIVA (HUILA), EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL AÑO
2012-2 A 2018-2

JHON SEBASTIAN GOMEZ YUSUNGUAIRA
YURLEY MILENA RAMIREZ CAMARGO
ALEJANDRA RODRIGUEZ SALGADO

Asesores:

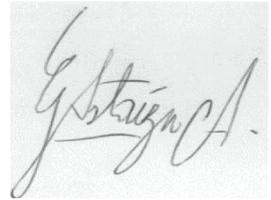
CARLOS ALBERTO ALARCÓN REYES
Especialista en Reumatología
Especialista en Medicina Interna
Médico

APROBADO POR:
GILBERTO MAURICIO ASTAIZA ARIAS
Doctor en Salud pública
Magister en educación y desarrollo comunitario
Especialista en epidemiología
Médico

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
MEDICINA
NEIVA
2021

NOTA DE ACEPTACIÓN

Aprobado por el Comité de
Grado en cumplimiento de los
Requisitos exigidos por la
Universidad Surcolombiana



GILBERTO MAURICIO ASTAIZA ARIAS

Firma del presidente del jurado



CARLOS ALBERTO ALARCÓN REYES

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

Quiero primordialmente dar gracias

A Dios por darme la vida, y su amor para terminar lo que con tanto gozo y alegría un día comencé.

Por darme fuerzas cada momento para seguir adelante y hacer este sueño realidad.

Agradecimientos a mi universidad y facultad de Salud por darme tantos conocimientos a través de sus profesores y gracias a estos hoy puedo culminar con éxito mi carrera.

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este proyecto a mi familia, especialmente a mis padres

Diana y Fernando por ser mi ejemplo a seguir, porque llevo conmigo sus enseñanzas, su fuerza interior, sabiduría e inteligencia; por ser el soporte a lo largo de mi vida, mucho de lo que soy hoy en día es gracias a ellos.

A mis hermanos Luis, Iván y Cristian por ser un apoyo en mi carrera, estar ahí cuando los necesité y siempre que necesitaba motivación para continuar la encontraba en ellos, quiero agradecer igualmente

A mi tía Nancy porque de una forma u otra fue una persona muy importante durante toda mi carrera. Con todo mi amor, mis agradecimientos para con ellos porque en las dificultades, en mi cansancio, ellos levantaron mis manos y me decían tu puedes, hoy me dicen lo lograste; gracias por darle alas a mis proyectos.

**JHON SEBASTIÁN
YURLEY MILENA
ALEJANDRA**

RESUMEN

El presente es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo en el que se analizará el comportamiento de la población de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, durante el periodo comprendido entre julio del 2012 a junio del 2018.

Se recolectó información de 57 pacientes con diagnóstico de LES, en donde el 67% llegaron a urgencias con diagnóstico previo y el otro 33% fue diagnosticado durante la hospitalización. El LES es una enfermedad con alta prevalencia en el género femenino que en el masculino y presenta relativas diferencias en las manifestaciones paraclínicas de acuerdo con el género y la edad.

La anemia, los ANAs positivos y la hipocomplementemia son las alteraciones paraclínicas más frecuentes. Con respecto al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de LES de urgencias Hospital Universitario la mayoría responde al tratamiento cortico esteroide combinado permitiendo un control de la enfermedad sin propiciar la aparición de efectos indeseables secundarios a este. Conscientes de lo anterior y de la falta de información epidemiológica al respecto en nuestra región, es de suma importancia analizar su comportamiento con el fin de disponer de información que guiara al clínico en un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz, con lo que se reduciría el riesgo de complicaciones y de letalidad prevenibles.

PALABRAS CLAVES: Descriptivo, Lupus, Clínicas, Paraclínicas, Epidemiológica

ABSTRACT

This is an observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study in which the behavior of the population of patients diagnosed with systemic lupus erythematosus will be analyzed (SLE), in the emergency service of the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital in Neiva, during the period from July 2012 to June 2018.

Information was collected from 57 patients diagnosed with SLE, where 67% arrived at the emergency room with a previous diagnosis and the other 33% were diagnosed during hospitalization. SLE is a disease with a high prevalence in the female gender than in the male and presents relative differences in the paraclinical manifestations according to gender and age.

Anemia, positive ANAs, and hypocomplementemia are the most common paraclinical abnormalities. With regard to the treatment of patients diagnosed with SLE at the University Hospital emergency department, the majority respond to combined corticosteroid treatment, allowing control of the disease without causing the appearance of undesirable secondary effects. Aware of the above and of the lack of epidemiological information in this regard in our region, it is of utmost importance to analyze their behavior in order to have information that will guide the clinician in an early diagnosis and effective treatment, thereby reducing the risk of preventable complications and fatality.

KEY WORDS: Descriptive, Lupus, Clinical, Paraclinical, Epidemiological

Contenido

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. ANTECEDENTES	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
4. OBJETIVOS	22
4.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
5. MARCO TEÓRICO	23
5.1 DEFINICIÓN	23
5.2. EPIDEMIOLOGIA	23
5.2.1 Influencia de la edad, el sexo y la raza.	23
5.2.2 Mortalidad.	24
5.3 ETIOPATOGENIA	25
5.3.1 Etiología.	25
5.3.2 Patología.	27
5.4 CUADRO CLINICO	28
5.4.1 Manifestaciones generales.	30
5.4.2 Manifestaciones cutáneas.	30
5.4.3 Manifestaciones Musculo esqueléticas.	32
5.4.4 Manifestaciones renales.	32
5.4.5 Manifestaciones del sistema nervioso central.	33
5.4.6 Manifestaciones hematológicas.	34
5.4.7 Manifestaciones pulmonares.	34

5.4.8	Manifestaciones cardíacas.	34
5.4.9	Manifestaciones digestivas.	35
5.4.10	Obstrucción vascular.	35
5.4.11	Manifestaciones oculares.	35
5.4.12	Manifestaciones inmunológicas.	36
5.4.13	Otras manifestaciones.	37
5.5	DIAGNOSTICO	37
5.6	CLASIFICACIÓN	38
5.7	TRATAMIENTO	39
5.8	PRONÓSTICO	40
6.	HIPÓTESIS	41
7.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	42
8.	METODOLOGÍA	50
9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
10.	RESULTADOS	57
11.	ANALISIS DE RESULTADOS	67
12.	CONCLUSIONES	71
13.	RECOMENDACIONES	73
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
	ANEXOS	77

LISTA DE TABLA

	Pág.
Tabla 1 Manifestaciones clínicas	29
Tabla 2. Manifestaciones inmunológicas	36
Tabla 3 Criterios diagnósticos para Lupus Eritematoso Sistémico	39

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	57
Figura 2	57
Figura 3	58
Figura 4	58
Figura 5	60
Figura 6	61
Figura 7	62
Figura 8	62
Figura 9	63
Figura 10	63
Figura 11	64
Figura 12	65

INTRODUCCIÓN

El término “lupus” significa “lobo” en latín, tal vez debido a que el rostro inflamado del paciente adopta una gran similitud con la cara arañada de un lobo, además los pacientes que la padecen generalmente presentan en la nariz y las mejillas un eritema malar con forma de alas de mariposa. De allí "erythro" que deriva del griego ερυθρός, rojo(1).

El lupus es una enfermedad autoinmune o un trastorno del sistema inmunológico en el que ataca al cuerpo en lugar de defenderlo, específicamente debido a la unión de autoanticuerpos a las células del organismo y al depósito de complejos antígeno-anticuerpo; causando inflamación y lesiones a diversos órganos y tejidos como articulaciones, piel, riñones, corazón, pulmones, vasos sanguíneos y cerebro. Los síntomas que se presentan en los pacientes que padecen dicha enfermedad son muy variados, sin embargo, entre los más comunes se encuentra el dolor o inflamación de las articulaciones, sarpullidos en la piel, problemas renales y fatiga. Adicionalmente el curso de la enfermedad es impredecible y se caracteriza por tener periodos de crisis alternados con remisión.

La prevalencia en la población general, dependiendo de la zona, se encuentra entre 4 y 250 casos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la prevalencia en Norteamérica, Asia y en el norte de Europa es mucho menor que en la población hispana y afroamericana. Por otro lado, cerca del 90% de los casos corresponde al grupo de mujeres en edad fértil, apareciendo principalmente en la segunda o tercera década de la vida y solo del 10-15% de los casos la enfermedad tiene su comienzo a partir de los 50 años. Asimismo, puede iniciar antes de la pubertad en el 20% de los casos.

En cuanto al diagnóstico del lupus no existe una prueba con un 100% de sensibilidad y especificidad. Los criterios del ACR tienen una sensibilidad de 96% y especificidad de 96%. Sin embargo, la elevación de anticuerpo antinuclear (ANA) a títulos de 1:40 o mayores es el criterio más sensible con el que se cuenta actualmente, ya que el 99% de los pacientes con lupus tienen una elevación de los anticuerpos antinucleares, aunque es poco específica debido a que no en todos los casos aquellos que presentan dicha elevación padecen la enfermedad. Los anticuerpos antinucleares testados y los anticuerpos antinucleares anti-ENA son el principal método de estudio para lupus. Los anticuerpos antifosfolípidos se dan más a menudo en LES, y pueden predisponer a la trombosis, aunque es más específico el anticuerpo anti-Smith. Otros estudios rutinarios para el diagnóstico de LES son los niveles del complemento, enzimas del hígado y un recuento completo de la sangre. Se han encontrado evidencias que sugieren que el LES puede tener incidencia en el cáncer a pulmón y cáncer de testículo(2).

Por tanto se revisará los pacientes con diagnóstico de LES que ingresan al servicio de urgencias de esta institución evaluando biomarcadores como cuadro hemático completo, perfil blanco; leucocitos, linfocitos, hemoglobina, hematocrito, ferritina, plaquetas, PCR, VSG, algunas pruebas secundarias como ANA, anti DNA, C3, C4, BUN, creatinina sérica, albumina, y signos vitales básicos de ingreso que permitirá evaluar, y así establecer descriptivamente en qué nivel de la enfermedad o con que complicaciones lúpicas.

El presente es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo en el que se analizará el comportamiento de la población de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, durante el periodo comprendido entre julio del 2012 a junio del 2018(3).

Conscientes de lo anterior y de la falta de información epidemiológica al respecto en nuestra región, es de suma importancia analizar su comportamiento con el fin de obtener indicadores que brinden un conocimiento más adecuado de ella en nuestro medio, determinando cuáles son las formas de presentación clínica más frecuentes; así se podría disponer de información que guiara al clínico en un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz, con lo que se reduciría el riesgo de complicaciones y de letalidad prevenibles.

1. JUSTIFICACIÓN

Dentro del grueso de enfermedades que corresponden a las patologías Autoinmunes, el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) ocupa un puesto preponderante, debido, no solo a ser una de las enfermedades más frecuentes de esta índole, sino también una de las más difíciles de diagnosticar, producto de su compleja gama de signos y síntomas, razón por la cual se le ha hecho acreedora del título de “la gran imitadora”.

Aunque él LES es una patología, ligeramente insidiosa y muy poco letal, es también una enfermedad que puede ser poco llevadera para la persona que la padezca pues afecta su estilo de vida (60%), al igual que para las personas que la rodean; debido a que presenta varios puntos clínicos similares a otros tipos de patología autoinmunitarias, lo que la convierte en una enfermedad con un tratamiento altamente costoso, tanto para el paciente, como para el estado y demás entes del salud de nuestro país y nuestra región.

Si bien es un problema diagnóstico frecuente, él LES, ha sido caracterizado clínicamente en numerosos estudios que han definido su curso de manera justa; sin embargo, y de acuerdo a la epidemiología misma, esta patología puede tener diversidad de presentaciones clínicas; actualmente encontramos pocos estudios sobre la caracterización epidemiológica de esta enfermedad en determinadas regiones del globo, incluyendo nuestro país, nuestro departamento y nuestra región, lo que ha imposibilitado el reconocimiento a tiempo de esta patología y su atención temprana.

Esta patología al tener tanta diversidad en su presentación tanto clínica como paraclínica, nos hace pensar que es necesario aclarar el comportamiento que presentan los pacientes diagnosticados con LES en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

Este estudio también permitirá establecer guías, para un diagnóstico y manejo oportuno y satisfactorio de la enfermedad; al igual que la posibilidad de instaurar medidas y programas de prevención.

De igual forma este trabajo de investigación aportará ideas, que permitan ampliar los conocimientos acerca del LES, y contribuyan a afianzar conceptos, y a complementar la formación integral, fundamental para el ejercicio médico del siglo XXI.

2. ANTECEDENTES

Las primeras descripciones sobre el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se describieron en los siglos XII a XVI, haciendo referencia a ulceraciones que tenían lugar en la cara con un aspecto parecido a la mordedura del lobo, por ello su nombre Lupus (connota el Latín Lobo), es extraño en sí, debido a que la información indica que el término Lupus no viene directamente de la palabra latina, sino de un estilo francés en el uso de las máscaras (loup, lobo de carnaval) que las mujeres de aquella época usaban alrededor de los ojos. El termino Lupus es atribuido al médico Rogerios (siglo XII), quien lo utiliza para describir el eritema malar clásico, ya más entrado en el período neoclásico, Moric Kaposi en 1872 describe su carácter sistémico y en la era moderna en 1948 con el descubrimiento de las células del Lupus Eritematoso (células LE). Hacia el año 1895 Osler describió extensamente las manifestaciones generales del LES, involucrando sus etapas clínicas en detalle así como una forma especial de lupus en adolescentes que carecían de lesiones en piel (lupus sine lupus); hacia el año 1924 Libman y Sacks describieron la endocarditis que llamaron “endocarditis verrugosa atípica. En 1932 Cross identificó, en órganos de pacientes fallecidos por LES masas de moderada afinidad para la hematoxilina a os que llamó “corpúsculos hematoxilínicos” actualmente aceptados como alteraciones características del LES en los tejidos. Uno de los descubrimientos importante sobre la patología fueron las investigaciones que realizaron Baehr, Kemperer y shifirin tres años después, sobre la afectación del LES en los glomérulos renales describiéndolos como “asas de alambre”. Kemperer en 1942 incluye la patología como una de las enfermedades del colágeno¹ De esta manera en el año 1894 se divulga un tipo de medicación útil y efectiva que involucraba la quinina, cuatro años más tarde se hace revisión del uso de salicilatos en la patología que en comunión con la quinina eran más efectivos que la monoterapia, tratamiento que fue útil hasta mediados del siglo XX cuando el doctor Philip Showalt en la clínica de Mayo en Pensilvania demuestra el buen rendimiento de los corticoesteroides en la enfermedad (Ruiz, Mario; 1988).

En nuestro país los primeros casos diagnosticados como LES lo hicieron los dermatólogos, quienes con el tiempo comenzaron a considerarlo una variante del lupus discoide crónico y del lupus TBC y describiendo las manifestaciones sistémicas. En 1949 Cortés Mendoza un casos de lupus con afectación clásica cerebral fue estudiado por internistas y neurólogos que demostraron que se trataba de esta enfermedad del colágeno por anatomía patológica en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá; en el mismo año Uribe Uribe realiza un informe

¹ Martínez, M. Gutiérrez E. Zapata, M. Sánchez, S. Lupus Eritematoso Generalizado: características generales, inmunopatogenia y antígenos de relevancia. 2012. Ciudad de México. Imedpub.

magistral sobre un caso de LES en el mismo hospital²

Para los médicos Antioqueños el Lupus era una entidad rara hasta antes de 1969, por lo cual el diagnóstico se hacía por clínica y por células LEA, pero con el regreso al país de un doctor experto en esta enfermedad, el médico Javier Molina y otro grupo de especialistas a determinar la enfermedad por medio de la toma de anticuerpos antinucleares, así como el consumo del complemento que se fueron difundiendo a Bogotá para hacer los estudios de laboratorio. Los paisas son reconocidos por sus investigaciones relacionadas con enfermedades reumatológicas, es por ello el conocimiento del “libro de los paisas en reumatología” por su extensa revisión de casos sobre lupus y la descripción detallada de muchas de estas enfermedades.

Hay que recordar entonces que el LES es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser de tipo inflamatoria, con anormalidades de sistema inmune como la activación de linfocitos B, alteraciones en la regulación de las células T, así como trastorno de la actividad de las células NK, etc. Aún se desconoce su verdadera etiología, pero se tiene conocimiento que es multifactorial donde se incluyen variantes genéticas, infecciosas, inmunológicas, ambientales y hormonales. Tiene un prototipo clásico caracterizado por una gran producción de autoanticuerpos dirigidos contra diversos antígenos celulares.

Múltiples factores genéticos influyen la susceptibilidad a la enfermedad y determinan las manifestaciones clínicas y de laboratorio específicas, varios genes interactúan en esta cascada autoinmune entre ellos los codificadores del Complejo Mayor de Histocompatibilidad los cuales regulan la naturaleza e intensidad de la respuesta inmune. Dentro de las principales características serológicas del LES, la presencia de anticuerpos contra el ADN de cadena, que en general este análisis se relaciona con la actividad de la enfermedad, así como la hipocomplementemia y el compromiso renal (Bermudez, y otros 2017).

Por otro lado, se sabe muy bien acerca de investigaciones en LES en países del primer mundo, donde cuentan características de presentación más frecuentes así como que en Europa la incidencia varía entre 5,8 por cada 100.000 habitantes al año en Islandia, mientras que la prevalencia en Europa difiere según la corte analizada y se sitúa entre 17,7 – 27,7 casos por 100.000 habitantes al año. Que la enfermedad es más frecuente en asiático, afroamericanos e hispanos, en donde es mucho más grave en los últimos dos grupos; así mismo la relaciones mujer/hombre es de 10:1, aunque la diferencia entre sexos es marcadamente menor en la edad pediátrica y en mayores de 65 años, de la misma forma el pico de desarrollo de la enfermedad se produce entre los 16 y 55 años, lo que

² Gama, A. Historia de la Medicina, historia del Lupus. Revista Académica Nacional de Medicina. 2016. Bogotá- Colombia.

corresponde al 65% de los casos³

La investigación en Latinoamérica sobre esta enfermedad es comparablemente menor que la que se ha realizado en otros continentes, algunos estudios de cohortes han incluido países como Colombia, Chile, Argentina y México para documentar la incidencia y prevalencia de la enfermedad y poder caracterizar si su presentación como lo dicen las revisiones europeas son aún más graves en la población hispana. El grupo Latinoamericano de Estudio de Lupus (Gladel) realizó un estudio que inició en enero de 1996 y de forma prospectiva se realizó, tomando información de 34 centros de atención en salud, provenientes de 9 países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, México, Perú y Venezuela), lo que evaluaron fueron historias clínicas, donde se analizaban características socio-demográficas según sexo, edad, etnia, nivel de educación, nivel socioeconómico, residencia y cobertura médica, también se evaluó las características clínicas y de laboratorio al comienzo y durante el curso de la enfermedad, los índices de actividad y de año, así como los tratamientos y la mortalidad asociada, dentro de los resultados importantes que se obtuvieron encontraron que la demora en el diagnóstico se ubicaba entre los 5.9 meses, que hay diferencia significativa en la población en que aparece, donde los mestizos representaron el 44%, los blancos el 42% y los afro-latinoamericanos el 12%; respecto a otros análisis se encontró que los no Blancos, es decir afros y mestizos, tenían significativamente menor nivel socioeconómico, menores posibilidades de acceder a educación así como en las variables clínicas presentaron en mayor medida enfermedad renal y linfopenia en comparación con los Blancos. La conclusión a la que llegaron con el estudio era que a diferencia de lo que se creía en los estudios no latinoamericanos, el LES no era tan homogéneo como se creía y que había diferencias estrictamente señaladas entre diferentes razas (Pons Estel, y otros 1990).

Las manifestaciones clínicas son uno de los factores importantes en el diagnóstico del LES, se conoce bien que una buena proporción de pacientes seronegativos, pero que su influencia en aspectos físicos es bastante pronóstico. Una revisión por parte del departamento de Reumatología en la Universidad de Asunción, Paraguay en el año 2014, plantearon que al ser el Lupus una enfermedad inflamatoria sistémica, los síntomas generales como fatiga, malestar general, fiebre, anorexia y pérdida de peso con hallazgos de alta frecuencia, tanto como síntomas iniciales de la enfermedad como complicaciones a posteriori. Ellos mencionaron que la fatiga merecía una mención especial debido a su característica incapacitante que se liga a trastornos depresivos y se presenta de forma independiente de las manifestaciones clínica o serológicas. Otro desafío en

³ Bermudez, W; Castro, A. Vizcanio Y; Bermudez, W. Lupus eritematoso sistémico. Acta medica del centro. 2017.

la enfermedad es la valoración del síndrome febril, pues se puede presentar hasta en el 42% de los pacientes como una manifestación de la actividad inflamatoria, pero recomendaron descartar siempre en estos pacientes otras causas de fiebre como cuadros infecciosos intercurrente, tumores malignos y el efecto de determinadas drogas. Las lesiones cutáneas presentan una distribución simétrica en las áreas fotoexpuesta, siendo inicialmente máculas o pápulas eritematosas que posteriormente se vuelven placas anulares/policíclicas o papuloescamosas. La observación sobre la manifestación de Lupus crónico se asociaba con tres subpatologías, tales como, el lupus discoide, la panculitis lúpica/lupus profundus y el lupus en sabañón, donde el primero era de más frecuente presentación. Se describió de igual forma las manifestaciones articulares, las cuales tenían un compromiso no erosivo, como artropatía de Jacoud, que se ha descrito en el 10 a 35% de los pacientes que condiciona un compromiso capsular y periarticulares que puede afectar todas las articulaciones en especial las manos; los pacientes también podían presentar mialgias, las cuales pueden ser una manifestación propia de la enfermedad o secundaria a la artritis. La anemia en esta enfermedad es comúnmente identificada en pacientes lúpicos, donde en la mayoría de casos es moderada, a no ser que se trata de un curso desfavorable de la enfermedad en la que la anemia se encontrará notoriamente marcada. Las manifestaciones neuropsiquiátricas, son formas difusas de la enfermedad que puede afectar sobre todo los dominios cognitivos, asociándose frecuentemente a una discapacidad social y dishabilidad funcional, otras anormalidades encontradas son la atrofia cortical, los infartos mayores, la desmielinización en parche, así como la vasculitis que es una forma rara. Está el compromiso renal que es uno de los principales valores diagnósticos que tiene la enfermedad, pues además de ser grave también es una de las mayores causas de mortalidad por lupus; la afectación renal puede ir desde una nefritis silente, la cual se considera como el estadio más temprano del compromiso renal hasta el síndrome nefrótico con deterioro del filtrado glomerular que puede llevar a una progresión rápida a enfermedad terminal, lo que necesita un diagnóstico temprano; la biopsia renal es esencial para determinar este tipo de compromiso, además de señalar el manejo terapéutico y pronóstico de la enfermedad. Otras presentaciones del lupus comprometen el aparato gastrointestinal pudiéndose presentar como una enfermedad esofágica, vasculitis mesentérica, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pancreatitis, enfermedad hepática o peritonitis; la pancreatitis se describió en un 5-10% de los pacientes y la mayoría de estos tenía enfermedad activa en el momento de la presentación misma; la peritonitis constituía casi el 30% de todos los episodios de serositis del LES y la ascitis puede estar asociada en el 11% de los casos con peritonitis. También fueron descritas las manifestaciones pleuropulmonares que son responsables de hasta el 2% de las muertes provocadas por LES, entre ellas se encuentran la pleuritis lúpica, neumonitis aguda o crónica, hemorragia pulmonar, embolismo pulmonar e hipertensión pulmonar; las manifestaciones pulmonares fueron reportadas en el 30 a 60% de paciente con LES y en las autopsias se encontró que hasta el 93% tenían compromiso pleural. Las manifestaciones

cardiacas podían comprometer tanto el pericardio, miocardio, endocardio, arterias coronarias hasta el tejido de conducción; la miocarditis sintomática se reportó en solo 5-10% de los pacientes (Pérez, y otros 2000).

Los laboratorios clínicos fueron otro factor evaluante en la enfermedad, por ejemplo los patrones de fluorescencia de los ANA ms frecuentes en LES son el patrón homogéneo, periférico y moteado; los anti-ADN son marcadores importantes para el diagnóstico y seguimiento de la actividad de la enfermedad, de hecho es el único anticuerpo que se puede utilizar para controlar la actividad de la enfermedad; otros laboratorios como los antígenos antinucleares como los anti-Ro y anti-La no son tan específicos pues se pueden encontrar en otras enfermedades como el Síndrome de Sjögren; el sistema del complemento juega un papel importante en el LES, pues este mismo puede tanto prevenir como tener una participación de exacerbación de la patología, dado que el complemento es activado por el receptor Fc gamma que se une al glomérulo renal, activando la vía clásica del complemento y causando daño tisular lo cual lleva a nefritis lúpica.

Estudios en el sur colombiano acerca de esta patología⁴ han sido pocos, un ejemplo de ellos fueron los que se realizaron en la universidad Surcolombiana en el año 2009 en donde pretendieron evaluar el perfil sociodemográfico, clínico y paraclínico del lupus en esta región, encontrando que la edad en promedio de diagnóstico fue a los 28 años para mujeres y 26 en hombres. La población presentaba criterios diagnósticos más frecuentes de los cuales la artritis (68,5%), las alteraciones hematológicas (67,1%) presencia de ANA positivos (68,5%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las articulares (68,5%), hematológicas (79,5%), constitucionales (61,6%) y mucocutáneas (61,6%). Los hallazgos paraclínicos más comunes fueron la hipocomplementemia (74%) siendo el consumo del Ca significativamente más frecuente en mujeres, la anemia (67%) y la presencia de ANA positivos (69%). Si podemos ver la mayoría de los estudios que se han llevado a cabo sobre lupus incluyen pacientes que se atienden tanto por consulta externa, como urgencias y otros centros de atención, mientras que hay poca información de los pacientes que llegan a urgencias por la patología crónica que presenta una exacerbación.

⁴ Samir, E. Falla, H. Montañez, N. Lupus Eritematoso Sistemico en el Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre enero de 2003 y diciembre de 2009. Revista facultad de salud. Colombia. 2010.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es un grupo de desórdenes inflamatorios, generalmente crónico, caracterizada por la aparición de manifestaciones clínicas multisistémica y casi invariablemente, por la presencia en la sangre de anticuerpos dirigidos contra uno o más componentes del núcleo y otros antígenos intracelulares. Puede presentarse en cualquier edad, pero, por lo general, afecta a mujeres entre los 16 y los 55 años. La relación mujer - hombre presenta variaciones asociadas con la edad, pues mientras que es de 7 a 1 en los niños y de 9 a 1 entre los adultos jóvenes, en personas de edad avanzada es de 5 a 1⁵.

No es una enfermedad rara. Afecta primordialmente a las mujeres en edad reproductiva. Su etiología es aún desconocida, pero diferentes factores genéticos, hormonales y ambientales interaccionan de una forma compleja en su génesis, dando como resultado una pérdida de la tolerancia del organismo a sus propios constituyentes, la producción de autoanticuerpos, la formación de complejos inmunes y, provocando finalmente, daño tisular. Las manifestaciones clínicas del LES son extraordinariamente variables. Puede haber compromiso del estado general, así como de piel, articulaciones, riñones, pulmones, sistema nervioso, sangre y corazón. Prácticamente puede afectar cualquier órgano con una intensidad variable de paciente a paciente⁶.

La prevalencia de la enfermedad en la población general se encuentra entre 4 y 250 casos por cada 100.000 habitantes; sin embargo, estas estadísticas varían a través del mundo, encontrándose que en Norteamérica, Asia y en el norte de Europa afecta a 40 de cada 100.000 habitantes, con una mayor incidencia entre la población hispana y afroamericana⁷. Los sujetos pertenecientes a estos grupos raciales suelen manifestar una enfermedad de curso más grave, fenómeno que ha sido atribuido por algunos expertos a factores socioeconómicos y ambientales. Cerca del 80% de los casos corresponde al grupo de mujeres en edad fértil, de tal manera que se estima que 1 de cada 1.000 mujeres jóvenes se ve afectada por la enfermedad.

En los últimos años se han realizado numerosos esfuerzos para configurar subgrupos homogéneos de pacientes con LES según su perfil clínico y serológico. Sin embargo, todavía no se han podido trazar fronteras exactas para individualizar subgrupos bien definidos, excepto en formas muy particulares de LES, como es el

⁵ CERVERA R, et al. Op. cit. 113 – 24.

⁶ RAMÍREZ, Gerardo. et al. Lupus eritematoso sistémico. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Bogotá: ISS - Ascofame. p. 41.

⁷ GAMARRA, Antonio I. Lupus en Latinoamérica y el papel de los latinoamericanos. [en línea]. Colombia: acceso 10 de octubre 10 de 2009. Disponible en internet.
<http://www.encolombia.com/medicina/reumatologia/reuma8401lupus6.htm>

caso del LE cutáneo subagudo, el LES neonatal y el LES inducido por fármacos⁸.

No existen en Latinoamérica estudios epidemiológicos que contemplen la influencia de los factores genéticos y sociodemográficos en la expresión clínica y el pronóstico de la enfermedad. En consecuencia, y con la necesidad de obtener información acerca de las características del LES en esta parte del mundo, se formó en julio de 1997 el "Grupo latinoamericano de Estudio del Lupus (GLADEL). Se diseñó, para tal propósito, un estudio de cohorte incipiente que permitiera un seguimiento prospectivo, y se incluyeron 19 centros provenientes de cinco países latinoamericanos: Argentina, Chile, Colombia, México y Venezuela. Los mestizos versus los blancos, tuvieron significativamente más úlceras orales y nasales (91/225 versus 51/175, RR 1.39, $p < 0.01$), enfermedad renal (110/225 versus 61/175, RR 1.39, $p < 0.01$) y linfopenia (142/225 versus 77/175, RR 2.18, $p < 0.001$) y representaron seis de las siete muertes de la cohorte. Ese primer informe que compara mestizos y blancos latinoamericanos muestra claramente, que los "Hispanos" con LES no son un grupo homogéneo y que los mestizos con enfermedad renal, úlceras de mucosas y linfopenia, presentan una enfermedad más severa⁹.

Durante la asistencia a esta entidad de salud, se observa que no existe una estadística clara referente a dicha patología, manejada por el personal médico y demás trabajadores de la salud, a pesar de la alta tasa de morbilidad que presenta y de lo complicado de su manejo, bien sea ambulatorio o intrahospitalario. Debido a la variabilidad en el comportamiento de esta patología problemática de la falta de estadísticas generales, consideramos de suma importancia realizar dicho estudio, enfocándonos en la frecuencia de dicha entidad, analizando la repercusión de los factores de riesgo, sexo, la edad, la frecuencia de presentación y correlación de su locación topográfica. ¿Cuál es el comportamiento praclinico y sociodemografico del Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva en el periodo comprendido entre junio de 2012 y julio de 2018?.

⁸ FONT, J. Lupus Eritematoso Sistémico: Estudio Clínico e inmunológico de 300 pacientes. Medicina Clínica. Abril, 1993. Vol. 100, No. 16, p. 601 – 605

⁹ PONS - ESTEL, B. Op cit p. 1 - 17

4. OBJETIVOS

Determinar el comportamiento (sociodemográfico, clínico y paraclínico) en el servicio de urgencias de los pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva (Huila), en el período comprendido entre junio de 2012 a julio de 2018.

4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población con diagnóstico de LES en el Hospital Universitario de Neiva.
- Determinar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y paraclínicas en el desarrollo de la enfermedad: Lupus Eritematoso Sistémico.
- Revisar los paraclínicos que están alterados durante el ingreso al servicio de Urgencias de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva (Huila).
- Reconocer las posibles complicaciones asociadas con LES y cuáles son las más frecuentes por las que los pacientes son atendidos en el servicio de urgencias de ésta misma institución.
- Describir los antecedentes y comorbilidades más frecuentes en la población con diagnóstico de LES en el Hospital Universitario de Neiva.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 DEFINICION

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica de etiología desconocida, aunque con cierta predisposición genética, que afecta al tejido conjuntivo, caracterizada por inflamación y daño de tejidos mediado por el sistema inmunológico, específicamente debido a la unión de auto anticuerpos a las células del organismo y al depósito de complejos antígeno-anticuerpo¹⁰

5.2 EPIDEMIOLOGIA

La tasa de incidencia de lupus eritematoso sistémico en el mundo en la mayoría de estudios, se sitúan en un rango entre 1 y 10 casos por 100000 habitantes/año; en los Estados Unidos se ha estimado entre 1,8 y 7,6 por 100.000 personas año. En las últimas décadas en nuestro país se ha venido incrementando el número de pacientes con el diagnóstico de lupus, encontrando un número de aproximadamente 41.804 casos entre 2012 y 2016. El Lupus predomina en mujeres presentándose en 8 de cada 10 casos. La incidencia anual de LES probable, es similar a la de los casos definidos 1,6 a 1,8 por 100.000 habitantes y se ha demostrado el incremento de esta debido al reconocimiento de pacientes con enfermedad más leve y el empleo generalizado de la prueba de anticuerpos antinucleares como examen de escrutinio.

La prevalencia de global LES definitivo y probable es de 40 a 50 por 100.000 habitantes. La prevalencia de LES es más alta en mujeres que en hombres, con una relación 9: 1 tanto en la población blanca como en la negra. La tasa de prevalencia para mujeres de 15 a 64 años de edad es de 100 por 100.000 en las blancas y 408 por 100.000 en las negras.

5.2.1 Influencia de la edad, el sexo y la raza. El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres a través de todas las décadas de la vida; sin embargo esta relación entre mujeres y hombres es de 3:1 en la etapa de la pubertad y post-menopáusica, y de 9-12:1 durante la edad reproductiva. Estas diferencias se han relacionado con los cambios hormonales que se presentan durante la pubertad, la vida reproductiva y la menopausia.

En los estados unidos la incidencia y la prevalencia del LES son mayores en sujetos de raza negra que de raza blanca, independientemente del sexo. En cambio en nuestro país es más frecuente en mujeres que en hombres. Otros

¹⁰ HANNAHS, B. Op cit p 2076

estudios sugieren que, en mestizos latinoamericanos, dichos estimadores ocupan un lugar intermedio entre ambos grupos.

El sexo y la raza también han mostrado tener influencia en la edad de diagnóstico de la enfermedad. La edad promedio al diagnóstico es significativamente menor en mujeres negras que blancas, 35,5 Vs 41,7 años. Así mismo, independientemente de la raza, las mujeres desarrollan la enfermedad a una edad más temprana que los hombres 37,2 Vs 44,2 años.

Aparece sobre todo al final de la segunda década de vida del paciente y al principio de la tercera. Solamente en el 10-15% de los casos la enfermedad tiene su comienzo a partir de los 50 años. Las personas con parientes que sufren de lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide o TTP (púrpura trombocitopénicatombrótica) tienen un riesgo ligeramente más elevado de padecerlo que la población general. Una persona con uno de los padres o un hermano con la enfermedad tiene un 10% más de posibilidad de desarrollar dicha enfermedad. Sólo el 5% de los niños nacidos de padres con lupus desarrollará la enfermedad.

5.2.2 Mortalidad. A mediados de los años 1950 el LES era catalogado como una enfermedad mortal. Ahora, se considera una entidad crónica ya que la tasa de supervivencia ha mejorado gradualmente desde esa época. Entre las manifestaciones clínicas del LES asociadas con disminución de la supervivencia de los pacientes, se encuentra el síndrome anti fosfolípido. Recientemente en un estudio de población de Suecia se demostró que el riesgo cardiovascular ha permanecido inalterado en los últimos 30 años.

La distribución de la tasa de mortalidad fue similar al patrón de tasas de pobreza del censo de 1990 en los Estados Unidos. Los autores concluyeron que la tasa de mortalidad por lupus eritematoso sistémico mostró una amplia variación regional. La variación parece reflejar, en parte, los patrones geográficos en el nivel socioeconómico y la distribución de personas de origen hispano.

Otro punto que se debe considerar al interpretar las tasas de supervivencia en el LES es el tiempo de duración de la enfermedad a partir del cual la población de pacientes es estudiada. Con frecuencia en grandes series, se informa que los pacientes tenían 2, 5, 7 o más años de duración de la enfermedad cuando la supervivencia empieza a ser medida. Estos estudios tienen un gran sesgo debido a que se excluyen pacientes con inicio reciente de la enfermedad. Debido a que en etapas tempranas de la enfermedad el diagnóstico muchas veces es incierto, la actividad del LES es mayor y, como consecuencia, se emplean dosis mayores de glucocorticoides e inmunosupresores y la morbilidad es mayor. Así mismo loS

pacientes más graves y, por ende, con mayor riesgo de morir fallecen temprano y esta mortalidad no se registra¹¹.

5.3 ETIOPATOGENIA

5.3.1 Etiología. El LES es causado por interacciones entre ciertos genes de predisposición y factores ambientales, originando respuestas inmunitarias anormales. Estas respuestas inmunitarias abarcan desde hiperreacción e hipersensibilidad de los linfocitos T y B hasta una regulación deficiente de la disponibilidad de antígenos con respuestas sostenidas por parte de los anticuerpos. La hiperreacción de las células T y B se traduce por una mayor expresión de determinadas moléculas, como HLA-D y CD40L, lo que demuestra que las células son activadas fácilmente por los antígenos que inducen las primeras señales activadoras y las moléculas que estimulan la activación celular completa a través de una segunda señal.

El resultado final de estas anomalías es la producción sostenida de autoanticuerpos patógenos y la formación de complejos inmunitarios que se unen a ciertos tejidos, provocando: 1) secuestro y destrucción de las células revestidas de Inmunoglobulinas; 2) Fijación y Segregación de las proteínas que forman el complemento, y 3) Liberación de quimiotaxinas, péptidos vasoactivos y enzimas destructoras en los tejidos. Muchos autoanticuerpos en las personas con LES se dirigen contra complejos de DNA/proteína o RNA/proteína como los nucleosomas, una parte del RNA nucleolar y el RNA "ayustosómico" o "empalmosómico".

Durante la apoptosis, estos antígenos emigran hasta la superficie celular, donde son contenidos dentro de vesículas, y los fosfolípidos de la membrana cambian su orientación, de tal forma que las porciones antigénicas se acercan a la superficie. Las moléculas intracelulares que cambian durante la activación o el daño celular emigran hasta la superficie celular. Se piensa que estos antígenos, ubicados cerca de las superficies celulares o en ellas, activan al sistema inmunitario para que produzca autoanticuerpos.

En las personas con LES se altera la fagocitosis y la eliminación de células apoptóticas y complejos inmunitarios. Por tanto, en esta enfermedad existen antígenos que son presentados en ubicaciones que reconoce el sistema inmunitario; los antígenos, autoanticuerpos y complejos inmunitarios persisten durante un período prolongado, permitiendo que el daño de los tejidos se acumule hasta el punto en que produce una enfermedad clínica.

¹¹ ALARCON, Donato y ALARCON, Marta. Etiopatogenia del lupus eritematoso sistémico. Tratado Hispanoamericano de Reumatología. Bogota-Colombia. Alarcón-Segovia D, Molina J editores. 2006. p. 765-776

El LES es una enfermedad multigénica. Es probable que los alelos de varios genes normales contribuyan un poco a las respuestas inmunitarias anormales; si se acumulan variaciones suficientes, aparece la enfermedad. Algunos genes predisponentes se ubican en la región del antígeno leucocitario humano (human leukocyte antigen, HLA) (especialmente en genes con HLA de clase II DR y DQ, así como en genes con HLA de clase III que codifican C'2 y C'4). Los genes relevantes con HLA DR/DQ prácticamente duplican el riesgo de padecer LES cuando existe un haplotipo de predisposición, y lo cuadruplican o sextuplican cuando existen dos o más. Algunas proteínas que son importantes para eliminar las células apoptóticas también participan en la predisposición genética; por ejemplo, las deficiencias homocigotas de los primeros componentes del complemento C1q, C'2 y C'4 y de algunos alelos de la Lectina Fijadora de Manosa, aumentan el riesgo de padecer LES. La deficiencia de C1q imparte el mayor riesgo genético conocido, pero es rara¹².

Existen por lo menos cinco regiones cromosómicas, independientemente de HLA, que contienen genes de predisposición. Dentro de una de estas regiones del cromosoma 1 existen alelos que codifican los receptores Fc, que enlazan subgrupos de IgG (IgG1, -2 o -3); Los estadounidenses de ascendencia africana que heredan un alelo de FcγRIIA poseen un receptor que enlaza débilmente a Ig en un complejo inmunitario; estas personas corren mayor riesgo de padecer nefritis por lupus. Los caucásicos y asiáticos en ciertas poblaciones con alelos de FcγRIIA que enlaza débilmente a Ig tienen predisposición para padecer LES. Una región del cromosoma 16 contiene genes que predisponen a padecer LES, Artritis Reumatoide, Psoriasis y Enfermedad de Crohn, lo que sugiere la presencia de "genes de autoinmunidad" que, al interactuar con otros genes, predisponen a padecer distintas enfermedades autoinmunitarias¹³.

Por tanto, él LES es modificado por un conjunto de genes de predisposición, algunos de los cuales interactúan. Probablemente también existen alelos de genes protectores. Estas combinaciones genéticas modifican las respuestas inmunitarias al ambiente externo e interno; cuando dichas respuestas son excesivas o demasiado prolongadas aparece la autoinmunidad.

El sexo femenino es permisivo en cuanto al LES; las hembras de varias especies de mamíferos elaboran respuestas con más anticuerpos que los varones. Las mujeres que han recibido anovulatorios orales con estrógenos u hormonoterapia sustitutiva tienen mayor riesgo de padecer lupus eritematoso generalizado (de alrededor del doble de lo normal). El estradiol se une a los receptores de los linfocitos T y B, amplificando su activación y supervivencia, con lo que favorece

¹² HANNAHS, B. Op cit p 2077

¹³ WEENING, Jan. *et al.* The Classification of Glomerulonephritis in Systemic Lupus Erythematosus Revisited. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2004. Vol. 15. p. 241 - 250.

una respuesta inmunitaria prolongada. La relación mujer/hombre con respecto a la frecuencia de la enfermedad en general, es 9:1.

Varios estímulos ambientales intensifican el LES. Por ejemplo, la luz ultravioleta provoca exacerbación del lupus en 70% de los pacientes al incrementar la apoptosis en los queratinocitos y otras células o al alterar el DNA y las proteínas intracelulares de manera que se tornen antigénicas.

Probablemente varias de las infecciones que despiertan respuestas inmunitarias (anticuerpos y linfocitos T activados) y que tienen reacciones cruzadas con lo propio o con respuestas que, conforme maduran, desarrollan la capacidad de reconocer lo propio, facilitando las respuestas autoinmunitarias que genera el LES. La observación de que los niños y adultos con LES tienen una mayor tendencia a adquirir el virus de Epstein- Barr (Epstein-Barr virus, EBV) que los testigos de edad, sexo y etnia similares sin LES es intrigante, ya que el EBV activa a los linfocitos B y además contiene secuencias de aminoácidos que simulan secuencias en los empalmosomas, especificidad común de los autoanticuerpos en las personas con LES.

Por tanto, la interrelación de la predisposición genética con el sexo y ciertos estímulos ambientales puede originar autoinmunidad. Para producir la mayor cantidad de autoanticuerpos nocivos, las células B necesitan la ayuda de las T y estas funciones de las células T y B normalmente son atenuadas por diversos mecanismos.

5.3.2 Patología. En el LES, la biopsia de la piel enferma revela depósitos de Inmunoglobulinas (Ig) en la unión dermo-epidérmica (dermal-epidermaljunction, DEJ), lesión de los queratinocitos basales e inflamación con predominio de linfocitos T en la unión dermo-epidérmica, alrededor de los vasos y de los apéndices dérmicos. La piel sana a la inspección macroscópica también presenta depósitos de Ig en la unión dermo-epidérmica. En las biopsias renales, el patrón de la lesión es importante para el diagnóstico y para seleccionar el tratamiento ideal¹⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a la nefritis por lupus en grados I (sin cambios histológicos), II (cambios proliferativos confinados al mesangio), III (cambios proliferativos en los penachos de 10 a 50% de los glomérulos; cuanto mayor es la proporción de glomérulos dañados, tanto peor es el pronóstico), IV (glomerulonefritis proliferativa difusa

¹⁴ HANNAHS, B. Op cit p 2079

[diffuseproliferativeglomerulonephritis, DPGN] en más de 50% de los glomérulos], V (cambios básicamente membranosos con diversos grados de proliferación) y VI (fase terminal, glomérulos fibrosados). Además, los patólogos notifican la magnitud de los cambios inflamatorios (potencialmente reversibles) y crónicos (fibrosis irreversible en los glomérulos, túbulos renales y vasos sanguíneos). En general, no se recomienda administrar tratamiento a los pacientes con nefritis de grado I o II ni con cambios irreversibles extensos. Por lo contrario, en los pacientes con lesiones proliferativas de grados III, IV o V se recomienda administrar un esquema enérgico a base de inmunosupresores, puesto que la mayoría de estos pacientes desarrolla nefropatía terminal (end-stage renal disease, ESRD) en un lapso de dos años si no recibe tratamiento¹⁵.

En los niños, el diagnóstico de LES se establece con la biopsia renal sin necesidad de contar con otros criterios. Las anomalías histológicas de los vasos sanguíneos no son específicas de LES; la más común es la vasculitis leucocitoclástica. Las biopsias de ganglios linfáticos presentan inflamación crónica difusa inespecífica¹⁶.

5.4 CUADRO CLINICO

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es una enfermedad de naturaleza muy variada, en la que cualquier órgano puede estar comprometido en un grado de intensidad variable. En consecuencia, ante una enfermedad multisistémica, es importante tener un alto grado de sospecha y realizar un examen clínico exhaustivo y un apropiado estudio de laboratorios que orienten al diagnóstico.

Al principio él LES suele dañar uno o varios órganos o sistemas, pero con el tiempo aparecen más manifestaciones. Para cuando aparecen las manifestaciones clínicas, ya existe la mayor parte de los autoanticuerpos característicos de cada persona. El lupus eritematoso generalizado puede ser desde muy leve hasta muy grave y fulminante. La mayoría de los pacientes experimenta exacerbaciones que se alternan con períodos de remisión relativa; no obstante, es raro que remita completa y permanentemente (falta de síntomas sin

¹⁵ RAHMAN, Anisur yISENBERG, David. Systemic Lupus Erythematosus. The New England Journal of Medicine. Febrero, 2008. Vol. 358, No. 9, p. 929 - 39.

¹⁶ HANNAHS, B. Op cit p 2079

tratamiento). La mayor parte del tiempo manifiesta síntomas generalizados como fatiga, mialgias y artralgias. En algunos casos se trata de una enfermedad diseminada grave que requiere la administración de glucocorticoides y que se acompaña de fiebre, postración, pérdida de peso y anemia, además de otras manifestaciones específicas de los órganos afectados.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	Porcentaje
Diseminadas	95
fatiga, malestar general, fiebre, anorexia, pérdida de peso	
Musculo esqueléticas	95
Artralgias y mialgias	95
Poliartritis no erosiva	60
Deformidades de las manos	10
Miopatía y miositis	25/5
Necrosis isquémica de hueso	15
Cutáneas	80
Fotosensibilidad	70
Eritema malar	50
Úlceras orales	40
Alopecia	40
Eritema discoide	20
Eritema por vasculitis	20
Otras (p. ej., urticaria, lupus cutáneo subagudo)	15
Hematológicas	85
Anemia (de enfermedades crónicas)	70
Leucopenia (<4 000/ L)	65
Linfopenia (<1 500/ L)	50
Trombocitopenia (<100 000/ L)	15
Linfadenopatía	15
Esplenomegalia	15
Anemia hemolítica	10
Neurológicas	60
Trastornos cognoscitivos	50
Alteraciones emocionales	40
Cefalalgia	25
Convulsiones	20
Mono y polineuropatía	15
Apoplejía, isquemia transitoria	10
Confusión aguda o trastornos del movimiento	2-5

Meningitis aséptica, mielopatía	<1
Cardiopulmonares	60
Pleuritis, pericarditis, derrames	30-50
Miocarditis, endocarditis	10
Neumonitis por lupus	10
Arteriopatía coronaria	10
Fibrosis intersticial	5
Hipertensión pulmonar, ARDS, hemorragia	<5
Renales	30-50
Proteinuria >500 mg/24 h, cilindros celulares	30-50
Síndrome nefrótico	25
Nefropatía terminal	5-10
Digestivas	40
Inespecíficas (náusea, dolor leve, diarrea)	30
Enzimas hepáticas anormales	40
Vasculitis	5
Trombosis	15
Venosa	10
Arterial	5
Oculares	15
Síndrome de Sjögren	15
Conjuntivitis, epiescleritis	10
Vasculitis	5

Fuente: Harrison Principios de Medicina Interna (Vol. II). McGraw-Hill.

5.4.1 Manifestaciones generales. La fiebre puede ser ocasionada por actividad de la enfermedad o secundaria a procesos infecciosos. En varias series grandes se presentó en 41% a 86% de los casos. Puede ser la primera manifestación de la enfermedad y, en general, no tiene una curva característica. Puede haber febrícula, fiebre alta intermitente, remitente y ondulante y a veces, es muy difícil determinar si es debida a actividad lúpica o a complicaciones infecciosas. El malestar general, la fatiga y el decaimiento son síntomas precoces y acompañan a otras manifestaciones, especialmente durante los periodos de actividad de la enfermedad; la anorexia y la pérdida de peso están presentes en el 31% a 71% de los pacientes. Esta última es de comienzo gradual e insidioso y, en general, es menor del 10% del peso total del paciente.

5.4.2 Manifestaciones cutáneas. La nomenclatura y sistema de clasificación de las manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso sistémico fueron diseñados por J.N. Gilliam que las divide en dos grandes grupos: las lesiones que muestran cambios histológicos característicos del lupus (enfermedad de la piel específica del lupus) y las que muestran unos cambios histológicos que no son

exclusivamente específicos del lupus sino que pueden estar asociados a otras enfermedades. Por su parte, la enfermedad de la piel específica del lupus, se divide en lupus cutáneo eritematoso agudo, lupus cutáneo eritematoso subagudo y lupus cutáneo eritematoso crónico. Según los informes de las grandes series, las manifestaciones muco-cutáneas ocurren en 55% a 85% de los casos, de las cuales solo las manifestaciones cutáneas se presentan en 70% a 90% de los pacientes y, en la cuarta parte de los casos, son la manifestación inicial de la enfermedad.

Es importante distinguir entre los subtipos de la enfermedad de la piel específica del lupus debido a que el grado de afectación de la piel es un reflejo de la actividad de la enfermedad sistémica.

Las manifestaciones dermatológicas del lupus sistémico eritematoso son muy numerosas siendo posible diferenciar las asociadas a los tres tipos antes señalados: lupus cutáneo eritematoso agudo, lupus cutáneo eritematoso subagudo y lupus cutáneo eritematoso crónico

La dermatitis por lupus también se clasifica en lupus eritematoso discoide (discoid lupus erythematosus, DLE) el cual se presenta del 2% al 10 % de los casos; eritema generalizado, lupus eritematoso cutáneo subagudo (subacute cutaneous lupus erythematosus, SCLE) y "otros". Las lesiones discoideas son circulares, con bordes eritematosos, hiperpigmentados, escamosos y ligeramente elevados con centros atróficos y despigmentados donde existe destrucción permanente de los apéndice dérmicos. Las lesiones llegan a causar desfiguración, en particular en la cara y el cuero cabelludo (Alopecia). El tratamiento consiste en la aplicación local de glucocorticoides y la administración generalizada de antipalúdicos. Sólo 5% de las personas con lupus discoide padecen lupus eritematoso generalizado (si bien 50% tienen ANA positivos); no obstante, hasta 20% de los individuos con SLE presenta DLE. El eritema más común del SLE es un exantema fotosensible ligeramente elevado, en ocasiones escamoso, en la cara (principalmente en las mejillas y la nariz, el eritema en mariposa), pabellones auriculares, mentón, región en V del cuello, tercio superior de la espalda y superficies extensoras de los brazos (Eritema malar 30% a 70%; Eritema generalizado 10% a 30%; y fotosensibilidad 60% a 90% de los casos). Las exacerbaciones de la enfermedad suelen acompañarse de recrudescimiento del eritema. El lupus eritematoso cutáneo subagudo (5% a 10% de los casos) consta de placas escamosas y rojizas similares a las de la psoriasis o crisis de lesiones circulares, con bordes rojos. Los pacientes con estas manifestaciones son muy fotosensibles; la mayoría poseen anticuerpos contra Ro (SS-A). Los demás eritemas son menos comunes en el SLE, como la urticaria recurrente, una dermatitis similar al liquen plano, bulas y paniculitis ("lupus profundo"). Los eritemas del SLE pueden ser desde tenues hasta pronunciados y en ocasiones constituyen una de las principales manifestaciones de la enfermedad. Con frecuencia se observan pequeñas úlceras

dolorosas en la mucosa bucal (26% a 50% de los casos), que simulan úlceras aftosas e indican gran actividad generalizada de la enfermedad.

El fenómeno de Raynaud ocurre en aproximadamente el 30% de los pacientes, y las vasculitis en el 20% a 70% de los casos, variando desde urticaria hasta grandes úlceras, e incluyendo las lesiones purpúricas; y su caracterización morfológica depende necesariamente de la intensidad del proceso inflamatorio en los vasos sanguíneos.

5.4.3 Manifestaciones Musculoesqueléticas. La mayoría de los individuos con SLE padece Poliartrosis intermitente, leve o discapacitante, caracterizada por edema de los tejidos blandos e hipersensibilidad articular, casi siempre de las manos, muñecas y rodillas. La presencia de sinovitis visible sugiere que la enfermedad es diseminada y activa. Sólo 10% de los pacientes manifiesta deformidades articulares (manos y pies).

Es raro observar erosiones en las radiografías y su presencia sugiere una artropatía inflamatoria distinta del lupus como artritis reumatoide. Si el dolor persiste en una sola articulación como la rodilla, el hombro o la cadera, se debe considerar la posibilidad de una necrosis ósea isquémica, en especial si no conlleva otras manifestaciones de SLE activo. La prevalencia de necrosis isquémica de hueso es mayor en el lupus eritematoso generalizado, principalmente en los pacientes que reciben glucocorticoides por vía diseminada. Algunas veces aparece miositis con debilidad muscular clínica, elevación de la cinasa de creatinina y datos de necrosis e inflamación muscular en la biopsia, pero en la mayor parte de los casos únicamente existen mialgias sin miositis franca. Los glucocorticoides y, en raras ocasiones, los antipalúdicos provocan debilidad muscular; estos efectos adversos deben distinguirse de la enfermedad activa.

5.4.4 Manifestaciones renales. El compromiso renal se presenta en 30% a 65% de todos los casos. La nefritis suele ser la manifestación más grave del lupus, puesto que ésta y las infecciones constituyen las principales causas de mortalidad durante los primeros diez años de evolución. La nefritis es asintomática en casi todos los pacientes con lupus, de manera que es importante realizar un examen general de orina en todo paciente con sospecha de esta enfermedad. La clasificación de la nefritis por lupus es básicamente histológica¹⁷. La biopsia renal es útil para planear el tratamiento actual y futuro. Los pacientes con un daño glomerular proliferativo y peligroso casi siempre presentan hematuria y proteinuria (>500 mg/24 h); casi 50% desarrollan síndrome nefrótico y la mayoría padecen hipertensión. Si la glomerulonefritis proliferativa difusa no se corrige, casi todos los

17 ALARCON Donato y MOLINA, Javier. Manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico. Tratado Hispanoamericano de Reumatología. Bogotá-Colombia. Alarcón-Segovia D, Molina J editores. 2006. p. 777 - 792

pacientes desarrollan nefropatía terminal en un lapso de dos años. Por tanto, está indicado administrar un tratamiento enérgico con inmunosupresores (casi siempre glucocorticoides y algún citotóxico), a menos que el daño sea irreversible. La tendencia a padecer nefropatía terminal es mayor entre los estadounidenses de ascendencia africana que entre los caucásicos, incluso con los tratamientos más modernos. En Estados Unidos, aproximadamente 20% de los individuos con glomerulonefritis proliferativa mueren o desarrolla nefropatía terminal dentro de los primeros 10 años que siguen al diagnóstico. Estos pacientes requieren tratamiento enérgico del lupus y de las complicaciones renales y terapéuticas.

Unos cuantos pacientes con SLE y proteinuria (por lo general nefrótica) presentan cambios glomerulares membranosos sin proliferación en la biopsia renal. Su pronóstico es mejor que el de los individuos con glomerulonefritis proliferativa, pero es menos probable que la proteinuria mejore si recibe el tratamiento inmunosupresor necesario para la nefritis por lupus. La nefritis por lupus tiende a prolongarse, con exacerbaciones que requieren tratamiento, durante varios años. Para la mayoría de los pacientes con nefritis por lupus, la aterosclerosis acelerada no adquiere importancia hasta varios años después; es importante regular la presión arterial y la hiperlipidemia.

5.4.5 Manifestaciones del sistema nervioso central. El lupus eritematoso generalizado conlleva varias manifestaciones del sistema nervioso central (SNC) y periférico; en algunos casos incluso constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad. En primer lugar, se debe aclarar si los síntomas son consecuencia del SLE o de otra enfermedad (como una infección en un individuo inmunodeprimido). Si los síntomas son causados por SLE, se debe definir si el origen es un proceso difuso o una vasculopatía obstructiva. La manifestación más frecuente del lupus difuso del SNC es la disfunción cognoscitiva, en particular problemas de la memoria y el razonamiento. También son frecuentes las cefalalgias; cuando son muy intensas indican una exacerbación de lupus y cuando son leves son difíciles de distinguir de la migraña y la cefalea tensional. El lupus puede suscitar convulsiones de cualquier tipo; su tratamiento casi siempre consta de un anticonvulsivo y un inmunosupresor. Algunas veces la manifestación dominante del SLE es una psicosis; es importante distinguirla de la psicosis por glucocorticoides. Esta última casi siempre aparece durante la primera semana del tratamiento con estos fármacos, utilizando 40 mg, o más, de prednisona o su equivalente, y desaparece varios días después de reducir o suspender los glucocorticoides. No es raro observar mielopatía, que suele ser incapacitante; se recomienda administrar dosis altas de glucocorticoides dentro de las primeras horas o días de iniciados los síntomas.

En 1999, el American College of Rheumatology (ACR) por medio de un comité de expertos propuso una serie de definiciones de las diferentes manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus. Entre las manifestaciones neurológicas centrales

destacan la enfermedad cerebrovascular (isquémica o hemorrágica), el síndrome desmielinizante, la cefalea (migraña), crisis comicial y epilepsia, maculopatía, trastornos del movimiento (corea), meningitis aséptica y estado confusional agudo. No es frecuente la afectación del sistema nervioso periférico (SNP), en forma de polineuropatía, síndrome de Guillain-Barre o disfunción autonómica de origen periférico. Desde el punto de vista psiquiátrico, se definen tres posibilidades: trastornos de ansiedad (20%), del estado de ánimo (50%) y psicosis (5%), si bien es difícil distinguir si estas manifestaciones son una presentación específica del lupus o solo una reacción psicológica al hecho de tener una enfermedad crónica

5.4.6 Manifestaciones hematológicas. La manifestación hematológica más frecuente del SLE es la anemia, por lo general de tipo normocítico-normocrómico, lo que refleja la presencia de una enfermedad crónica. En algunos casos la hemólisis comienza pronto y es muy intensa, por lo que debe administrarse una dosis alta de glucocorticoides, casi siempre con resultado positivo. También es común observar leucopenia, que suele consistir en linfopenia, no en granulocitopenia; rara vez predispone a padecer infecciones ni necesita tratamiento. No obstante, la trombocitopenia puede ser un problema recurrente. Si la cuenta plaquetaria es mayor de 40000 y no hay hemorragia anormal no es necesario administrar tratamiento alguno. Sin embargo, para los primeros episodios de trombocitopenia o en los casos graves se administran dosis altas de glucocorticoides (p. ej., 1 mg/kg/día de prednisona o su equivalente). La anemia hemolítica o la trombocitopenia prolongada, recurrente o que requiere una dosis excesiva de glucocorticoides debe tratarse por medio de otra estrategia.

5.4.7 Manifestaciones pulmonares. La manifestación pulmonar más común de SLE es la pleuritis, con y sin derrame pleural. Esta manifestación, cuando es leve, responde al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (nonsteroidal antiinflammatory drugs, NSAID); en los casos más graves es necesario administrar un esquema breve a base de glucocorticoides. Otro dato de lupus activo son infiltrados pulmonares, que son difíciles de distinguir de una infección en los estudios imagenológicos. Las manifestaciones pulmonares más peligrosas son la inflamación intersticial que origina fibrosis y la hemorragia intraalveolar; probablemente ambas requieran tratamiento enérgico, tanto inmunosupresor como de sostén, poco después de su inicio.

5.4.8 Manifestaciones cardíacas. La manifestación cardíaca más frecuente es la pericarditis; casi siempre responde al tratamiento con antiinflamatorios y rara vez origina taponamiento. Los problemas cardíacos más graves son la miocarditis y endocarditis fibrinosa de Libman-Sachs. El trastorno endocárdico origina insuficiencia valvular, casi siempre mitral o aórtica, o bien incidentes embólicos. No se ha comprobado que los glucocorticoides u otros inmunosupresores mejoren

la miocarditis o endocarditis por lupus, pero normalmente se administra un esquema a base de dosis altas de esteroides, combinado con el tratamiento correspondiente de la insuficiencia cardíaca, arritmias o incidentes embólicos. Como se explicó antes, los pacientes con SLE tienen mayor riesgo de padecer infartos de miocardio, casi siempre por una aterosclerosis acelerada.

5.4.9 Manifestaciones digestivas. Algunas exacerbaciones del SLE se manifiestan por náusea, a veces acompañada de vómito y dolor abdominal difuso por peritonitis autoinmunitaria. Mientras el lupus se encuentra activo a menudo se elevan la aminotransferasa de aspartato (AST) y la aminotransferasa de alanina (ALT) séricas. Estas manifestaciones mejoran de inmediato al administrar glucocorticoides por vía generalizada. La vasculitis intestinal puede ser muy peligrosa; algunas de sus complicaciones son perforaciones, isquemia, hemorragia y sepsis. Su tratamiento consiste en administrar un esquema inmunosupresor enérgico a base de glucocorticoides en dosis altas; si recurre es necesario buscar otros tipos de terapéutica.

5.4.10 Obstrucción vascular. En los pacientes con SLE aumenta la prevalencia de crisis de isquemia transitoria, apoplejía e infarto del miocardio. Estos incidentes vasculares son más abundantes, pero no exclusivos, en los pacientes con lupus y anticuerpos contra fosfolípidos (antibodiostophospholipids, aPL). La isquemia cerebral es causada por obstrucción focal (ya sea inflamatoria o por vasculitis) o por embolias provenientes de una placa en la carótida o de vegetaciones fibrinosas en la endocarditis de Libman-Sachs. En estos pacientes se realizan estudios especiales para medir los aPL y para buscar el origen de las embolias con el fin de valorar la necesidad, intensidad y duración del tratamiento con antiinflamatorios o anticoagulantes. En el SLE, los infartos del miocardio suelen ser manifestaciones de una aterosclerosis acelerada. El riesgo de padecer incidentes vasculares es casi 50 veces mayor en las mujeres con SLE menores de 45 años de edad que en las mujeres sanas. Algunas características vinculadas con el riesgo de padecer aterosclerosis son la edad avanzada, la hipertensión, la dislipidemia, los aPL, la calificación alta en cuanto a actividad de la enfermedad y las dosis altas acumuladas de glucocorticoides. Cuando aumenta la probabilidad de que el paciente padezca un incidente suscitado por la coagulación el tratamiento preferente consiste en administrar anticoagulantes durante un tiempo prolongado.

Existen dos trastornos que pueden ocurrir simultáneamente (vasculitis y obstrucción vascular aséptica), en los que conviene administrar anticoagulantes e inmunosupresores.

5.4.11 Manifestaciones oculares. El SLE se acompaña frecuentemente de síndrome de Sjögren y conjuntivitis inespecífica, pero estas raras veces ponen en

peligro la vista. Por lo contrario, la vasculitis retiniana y la neuritis óptica son manifestaciones graves: pueden provocar ceguera en un lapso de días a semanas. Se recomienda administrar un tratamiento enérgico a base de inmunosupresores, si bien no existen estudios clínicos comparativos que demuestren su eficacia. Dos complicaciones del tratamiento con glucocorticoides son las cataratas (frecuente) y el glaucoma¹⁸.

5.4.12 Manifestaciones inmunológicas. El complemento sérico disminuido (C3 o C4) es una medida sensible de actividad clínica que, en ausencia de Artritis Reumatoide grave, nefritis de otra etiología o en enfermedad hepática, es un hallazgo sugestivo de LES. Los valores no medibles de CH50 deben hacer sospechar la existencia de un déficit de alguno de los componentes del complemento. La determinación de los productos de degradación (C3a, C3d, C5a) tiene una buena correlación con la actividad clínica, en su defecto los niveles séricos disminuidos de C3 o C4 son las variables más utilizadas, debido a su inmediatez y exactitud en cuanto a diagnóstico o latencia clínica de la enfermedad se refiere

Tabla 2. Manifestaciones inmunológicas

Anticuerpo	%	Antígeno reconocido	Unidad clínica
Anticuerpo antinucleares	98	Nucleares múltiples	Mejor estudio de detección; los resultados negativos reducen la probabilidad de LES
Anti-DNAds	70	DNA (doble hélice)	La concentración alta es específica de SLE y en algunos pacientes se correlaciona con la actividad de la enfermedad, la nefritis y la vasculitis
Anti-Sm	25	Proteína formando un complejo con 6 especies de U1 RNA nuclear	Específica para LES; no tiene una correlación clínica definida; la mayoría de los pacientes posee también antiRNP; más común en estadounidenses de ascendencia africana y asiáticos que en caucásicos
Anti-RNP	40	Proteína formando un complejo con el U1 RNAY	No es específico de SLE; su concentración alta se correlaciona con ciertos síndromes que tienen características similares a las de los síndromes reumáticos, incluyendo el LES; más frecuente en estadounidenses de ascendencia africana que en caucásicos

¹⁸ ALARCON, Donato, MOLINA Javier. Op cit p 786

Anti-Ro (SS-AS)	30	Proteína formando un complejo con el hY RNA, principalmente de 60 y 52 kDa	No es específico para LES; correlación con síndrome de Sjögren, lupus cutáneo subagudo y lupus neonatal con bloqueo cardíaco congénito; menor riesgo de padecer nefritis
Anti-LA (SS-B)	10	Proteína de 47 kDa formando un complejo con hY RNA	Casi siempre conlleva anti-Ro; menor riesgo de padecer nefritis
Antifosfolípidos	50	Fosfolípidos, cofactor de β 2 glucoproteína1, protrombina	Existen tres pruebas: dos tipos de ELISA para cardiolipina y B2G1, tiempo sensible de protrombina (DRVVT); predispone la hipercoagulación, abortos, trombocitopenia

Fuente: Harrison Principios de Medicina Interna (Vol. II). McGraw-Hill.

5.4.13 Otras manifestaciones. La elevación de la velocidad de sedimentación es frecuente en las fases de actividad y en el curso de complicaciones infecciosas. En cambio, la proteína C reactiva aumenta solo ligeramente en las reagudizaciones de la enfermedad, mientras que, en los casos de infección sobreañadida, sufre un aumento significativo. Otros hallazgos frecuentes son anemia, leucopenia, linfopenia, hipergammaglobulinemia y elevación de la b-2-microglobulina.

Todos los tipos de citopenias, son muy habituales durante los brotes de agudización, pero pueden observarse también con gran frecuencia en la mayoría de los pacientes sin que presenten otros datos de actividad clínica, por lo que se comportan como elementos de mayor sensibilidad que especificidad para el diagnóstico de la actividad de la enfermedad¹⁹.

5.5 DIAGNOSTICO

El diagnóstico de LES se basa en los datos del cuadro clínico característico y de laboratorio. Los criterios del ACR tienen una sensibilidad de 96% y especificidad de 96%. Algunos médicos hacen el diagnóstico según los criterios de clasificación ACR (véase más abajo). Los criterios, sin embargo, se establecieron principalmente para usarse en la investigación científica (es decir, inclusión en una prueba aleatoria controlada), y los pacientes pueden tener lupus a pesar de no reunir los criterios exigidos y, por otra parte, la capacidad discriminante de estos criterios frente al síndrome antifosfolípido primario es muy baja; igualmente, algunos pacientes con SIDA pueden reunir cuatro criterios de LES.

¹⁹ HANNAHS, B. Op cit p 2080

La elevación del anticuerpo antinuclear (ANA) a títulos de 1:40 o mayor es el criterio diagnóstico más sensible. Más del 99% de pacientes con lupus tienen una elevación de ANA. Aunque una proporción significativa de pacientes puede tener ANA negativos al inicio de la enfermedad. En ausencia de LES, la razón más común para ANA positivos es la presencia de otra enfermedad del tejido conectivo, que incluyen síndrome de Sjögren (68%), escleroderma (40 a 75%), Artritis reumatoide (25 a 50%), y la Artritis Reumatoide juvenil (16 %). Una prueba de ANA también puede ser positiva en pacientes con fibromialgia. En los pacientes con otra enfermedad que él LES, los títulos de ANA usualmente son bajos y el patrón de inmunofluorescencia es diferente.

La tasa de ANA positivo es afectada por la prevalencia de LES en la población. Específicamente, los valores de falsos positivos podrían ser grandes en poblaciones con una baja prevalencia de la enfermedad. Debido a los altos valores de falsos positivos de 1:40 diluciones, los títulos de ANA deberían ser obtenidos solo en pacientes con los criterios clínicos específicos. Cuando los títulos de ANA sean medidos ambos niveles deberían ser reportados 1:40 y 1:160 diluciones junto con la información del porcentaje positivos con cada dilución²⁰.

5.6 CLASIFICACIÓN

El Colegio Americano de Reumatología estableció once criterios en 1982, que se revisaron en 1997, como instrumento de clasificación para poner en funcionamiento la definición de LES en las pruebas clínicas. No tenían la intención de ser usados para diagnosticar pacientes individuales y no hicieron bien en este trabajo. Un paciente debe presentar cuatro de los once síntomas, ya sea simultáneamente o en serie, durante un determinado periodo de observación, para ser clasificados como LES, para las propuestas de inclusión en pruebas clínicas²¹. En un estudio que incluyó pacientes con Enfermedad del tejido conectivo como grupo control, se encontró una sensibilidad para los criterios de la ACR de 96% y una especificidad de 96%. Otros estudios han reportado tasas de sensibilidad de 78 a 96% y especificidad de 89 a 100%²².

²⁰ GILL, James, *et al.* Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus. American Academy of Family Physicians. Diciembre, 2003. Vol. 68, No. 11. p. 2179-2186.

²¹ ALARCON, Donato, MOLINA Javier. Op cit p 789

²² GILL, James, *et al.* Op cit. p. 2182

Tabla 3 Criterios diagnósticos para Lupus Eritematoso Sistémico

Criterios Diagnostico Para Lupus Eritematoso Sistémico	
Eritema malar	Eritema fijo sobre la región malar, que tiende a respetar los pliegues nasolabiales
Eritema discoide	Erupción eritematosa en parches con queratosis y oclusión folicular
Fotosensibilidad	Erupción cutánea a causa de una reacción insólita a la luz solar, referida por el paciente u observada por el médico.
Ulceras orales	Ulceración nasofaríngea, por lo común indolora, observada por un médico
Artritis	Artritis no erosiva que afecta dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por dolor a la palpación, tumefacción o derrame
Serositis	Pleuritis o pericarditis documentada por electrocardiograma o frote o evidencia de derrame pericárdico.
Compromiso renal	Proteinuria persistente mayor a 0,5g/día o 3+ o cilindros celulares.
Compromiso neurológico	Convulsiones o psicosis en ausencia de otra causa conocida.
Compromiso hematológico	Anemia hemolítica o leucopenia (< 4.000/mm ³) o linfopenia: (< 1.500/mm ³) o trombocitopenia (< 100.000/mm ³) en ausencia de fármacos que produzcan esta alteración
Alteraciones inmunológicas	Anticuerpos Anti-DNA nativo, Anticuerpos anti-Sm, Anticuerpos anti-fosfolípidos demostrados por presencia de: Anticuerpos Anticardiolipina de los isotipos IgG o IgM, Anticoagulante Lúpico, Serología luética falsamente positiva
Anticuerpos antinucleares	Un título anormal de ANA por inmunofluorescencia o análisis equivalente en cualquier momento y en ausencia de medicamentos relacionados con el síndrome de lupus de origen farmacológico

Fuente: The 1997 Update of the 1982 American College of Rheumatology Revised Criteria for Classification of Systemic Lupus Erythematosus. Tomado De <http://www.rheumatology.org/publications/classification/SLE/1997UpdateOf1982RevisedCriteriaClassificationSLE.asp?aud=Mem>

5.7 TRATAMIENTO

El lupus es una enfermedad crónica que no tiene cura. Hay, sin embargo, algunos medicamentos, como los corticoesteroides y los inmunosupresores que pueden controlar la enfermedad y prevenir brotes. Los brotes se tratan normalmente con esteroides, con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad para contener el proceso de la enfermedad, reduciendo la necesidad de esteroides y

prevenir brotes. Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad actualmente en uso son los antimaláricos (p.e. hidroxicloroquina), la azatioprina y el micofenolato. La ciclofosfamida se usa para nefritis severa u otras complicaciones de órganos dañados. Los pacientes que requieren esteroides frecuentemente pueden desarrollar obesidad, diabetes y osteoporosis. De ahí que los esteroides sean evitados siempre que sea posible. Medidas tales como evitar los rayos solares (para prevenir problemas derivados de la fotosensibilidad) pueden también tener algún efecto. Otros inmunosupresores y trasplantes autólogos de células de la médula ósea están siendo investigados.

En aquellos casos en los que los anteriores tratamientos han fracasado, se recurre al Rituximab. Este medicamento que elimina los linfocitos B, aunque se utiliza principalmente frente a la leucemia, ha ganado mucho peso como al tratamiento del lupus refractario.

5.9 PRONÓSTICO

La supervivencia en los pacientes con LES es de 90 a 95% a dos años, de 82 a 90% a cinco años, de 71 a 80% a 10 años y de 63 a 75% a 20 años. El pronóstico es más sombrío (con una mortalidad cercana a 50% en 10 años) cuando la concentración de creatinina sérica (al momento del diagnóstico) es mayor de 1.4 mg/100 ml, hipertensión, síndrome nefrótico (excreción de proteínas en orina de 24 h mayor de 2.6 g), anemia (hemoglobina <12.4 g/100 ml), hipoalbuminemia, hipocomplementemia y aPL. Asimismo, el pronóstico es más sombrío entre los estadounidenses de ascendencia africana que entre los de raza blanca. En 10% de los riñones trasplantados aparece nefritis por lupus. Muchos pacientes con SLE se encuentran incapacitados por insuficiencia renal crónica, fatiga, artritis y dolor. Hasta 25% experimentan remisiones, a veces por algunos años, pero rara vez son permanentes. Las causas principales de muerte durante la primera década de la enfermedad son la actividad diseminada del LES, la insuficiencia renal y las infecciones; más tarde los incidentes tromboembólicos constituyen causas de muerte cada vez más comunes²³

²³ ALARCON, Donato, MOLINA Javier. Op cit p 798

6. HIPÓTESIS

- Los pacientes diagnosticados con LES en el servicio de urgencias del HHMP de Neiva tienden a ser pacientes procedentes del área urbana, de género femenino y entre las edades de 19 a 49 años.
- La exacerbación de LES con evidencia en la población diagnosticada en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, se evidencia con mayor frecuencia las manifestaciones clínicas constitucionales tales como (pérdida de peso, fatiga y malestar general), seguidas de las articulares (artralgias, etc.) y las muco-cutáneas (fotosensibilidad, úlceras orales, eritema malar y discoide y alopecia).
- La urticaria, convulsiones, esplenomegalia, hemorragia alveolar, endocarditis, arritmias cardíacas, trombosis venosa y los síntomas oculares como el síndrome de sjögren, conjuntivitis y vasculitis ocular son manifestaciones que se presentarán aisladamente y con menor frecuencia en el LES según la evidencia.
- Cuanto más avanzada este la enfermedad y con adherencia farmacológica paupérrima los hallazgos paraclínicos mas frecuentes seran la hipocomplementemia, anemia, la presencia de ANA positivos, siendo la hipocomplementemia de C4 significativamente más frecuente en las mujeres, anti-Ro, anti-La, aumento de VSG, aumento de PCR, linfopenia y otros.

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Subvariables	Indicador o categorización	Nivel de medición
Sociodemográficas	Serie numeral única que describe de característica personal un ciudadano	Número de identificación	1,2,3,4,5,6,7,8,9,0	Medidas de tendencia central
	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo	Edad	Años	Medidas de tendencia central, Posición y de dispersión
	Género del individuo	Género	Masculino, femenino	Nominal
	Se especifica el lugar de donde procede la persona	Procedencia	Rural, urbana	Nominal
	se nombra así al espacio y dependencia del sistema asistencial de un hospital que utiliza el paciente durante su estancia	Unidad funcional	Urgencias Observación	Medidas de tendencia central, Posición y de dispersión
	Código serial intrahospitalario que permite contabilizar los pacientes y caracterizar las historias al ingresar a la institución	Ocupación	Ama de casa Estudiante Oficios Varios No especifica	Medidas de tendencia central
Clínicas	Signos y Síntomas específicos que se encuentran concomitantemente en el momento del diagnóstico y durante la evolución de la enfermedad	Síntomas constitucionales: Fiebre Pérdida de peso Fatiga Malestar general	Si ó No	Nominal: frecuencia, porcentaje

		Leucopenia	Si	
		Linfopenia	ó	
		PTI	No	
		Trombocitopenia		
		Linfoadenopatía		
		Esplenomegalia		
		Serositis:	Si	
		Pericarditis	ó	
		Pleuritis	No	
		Pulmonares:		
		Neumonitis		
		Cardiovasculares:		
		Endocarditis		
		Miocarditis		
		Vasculitis:	Si	
		Eritema por vasculitis	ó	
		Fenómeno de Raynaud	No	
		Vasculitis Ocular		
		Gastrointestinales:		
		Inespecíficas (GI) Enzimas	Si	
		hepáticas	ó	
		De la Hemostasia: Trombosis	No	
		Venosa Trombosis Arterial		
		Oculares:	Si	
		Sd. Sjögren	ó	
		Epiescleritis	No	
		Conjuntivitis		

Paraclínicas	La procalcitonina es un reactante de fase aguda útil en la diferenciación de enfermedades infecciosas bacterianas graves, de procesos inflamatorios de otras etiologías, siendo el principal estímulo la presencia de endotoxinas en sangre, aunque también se describe su elevación leve en respuesta a infecciones virales, infección bacteriana localizada, neoplasias y padecimientos autoinmunes.	Procalcitonina	Positivo y Negativo según los niveles establecidos por el HUHMP Menor de 0.5 ng/mL Normal 0.5-2.0 ng/mL Elevación leve 2.0-5.0 ng/mL Elevación moderada Mayor de 5.0 ng/mL Niveles muy altos Mayor de 10.0 ng/mL Exclusivos de sepsis grave y choque séptico	Porcentaje
				Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
	La velocidad de sedimentación globular VSG es la precipitación de los eritrocitos (glóbulos rojos) en un tiempo determinado (1-2 horas), que se relaciona directamente con la tendencia de los glóbulos rojos hacia la formación de acúmulos (pilas de monedas) así como a la concentración plasmática de proteínas (globulinas y fibrinógeno).	VSG	Positivo y Negativo según los niveles establecidos por el HUHMP	Porcentaje
			R.Referencia, En niños (0-10mm/ H), Hasta los 50 años: hombres (0-15 mm/H), mujeres (0-20 mm/H); Mayores de 50 años: hombres (0-20 mm/H), mujeres (0-30 mm/H).	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.

	<p>La proteína C reactiva (PCR o CRP por sus siglas en inglés) es una proteína plasmática circulante, que aumenta sus niveles en respuesta a la inflamación (proteína de fase aguda).</p>	<p>PCR</p>	<p>Positivo y Negativo según los niveles establecidos por el HUHMP</p> <p>Alto riesgo: encima de 3,0 mg/L; Medio riesgo: entre 1,0 y 3,0 mg/L; Bajo riesgo: menor que 1,0 mg/L.</p>	<p>Porcentaje</p> <p>Medidas de tendencia central, posición y dispersión.</p>
	<p>La ferritina es una proteína dentro de las células que almacena hierro. Le permite a su cuerpo usar hierro cuando lo necesita. Un examen de ferritina mide indirectamente la cantidad de hierro en la sangre.</p>	<p>Ferritina</p>	<p>Positivo y Negativo según los niveles establecidos por el HUHMP</p> <p>Ferritina sérica es de 23 a 336 ng/mL en hombres y de 11 a 306 ng/mL en mujeres.</p>	<p>Porcentaje</p> <p>Medidas de tendencia central, posición y dispersión.</p>
	<p>El índice neutrófilo/linfocito (NLR), definido como el recuento absoluto de neutrófilos dividido por el recuento de linfocitos, es un marcador inflamatorio</p>		<p>Positivo y Negativo según los niveles establecidos por el HUHMP</p>	<p>Porcentaje</p>

	de valor pronóstico; su utilidad ha sido demostrado en pacientes críticos y algunas enfermedades neoplásicas	Índice de leucocitos/neutrófilos		Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
	Es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre. Este examen también determina la acidez (pH) de la sangre.	Gases arteriales	<ul style="list-style-type: none"> • (PaO₂): 75 - 100 mmHg • (PaCO₂): 38 - 42 mmHg • pH 7.38 - 7.42 • (SaO₂): 94 - 100% • (HCO₃): 22 - 28 mEq/L 	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
	producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que habitualmente produce el cuerpo, permite evaluar la función renal ya que ésta se excreta en orina		<ul style="list-style-type: none"> • Valores normales: las mujeres: entre 0.6 y 1.1 mg/dl. • hombres: entre 0.7 y 1.3 mg/dl 	Porcentaje
	Sistema de complemento sirve para evaluar la actividad de la enfermedad en algunas entidades como el LES	Niveles de c3 c4	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de C3: 88 a 201 mg/dL • Niveles de C4: 15 a 45 mg/dL 	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
	Numero de latidos cardiacos por minuto	Frecuencia cardiaca	Bradicardia: <60 Taquicardia: >100	Medidas de tendencia central, posición y

			FC: 60 – 100 lpm	dispersión.
La frecuencia respiratoria es el número de respiraciones que efectúa un ser vivo en un lapso específico (suele expresarse en respiraciones por minuto).	Frecuencia respiratoria		Bradipnea: <12 Taquipnea:>20 FR: 12-20 rpm	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
Es un examen de sangre que mide la cantidad de glóbulos blancos (GB) en la sangre.	Numero de leucocitos		Leucopenia: <4500 Leucocitosis: >11000 4,500 a 11,000 glóbulos blancos por microlitro (mcL).	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
Es una magnitud física que expresa el nivel de calor que ostenta un cuerpo determinado.	Temperatura		Hipotermia: <36°C Normal: 36-37.6°C Fiebre:37.7-38.2°C Fiebre:>38.3°C	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
volumen que ocupan los glóbulos rojos	Hematocrito		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mujer: 35 a 45%. En el caso de las mujeres embarazadas, el valor de referencia normalmente es entre 34 a 47%; ▪ Hombre: 40 a 50%; ▪ Niños a partir de 1 año: entre 37 y 44% 	Porcentaje
son inmunoglobulinas que reconocen componentes celulares autólogos (nucleares y citoplasmáticos)	ANAS		Menor que 1:40 o 1:80.	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
Estos autoanticuerpos atacan de manera errónea a las propias células del organismo, ocasionando daño			anti-dsDNA es un test negativo positivo	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.

	tisular y orgánico; van dirigidos específicamente contra el material genético (ADN) del núcleo celular. La prueba identifica precisamente la presencia de este tipo de autoanticuerpos en sangre.	Anti-DNA		
	Producto del metabolismo proteico hepático, son indicativos de función renal	BUN	6 a 20mg/dl	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
	Proteína de producción principalmente hepática	ALBUMINA	4,0 - 5,0 g/dL	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.
	La pCO ₂ es la presión parcial de dióxido de carbono (CO ₂) en la sangre arterial.	PCO2	• (PaCO ₂): 38 - 42 mmHg	Medidas de tendencia central, posición y dispersión.

8. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo porque es basado en la revisión de historias clínicas y no se realizará intervención con los pacientes de urgencias del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo.

UBICACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio se realiza en el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, el cual cuenta con 10 servicios, el servicio de nuestro interés es el de urgencias que cuenta con observación pediátrica, observación adultos y sala de procedimientos especiales. Los servicios son atendidos por un selecto equipo de especialistas, médicos hospitalarios, personal de enfermería, auxiliares y de trabajo social.

POBLACIÓN

La población de esta investigación la constituye las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico que asistieron al Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo por el servicio de urgencias y/o hospitalización, en el periodo comprendido entre el primero de julio de 2012 y el treinta y uno de diciembre del 2018.

En el presente estudio se identificaron 5290 historias clínicas con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, en el periodo comprendido entre el primero de julio de 2012 al treinta y uno diciembre de 2018. Teniendo en cuenta los códigos respectivos del CIE 9 y 10 que correspondían al M320, M321, M328 y M329. Esta información fue otorgada por el área de sistemas del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo previa autorización del Jefe de planeación.

MUESTRA

Se determinará a partir de muestra no aleatoria y de conveniencia con selección de los pacientes teniendo en cuenta que cumplan con el parámetro fundamental

de **ser atendidos inicialmente en urgencias** del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, además de ser mayores de edad (>años) con o sin diagnóstico previo de Lupus Eritematoso Sistémico.

MUESTREO

Este es un muestreo no probabilístico por conveniencia en donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las condiciones que permiten hacer el muestreo (acceso o disponibilidad, conveniencia, etc); son seleccionadas con mecanismos informales y no aseguran la total representación de la población.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con edad mayor o igual a 18 años.
- Pacientes que hayan consultado por atención inicial de urgencias o se encuentren en observación de la misma dependencia.
- Historias clínicas con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico entre el periodo 2012-2018. Que presentaran 4 o más de los criterios del American College of Rheumatology (ACR) para Lupus Eritematoso Sistémico en algún momento.
- Disponibilidad de información clínica y paraclínica requerida por los investigadores

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 18 años
- Historias clínicas con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico entre primero de enero el periodo 2012-2018 pero que no contaban con por lo menos 4 criterios de la ACR en algún momento de su evolución.
- Diagnostico dudoso o erróneo de Lupus Eritematoso Sistémico (Artritis Reumatoide, Escleroderma, Lupus Medicamentoso, Osteoartritis, etc.).
- Historias clínicas inexistentes en el área de archivo o sin una adecuada información clínica y paraclínica pertinente para el estudio.

TECNICA

Revisión sistemática de historias clínicas, obtenidas a partir de la plataforma Indigo Crystal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo dedicado a la elaboración, registro y confidencialidad de los documentos de sus pacientes,

esta recolección se hará con previo permiso del comité de Bioética de este, para la manipulación y recogida de datos de los pacientes.

PROCEDIMIENTOS

Para el cumplimiento de los objetivos planteados en este proyecto y con la finalidad de hacer una recogida de datos que sea adecuada, se iniciará con la petición de la aprobación del comité de bioética del HUHMP para acceder a las historias clínicas, al contar con la aprobación se pasará a solicitar al departamento de informática del mismo hospital para que nos provean de la base de datos de pacientes con diagnóstico de LES a través del CIE10 en el periodo comprendido entre 2012-2 a 2018-2, posterior a recibir estos datos se pasará a la depuración teniendo en cuenta la edad de los pacientes, y que hayan sido atendidos en urgencias, una vez depurada esta tabla se pasará a la obtención de historia por historia a través de la plataforma *indigo Crystal* y se finalizará con la recolección a través del formulario de los datos objetivos que se plantearon anteriormente para tabular de manera eficaz y hacer la descripción, que es la finalidad de esta investigación.

INSTRUMENTO

Los pacientes serán ingresados en un formulario de Google a modo de encuesta, en donde se encuentran los diferentes variables a estudiar. Esta herramienta nos proporciona un documento en Excel conteniendo la información organizada y graficada listas para su respectivo análisis.

Revisar en el siguiente link el formulario:

<https://docs.google.com/forms/d/1Jex5FmEvOva6mXDqHM5K3TOJvlfNycAkHJ3zNcv9U/edit>

TABULACION Y ANALISIS

Las variables numéricas se resumirán como medias con sus desviaciones estándar (\pm DE). Las variables categóricas serán resumidas como proporciones (%) o prevalencias (%).

Los datos serán digitados a una base de datos creada en Excel 2010® para Windows 7® con las variables definidas. Posteriormente los datos se procesaran empleando los formularios de Google®.

PRESUPUESTO

CONCEPTO	VALOR
Transportes	50.000
Tiempo de consulta en internet	28.000
Impresiones	38.450
Papelería	10.850
Llamadas telefónicas de coordinación	7.300
Imprevistos	5.650
Total	140.250

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO DE DURACIÓN											
	Mayo				Junio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase exploratoria												
Redacción del proyecto												
Validación												
Presentación del trabajo												

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

10.

Según la Resolución 8430/93, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; este estudio se clasifica sin riesgo debido a que como se establece en el artículo 11 de dicha resolución, hace parte de los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en la investigación. En cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

· **PRINCIPIOS ÉTICOS:** beneficencia y no maleficencia: debido a la naturaleza de nuestra investigación no someterá a la población objeto de estudio a intervención alguna, puesto que la recolección de la información se realizará mediante la revisión de bases de datos, preservando la integridad de los pacientes sin vulnerar los componentes bioéticos anteriormente mencionados. Es por esto, que ésta es una investigación SIN RIESGO ya que no tendremos contacto directo con los pacientes.

Además es necesario estipular la declaración universal sobre bioética y derechos humanos de octubre de 2005, que proclama que gracias a la libertad de la ciencia y la investigación, los adelantos científicos y tecnológicos han reportado, y pueden reportar, grandes beneficios a la especie humana, por ejemplo aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida, y destacando que esos adelantos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales". Habla respecto a la libertad que se debe tener para investigar, la cual debe ser realizada en el marco de los principios éticos que la misma declaración define, acordes con los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Debido al diseño de nuestra investigación (retrospectivo), la obtención de la información solo puede ser realizada de forma indirecta a través de la revisión las bases de datos (fuente secundaria), en donde los investigadores tomaremos cada una de las historias clínicas con sus respectivos reportes de laboratorio, los analizaremos y finalmente extraeremos solo la información requerida mencionada anteriormente. Por lo cual todos los participantes de esta investigación firmamos un acuerdo de confidencialidad en el que nos comprometemos a no divulgar ningún tipo de información relacionada con los pacientes ni con el profesional de salud que estuvo en contacto directo o indirecto con los pacientes, ni a usarla para otros fines diferentes al de esta investigación.

· Con esta investigación queremos generar un impacto positivo a la comunidad en general, a la comunidad científica y universitaria, al proporcionar información relevante a cerca del comportamiento de casos del lupus eritematoso sistémico (LES) en pacientes mayores de 18 años en el servicio de urgencias. Se espera que los resultados, conclusiones y recomendaciones sean de utilidad inicialmente al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva como referencia para ampliar el conocimiento de dicha patología debido a los escasos recursos literarios encontrado especialmente a nivel regional. A largo plazo contribuir al mejoramiento en la calidad y práctica de los servicios de salud.

· **COSTO-BENEFICIO:** beneficiar a la comunidad en general, a la comunidad científica y universitaria al proporcionar información importante sobre el comportamiento de los pacientes con LES que ingresan al servicio de urgencias y establecer los principales motivos de consulta, las complicaciones por las cuales llegan este tipo de pacientes como exacerbación de su enfermedad. El beneficio en la comunidad estudiantil será generar nuevo conocimiento en cuanto a la importancia de la clínica, las complicaciones y los métodos diagnósticos eficaces tanto para evitar errores diagnósticos, así como para no retardar el tratamiento; al igual que para la comunidad académica, científica y del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, se minimizarían las complicaciones al lograr un mejor conocimiento de las manifestaciones clínicas principales y los paraclínicos que guían al diagnóstico de litiasis. Esta investigación no genera ningún costo para el hospital, pues tomaremos solo las historias clínicas de los pacientes para obtener toda la información requerida.

ALCANCE: Se pretende publicar un artículo científico en una revista indexada con los resultados y conclusiones obtenidas, así como las recomendaciones pertinentes para que se beneficia la comunidad principalmente regional y nacional; se darán a conocer de forma global mediante la publicación del trabajo las características de esta patología, así como su manejo terapéutico y quirúrgico, evolución y complicaciones en los pacientes que son atendidos en el hospital Hernando Moncaleano Perdomo, principal centro de Salud del sur de Colombia siendo pionero en investigaciones relacionadas con esta enfermedad.

IMPACTO: Reducir la tasa de complicaciones asociadas a LES y orientar hacia una temprana identificación de la enfermedad para un adecuado y oportuno tratamiento, el Hospital Universitario se verá beneficiado en la reducción de costos ya que se establecerán métodos diagnósticos y terapéuticos eficaces reduciendo el uso de herramientas diagnósticas y terapéuticas que presentarán menor sensibilidad y /o especificidad y requerirán mayor necesidad de confirmación.

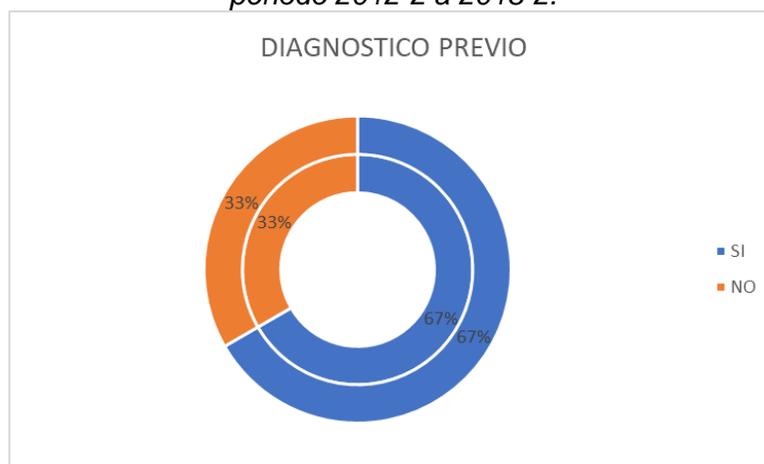
IMPORTANTE: Las normas dadas por CIOMS (The Medical council of the Medical Sciences International Organizations) para la realización de las investigaciones epidemiologías, presentan la alternativa de la exoneración del uso

del consentimiento informado en las investigaciones descriptivas retrospectivas en las que se trabajaran con registros médicos y no directamente con seres humanos, más aun cuando el gran número de registros médicos imposibilita ejercer esta acción durante la investigación.

11. RESULTADOS

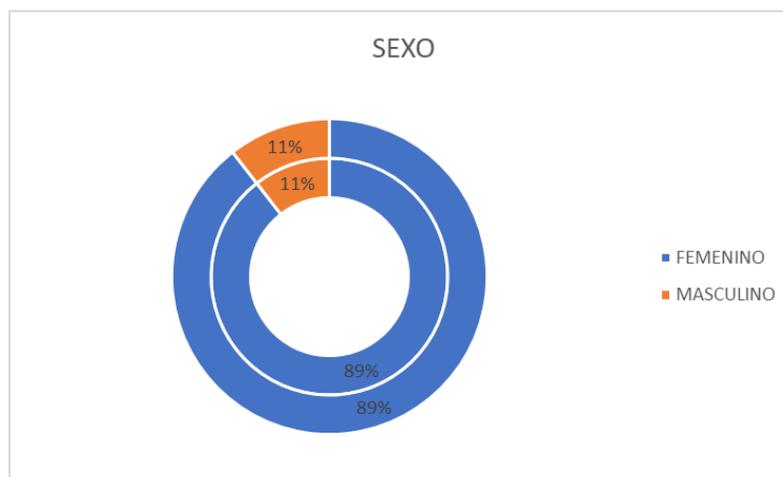
Se recolectó información de 57 pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso Sistémico, en donde el 67% llegaron a urgencias con diagnóstico previo y el otro 33% fue diagnosticado durante la hospitalización (Figura N°1).

Figura N°1 Pacientes con diagnóstico previo de Lupus Eritematoso Sistémico en consulta de Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2.



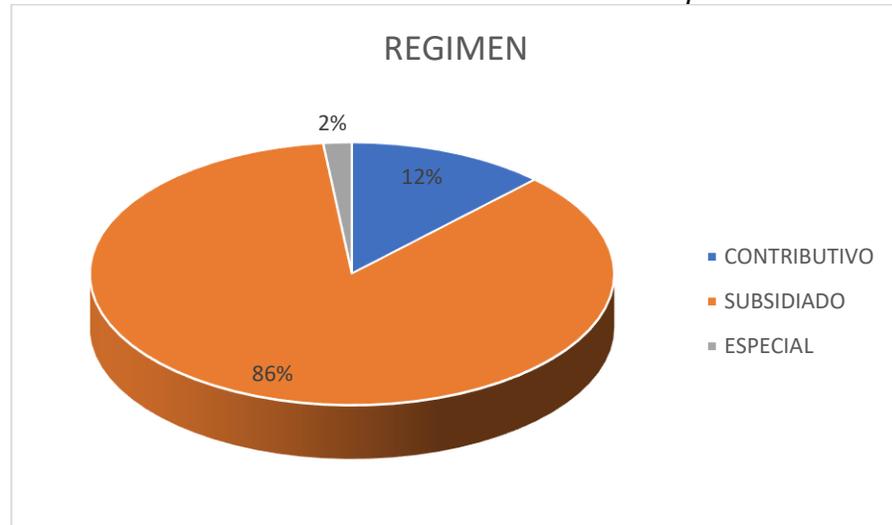
La mayoría de los pacientes fueron mujeres, con un 89%, comparado con un 11% correspondiente a los hombres (Figura N°2) Respecto a la edad de presentación promedio es de 33 años y el 50% de los pacientes se encuentra entre los 26 a los 44 años.

Figura N°2 Pacientes según el género que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2.



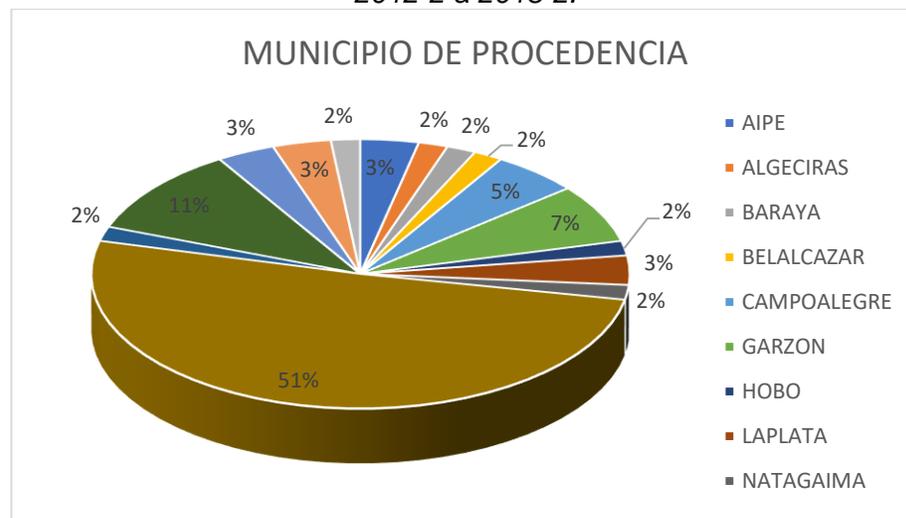
Respecto al estrato socioeconómico todos los pacientes se encuentran en estrato 1 y 2 y con relación al régimen de salud el 86% de los pacientes pertenecen a régimen subsidiado, un 12% al régimen contributivo y el 2 % restante a régimen especial (figura N°3).

Figura N°3 Pacientes según el régimen que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2.



En cuanto a la procedencia, el 50% corresponde a la ciudad de Neiva, un 48% a pueblos aledaños del departamento del Huila (en donde el municipio de Pitalito corresponde al 11%) y un 2% a Belalcázar Cauca (Figura N°4).

Figura N°4 Pacientes según el municipio de procedencia que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2.



PARACLINICOS

HEMOGLOBINA

- El promedio de hemoglobina fue de 10,66 y la desviación estándar de 2.88

HEMATOCRITO

- El promedio de hematocrito fue de 32.2 y su rango intercuartílico es de 27.7 a 37.9

VCM

- La media fue de 87.6 y su rango intercuartílico es de 83.4 a 89.9

HCM

- EL Promedio de hemoglobina corpuscular media es de 29.3 y su rango intercuartílico es de 27.6 a 31.1

RECUENTO DE LEUCOCITOS

- El promedio de recuento leucocitario fue de 8400 y su rango intercuartílico es de 5250 a 11550.

PLAQUETAS

- El promedio fue de 234371 y su desviación estándar es de 131200

LINFOCITOS

- El promedio de porcentaje de linfocitos fue de 16%
- su rango intercuartílico es de 9.9 a 25.3

NEUTROFILOS

- El promedio de neutrófilos fue de 72.35% y su rango intercuartílico es de 63.8 a 82.2

GLICEMIA

- El promedio de de glicemia fue de 98
- su rango intercuartílico es de 89 a 109

ALBUMINA

- El 78% de la población no presenta reporte de estos datos. El 22% restante tiene un promedio de albumina de 2.85 con su desviación estándar de 0,96

FERRITINA PLASMATICA

- El 90% de la muestra estudiada no presentan referenciados estos valores. Tan solo un 4% reporta resultados de los cuales el promedio de ferritina plasmática es de 350 con una desviación estándar de 494

CREATININA

- El promedio del valor de creatinina es de 0,8 y su rango intercuartílico es de 0,53 a 1,35 mg/dL
- El 32%, presento elevación de creatinina en un valor superior normal a 1.0mg/dL
- El 68% tuvieron la creatinina dentro de rangos de normalidad.

BUN

- El promedio del valor de BUN es de 15,3/100mg y su rango intercuartílico esta entre 10,5 y 26,1 mg/100ml

- El 23.68% de los pacientes estudiados el valor del BUN se presenta sobre 20mg/dl
- El 71.05% de los pacientes estudiados el valor se encuentra en rangos normales.

PCR

- El promedio del valor de PCR presentada en los pacientes es de 2 mg/l
- El 20 % de los niveles de PCR resultaron positivos
- El 72 % de los niveles de PCR resultaron Negativos
- El 8% de los pacientes no tenían documentados datos al respecto

PROCALCITONINA

- Se reportó solo el 17,5% de los pacientes los cuales tenían un promedio de procalcitonina de 0.13 con su desviación estándar de 0.02 a 2.1
- El 82,5% restante no tenían datos documentados al respecto en la historia clínica

NIVELES DE C3

- El promedio de los niveles de C3 es de 80.3 y su desviación estándar de 34.7
- El 32% presenta unos niveles de C3 en rangos aceptables
- El 68% presenta una disminución de C3, lo cual indicaría en gran proporción actividad de LES

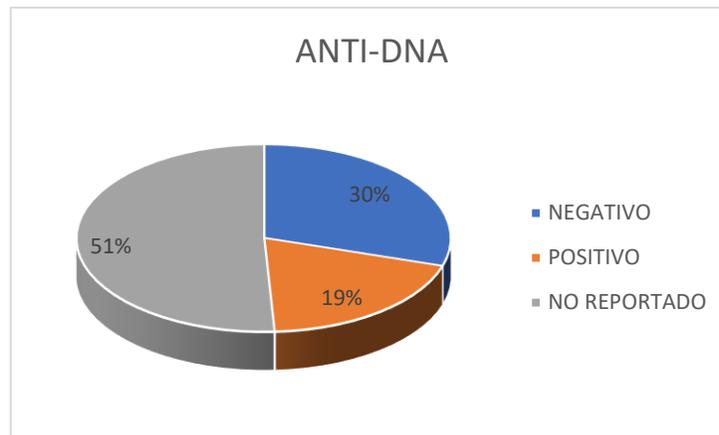
NIVELES DE C4

- El promedio de los niveles de C4 es de 12.80 y su rango intercuartílico es de 5,7 a 17,9
- El 44% presentan niveles de C4 en rangos normales
- El 56% presenta niveles de C4 presentan una disminución de estos.

ANTIDNA

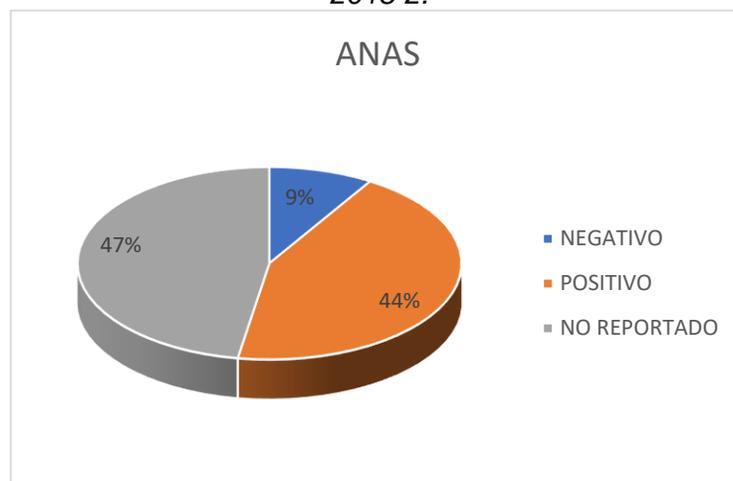
- El 50.8% de la población estudiada no presentaron ningún dato referente a esta variable
- El 49.2% que si reporto algún resultado, reportó positividad en 19,3% de los casos y negatividad en el 29,9% (Figura N°5).

- *Figura N°5 Pacientes con resultados de AntiDNA que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2*



ANAS

- El 47,4% de la población estudiada no presentaron ningún dato referente a esta variable
- El 52,6% que si reporto algún resultado, reportó positividad en 43,8% de los casos y negatividad en el 8,8% (Figura N°6).
- *Figura N°6. Pacientes con resultados de ANAS que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2.*



FRECUENCIA CARDIACA

- El promedio fue de 83 latidos por minuto, y su rango intercuartílico esta entre 75 a 98 lpm

FRECUENCIA RESPIRATORIA

- El promedio fue de 19 rpm y su desviación estándar de 2rpm

PRESION ARTERIAL SISTOLICA

- El promedio de presiones se mantuvo al ingreso en 115mmHg su rango intercuartílico esta entre 107 a 120 lpm

PRESION ARTERIAL DIASTOLICA

- El promedio de presiones se mantuvo al ingreso en 70mmHg su rango intercuartílico esta entre 60 a 80 mmhg

TEMPERATURA

- El promedio de temperatura fue de 36.5° y su rango intercuartílico esta entre 36.5°C a 36.8°C

-

TALLA

- El promedio de estatura fue de 159.7cm con una desviacion estandar de 7.8 cm

PESO

- El promedio de peso de los pacientes estudiados fue de 61.6 kg. con una desviacion estandar de 12.8 kg.

IMC

- El índice de masa corporal promedio en la población fue de 24 kg/m² con una desviacion estandar de 4.4 kg/m²

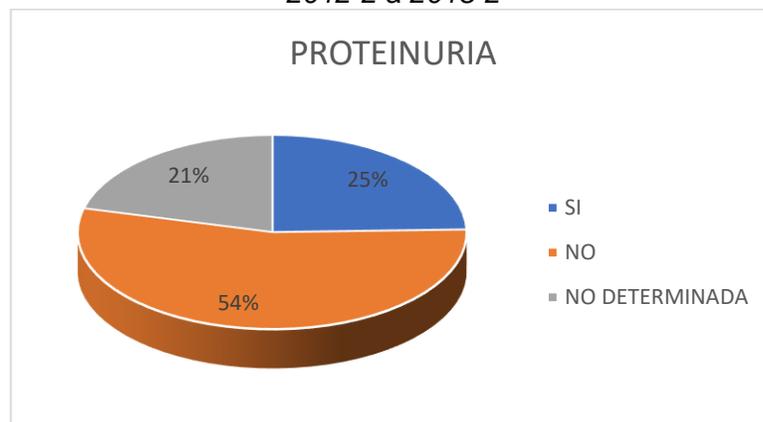
CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS

- Se reporto la información solo del 7% de los pacientes donde todos estaban en rangos normales

PROTEINURIA

- Se reportaron el 78% de los pacientes donde el 24.5% presentaba proteína en orina y el 54% no la presentaban.
- El 22% restante de pacientes no reportaron ningún dato correspondiente a esta variable (Figura N°7).

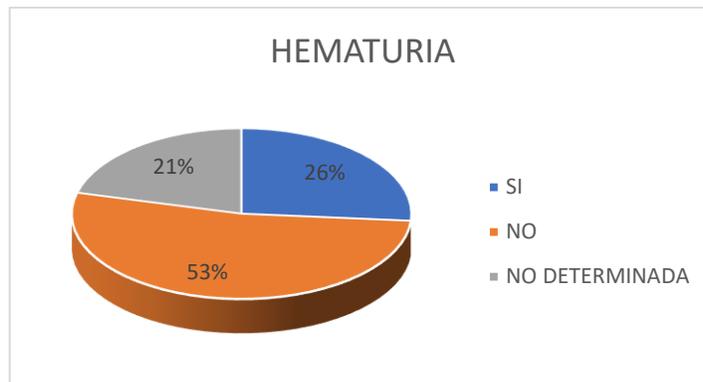
Figura N° 7. Pacientes con resultados de Proteinuria que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2



HEMATURIA

- Se reportaron el 79% de los pacientes donde el 26% presentaba proteína en orina y el 53% no la presentaban.
- El 21% restante de pacientes no reportaron ningún dato correspondiente a esta variable

Figura N° 8. Pacientes con resultados de Hematuria que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2



DENSIDAD DE LA ORINA

En los pacientes donde se reportó parcial de orina el 100% de los mismos estaba dentro de los rangos normales.

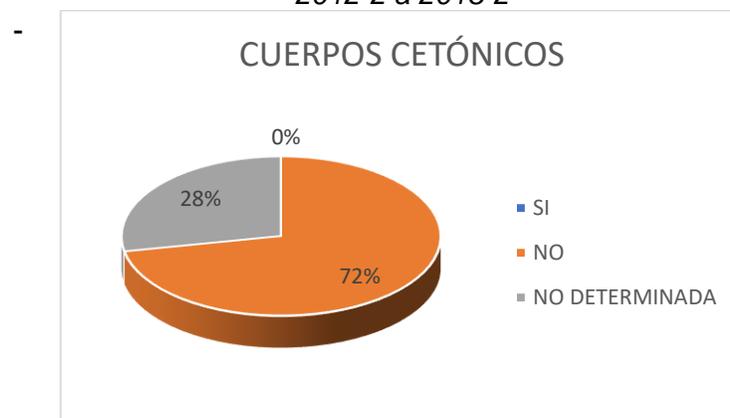
PH EN ORINA

En los pacientes donde se reportó parcial de orina el 100% de los mismos estaba dentro de los rangos normales.

CUERPOS CETÓNICOS EN ORINA

- Se reportaron el 72% de los pacientes en donde ninguno presentaba cuerpos cetónicos.
- El 28% restante de pacientes no reportaron ningún dato correspondiente a esta variable

Figura N° 9. Pacientes con resultados de cuerpos cetónicos que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2

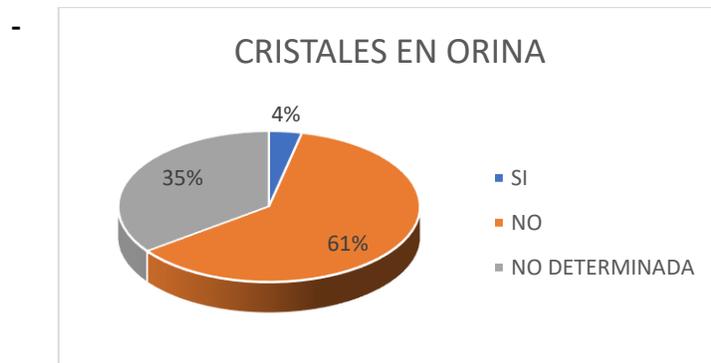


CRISTALES EN ORINA

- Se reportaron el 64% de los pacientes donde el 3.5% presentaba cristales en orina y el 61.5% no la presentaban.
- El 36% restante de pacientes no reportaron ningún dato correspondiente a esta variable

Figura N° 10. Pacientes con resultados de cristales en orina que consultaron por LES

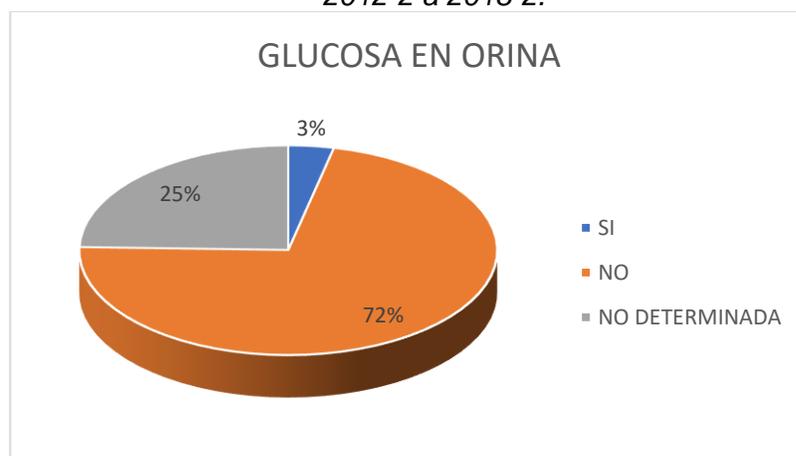
en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2



GLUCOSA EN ORINA

- Se reportaron el 76% de los pacientes donde el 72% no presentaba glucosa en orina y el 3% si la presentaban.
- El 25% restante de pacientes no reportaron ningún dato correspondiente a esta variable

Figura N° 11. Pacientes con resultados de glucosa en orina que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2.



TGO

- El promedio de transaminasa glutámico oxalacética fue de 26.85 y su rango intercuartílico es de 19-94
- El 22% de esta misma población, tuvo un valor de TGO por encima de los 37 lo que indica una elevación relativa de esta variable, y el 78% con el valor inferior a este.

TGP

- El promedio de transaminasa glutámico pirúvica fue de 37 y su rango intercuartílico es de 16 a 90
- El 48.2% presentó una elevación de las transaminasas, superior a 41 U/L y el

51.7% dentro de los límites normales.

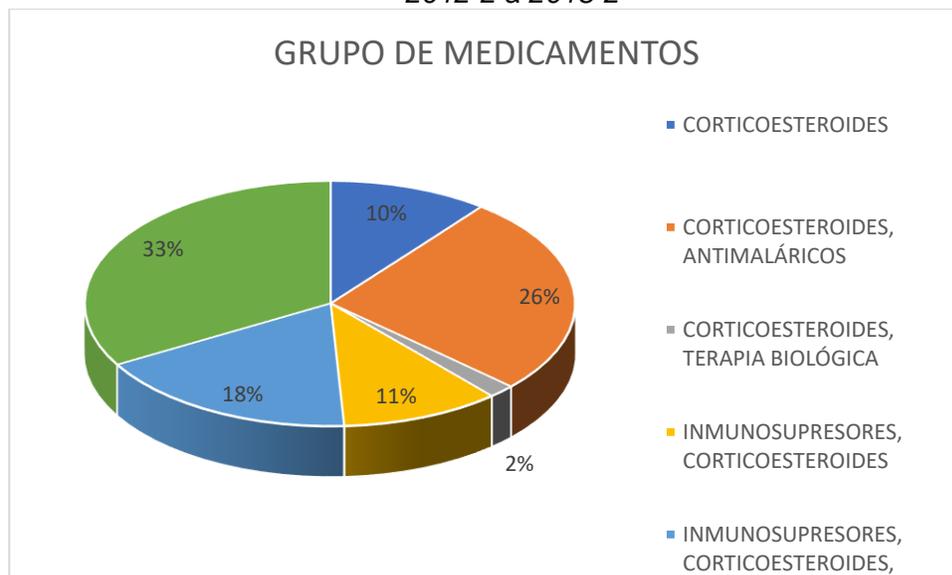
FOSFATASA ALCALINA

- El promedio de fosfatasa alcalina fue de 109 y su rango intercuartílico es de 69 a 162

GRUPO DE MEDICAMENTOS

- Se realiza un listado de los diferentes grupos de medicamentos que los pacientes estaban tomando donde se encontró que:
- Aquellos pacientes que solo tomaban corticoesteroides eran del 10%
- Los que tomaban terapia combinada de corticoesteroides, antimaláricos era de 26%
- Aquellos que tenían terapia de corticoesteroides, terapia biológica era de 1,8%
- Aquellos que tenían terapia con inmunosupresores, corticoesteroides 10%
- Aquellos que tenían terapia con inmunosupresores, corticoesteroides, antimaláricos era de 17,5%.
- Aquellos que no recibe tratamiento eran de 33%.

Figura N° 12. Pacientes con resultados de AntiDNA que consultaron por LES en Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2012-2 a 2018-2



Se obtuvo una muestra de 57 pacientes; los cuales cumplían con los criterios necesarios para ingresar al estudio. En el análisis de las variables sociodemográficas se halló que; la edad promedio de los pacientes fue de 33 años.

De acuerdo con el género se observa que el 89% eran femeninas, mientras el 11% eran masculinos. En la distribución de acuerdo con la zona de procedencia el 50% corresponde a la ciudad de Neiva, un 48% a pueblos aledaños del

departamento del Huila (en donde el municipio de Pitalito corresponde al 11%) y un 2% a Belalcázar Cauca.

En cuanto al análisis estadístico de signos vitales se encontró que; en promedio se encontró una frecuencia cardíaca de 83 ± 16.89 latidos por minutos, frecuencia respiratoria de 19 ± 2 por minuto, presión arterial sistólica en promedio de 115 y diastólica de 70 mmHg y una temperatura promedio que correspondía a 36.5°C

En los resultados encontrados a partir de los hallazgos del cuadro hemático se demostró que; la media para los leucocitos fue de 8400, mientras que para las plaquetas fue de 234.371. En cuanto la hemoglobina, hematocrito y hemoglobina corpuscular media se encontró en promedio 10.66, 32,2 y 29.3 respectivamente.

Se halló que en 72.% de los pacientes las medidas de Proteína C reactiva (PCR) son negativos, mientras que el 32% presentó elevación de la creatinina en un valor superior a 1.2 mg/ dL lo cual se corresponde con una interpretación como "positivo".

Otros parámetros como la ferritina, albúmina y procalcitonina, demostraron ser medidos con poca frecuencia durante la práctica clínica; encontrando que, respectivamente, solo al 4%, 22% y 17,5% de los pacientes se les tomaron estas pruebas. Es así también que otras pruebas como ANTIDINA y ANAS se realizaron solo en el 50% de los pacientes.

Es de recalcar que el 22% de los pacientes tuvieron un valor de transaminasa glutámico oxalacetica (TGO) por encima de 37 UI/ L y el 48.2% presentó elevación de las transaminasas glutámico pirúvicas (TGP) con valores superiores a 41 U/L.

Finalmente, respecto al análisis de los niveles del complemento C3 y C4, se encuentra que; el 68% presenta disminuciones, fuera de los rangos normales, en los niveles de C3, mientras el 56% presenta disminución anormal de los valores de C4.

11. ANALISIS DE RESULTADOS

La presentación de LES en el servicio de urgencias en la región surcolombiana no ha sido referenciado, teniendo en cuenta el periodo de presentación la recolección de pacientes que llegaron al servicio por complicación o por manifestaciones de la enfermedad que llevaron a la atención primaria.

Al igual que en los demás estudios se encontró que la edad en que consultaron los pacientes al servicio de urgencias por una manifestación de la enfermedad es >30 años, con un promedio de 33 años, de los cuales en un 89% fueron mujeres, lo que confirma los estudios anteriores en relación con el LES. El perfil socioeconómico y debido a que el Hospital Universitario es un Empresa Social del Estado (E.S.E) y la población asociada al régimen subsidiado es su principal contribuyente de pacientes, fueron los usuarios del régimen subsidiado quienes consultaron en su gran mayoría al servicio de urgencias. La relación por municipios y departamentos, pues es un referente en la atención en salud del Sur Colombiano, los pacientes eran provenientes de la región sur del Huila y sus departamentos aledaños, como el Caquetá y el Cauca.

Por otro lado, los paraclínicos fueron otra parte importante, pues de manera similar se asocian con los estudios realizado en LES. Dentro del hemograma, se encontró que disminución del rango normal de hemoglobina en la población de pacientes estudiados, donde el promedio fue de 10.6 g/dL, un indicador de anemia. De igual manera, la relación del hematocrito frente a los valores normales estuvo por debajo del limite inferior con un promedio de 32.2, también el volumen corpuscular medio estuvo debajo de los valores normales encontrándose una media de 87.6

fL; la hemoglobina corpuscular media no se encontró afectada, pues aunque el promedio estuvo cerca del límite bajo, se mantuvo dentro de los márgenes de normalidad con un promedio de 29.3 picogramos.

Los signos vitales son parámetros poco evaluados en la literatura, pero dentro de nuestro estudio encontramos que la frecuencia cardíaca tenía un promedio de 83 latidos por minuto, lo que la ubica en el rango normal, al igual que la tensión arterial sistólica y diastólica con 115mmHg y 70mmHg respectivamente. El IMC comparado con la table de referencia de la Organización mundial de la Salud (OMS) se encontró dentro de la normalidad con 24kg/m²

El hemograma dado que el LES es una enfermedad inflamatoria crónica que altera los valores de respuesta de las células de la defensa, el hemograma en comparación con el estudio sobre las manifestaciones de laboratorio del LES se encontró dentro de los parámetros normales, con leucocitos de 8400, plaquetas de 234371/ml y linfocitos del 16%²⁴. Dado que la atención de urgencias limita en gran medida los exámenes de laboratorio, los valores de albúmina solo fueron reportados en 22% de la población estudiada por lo que los datos no son suficientes para la comparación con estudios y el dar un resultado preciso. Los valores de ferritina plasmática no fueron estudiados en el 90% de la muestra, por lo que no son comparables.

El perfil renal medido por creatina fue analizado en la población que llegó al servicio de urgencias dado que uno de los principales órganos afectados por la patología es el riñón (aquí va Lupus eritematoso sistémico Un subgrupo clinico con anticuerpos anti-Sm) ; la creatinina se encontró dentro de los parámetros normales con un valor medio de 0.8mg/dL, el nitrógeno uréico el promedio estuvo en 15.3/100mg, lo que corresponde al intervalo de valor normal, que comparado con la revisión bibliográfica en donde estos parámetros se encuentran alterados²⁵

El análisis de orina, con la evaluación de si existía la presencia de glucosuria o cristales en orina no fue tomado como método de rutina para evaluar la función renal. La presencia de hematuria y proteinuria dentro de los pacientes que se reportaron superaba el 20%, lo que sugería la presencia de daño renal y/o

²⁴ Acosta Colmán I, Avila G, Acosta ME, Aquino A, Centurión O, Duarte M. Manifestaciones clínicas y laboratoriales en el Lupus Eritematoso Sistémico. Mem. I Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):94-109.

²⁵ Fajardo I, Andrade S, Ramos G, Melgar S, Licona, T. Nefropatía Lupica. Caso clínico y revisión bibliográfica. Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud, Volumen 1 / Año 1 / No. 2: 31-3732

infección similar a lo encontrado en un estudio sobre LES en la ciudad de Neiva²⁶. La densidad de la orina estuvo en el 100% dentro de los parámetros de normalidad, al igual que el pH.

El perfil inflamatorio, tuvo resultados controversiales en comparación con los demás estudios, pues en el 72% de la muestra el valor de PCR estuvo dentro del rango de normalidad; la procalcitonina no pudo ser comparada pues no fue un laboratorio que se tomara con frecuencia y solo el 17.5% de los pacientes tenía reportes; así mismo los anti-DNA, fueron encontrados en el 49.2% de los cuales eran positivos en el 19.3% y los valores de los ANAS . Los niveles de C3 y C4 son similares a la literatura²⁷ con positividad en el 68% y 56% respectivamente.

El perfil hepático fue analizado con el fin de encontrar nuevos resultados que indicaran la insuficiencia de este órgano debido a la afección autoinmune, pero sus valores no se encontraron alterados, evaluando tanto la TGO y la TGP lo que concuerda con la bibliografía²⁸

Por último, la medicación de los pacientes con LES que llegaron al servicio de urgencias fue en su mayoría combinado incluyendo antimaláricos y corticoesteroides en un 26% y la terapia triple con antimaláricos, corticoesteroides e inmunosupresores estuvo presente en el 17.5%. como en nuestro estudio se tomaban pacientes a los que se les podía diagnosticar de novo durante la hospitalización en urgencias Lupus Eritematoso Sistémico similar al estudio realizado en Neiva²⁹. El 33% llegaron sin tratamiento, pues en este porcentaje se incluían los no diagnosticados y aquellos que por diferentes situaciones no recibían la terapia medicamentosa.

El uso de medicamentos en el tratamiento del LES es amplio, con diversas dosis, frecuencias, indicaciones y efectos adversos, el uso de Glucocorticoides en nuestro estudio tuvo un alto porcentaje, superior al 50% en los pacientes. Por eso la Liga Europea Contra el Reumatismo recomienda la monitorización clínica para

²⁶ Ramírez C, Rojas J, et al. Caracterización clínica paraclínica y epidemiológica de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. 2017. Universidad Surcolombiana-Facultad de Salud.

²⁷ W. Otero, N. Salcedo, O. Orozco, P. De Toro, F. Chalem. Lupus eritematoso sistémico. Un subgrupo clinico con anticuerpos anti-Sm. 2014.

²⁸ Betancur J, Jiménez D, Bonilla-Abadía F. Compromiso hepático de las enfermedades autoinmunes sistémicas. Elsevier. 2015. Departamento de Medicina Interna, Universidad CES-Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia.

²⁹ Ramírez C, Rojas J, et al. Caracterización clínica paraclínica y epidemiológica de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. 2017. Universidad Surcolombiana-Facultad de Salud.

una amplia variedad e efectos secundarios como son fracturas osteoporóticas, enfermedad coronaria, cataratas, necrosis avascular y accidente cerebrovascular.

Por otro lado Popoe et. al. muestra en su estudio como los medicamentos tienen las mismas frecuencias de efectos adversos en pacientes con LES que en pacientes sin LES. A diferencia de los Medicamentos moduladores de la Enfermedad que si se asocian a un mayor número de efectos adversos en pacientes con LES. La evolución de la enfermedad en los pacientes requirió un incremento en la administración de terapia farmacológica; en un lapso de 5 años los fármacos recibidos por los pacientes aumentó, incluso hasta triplicarse.

A pesar de las limitaciones inherentes del diseño metodológico del estudio, observamos que en nuestro medio el porcentaje de recaídas por activación de la enfermedad es menor al de la población latinoamericana. Sin embargo, ésta diferencia puede ser debida a un sub-registro y/o rotulación de éstos eventos con diagnósticos alternativos. Estudios adicionales con enfoque en reactivación del LES son necesarios en nuestro medio para determinar la verdadera frecuencia y posibles asociaciones causales.

12. CONCLUSIONES

- El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad con alta prevalencia en el género femenino que en el masculino y presenta relativas diferencias en la manifestaciones paraclínicas de acuerdo con el género y la edad.
- El estudio encontró que en general los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico constituyen una población joven con inicio de la enfermedad en edades tempranas.
- Los pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico-atendidos en urgencias del Hospital Universitario de Neiva se encuentra con mayor frecuencia al momento del diagnóstico
- La anemia, los ANAs positivos y la hipocomplementemia son las alteraciones paraclínicas más frecuentes, siendo la hipocomplementemia de C3 más frecuente en las mujeres que sugiere un mayor actividad de la enfermedad en comparación con los hombre.
- Con respecto al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico de urgencias Hospital Universitario la mayoría responde al tratamiento corticoesteroide combinado permitiendo un control de la enfermedad sin propiciar la aparición de efectos indeseables secundarios a este.
- Consideramos que los resultados de nuestro estudio presentan algunas similitudes principalmente con los estudios de Ramírez y Arias, pero a su vez difiere en algunos aspectos lo que podría sugerir una relación entre la presentación de la enfermedad con algunas característica genéticas y ambientales de nuestra población.
- Es importante señalar que este estudio tiene algunas debilidades dadas por el hecho de ser retrospectivo y de contar con un número reducido de pacientes, sin embargo creemos que nos permite evaluar las características generales de la población con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva y validar las diferencias y similitudes de nuestros resultados con otros estudios de la región.
- Por otro lado las discrepancias con otros estudios reflejan diferentes sesgos de investigación como la inclusión de diferentes grupos socioeconómicos, las diferencias raciales, el acceso a la seguridad social, el nivel educativo,etc. En nuestro estudio se tuvo en cuenta el estrato socioeconómico y el régimen de salud lo que nos demostró que la mayoría de la población pertenece a población de clase baja.

- Teniendo en cuenta toda lo anteriormente mencionado es necesario la realización de nuevos estudios prospectivos, interinstitucionales, con mayor número de pacientes que consideren nuevas variables de investigación como los factores hormonales, genéticos y ambientales tratando de evaluar de manera más exacta la posible relación de la presentación clínica de la enfermedad con el género y la edad e identificar factores de mal pronóstico desde el momento del diagnóstico que permita ofrecer posibilidades terapéuticas oportunas y apropiadas mucho más temprano en el curso de la enfermedad.

13. RECOMENDACIONES

Dado que nuestro estudio se limita al servicio de urgencias y analiza la población que llegó con manifestaciones clínicas de la enfermedad tanto de novo, como por exacerbación de la patología, es importante realizar más estudios sobre el LES en el servicio de urgencias, porque aunque el perfil epidemiológico y paraclínico se ha analizado en diferentes estudios, estos evalúan a los pacientes en consulta externa, cuando la manifestación de la enfermedad y los casos que pueden ser fatales se encuentran en el servicio de urgencias.

Por otro lado, laboratorios esenciales en el diagnóstico y previsión del desarrollo de la enfermedad, muchos de ellos no son analizados, sobre todo aquellos que se refieren a perfil renal y en los que se necesita de más de una toma para su cuantificación, por ello se recomienda elegir el paciente al que se le realizará, no solo para no demorar su tratamiento sino para reducir gastos al sistema.

El régimen subsidiado es uno de los más afectados y dado a las restricciones que tiene su financiación, la demora en el diagnóstico y la entrega de medicamentos permite el avance del LES, que a largo plazo y con el tratamiento que se debe recibir para la falla de distintos sistemas trae más costos al sistema.

Es importante que los pacientes después de la detección en el servicio de urgencias de la enfermedad, se continúe con seguimiento, no solo con la formulación de citas posteriormente, sino que se busque al paciente y se eduque sobre su patología y los riesgos que acarrea el no llevar a cabo su tratamiento.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Novo MP de L, Gandía M, Pérez-Álvarez R, Brito-Zerón P, Kostov B, Siso-Almirall A, et al. 416 Big data in systemic lupus erythematosus: phenotypic disease expression of 171,000 adult patients. *Lupus Sci Med*. 1 de marzo de 2017;4(Suppl 1):A195-A195.
2. Navarro M, Moreno M, Ramírez C, Vicci H, Lizardo M, López-Bordones M, et al. LIPOPROTEÍNA DE BAJA DENSIDAD PEQUEÑA Y DENSA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. *Comunidad Salud* [Internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2017];15(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=375752386007>
3. Prados-Moreno S, Sabio JM, Pérez-Mármol JM, Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI. Adherence to treatment in patients with systemic lupus erythematosus. *Med Clin (Barc)*. 29 de junio de 2017;
4. Systemic Lupus Erythematosus: Pathogenesis and Clinical Features - Semantic Scholar [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: </paper/Systemic-Lupus-Erythematosus-Pathogenesis-and-Clin-Bertsias-Cervera/1f97be39612ef14f62ca880ec35fdad2df75823e>
5. García R, Noé A, Sagrero O, Beneranda S, Velázquez M, Rocío M del, et al. Lupus eritematoso generalizado juvenil: patrones clínicos e inmunológicos en una cohorte de 150 pacientes del Hospital Infantil de México «Federico Gómez». *An Méd*. 15 de agosto de 2016;61(3):182-7.
6. Manuel Bermúdez Marrero W, Vizcaino Luna Y, Fusté Jiménez C, Alina González Otero Z, Luis Egües Mesa J. Clinical and Epidemiological Characterization of patients with Systemic Lupus Erythematosus from Arnaldo Milián Castro University Teaching Hospital. 1 de enero de 2016;18.
7. Canora J, García M, Mitjavila F, Espinosa G, Suárez S, González-León R, et al. Clinical characteristics during diagnosis of a prospective cohort of patients with systemic lupus erythematosus treated in Spanish Departments of Internal Medicine: The RELES study. *Rev Clin Esp*. febrero de 2017;217(1):7-14.
8. Chamberlain C, Colman PJ, Ranger AM, Burkly LC, Johnston GI, Otoul C, et al. Repeated administration of dapirolizumab pegol in a randomised phase I study is well tolerated and accompanied by improvements in several composite measures of systemic lupus erythematosus disease activity and changes in whole blood transcriptomic profiles. *Ann Rheum Dis*. noviembre de 2017;76(11):1837-44.
9. Ranger A, Allaire N, Colman P, Wager C, Li H, Thai A, et al. OP0040 Peripheral Blood Transcriptional Changes Elicited by Treatment of Systemic Lupus

Erythematosus (SLE) Patients with Dapirolizumab Pegol (A Pegylated Anti-CD40L Fab'). Ann Rheum Dis. 1 de junio de 2016;75(Suppl 2):68-9.

10. Colmán MIA, Pedretti GA, Valdovinos AMA, Rojas E, Losanto J, Acosta ME, et al. Eventos cardiovasculares en pacientes con lupus eritematoso sistémico y su asociación con factores de riesgo cardiovascular. Mem Inst Investig En Cienc Salud [Internet]. 7 de abril de 2017 [citado 22 de noviembre de 2017];15(1). Disponible en: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1170>

11. García-Carrasco M, Mendoza-Pinto C, Etchegaray-Morales I, Soto-Santillán P, Jiménez-Herrera EA, Robles-Sánchez V, et al. Insuficiencia y deficiencia de vitamina D en pacientes mexicanas con lupus eritematoso sistémico: prevalencia y relación con actividad de la enfermedad. Reumatol Clínica. 1 de marzo de 2017;13(2):97-101.

12. Almaraz MER, Fernández I de la C, Alvarez JLP. Lupus eritematoso sistémico (II). Evaluación de la enfermedad. Tratamiento. Manejo de las complicaciones. Med Programa Form Médica Contin Acreditado. 2017;12(25):1440-7.

13. Martínez, M. Gutiérrez E. Zapata, M. Sánchez, S. Lupus Eritematoso Generalizado: características generales, inmunopatogenia y antígenos de relevancia. 2012. Ciudad de México. Imedpub. Revisado el 15 de julio del 2019 en <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/lupus-eritematoso-generalizado-caractersticas-generales-inmunopatogenia-y-antgenos-de-relevancia.pdf>

14. Gama, A. Historia de la Medicina, historia del Lupus. Revista Académica Nacional de Medicina. 2016. Bogotá- Colombia. Revisado el 15 de julio del 2019 en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-66/academ26366-historialupus>

15. Bermudez, W; Castro, A. Vizcanio Y; Bermudez, W. Lupus eritematoso sistémico. Acta medica del centro. 2017.Revisado el 15 de Julio del 2019 en <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/795/980>

16. Samir, E. Falla, H. Montañez, N. Lupus Eritematoso Sistemico en el Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre enero de 2003 y diciembre de 2009. Revista facultad de salud. Colombia. 2010. Revisado el 15 de julio del 2019 en <https://docplayer.es/74243841-Lupus-eritematoso-sistemico-en-el-hospital-universitario-hernando-moncaleano-perdomo-entre-enero-de-2003-y-diciembre-de-2009.html>

17. Ruiz, M. Lupus Eritematoso Sistémico. Acta Médica Colombiana Vol. 13 No. 4 (Julio - Agosto) 1988. Revisado el 15 de julio del 2019 en

<http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/04-1988-09.pdf>

18. Alarcón, D. Cattogio, L. Lupus eritematoso sistémico en Latinoamérica: un estudio de una cohorte multigentrica y multinacional usando ARTHROS 6.0. Revisado el 15 de julio del 2019 en <http://reumatologia.org.ar/userfiles/file/congreso/2001/o/o12.pdf>

19. Acosta Colmán I, Avila G, Acosta ME, Aquino A, Centurión O, Duarte M. Manifestaciones clínicas y laboratoriales en el Lupus Eritematoso Sistémico. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):94-109.

20. Fajardo I, Andrade S, Ramos G, Melgar S, Licon, T. Nefropatía Lupica. Caso clínico y revisión bibliográfica. Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud, Volumen 1 / Año 1 / No. 2: 31-3732

21. W. Otero, N. Salcedo, O. Orozco, P. De Toro, F. Chalem. Lupus eritematoso sistémico. Un subgrupo clínico con anticuerpos anti-Sm. 2014.

22. Betancur J, Jiménez D, Bonilla-Abadía F. Compromiso hepático de las enfermedades autoinmunes sistémicas. Elsevier. 2015. Departamento de Medicina Interna, Universidad CES-Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia.

23. Ramírez C, Rojas J, et al. Caracterización clínica paraclínica y epidemiológica de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. 2017. Universidad Surcolombiana-Facultad de Salud.

24. Pope J, Jerome D, Fenlon D, Krizova A, Ouimet J. Frequency of adverse drug reactions in patients with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol [Internet]. 2003 Mar [cited 2016 May 13];30(3):480–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12610805>

ANEXOS

Neiva-Julio 19 de 2019

Doctor

ALEJANDRO POLANIA CARDENAS

Líder de sistemas de información hospitalaria

ESE HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

Ciudad

Asunto: Solicitud listado Historias Clínicas

Comendidamente solicitamos el número de historias clínicas pertenecientes a los pacientes que hayan ingresado al servicio de urgencias con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, con código CIE10 Mcon Código CIE 9 y 10 que correspondían al M320, M321, M328 y M329; desde el primero de junio de 2012 hasta 31 de diciembre de 2018, en aras de utilizarlos como medio importante para el inicio del proyecto de investigación sobre *“Características sociodemográficas y paraclínicas en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES); mayores de 18 años en el servicio de urgencias en el Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva-Huila en el periodo comprendido entre el año 2012-2 a 2018-2”*.

Les agradecemos pronta respuesta a la solicitud anteriormente mencionada.

Atentamente;

Gilberto Mauricio Astaiza Arias

Doctor en Salud Pública

Magister en educación y desarrollo comunitario

Especialista en Epidemiología

Médico cirujano

Anexo: correo electrónico jhysegos@hotmail.com