

CARACTERIZACIÓN DE LUPUS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE
NARIÑO E.S.E. EN SAN JUAN DE PASTO, ENTRE EL AÑO 2003 Y 2008.

ELSSY VIVIANA BENAVIDES VALLEJO
KARINA SOFÍA DÍAZ ACOSTA
SILVANA JURADO
DIANA RUANO M

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO
2010

CARACTERIZACIÓN DE LUPUS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE
NARIÑO E.S.E. EN SAN JUAN DE PASTO, ENTRE EL AÑO 2003 Y 2008.

ELSSY VIVIANA BENAVIDES VALLEJO
KARINA SOFÍA DÍAZ ACOSTA
SILVANA JURADO
DIANA RUANO M

Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de Médico
General

ASESOR
DR. HÉCTOR FABIO SÁNCHEZ
MEDICO INTERNISTA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO
2010

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este proyecto de investigación expresan sus agradecimientos a la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto, por brindarnos los conocimientos esenciales para la realización de este trabajo, en especial a los doctores: Filipo Moran, Ana Milena Torres, Gloria Hernández y Eleonora Argoty por haber colaborado en la estructuración.

Al Doctor Héctor Fabio Sánchez, médico internista el cual colaboró con sus conocimientos en relación a este tema de gran importancia en la comunidad de Nariño.

Muy especialmente queremos agradecer por su colaboración al Hospital Universitario Departamental De Nariño.

Los autores

-

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a Dios que me ha dado el don del servicio y la vida, a mis padres quienes han estado conmigo en todo momento apoyándome en las decisiones de mi carrera brindándome su amor y confianza, a mis hermanos quienes han servido de modelo en mi vida , a mi mejor amigo con el cual hemos vivido muy buenos momentos y quien a estado conmigo en las buenas y en las malas, y a todas las personas que creyeron en mi y con una palabra de confianza me brindaron su apoyo. Muchas gracias de corazón.

Elssy Viviana Benavides Vallejo

Dedico A Dios por darme la fuerza necesario para soportar los malos momentos, a mi madre quien ha sido mi apoyo y mi fuerza, el motor de mi existencia, a mi tío quien me ha brindado su sabiduría y conocimiento en los momentos difíciles y que ha forjado en mi la curiosidad por el conocimiento, a la persona que me hace sonreír todos los días y que llena de amor mi vida, y a todas las personas que a pesar de mis errores han creído en mi.

Karina Sofía Díaz Acosta

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor, a mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Silvana Jurado

Doy infinitas gracias a Dios por el camino recorrido, a mis padres por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor

Diana Ruano

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Mayo de 2010

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. ASPECTOS GENERALES	15
1.1 TITULO	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2.1 Descripción del problema	15
1.2.2 Formulación del problema	17
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 JUSTIFICACIÓN	18
1.5 METODOLOGÍA	19
1.5.1 Enfoque	19
1.5.2 Tipo del estudio	19
1.5.3 Fuentes de recolección de la información	19
1.5.4 Población y Muestra	19
1.5.4.1 Población	19
1.5.4.2 Muestra	20
1.5.5 Técnica de recolección de la información	20
1.5.6 Criterios de inclusión y de exclusión	21

1.5.6.1 Criterio de inclusión	21
1.5.6.2 Criterios de exclusión	21
1.5.7 Control de sesgos	21
1.5.8 Consideraciones éticas	22
1.5.9 Procesamiento y análisis	22
2. MARCO REFERENCIAL	23
2.1 MARCO TEÓRICO	23
2.1.1 Lupus	23
2.1.1.1 Autoanticuerpos en lupus	25
2.1.1.2 Manifestaciones clínicas	26
2.1.1.3 Diagnóstico	28
2.1.1.4 Criterios para la clasificación del lupus eritematoso sistémico del Colegio Americano de Reumatología	28
2.1.2 Evaluación inicial del paciente	30
2.1.2.1 Diagnóstico del lupus eritematoso sistémico evaluación inicial	31
2.1.2.2 Evaluación especializada	31
2.1.2.3 Laboratorio especializado	32
2.1.2.4 Biopsia renal	33
2.1.2.5 Clasificación de la nefritis lúpica OMS	35
2.1.3 Tratamiento	36
2.1.3.1 Medidas de orden general	36
2.1.3.2 Tratamiento farmacológico	37

2.2 MARCO CONCEPTUAL	38
2.4 MARCO CONTEXTUAL	49
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
4. DISCUSIÓN	50
5. PROPUESTA	52
6. CONCLUSIONES	53
7. RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	55
NETGRAFÍA	56
ANEXOS	57

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Casos según historias clínicas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E durante el sexenio 2003-2008 por género y año	20
Tabla 2. Susceptibilidad de los LOCI con asociación confirmada para Lupus	24
Tabla 3. Autoanticuerpos patogénicos en lupus	25
Tabla 4. Principales manifestaciones diseminadas de Lupus	26
Tabla 5. Frecuencia de edad en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008.	41
Tabla 6. Frecuencia de género en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	41
Tabla 7. Frecuencia de raza en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	42
Tabla 8. Frecuencia de procedencia en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	43
Tabla 9. Frecuencia de ocupación en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	43
Tabla 10. Frecuencia de seguridad social en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	44
Tabla 11. Frecuencia de antecedentes familiares en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	45
Tabla 12. Frecuencia de antecedentes farmacológicos en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	46
Tabla 13. Frecuencia de signos y síntomas en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	46

Tabla 14. Frecuencia de ANAS con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	47
Tabla 15. Frecuencia de trastornos inmunológicos en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	47
Tabla 16. Frecuencia de complicaciones músculo esqueléticas en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	48
Tabla 17. Frecuencia de complicaciones digestivas en pacientes con lupus en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	48
Tabla 18. Frecuencia de enfermedades asociadas en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	49
Tabla 19. Frecuencia de mortalidad en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008	49

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Ficha técnica	57
Anexo B. Presupuesto	64
Anexo C. Cronograma de actividades	65
Anexo D. Variables del proyecto	67
Anexo E. Artículo Científico	70

INTRODUCCIÓN

Para el médico el lupus es importante porque es una enfermedad potencialmente fatal y fácilmente confundible con otros desordenes. El lupus es básicamente de mecanismo inmunológico, la prevalencia de lupus oscila aproximadamente entre el rango de 40 casos por 100.000 personas en el norte de Europa a más que 200 en personas de raza negras; en los Estados Unidos el número de pacientes con lupus excede 250.000¹. Se debe tener como posibilidad diagnóstica el lupus en pacientes que presenten este tipo de características especialmente en pacientes de sexo femenino de 15 a 50 años de edad.

El lupus es una enfermedad crónica de base genética autoinmune que afecta al tejido conjuntivo, caracterizada por inflamación y daño de tejidos, puede afectar cualquier parte del organismo, aunque los sitios más frecuentes son el corazón, las articulaciones, la piel, los pulmones, los vasos sanguíneos, el hígado, los riñones y el sistema nervioso. El curso de la enfermedad es impredecible, con periodos de crisis alternados con remisión, para el médico tiene gran importancia porque es una enfermedad potencialmente fatal y fácilmente confundible con otros desordenes. La prevalencia del lupus oscila en el rango de 40 casos por 100.000 personas en el norte de Europa. El 20-30% de los LES se inician en la primera o segunda década de la vida². La incidencia anual aproximada en EE.UU. sería de 0,6 casos/100.000 niños; con una prevalencia de 5-10/100.000 niños, la expectativa de vida en estos pacientes se encuentra alrededor de 4 años, la tasa de supervivencia es de 80% hoy en día, los pacientes a quienes se les diagnosticó lupus a los 20 años de edad tienen una supervivencia de 15 años más, estas defunciones son ocasionadas por la misma patología o comorbilidades asociadas como infecciones, siendo también el infarto agudo de miocardio la causa más importante de muerte³. Las diversas presentaciones de lupus van desde rash y artritis hasta anemia, trombocitopenia, serositis, nefritis y psicosis. La enfermedad cutánea es la segunda manifestación más común de lupus, se encuentra un número significativo de pacientes que tiene lupus eritematoso cutáneo predominantemente siendo esta una enfermedad de muy difícil manejo la cual debería ser de manejo integral y multidisciplinario.

¹ Mechanisms of Disease, Systemic Lupus Erythematosus; Anisur Rahman, Ph.D., and David A. Isenberg, M.D. Med 2008;358:929-39.

² Lupus eritematoso sistémico en niños y adolescentes Uruguay 2003.

³ Mechanisms of Disease, Systemic Lupus Erythematosus; Anisur Rahman, Ph.D., and David A. Isenberg, M.D. Med 2008;358:929-39.

La enfermedad cutánea es la segunda más común manifestación en lupus, un gran número de pacientes tienen lupus eritematoso cutáneo predominantemente, es por eso que en nuestro medio es común el hallazgo de lupus por medio de los especialistas en dermatología. El diagnóstico de lupus termina siendo incidental.

El objetivo de esta investigación fue realizar un estudio descriptivo retrospectivo con el cual se pueda caracterizar los pacientes que se diagnostican con lupus en el Hospital Universitario Departamental de Nariño y hacer énfasis en el buen diligenciamiento de la historia clínica.

Muchas veces es suficiente con el diagnóstico, es tal vez más importante hacer un seguimiento especial a los pacientes diagnosticados con esta enfermedad para evitar que cuando estos pacientes vuelvan a la consulta médica lleguen con un lupus descompensado, de difícil manejo y con complicaciones de esta enfermedad que es lo que en realidad los puede llevar a la muerte.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 TITULO

Caracterización de lupus en pacientes de consulta externa y hospitalización del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en San Juan de Pasto, entre el año 2003 y 2008.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Descripción del problema

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por formación de anticuerpos y complejos inmunes; inflamatoria crónica y multisistémica de gran heterogeneidad y variabilidad. Compromete cualquier órgano o sistema. Definida por sus características clínicas y por la presencia de auto anticuerpos dirigidos contra uno o más componentes del núcleo.

La frecuencia de LES en gemelos homocigotos es de 25% comparada con 2% de gemelos dicigotos; aunque esto sugiere un papel importante de la herencia en el desarrollo de LES, el factor genético por sí solo no explica la etiología de la enfermedad⁴. Otros factores incluyendo endocrinos, ambientales, infecciosos y fármacos pueden actuar sinérgicamente en el desarrollo de LES en un huésped genéticamente susceptible.

A nivel mundial la prevalencia de LES en la población general se encuentra entre 4 y 205 casos por cada 100.000 habitantes, dependiendo de la zona. Sin embargo, estas estadísticas varían a través del mundo, encontrándose en Norte América, Asia y en el norte de Europa afecta a 40 de 100.000 habitantes, con una mayoría de incidencia entre la población hispana y afroamericana⁵. Afecta principalmente a mujeres con mayor incidencia entre la segunda y quinta décadas

⁴ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

⁵ Dr. Gerardo Ramírez y Cols, Guías de Práctica Clínica Basadas En La Evidencia, Lupus Eritematoso Sistémico. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME; 16

de la vida. Cerca del 90% de los casos corresponde al grupo de mujeres en edad fértil. La relación mujer- hombre presenta variaciones asociadas con la edad, pues mientras que es de siete a una en los niños y de nueve a una entre los adultos jóvenes, en personas de edad avanzada es de cinco a una. En Estados Unidos la incidencia es de 1.8 – 7.6 por 100.000 habitantes por año y la prevalencia oscila entre 15 – 50 por 100.000 habitantes⁶.

Las personas con antecedentes familiares de LES, artritis reumatoide o purpura trombocitopenica autoinmune, 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 tienen un 10% más de posibilidades de desarrollarla. Solo el 5% de los niños nacidos de padres con LES desarrollaran la enfermedad.

En Colombia la prevalencia oscila entre 15 y 50 por 100.000 habitantes y se manifiesta predominantemente en mujeres de edad reproductiva. Las manifestaciones neurológicas de LES son variadas, se presentan hasta en un 50% de los pacientes, ante un compromiso pulmonar se manifiesta como neumonitis lúpica en un 9%, hemorragia pulmonar masiva en un 2% la cual tiene un porcentaje de mortalidad del 50 al 90%⁷.

El lupus genera altos costos institucionales, debido no solo a la enfermedad en sí, sino también a las complicaciones y comorbilidades. El estudio permitirá conocer las comorbilidades presentadas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, para un adecuado enfoque e intervención temprana de la misma, que se reflejará en una disminución de costos institucionales y mejor calidad de vida de los pacientes.

Debido a la gran cantidad de información con respecto a la epidemiología del Lupus se quiere tener una base de datos que corresponda a la población de Nariño los cuales consultaron en el hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en el sexenio 2003-2008 ya que no se dispone de esta información a nivel departamental.

⁶ Dr. Gerardo Ramírez y Cols, Guías de Práctica Clínica Basadas En La Evidencia, Lupus Eritematoso Sistémico. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME; 16

⁷ Pablo Tobón Uribe, Medellín, 2001 Andrés Agudelo¹, Lina Gallego¹, David Londoño¹, Catalina Martínez¹, Martha Herrera², Fernando Pinto³

1.2.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características demográficas, morfológicas y fisiológicas de los pacientes de consulta externa y hospitalización en el Hospital Universitario Departamental entre 2003-2008 con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Caracterizar a los pacientes con Lupus que consultaron al hospital universitario departamental en San Juan de Pasto entre en año 2003 y 2008. Con el fin de tipificar la población según los datos depositados en las historias clínicas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a los pacientes objeto de estudio según: edad, género, raza y procedencia, ocupación y seguridad social.
- Determinar la frecuencia de los antecedentes familiares y farmacológicos más frecuentes asociados a Lupus
- Identificar la frecuencia de presentación de los signos y síntomas más frecuentes en la población de estudio.
- Establecer las complicaciones más frecuentes musculoesqueléticas, cutáneas, hematológicas, neurológicas, cardiopulmonares, renales, gastrointestinales, oftalmológicas
- Establecer las complicaciones más frecuentes musculo esqueléticas, cutáneas, hematológicas, cardiopulmonares, renales, gastrointestinales, y oftalmológicas.

- Determinar la frecuencia de enfermedades asociadas a Lupus como artritis reumatoide, esclerodermia, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial diabetes mellitus.
- Establecer la letalidad de esta enfermedad durante los años examinados.

1.4 Justificación

El lupus es una enfermedad clínicamente heterogénea autoinmune, inflamatoria, crónica y multisistémica de etiología desconocida en que el riesgo de enfermedad se influencia por el complejo de las contribuciones genéticas y medioambientales.

Los pacientes que padecen Lupus tienen como resultado un elevado riesgo de deterioro progresivo de la función sistémica como resultado de la interacción de mecanismos inmunológicos crónicos de las lesiones en los diferentes órganos de la economía humana. La frecuencia de lupus en gemelos monocigotos es de 25% comparada con 2% en gemelos dicigotos, aunque esto sugiere un papel importante de la herencia en el desarrollo de lupus, el factor genético por sí solo no explica la etiología de la enfermedad. Otros factores de riesgo, incluyendo endócrinos, ambientales, infecciosos y farmacológicos pueden actuar sinérgicamente en el desarrollo de lupus en un huésped genéticamente susceptible⁸.

Existen pocos estudios con diseño epidemiológico que determinen la fuerza de asociación de algunas características y la presencia de Lupus, el objetivo del presente trabajo fue determinar las principales características que afectan a los pacientes diagnosticados con Lupus en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en la ciudad de San Juan de Pasto en el sexenio 2003- 2008 para conocer y definir a los pacientes de esta población diagnosticados con esta patología que dejará una base de datos, ya que es importante tener esta base de datos para tener un control de los pacientes con lupus de forma integral para brindar un diagnostico oportuno, un tratamiento multidisciplinario y evitar posibles complicaciones, además este proyecto ayudará en un futuro a la recopilación de datos y mejorar futuras investigaciones.

⁸ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

1.5 Metodología

1.5.1 Enfoque

Cuantitativo por que se hizo un conteo de las características de los pacientes con lupus que ingresan al Hospital Universitario Departamental de Nariño a consulta externa y hospitalización.

1.5.2 Tipo de estudio

Observacional descriptivo; retrospectivo y transversal. Es observacional porque no existe manipulación de variables por parte del investigador, es decir, se limita a la descripción de datos contemplados en la historia clínica y a su análisis.

Es retrospectivo, porque se hace una revisión de las historias clínicas de pacientes hospitalizados entre el año 2003 – 2008, y es transversal, por cuanto el estudio es realizado en un período de tiempo.

1.5.3 Fuentes de recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizaron fuentes secundarias, se realizó un formato para la recolección de información de historia clínica, el cual fue diseñado por los investigadores y avalado por la doctora Ana Milena Torres y el asesor del proyecto así como también se realizó la revisión de literatura en revistas, artículos, folletos, libros referentes al tema en cuestión.

1.5.4 Población y muestra

1.5.4.1 Población

La población referenciada con lupus está constituida por los pacientes quienes acudieron a consulta externa y hospitalización en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E durante el sexenio 2003-2008, de acuerdo con la información de archivo de este hospital, existen 107 historias clínicas con este diagnóstico en estos años.

Se revisaron las historias clínicas correspondientes a los casos de Lupus que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E durante el sexenio 2003-2008.

1.5.4.2 Muestra

Son 73 historias clínicas que ingresan al servicio de consulta externa y hospitalización en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E durante el sexenio 2003-2008, todos los niños, niñas, mujeres y hombres diagnosticados con Lupus por los médicos especialistas de la E.S.E o remitidos de otros centros.

Los datos soportados con las historias clínicas se encuentran registrados en la tabla 1, a continuación.

Tabla 1. Casos según historias clínicas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E durante el sexenio 2003-2008 por género y año.

Año	Femenino	Masculino	Total F/M
2003	7	1	8
2004	9	1	10
2005	8	0	8
2006	15	2	17
2007	16	1	17
2008	10	3	13
Sexenio	65	8	73

Fuente: Archivo general, Hospital Universitario Departamental

1.5.5 Técnica de recolección de la información.

Se recogieron las variables requeridas mediante el análisis manual de historias clínicas de pacientes diagnosticados con Lupus de consulta externa y hospitalización y clasificados con los códigos del CIE 10: L930, L931, L932, M320, M321, M328, M329 que asistieron directamente o que hayan sido remitidos de centros de salud o de otros hospitales o clínicas al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E en San Juan de Pasto, entre el sexenio 2003 - 2008 utilizando una ficha técnica diseñada por los investigadores basándose en los criterios clínicos de la enfermedad, esta recolección de datos se realizó durante el año 2009, con la asesoría de un especialista en medicina interna y con el aval del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

El objetivo de este instrumento es identificar las principales particularidades de los pacientes que se diagnostican con esta enfermedad.

Se tuvo en cuenta variables como fecha de diagnóstico, diagnóstico realizado por especialista, No de historia clínica, género, edad, peso, raza, seguridad social, ocupación, antecedentes familiares, criterios diagnósticos de LES, manifestaciones diseminadas, antecedentes farmacológicos y enfermedades asociadas.

Se registró y se organizó la información en Excel, para realizar los cálculos necesarios. A todo paciente que cumplió con los criterios de inclusión del presente estudio se le fue aplicada la ficha técnica de recolección de datos, que entrega el diagnóstico de inicio. Se cruzó las variables correspondientes. Se valoró las características de la enfermedad en la primera consulta con el especialista, haciendo énfasis en los criterios diagnósticos de lupus.

1.5.6 Criterios de inclusión y de exclusión

1.5.6.1 Criterio de inclusión.

Pacientes que acudieron al servicio de consulta externa y hospitalización en el Hospital Universitario Departamental en San Juan De Pasto entre 2003 – 2008, con diagnóstico de Lupus.

1.5.6.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas antes del 2003 o después de 2008.
- Historias clínicas con impresión diagnóstica de lupus sin saltos clínicos o de laboratorio.
- Historias clínicas con diagnóstico de lupus pero que no se encontraron en el archivo.

1.5.7 Control de sesgos

Teniendo en cuenta que los sesgos se pueden presentar en cualquier momento de la investigación se menciona a continuación la forma como se controló en este estudio.

Se utilizó un formato el cual se realizó de acuerdo a los criterios diagnósticos, además se incluyeron signos y síntomas así como también las complicaciones más frecuentes establecidos por la Sociedad Americana de Reumatología.

Se hizo un listado de los fármacos causantes de Lupus ya establecidos en estudios anteriores que han sido medidos con una buena sensibilidad y especificidad lo que permite tener una excelente confiabilidad.

La presencia permanente de los investigadores en el presente estudio donde los mismos son los encargados de diligenciar el formato.

Al escoger el universo como la totalidad de población a estudio, permite tener mejor información y evitar sesgos como muestras insuficientes u omisión de grupos importantes para el estudio.

Conocimiento de tema y el formato por parte de los investigadores.

1.5.8 Consideraciones éticas.

La información obtenida fue utilizada para fines estadísticos y epidemiológicos sin afectar la integridad de los pacientes, respetando su privacidad, sin someterlo a ningún riesgo

1.5.9 Procesamiento y análisis.

Se tuvo en cuenta variables como: fecha de diagnóstico, diagnóstico realizado por especialista, No de historia clínica, género, edad, peso, raza, seguridad social, ocupación, antecedentes familiares, criterios diagnósticos de LES, manifestaciones diseminadas, antecedentes farmacológicos y enfermedades asociadas, posteriormente estos datos fueron analizados en EPI - INFO versión 2000 para sacar medidas de dispersión y medidas de tendencia central.. Lo anterior se lo realizó en el momento en el que se da el diagnóstico.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 *Lupus*

El LES es una enfermedad de distribución mundial, afecta a todas las razas aunque es de mayor gravedad en la raza negra, tiene predominio por el sexo femenino en la proporción de 9:1, se manifiesta a cualquier edad siendo más frecuente en la etapa productiva y reproductiva de la vida de 15 a 50 años de edad. Esta enfermedad es en realidad el prototipo de autoinmunidad específica, que puede ser considerada desde tres ángulos de visión; el de la inmunobiología, el de la inmuoquímica y el de la inmunopatología.

El 90% de los pacientes con lupus son femeninos, esto se debe por un importante rol de las hormonas femeninas, pero un rol, protector de las hormonas masculinas es también posible. Muchas drogas pueden causar lupus estas son las más importantes Procainamida, Hidralazina y Quinidina los pacientes con lupus inducido por drogas presentan usualmente manifestaciones cutáneas y de las articulaciones, las manifestaciones renales y neurológicas son muy raras. En las causas virales de lupus se ha encontrado el Epstein-Barr virus (EBV). La radiación ultravioleta es uno de los más obvios factores ambientales identificados 23 en lupus, la fotosensibilidad es un criterio identificado por el colegio americano de reumatología para la clasificación de la enfermedad.

El primer mecanismo puede surgir genéticamente. Las investigaciones indican que el lupus eritematoso sistémico puede tener un vínculo genético. Varios genes necesitan verse afectados por el lupus para producirse y los genes más importantes se localizan en el cromosoma 6. Asociación de LES con enfermedades hereditarias por deficiencia de complemento: C1r, C1s, C1, INH, C4, C2, C5, y C8, principalmente con deficiencia de C2. La eficiencia parcial de C2 en heterocigotos es también más frecuente, del 6% en LES vs 1% en normales. Esta anomalía congénita se asocia con HLA-A10 y HLA-B18.⁹

Estos genes pueden producirse de forma aleatoria o ser el resultado de una herencia. Además, quien sufre de LES presenta alterados los sitios vinculados del

⁹ Mechanisms of Disease, Systemic Lupus Erythematosus; Anisur Rahman, Ph.D., and David A. Isenberg, M.D. Med 2008;358:929-39.

gen RUNX-1, que puede ser la causa o contribuir (o ambas cosas a la vez) a este estado. La alteración de los lugares vinculados del RUNX-1 también se ha encontrado en pacientes con psoriasis y artritis reumatoide. Los loci de susceptibilidad que han sido identificados en el lupus están en la tabla 2.

Tabla 2. Susceptibilidad de los LOCI con asociación confirmada para Lupus

Localización Citogénica	Genes Candidatos Con LOCI	Respuesta Inmune
1q23	<i>CRP</i> <i>FCGR2A</i> <i>FCGR2B</i> <i>FCGR3A</i> <i>FCGR3B</i>	Innata Innata Adaptativa Adaptativa Adaptativa
1q25–31		
1q41–42	<i>PARP</i> <i>TLR5</i>	Apoptosis Innata
2q35–37	<i>PDCD1</i>	Adaptativa
4p16–15.2		
6p11–21	MHC class II: <i>DRB1</i> MHC class III: <i>TNF-α</i> <i>C2, C4</i>	Adaptativa Adaptativa Innata
12q24		
16q12–13	<i>OAZ</i>	Adaptativa

Fuente: Mechanisms of Disease, Systemic Lupus Erythematosus; Anisur Rahman, Ph.D., and David A. Isenberg, M.D. Med 2008;358:929-39.

Alelos de HLA-DRB1, se establecen IRF5, y STAT4 los genes de susceptibilidad; hay muy buena evidencia para la existencia de sitios de riesgo adicionales. El B lymphoid tyrosine kinase (BLK) y C8orf13 (cromosoma 8p23.1) es asociado con el riesgo de la enfermedad e ITGAM–ITGAX en cromosoma 16.

Presentación más frecuente (hasta 10 veces) en los familiares de pacientes con LES que en la población general. Mayor concordancia entre gemelos idénticos

comparada con heterocigotos (60% vs 9%). Asociación de Les con antígenos HLA clase II (HLA-DR2 y DR3) tanto en raza blanca como negra.

2.1.1.1 Autoanticuerpos en lupus

Se ha estudiado su efecto más extensamente en cuanto a las manifestaciones cutáneas y hepáticas, muchos de los pacientes con esta enfermedad tienen títulos elevados de algunos autoanticuerpos¹⁰. Los anticuerpos más comunes se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Autoanticuerpos patogénicos en lupus

Antígeno Específico	Prevalencia %	Manifestaciones
Anti ds DNA	70–80	Enfermedad hepática, enfermedad cutánea
Nucleosomas	60–90	Enfermedad hepática, enfermedad cutánea
Ro	30–40	Enfermedad hepática, enfermedad cutánea, problemas en el corazón fetal
La	15–20	problemas en el corazón fetal
Sm	10–30	Enfermedad hepática
Receptor NMDA	33–50	Enfermedad cerebral
Fosfolipídico	20–30	Thrombosis, pérdida de embarazo
α-Actinin	20	Enfermedad hepática
C1q	40–50	Enfermedad hepática

Fuente: Mechanisms of Disease, Systemic Lupus Erythematosus; Anisur Rahman, Ph.D., and David A. Isenberg, M.D. Med 2008;358:929-39

¹⁰ Ibid

Autoanticuerpos median la destrucción celular y de las plaquetas por lo tanto son importantes en la producción de trombocitopenia y anemia hemolítica que ocurre en pacientes con lupus, se ha detectado anticuerpos antiplaquetas séricos en 56 de 90 pacientes con lupus y 29 de 90 pacientes tienen trombocitopenia. Muchos estudios demuestran que los autoanticuerpos median el daño tisular en pacientes con lupus, se cree que el anti Sd DNA es probablemente el más crítico determinante en el daño tisular.

2.1.1.2 Manifestaciones clínicas

Tabla 4. Principales manifestaciones diseminadas de Lupus

Manifestaciones diseminadas del LES	
DISEMINADAS	Fatiga Malestar general Fiebre Anorexia Pérdida de peso
MUSCULO ESQUELÉTICAS	Artralgias Poliartritis no erosiva Deformidades de las manos Miopatía y miositis Necrosis isquémica de hueso
CUTÁNEAS	Fotosensibilidad Urticaria Eritema por vasculitis Eritema discoide Alopecia Ulceras orales Eritema malar
HEMATOLÓGICAS	Anemia (de Enf. crónica) Leucopenia Anemia hemolítica Trombocitopenia Linfadenopatías Esplenomegalia

Tabla 4. (Continuación)

NEUROLÓGICAS	Alteraciones emocionales Trastornos cognoscitivos Cefalalgia Mielopatía Convulsiones Mono y polineuropatía Confusión aguda Apoplejía Isquemia transitoria Trastornos del movimiento Meningitis aséptica
CARDIOPULMONARES	Neumonía por LES Pleuritis Pericarditis Derrames Miocarditis Endocarditis Hemorragia Artropatía coronaria SDRA Hipertensión pulmonar Fibrosis intersticial
RENALES	Nefropatía terminal Síndrome nefrítico Cilindros celulares Proteinuria > 500 mg/24h
DIGESTIVAS	Vasculitis Nauseas Dolor leve Diarrea Enzimas hepáticas anormales
TROMBOSIS	Arterial Venosa
OCULARES	Síndrome de Sjögren Conjuntivis Epiescleritis Vasculitis

Fuente: BRAUNWALD Eugene, y Otros. Principios de Medicina Interna de Harrison. 16 ed. Madrid: McGraw-Hill, 2007 ; volumen 2; pag. 2161

2.1.1.3 Diagnóstico.

No existe una prueba inequívoca para el diagnóstico del LES. Por ello, generalmente se recurre a los criterios de clasificación propuestos por el Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology: ACR, que son ampliamente aceptados, aunque fueron diseñados con fines de investigación para permitir la comparación de grupos homogéneos de pacientes en estudios clínicos. Para ser clasificado como LES, un paciente debe tener cuatro o más criterios, pero no se requiere que estén presentes simultáneamente¹¹.

2.1.1.4 Criterios para la clasificación del lupus eritematoso sistémico del Colegio Americano de Reumatología

1. Erupción malar: Eritema fijo sobre la región malar, que tiende a respetar los pliegues nasolabiales.
2. Erupción discoide: Erupción eritematosa en parches con queratosis y oclusión folicular.
3. Fotosensibilidad: Erupción cutánea como resultado de una reacción inusual a la luz solar.
4. Ulceras orales: Laceraciones orales o nasofaríngeas, usualmente indoloras
5. Artritis: Artritis no erosiva que compromete dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por sensibilidad a la palpación, edema o efusión.
6. Serositis
 - a. Pleuritis
 - b. Pericarditis
7. Compromiso renal
 - a. Proteinuria persistente >0,5 g/día o >3+
 - b. Cilindros celulares
8. Compromiso neurológico
 - a. Convulsiones

¹¹ BRAUNWALD Eugene, y Otros. Principios de Medicina Interna de Harrison. 16 ed. Madrid : McGraw-Hill, 2007 ; volumen 2

b. Psicosis

9. Compromiso hematológico

- a. Anemia hemolítica
- b. Leucopenia $<4000 \text{ x mm}^3$
- c. Linfopenia $<1500 \text{ x mm}^3$
- d. Trombocitopenia $< 100.000 \text{ mm}^3$

10. Alteraciones inmunológicas

- a. Anticuerpos Anti-ONA nativo
- b. Anticuerpos anti-Sm
- c. Anticuerpos anti-fosfolipídicos demostrados por presencia de:
 - Anticuerpos Anticardiolipina de los isótopos IgG o IgM
 - Anticoagulante lúpico positivo.
 - Serología luética falsamente positiva

11. 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”¹²

Cualquier combinación de 4 o más de los 11 criterios, bien documentado durante cualquier intervalo de la historia del paciente, hace el diagnóstico de LES. Especificidad y Sensibilidad son del 95% y 75%, respectivamente.

Es preciso enfatizar que estos criterios no son diagnósticos, ya que inicialmente puede haber compromiso de uno o pocos órganos y pueden pasar meses o años antes de que el paciente cumpla cuatro criterios para su clasificación como LES. Por el contrario, en algunas ocasiones, enfermedades como la lepra o la endocarditis bacteriana subaguda pueden tener cuatro o más de los criterios y ser equivocadamente considerados como pacientes con LES. El diagnóstico diferencial del LES incluye otras enfermedades autoinmunes, procesos infecciosos, tumorales, hematológicos, etc. Otras manifestaciones clínicas que hacen sospechar la presencia de LES, pero no están incluidas en los criterios de clasificación son la presencia de fiebre prolongada, malestar general, alopecia, fenómeno de Raynaud y vasculitis.

¹² BRAUNWALD Eugene, y Otros. Principios de Medicina Interna de Harrison. 16 ed. Madrid : McGraw-Hill, 2007 ; volumen 2

Al final, el diagnóstico de LES se hace tras una cuidadosa revisión de la historia clínica y del examen físico, asociada a exámenes de laboratorio de rutina y pruebas inmunológicas especializadas.

2.1.2 Evaluación inicial del paciente¹³.

Dadas las diversas manifestaciones clínicas del LES, tanto el médico de atención primaria como el especialista deben estar capacitados para sospechar y hacer el diagnóstico de la enfermedad.

La evaluación inicial del paciente debe tener en cuenta las manifestaciones constitucionales de la enfermedad y el compromiso de los diferentes órganos mediante una historia clínica y un examen físico cuidadoso. Una vez se plantee la sospecha clínica de LES se debe realizar una evaluación de laboratorio inicial que incluya cuadro hemático, VSG, recuento de plaquetas, glicemia, uroanálisis, creatinina, serología luética VDRL, pruebas de coagulación, TP Y TPT Y la determinación de anticuerpos antinucleares ANAS .

El cuadro hemático puede revelar anemia, leucopenia, linfopenia y trombocitopenia, hallazgos frecuentes en el LES e indicativos del grado de compromiso del sistema hematológico.

La VSG está frecuentemente elevada pero no refleja de forma adecuada el curso clínico de la enfermedad. El uroanálisis es la prueba más simple y utilizada con mayor frecuencia en el diagnóstico de la nefritis lúpica. La presencia de proteinuria, hematuria o cilindruria sugiere la posibilidad de compromiso renal e indica la necesidad de estudios adicionales:

- Historia Clínica Detallada
- Examen físico completo
- Exámenes de Laboratorio
- Cuadro hemático
- VSG
- Glicemia - TPT

¹³ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

- Recuento de Plaquetas - TP
- Uroanálisis - AA
- Creatinina - VDRL

2.1.2.1 Diagnóstico del lupus eritematoso sistémico evaluación inicial

La determinación de ANAs por inmunofluorescencia indirecta, usando como sustrato células Hep-2, es el examen de laboratorio más utilizado en el diagnóstico de LES. Se consideran como positivos títulos aquellos iguales o superiores a la dilución de 1:80. Más del 95% de los pacientes con LES tiene ANAs positivos, de manera que ante un cuadro clínico sospechoso, la no detección de ANAs, realizada en un laboratorio confiable, es un fuerte argumento en contra del diagnóstico de LES.

Diversos factores influyen en el resultado de los ANAs, entre los que se destacan el sustrato nuclear utilizado, el título, la selección de los pacientes y la prevalencia de otras enfermedades asociadas a ANAs positivos. La presencia de AAN positivos, por sí misma, no es diagnóstica de LES debido a que estos anticuerpos pueden detectarse en diversas entidades¹⁴.

El 5% de la población normal puede tener ANAs a títulos bajos y hasta en un 30% de ancianos sanos. El valor predictivo positivo de los ANAs varía del 11 al 35% en diferentes estudios. Una mayor selectividad para ordenar esta prueba no sólo mejoraría su valor predictivo positivo si no llevaría a una reducción del número de pruebas ordenadas, diagnósticos equivocados, remisiones innecesarias y tratamientos inútiles.

2.1.2.2 Evaluación especializada.

Si la evaluación clínica y serológica del paciente es sugestiva de LES, éste será remitido para su evaluación posterior al Internista y/o Reumatólogo con la finalidad de:

- Confirmar el diagnóstico de LES.

¹⁴ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

- Determinar la extensión y gravedad del daño orgánico.
- Desarrollar el plan de tratamiento a largo plazo.

La determinación de la extensión y gravedad del compromiso orgánico, así como su tratamiento, requieren de una coordinación interdisciplinaria entre el Internista y/o Reumatólogo y las diversas sub-especialidades de la Medicina para evaluar en cada caso si la afección orgánica se debe a la enfermedad, a alteraciones metabólicas, a efectos indeseables de los medicamentos, a infecciones o a enfermedades intercurrentes.

Cabe mencionar que en LES diversos factores, como la actividad propia de la enfermedad, la insuficiencia renal, el tratamiento con corticoesteroides a dosis altas y los inmunosupresores, facilitan la aparición de infecciones. Los órganos más afectados por procesos infecciosos son el tracto urinario, la piel, el sistema osteoarticular, los pulmones y el sistema nervioso central.

2.1.2.3 Laboratorio especializado¹⁵.

A este nivel, el especialista solicitará estudios adicionales como la determinación de anticuerpos anti-DNA nativo, anti-Sm, anti-Ro, anti-La, factor reumatoide, anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) y estudios del complemento , C3 y C4, para apoyar o confirmar el diagnóstico clínico, establecer la presencia de subgrupos del LES o como determinantes de la actividad y pronóstico de la enfermedad.

Los anticuerpos anti-DNA nativo se presentan en el 50-70% de los pacientes con LES, con una especificidad y valor predictivo positivo de más del 95%. La presencia de estos anticuerpos, en general, refleja actividad en el LES, especialmente si están asociados a niveles de complemento bajos, pero se presentan suficientes excepciones para hacer que la determinación de sus niveles sea de valor limitado en muchos pacientes.

La asociación más estrecha de los anticuerpos anti-DNA nativo ha sido con la presencia de nefritis. Sin embargo, muchos pacientes pueden tener niveles altos de estos anticuerpos y por largos períodos de tiempo sin presencia de compromiso renal.

¹⁵ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

Los anticuerpos contra el antígeno Sm se encuentran casi exclusivamente en el LES, pero están presentes sólo en un 20-30% de los casos. Los anticuerpos contra los antígenos Ro/SS-A y La/SS-B se encuentran en pacientes con LES o enfermedad de Sjögren. Están especialmente elevados en aquellos pacientes con fenómenos de fotosensibilidad, lupus cutáneo subagudo, en un subgrupo de pacientes con LES y deficiencia de los componentes iniciales del sistema del complemento y en el lupus neonatal.

Los AAF se encuentran presentes en el 30 al 50% de los pacientes con LES. Los AAF que deben solicitarse son el anticoagulante lúpico (AL) (determinado según las recomendaciones del Comité de Estandarización) y los anticuerpos anticardiolipina (AAC) (isótopos IgG e IgM). La presencia de anticuerpos contra otros fosfolípidos como fosfatidilserina, fosfatidilinositol o fosfatidiletanolamina suele correlacionarse con la presencia de AAC. Por tal razón no es precisa su determinación rutinaria, a menos que se trate de un paciente con alta sospecha clínica de SAF y marcadores serológicos negativos¹⁶.

2.1.2.4 Biopsia renal¹⁷

El compromiso renal es el principal determinante del pronóstico del LES, por lo que se requiere una evaluación y seguimiento muy cuidadosos de la nefritis lúpica. Hay que destacar la importancia del uroanálisis, junto a la determinación de la creatinina y el BU N, la medición de la proteinuria en 24 horas y la depuración de creatinina que son estudios sensibles para detectar el compromiso renal.

Existe una gran controversia respecto a la realización de la biopsia renal. Mientras en algunos grupos su práctica es sistemática en todos los pacientes con LES, otros inician terapia empírica en los episodios iniciales de nefritis, dejando la realización de la biopsia para el estudio de la enfermedad renal refractaria, recidivante o de difícil control, especialmente para la identificación de pacientes que requieran terapia con inmunosupresores. No obstante, hay un mayor acuerdo en realizar biopsia renal a los pacientes con evidencia de nefritis lúpica determinada por los exámenes de orina y sangre con el fin de clasificar el

¹⁶ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

¹⁷ . Dr. Gerardo Ramírez y Cols, Guías de Práctica Clínica Basadas En La Evidencia, Lupus Eritematoso Sistémico. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME; 36

compromiso renal, determinan el grado de actividad o cronicidad de la lesión y adecuar el tratamiento.

La biopsia renal se realiza por punción percutánea, preferiblemente con el paciente hospitalizado; en raras ocasiones se requiere biopsia renal abierta.

La biopsia renal está indicada cuando hay evidencia de:

- Alteración de la función renal, creatinina $>1,2$ mg% y disminución de la depuración de creatinina, demostrada al menos en dos ocasiones.
- Alteración del sedimento urinario: hematuria, leucocituria o presencia de cilindros (descartando la infección).
- Proteinuria superior a 500 mg en 24 horas demostrada al menos en dos ocasiones.
- Pacientes con insuficiencia renal no terminal ya diagnosticada (con o sin biopsia previa), anteriormente controlados con función renal estable, que presente:

Deterioro de la función renal (aumento de la creatinina > 1 mg/mes durante dos meses).

Aumento comprobado de la proteinuria de >2 gramos/24 horas entre dos determinaciones.

Las situaciones que pueden contraindicar la biopsia renal son: Alteración de la coagulación. Embarazo, HT A no controlada, Tumor renal, Hidronefrosis, Infección urinaria, Quistes múltiples, Insuficiencia renal avanzada.

Es recomendable que el estudio histopatológico renal incluya, al menos, microscopía de luz e inmunofluorescencia, para determinar el tipo de lesión y su grado de actividad o cronicidad.

2.1.2.5 Clasificación de la nefritis lúpica OMS¹⁸

Clase I. Normal o enfermedad de cambios mínimos (1-4%)

- a. Normal (por todas las técnicas)
- b. Normal por microscopía de luz pero se pueden demostrar depósitos por microscopio electrónico o de fluorescencia.

Clase II Glomerulonefritis mesangial (20%)

- a. Ensanchamiento mesangial y/o leve hiper celularidad
- b. Hiper celularidad moderada

Clase III Glomerulonefritis proliferativa focal (25%)

- a. Lesiones necrotizantes activas
- b. Lesiones activas y esclerosantes
- c. Lesiones esclerosantes

Clase IV Glomerulonefritis proliferativa difusa (37%)

- a. Sin lesiones segmentarias
- b. Con lesiones necrotizantes activas
- c. Con lesiones activas yesclerosantes
- d. Con lesiones esclerosantes

Clase V Glomerulonefritis membranosa (13%)

- a. Glomerulonefritis membranosa pura
- b. Asociada con lesiones de categoría II (a o b)
- c. Asociada con lesiones de categoría III (a - c)
- d. Asociada con lesiones de categoría IV (a - d)

¹⁸ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España

2.1.3 Tratamiento

2.1.3.1 Medidas de orden general¹⁹

El tratamiento del LES es difícil por varios factores: la etiología de la enfermedad no está bien definida, en el momento actual no existe un tratamiento específico y la extraordinaria diversidad de las manifestaciones clínicas del LES y la evolución variable de la enfermedad no permiten establecer una guía terapéutica.

La terapia debe adecuarse individualmente a la actividad de la enfermedad y a la extensión y gravedad del compromiso orgánico. Los objetivos del tratamiento serán: controlar la actividad de la enfermedad, prevenir el daño orgánico, obtener la recuperación funcional del paciente, prevenir y tratar las complicaciones derivadas de la enfermedad y de los fármacos utilizados.

En lo que concierne al paciente es esencial la reincorporación a las actividades de la vida diaria en el hogar y el trabajo, con las dosis de medicación más baja posible. Durante la fase aguda, el paciente debe guardar reposo, según el grado de afectación orgánica que lo aqueje y evitar situaciones que le produzcan estrés físico y síquico.

Una vez superado el brote agudo, el ejercicio regular ayuda a prevenir la debilidad muscular y la fatiga.

Muchos pacientes con LES tienen fotosensibilidad y se les debe recordarla importancia de evitar la exposición directa o indirecta al sol o a la luz fluorescente. La aplicación de filtros solares de alta protección (factor 15 o mayor) efectivos contra rayos ultravioletas A y B ayudan a prevenir exacerbaciones y la aparición de erupciones por fotosensibilidad.

El tratamiento médico general, como el control de la hipertensión, la corrección de desequilibrios de líquidos y electrolitos, el tratamiento de las infecciones, de las hiperlipidemias y de los trastornos neurológicos forma parte del control integral del paciente con LES.

¹⁹ . Dr. Gerardo Ramírez y Cols, Guías de Práctica Clínica Basadas En La Evidencia, Lupus Eritematoso Sistémico. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME; 25

La terapia hormonal (anticonceptivos orales y terapia de suplencia) no están contraindicados, excepto en los casos que exista enfermedad renal activa, AAF positivos u otras contraindicaciones generales, como la historia de trombosis arteriales y venosas, tabaquismo e hiperlipidemia.

2.1.3.2 Tratamiento farmacológico²⁰.

- Antiinflamatorios no esteroideos. El efecto terapéutico de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) consiste en disminuir el dolor, la fiebre y la inflamación. La fiebre, artralgias, artritis y pleuropericarditis se pueden controlar adecuadamente con los AINEs. No hay una diferencia significativa entre los diferentes AINEs; además, existe una amplia variabilidad individual en la respuesta a estos medicamentos. La diferencia en la presentación de los efectos secundarios, junto con la vida media, la preferencia del paciente y el costo determinan su elección.

- Antimaláricos. Los antimaláricos tienen acción antiinflamatoria, inmunomoduladora y protectora de la piel. Su mecanismo de acción no es bien conocido, pero se ha demostrado que tienen beneficios en pacientes con manifestaciones cutáneas subagudas y crónicas, con respuestas adecuadas entre el 50 al 80% de los casos.

Los antimaláricos son útiles también en el tratamiento de la artritis, la serositis leve y la fatiga, pueden prevenir la diseminación de una enfermedad leve a una más grave y no predisponen a infecciones oportunistas.

Los prescritos con mayor frecuencia son la cloroquina, la hidroxicloroquina y la primaquina a dosis de 250 mg, 200-400 mg y 100 mg al día, respectivamente. En general, la hidroxicloroquina es la mejor tolerada, con la más baja incidencia de efectos secundarios, aunque su precio es mucho mayor. Los efectos secundarios son raros; puede observarse toxicidad retiniana, dificultad para la acomodación, diversos síntomas gastrointestinales, miopatía, pigmentación anormal de la piel y neuropatía periférica.

²⁰ . Dr. Gerardo Ramírez y Cols, Guías de Práctica Clínica Basadas En La Evidencia, Lupus Eritematoso Sistémico. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME; 26-29

2.2 Marco conceptual

ARTRITIS. Artritis no erosiva que afecta dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por dolor a la palpación, tumefacción o derrame.

ANTICUERPO ANTINUCLEAR. 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

ERUPCIÓN DISCOIDE. Placas eritematosas altas, con descamación queratósica adherente y tapones foliculares; puede haber cicatrices atróficas en las lesiones más antiguas.

ERUPCIÓN MALAR. Eritema fijo, plano o alto, sobre las eminencias malares, que no suele afectar los surcos nasogenianos.

FOTOSENSIBILIDAD. Erupción cutánea a causa de una reacción insólita a la luz solar, referida por el paciente u observada por el médico.

HTA. Hipertensión arterial

ICC. Insuficiencia cardiaca congestiva

LES Lupus Eritematoso Sistémico

SD. Sin dato

SEROSITIS. Pleuritis: Claro antecedente de dolor pleurítico o frote, o signos de derrame pleural, o bien
Pericarditis: comprobada por electrocardiograma o frote o signos de derrame pericárdico.

TRASTORNO HEMATOLÓGICO. Anemia hemolítica: con reticulocitosis, o bien Leucopenia: menos de 4.000/mm³ en dos o en más ocasiones; Linfopenia: menos de 1.500/mm³ en dos o más ocasiones, o bien Trombocitopenia: menos de 100.000/mm³ en ausencia de fármacos que produzcan esta alteración

TRASTORNO INMUNITARIO. Preparación de células LE-positivas (Este ítem fue eliminado de los criterios diagnósticos en la revisión realizada en 1992), o bien Anti-DNA: título anormal de anticuerpos contra DNA nativo, o bien Anti-Sm: Presencia de anticuerpos contra antígeno nuclear Sm. Hallazgo positivo de Anticuerpos antifosfolipídicos

TRASTORNO NEUROLÓGICO. Convulsiones: en ausencia de tratamientos farmacológicos o alteraciones metabólicas conocidas; por ej. Uremia, cetoacidosis, o desequilibrio electrolítico, o bien Psicosis: en ausencia de tratamientos farmacológicos o alteraciones metabólicas conocidas; por ej. Uremia, cetoacidosis, o desequilibrio electrolítico.

TRASTORNO RENAL. Proteinuria persistente mayor a 0,5g/día o mayor de 3+ sino se ha cuantificado, o bien Cilindros celulares: pueden ser de eritrocitos, hemoglobina, granulares, tubulares o mixtos.

3.1 Marco contextual

El municipio de San Juan de Pasto, se levanta al pié del volcán Galeras, a 2.527 m.s.n.m, ciudad capital del departamento de Nariño, se encuentra ubicada en el valle de Atriz a 795 km al suroccidente de de la capital de la república, cuenta con aproximadamente con 706.440 habitantes (año 2005).²¹La Capital del Departamento de Nariño, posee una altura de 2.559 metros sobre el nivel del mar y una temperatura media de 14 grados centígrados.

Hospital Universitario Departamental de Nariño, es una Empresa Social del Estado, es la única organización de la red pública de nivel III de la región funciona desde el 15 de diciembre de 1975 y en octubre de 1990, mediante Resolución del Ministerio de Salud No. 14676. A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa social del Estado por ordenanza 067 expedida en la Asamblea Departamental de Nariño.

²¹ <http://www.dane.gov.co/> sistema de consulta de información censal censo 2005.

Enmarca su accionar actual, circunscrito al entorno del Sistema de la Seguridad Social en Salud, fortaleciendo su estructura organizacional y empresarial frente al reto de este milenio enfocado hacia el III y IV nivel de complejidad. Actualmente el Hospital Departamental de Nariño E.S.E. cambia su razón social por Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño, dirige sus esfuerzos al mejoramiento continuo, se convertirá en una organización centrada en el usuario y fortalecerá la implementación tecnología de tal manera que complemente de manera armónica la Red de Prestadores de Servicios de Salud en el tercer nivel de complejidad.²²

El HUDN, como entidad oficial, además de los servicios médico-asistenciales, es un centro académico para práctica de estudiantes de posgrado, internado rotatorio y pregrado en medicina, enfermería superior, psicología, regencia en farmacia, auxiliares de enfermería, instrumentadoras quirúrgicas, auxiliares de laboratorio y estudiantes de áreas técnicas no médicas como ingeniería electrónica y administrativas.

²² <http://www.hosdenar.gov.co/>

3. ANALISIS DE RESULTADOS

Para la tabulación se tiene en cuenta la población de 73 historias clínicas.

Tabla 5. Frecuencia de edad en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15	7	9.7%
16-30	33	45%
31-59	30	41.1%
Adulto mayor >60	3	4.2%
Total	73	100%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Se encontró lupus en edades de 16 a 30 años que corresponden al 45% seguido por 31 a 59 años con un 41.1% lo cual concuerda con la literatura al afirmar que el lupus se encuentra en su gran mayoría en adultos jóvenes siendo esta una característica principal en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Tabla 6. Frecuencia de género en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	65	89,00%
Masculino	8	11,00%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Hubo mayor frecuencia de pacientes de género femenino 89% comparado con los pacientes de género masculino 11%, sin aun conocerse la etiología de esta mayor proporción entre géneros, lo cual está sujeto a la descripción realizada en otros estudios.

Tabla 7. Frecuencia de raza en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Raza	Frecuencia	Porcentaje
Afrocolombiano	6	8,20%
Mestiza	48	65,80%
SD	19	26,00%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

*SD sin dato en historia clínica

Se encontró mayor frecuencia de raza mestiza que padecen lupus seguida de pacientes afro colombianos, teniendo en cuenta que la población en general de los habitantes de Nariño corresponde en gran parte a la raza mestiza lo cual tiene discrepancia con lo que se observa en otros estudios realizados en Europa y Estados Unidos describiendo mayor proporción en la raza afro descendiente.

Tabla 8. Frecuencia de procedencia en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	36	49,30%
Urbano	37	50,70%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Respecto a el lugar de procedencia no se encontró diferencia significativa entre la población que procedía del área rural con la del área urbana, lo cual puede sugerir que no existe influencia del medio ambiente en la aparición de la patología.

Tabla 9. Frecuencia de ocupación en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	1	2,60%
Ama de casa	17	44,70%
Estilista	2	5,30%
Estudiante	14	36,80%
Militar	1	2,60%
Oficios varios	1	2,60%
Policía	1	2,60%
Profesor	1	2,60%
Total	38	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

La gran mayoría de la población que padece de lupus tiene como principal ocupación ama de casa 44.7% posteriormente se presenta en estudiantes 36.8% esto llama la atención debido a estas ocupaciones no están en contacto directo con factores químicos o factores predisponentes del lupus.

Tabla 10. Frecuencia de seguridad social en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Seguridad social	Frecuencia	Porcentaje
Contributivo	5	6,80%
Desplazado	1	1,40%
Subsidiado	50	68,50%
Vinculado	17	23,30%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

La gran mayoría de la población que son atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño tienen seguridad social de tipo subsidiado con un porcentaje del 68.5% esto puede ser considerado un sesgo ya que en el hospital que se realizó el estudio acoge en su mayoría a la población de seguridad social subsidiada y vinculada ya que es un hospital de servicio público esto sugiere que se debe tener en cuenta para estudios posteriores una cobertura más amplia de la población afectada con lupus extendiendo la a otras instituciones.

Tabla 11. Frecuencia de antecedentes familiares en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Antecedentes familiares	Frecuencia	Porcentaje
Artritis reumatoide	1	1,40%
Diabetes	1	1,40%
HTA	4	5,50%
No	5	6,80%
Sin dato en la HC	62	84,90%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

En la mayoría de los casos se encuentra que en los antecedentes familiares en las historias clínicas revisadas no tienen dato al respecto por lo tanto no existe una diferencia significativa entre los antecedentes familiares como tal.

Tabla 12. Frecuencia de antecedentes farmacológicos en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Captopril	Frecuencia	Porcentaje
no	36	49,30%
SD	31	42,50%
si	6	8,20%
Total	73	100,00%
Enalapril	Frecuencia	Porcentaje
no	39	53,40%
SD	31	42,50%
si	3	4,10%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

*SD sin dato en historia clínica

Con respecto a los antecedentes farmacológicos antes de diagnosticar Lupus no se obtuvo la información adecuada ya que el 42.5% carecen de datos, sin embargo se encuentra en un 8.20% de los casos que los fármacos con mayor frecuencia consumidos en pacientes que se les diagnosticó lupus es Captopril y Enalapril.

Tabla 13. Frecuencia de signos y síntomas en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

SIGNO O SÍNTOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Eritema malar	24	32,90%
Fiebre	29	39,70%
Fatiga	44	61,10%
Malestar general	56	76,70%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Entre los signos y síntomas más frecuentes en la población estudio son: el eritema malar que corresponde al 32.9%, fiebre 39.7%, fatiga 61.1% y malestar general 76.7%.

Tabla 14. Frecuencia de ANAs con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Anticuerpos Antinucleares	Frecuencia	Porcentaje
No	6	8,20%
SD	18	24,70%
Si	49	67,10%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

*SD sin dato en historia clínica

Se demostró que el 67,1% de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño tenían anticuerpos antinucleares positivos, por lo tanto cumplían con el criterio principal para el diagnóstico de lupus. Sin embargo este porcentaje debería ser mayor ya que la presencia de ANAs debe estar presente en los pacientes con lupus, aunque este no es el único criterio diagnóstico.

Tabla 15. Frecuencia de trastornos inmunológicos en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Anti ds DNA+	Frecuencia	Porcentaje
No	46	63,00%
SD	15	20,50%
Si	12	16,40%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

*SD sin dato en historia clínica

En 16,4 % de las historias clínicas revisadas se encuentran los anticuerpos anti ds DNA positivos, en la literatura refiere que la presencia de ellos está relacionada con el diagnóstico de una colagenopatía.

Tabla 16. Frecuencia de complicaciones músculo esqueléticas en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

ARTRALGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	41	56,20%
SD	7	9,60%
Si	25	34,20%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

*SD sin dato en historia clínica

De las historias clínicas revisadas se presentan artralgiás en un 34.2% sin ser este uno de los síntomas principales, sin embargo este es un síntoma inespecífico pero en la investigación el más frecuente con relación a complicaciones músculo esqueléticas.

Tabla 17. Frecuencia de complicaciones digestivas en pacientes con lupus en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

NAUSEAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	48	65,80%
SD	7	9,60%
Si	18	24,70%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

*SD sin dato en historia clínica

De los casos revisados de pacientes con lupus que presentaron complicaciones por la misma etiología se encontró que es más frecuentes en la población estudio náuseas 24.7% en relación a l sistema digestivo, teniendo en cuenta que este porcentaje no es significativo para esta patología.

Tabla 18. Frecuencia de enfermedades asociadas en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

HTA	Frecuencia	Porcentaje
No	49	67,10%
SD	13	17,80%
Si	11	15,10%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio
 *SD sin dato en historia clínica

De acuerdo con lo observado las enfermedades asociadas a lupus en el lupus es importante destacar que la más frecuente entre ellas es la hipertensión arterial con un 15.1% seguido de la insuficiencia cardiaca, ello concuerda con la revisión literaria.

Tabla 19. Letalidad en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Letalidad	Frecuencia	Porcentaje
Vivos	64	87.6%
Muertos	9	12.4%
Total	73	100%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Se encontró una letalidad de 14.06% correspondiente a los casos encontrados en la investigación los cuales consultaron en el hospital universitario departamental de Nariño, por tanto la sobrevivencia de los pacientes con lupus puede aumentar realizando un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento multidisciplinario, asimismo disminuyendo la tasa de letalidad.

4. DISCUSION

En investigaciones realizadas en estados unidos se dedujo que la relación hombre mujer es de 1:7, la raza más frecuente la caucásica y la raza en la que menos se presenta la negra, se presenta en estratos medios-altos y la presencia de anticuerpos anti nucleares es uno de los criterios para diagnosticar lupus, se dice que la presencia de anticuerpos anti DNA en 70% de los pacientes con lupus y la manifestación clínica más frecuente es el malestar general

En nuestro estudio encontramos que la relación hombre mujer es 1:8.1 un resultado muy similar a lo anterior mencionado, la raza más frecuentemente encontrada para lupus fue mestiza y en segundo lugar la raza afrocolombiana y para nosotros la más rara fue la indígena sin ningún dato, hay presencia de anticuerpos antinucleares en 67.1% pacientes de las historias examinadas un dato no muy lejano con lo ya antes mencionado y la presencia de anticuerpos anti DNA se encontró en 16,4 de los pacientes al parecer en nuestra población no hay una frecuencia significativa de estos anticuerpos, se encontraron diagnósticos solo mencionados por biopsia sin ningún criterio diagnóstico para lupus mencionado por la sociedad americana de reumatología, además la mayoría de las historias examinadas no cumplen 4 de los criterios diagnósticos para lupus, se encontró que en nuestro medio se está diagnosticando lupus simplemente con la presencia de anticuerpos antinucleares. se observo un gran porcentaje de pacientes con historias clínicas que no presentan datos de antecedentes familiares, la ocupación que se presenta con mayor frecuencia para lupus es la de ama de casa posteriormente estudiante, en nuestro estudio se encuentra mayor porcentaje de pacientes con lupus que se encuentran afiliados a seguridad social subsidiada comparada con la contributiva que es de bajo porcentaje

Se encuentra que el orden de frecuencia de mayor a menor correspondiente a los signos y síntomas asociados a lupus fue el siguiente: malestar general 76.7%, fatiga 61.1%, fiebre 39.7%, eritema malar 32.9%, leucopenia 26.4%, fotosensibilidad 26%, proteinuria > 0.5 gr día 25%, anemia hemolítica 13.7%, pérdida de peso 16.7%, serositis 13,7%, convulsiones sin causa 12,3%, eritema discoide 11,0 % y anorexia 9.7%.

Se ha definido a nivel mundial que el lupus tienen relación en cuanto a su etiología con algunos medicamentos, por lo tanto es importante los antecedentes farmacológicos, en nuestro estudio encontramos que la gran mayoría de médicos que hacen el diagnóstico de lupus obvian los antecedentes farmacológicos, solo se encontró un muy pequeño porcentaje que si tenían antecedentes pero aun así no eran los medicamentos más frecuentemente asociados con lupus.

En Los exámenes de laboratorio se encuentra linfopenia 8.2%. El signo con menor porcentaje al examen físico fueron las úlceras orales con 5,5%. Es importante notar que de las complicaciones musculo esqueléticas más frecuentemente encontradas fueron artralgias en un 34,2% seguida de poliartritis no erosiva con 15,1%. Las manifestaciones cutáneas se encontraron como frecuentes la alopecia con 12,5 y el eritema por vasculitis con 4,2%.

De las manifestaciones renales más importantes en cuanto frecuencia síndrome nefrítico con 9,6 y nefropatía terminal con 2,7%. Se observó que las náuseas fue la manifestación gastrointestinal con 24,7% seguido por dolor leve 21,9% y enzimas hepáticas anormales con 9,7%.

La manifestación hematológica más frecuente fue la trombocitopenia que presentó un 27,4% en la literatura se encuentra que a diferencia de lo encontrado en el presente estudio, es la linfopenia la más frecuente.

Dentro de las manifestaciones neurológicas se encontraron como preponderantes la cefalalgia y las alteraciones emocionales con 15,1% cada uno, posteriormente las convulsiones y trastornos de movimiento con 9,6% cada uno, la isquemia transitoria les sigue con 6,95% y la mono o polineuropatía con 5,5%. En las manifestaciones cardiopulmonares vale la pena mencionar los derrames como la manifestación más frecuente. La enfermedad asociada a lupus que con más frecuencia se observó fue hipertensión arterial con 15,1% y la segunda fue la insuficiencia cardíaca congestiva. Del total de la población 12,4 % murieron por complicaciones del lupus y la letalidad encontrada de lupus fue de 14.06% por cada 100 personas con esta enfermedad

Se encontró también que los pacientes diagnosticados con lupus no se les realiza un adecuado seguimiento de su enfermedad y que posteriormente llegan a consulta con las complicaciones de Lupus, la más frecuentemente encontrada fue la nefritis lúpica incluso llegando hasta a la muerte.

5. PROPUESTA

Conformar un equipo de trabajo para seguimiento de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad para así evitar mayores complicaciones y evitar la mortalidad

Crear un protocolo de diagnóstico y manejo para lupus en el HUDN, para instruir a los médicos de hacer una adecuada historia clínica, un adecuado diagnóstico y un buen manejo y seguimiento de estos pacientes

Estar en contacto con los pacientes de esta patología creando una red de información sobre la enfermedad

Continuar con este proyecto en HUDN para así obtener una mejor información y más detallada de esta enfermedad enfocando a los pacientes según diagnóstico y tipo de diagnóstico si clínico por laboratorio o patológico ya que en nuestro medio también se diagnóstica solo y únicamente por biopsia.

6. CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados encontramos que el estudio concuerda con la literatura a nivel mundial, la población de mayor frecuencia de pacientes que padecen lupus fueron edades de 16 a 30 años, de ellos en su mayoría fueron de género femenino con relación de 9:1.

Llama la atención que los pacientes con lupus tiene como ocupación en su mayoría ama de casa y estudiantes por lo cual se debería investigar más a fondo la razón de la predisposición a adquirir esta enfermedad.

En la mayoría de los casos se encuentra que en los antecedentes familiares en las historias clínicas revisadas no tienen dato al respecto, por lo tanto no existe una diferencia significativa entre los antecedentes familiares como tal de allí la importancia de realizar una buena historia clínica completa, consignando los datos de importancia.

Con respecto a los antecedentes farmacológicos antes de diagnosticar Lupus no se obtuvo la información adecuada ya que el 42.5% carecen de datos, sin embargo se encuentra en los pocos casos que los fármacos con mayor frecuencia son consumidos en pacientes que se les diagnosticó lupus es el Captopril y Enalapril lo cual se coorelaciona con la principal comorbilidad asociada que corresponde a la hipertensión arterial

7. RECOMENDACIONES

Es importante que el personal médico tome conciencia sobre la importancia de esta patología ya que como se ha revisado en la literatura el lupus es una patología de difícil manejo por lo cual se debe hacerse de forma multidisciplinaria y así evitar las complicaciones que se suscitan a largo plazo.

Dado que la mayoría de los pacientes no tiene un buen seguimiento de su enfermedad ya sea por desconocimiento o por que el personal de salud aun no ha tenido conciencia de que el lupus es una patología de alto riesgo que puede progresar a complicación evolucionan hasta la muerte por ello se recomienda al personal de salud hacer un protocolo de guía y manejo de estos pacientes ya que la institución no cuenta con dicho recurso.

Se debe realizar una adecuada historia clínica, completa controlando así el registro de los antecedentes familiares y farmacológicos ya que son de importancia tanto en el diagnostico como en el seguimiento del paciente, además hacer un adecuado examen físico describiéndolo por sistemas y no solo baste el examen de laboratorio o patológico para hacer el diagnostico de esta enfermedad.

Se sugiere extender el estudio a todos los pacientes que se diagnosticaron con lupus en el HUDN y además aplicarlo a otras instituciones del municipio, así como también ser más estrictos en el diagnostico teniendo en cuenta que el diagnostico de lupus según la sociedad americana de reumatología de encontrarse presencia de 4 o más criterios.

BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN-SEGOVIA O, OELEZÉ M, ORIA CV, SÁNCHEZ-GUERRERO J, GÓMEZPACHECO L, CABIEDES J, FERNÁNDEZ L, PONCE DE LEÓN S. Antiphospholipid antibodies and the Antiphospholipid Syndrome in Systemic Lupus Erythematosus: a prospective analysis of 500 consecutive patients. *Medicine (Baltimore)* 1989;68:353-365.

BOUMPAS OT, AUSTIN HA 111, FESSLER BJ, BALOW JE, KLIPPEL JH, LOCKSHIN. Systemic Lupus Erythematosus: Emerging concepts. Part 1. *Ann Intern Med* 1995; 122:940- 950

CERVERA R, KHAMASHTA MA, FONT J, SEBASTIANI GO, GIL A, LAVILLA P, Ooménech 1. Systemic Lupus Erythematosus: Clinical and Immunologic Patterns of Oisease Expression in a cohort of 1000 Patients. *Medicine* 1993;72:113-124

Comorbilidad y hospitalización en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Clínica Universitaria Bolivariana, Congregación Mariana y Hospital.

DR. RAMÍREZ GERARDO Y COLS, Guías de Práctica Clínica Basadas En La Evidencia, Lupus Eritematoso Sistémico. Asociación colombiana de facultades de medicina- ASCOFAME; 16-23

FARRERAS-ROZMAN: Medicina Interna, 14a Edición. Ediciones Harcourt S.A. 2000.

HARRISON: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

TOBÓN URIBE PABLO, Medellín, 2001 Andrés Agudelo¹, Lina Gallego¹, David Londoño¹, Catalina Martínez¹, Martha Herrera², Fernando Pinto³.

NETGRAFIA

MANSON, JESSICA, Systemic lupus erythematosus *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2006, 1:6 doi:10.1186/1750-1172-1-6 27, March 2006.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1459118/pdf/1750-1172-1-6.pdf?tool=pmcentrez>

RAHMAN, ANISUR, Systemic Lupus Erythematosus en: *The new engl and journa l o f medicine*, N Engl J Med 2008;358:929-39. february 28, 2008.
<http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/9/929.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Ficha técnica



CARACTERIZACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN PACIENTES QUE ASISTAN A EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL, ESTUDIO BICENTRICO DESCRIPTIVO EN SAN JUAN DE PASTO ENTRE 2003 – 2008

Fecha de diagnóstico:

Diagnostico: _____

Nº HISTORIA CLINICA: _____

Edad _____

Género: F M

Peso: _____ Kg SD

Raza: Afrocolombiano

Indígena

Mestiza

SD

LUGAR DE PROCEDENCIA:

Rural

Urbano

Municipio _____

SEGURIDAD SOCIAL:

Contributivo

Subsidiado

Vinculado

Desplazado

OCUPACIÓN

Si No SD

cual _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Historia familiar de LES

SD

Dermatomiositis,

Esclerodermia

Poliarteritis

Artritis reumatoide

Diabetes

HTA

CA

CRITERIOS DIAGNOSTICOS LES

Eritema malar

Si No SD

Eritema discoide

Si No SD

Fotosensibilidad

Si No SD

Ulceras bucales

Si No SD

Artritis no erosiva de 2 o mas articuciones

Si No SD

Serositis

Si No SD

Trastornos renales:

Poteinura (>0.5 g/dia)

Si No SD

Cilindros renales+

Si No SD

Trastornos neurologicos:

Convulsiones sin causa

Si No SD

Psicosis sin causa

Si No SD

Trastornos hematologicos:

Anemia hemolítica

Si No SD

Leucopenia

Si No SD

Linfopenia

Si No SD

Trastornos inmunatarios:

Anti dsDNA +

Si No SD

Anti Sm +

Si No SD

Antifosfolipidos +

Si No SD

Anticuerpos antinucleares +

Si No SD

MANIFESTACIONES DISEMINADAS DEL LES

Fatiga

Si No SD

Malestar general

Si No SD

Fiebre

Si No SD

Anorexia

Si No SD

Perdida de peso

Si No SD

Musculo esqueléticas:

Artralgias

Si No SD

Poliartritis no erosiva

Si No SD

Deformidades de las manos

Si No SD

Miopatía y miosistis

Si No SD

Necrosis isquémica de hueso

Si No SD

Cutáneas:

Fotosensibilidad

Si No SD

Eritema malar

Si No SD

Ulceras orales

Si No SD

Alopecia

Si No SD

Eritema discoide

Si No SD

Eritema por vasculitis

Si No SD

Urticaria

Si No SD

Hematológicas:

Anemia (de enf crónica)

Si No SD

Leucopenia

Si No SD

Trombocitopenia

Si No SD

Linfadenopatias

Si No SD

Esplenomegalia

Si No SD

Anemia hemolítica

Si No SD

Neurológicas:

Transtornos cognoscitivos

Si No SD

Alteraciones emocionales

Si No SD

Cefalalgia

Si No SD

Convulsiones

Si No SD

Mono y polineuropatia

Si No SD

Apoplejía

Si No SD

Isquemia transitoria

Si No SD

Confusión aguda

Si No SD

Trastornos del movimiento

Si No SD

Meningitis aséptica

Si No SD

Mielopatía

Si No SD

Caripulmonares:

Pleuritis

Si No SD

Pericarditis

Si No SD

Derrames

Si No SD

Miocarditis

Si No SD

Endocarditis

Si No SD

Neumonía por LES

Si No SD

Arteriopatía coronaria

Si No SD

Fibrosis intersticial

Si No SD

Hipertensión pulmonar

Si No SD

SDRA

Si No SD

Hemorragia

Si No SD

Renales:

Proteinuria > 500 mg/24h

Si No SD

Cilindros celulares

Si No SD

Síndrome nefrítico

Si No SD

Nefropatía terminal

Si No SD

Digestivas:

Nauseas

Si No SD

Dolor leve

Si No SD

Diarrea

Si No SD

Enzimas hepáticas anormales

Si No SD

Vasculitis

Si No SD

Trombosis:

Venosa

Si No SD

Arterial

Si No SD

Oculares:

Síndrome de Sjögren

Si No SD

Conjuntivis

Si No SD

Epiescleitis

Si No SD

Vasculitis

Si No SD

*ANTECEDENTES
FARMACOLÓGICOS
ASOCIADOS A LES*

Captopril

Si No SD

Carbamacepina

Si No SD

Cimetidina

Si No SD

Clorpromazina

Si No SD

Disopiramida

Si No SD

Enalapril

Si No SD

Etoxisuccimida

Si No SD

Fenilhidantoína

Si No SD

Hidralazina

Si No SD

Hidantoína

Si No SD

Isoniacida

Si No SD

Laquidina

Si No SD

Levodopa

Si No SD

Litio

Si No SD

Macrofantina

Si No SD

Metildopa

Si No SD

Metimazol

Si No SD

Minociclina

Si No SD

Minociclina

Si No SD

D-penicilamina

Si No SD

Practolol

Si No SD

Interferon alfa

Si No SD

Procainamida

Si No SD

Propafenona

Si No SD

Penicilina

Si No SD

Sulfasalizina

Si No SD

Propiltiouracilo

Si No SD

Tetraciclina

Si No SD

Timolol

Si No SD

Quinidina

Si No SD

Valproato

Si No SD

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

Esclerodermia
Poliarteritis
Artritis reumatoide
ICC



Anexo B. Presupuesto

DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO
RECURSO HUMANO			
Asesor Investigadores			\$1.200.000
INSUMOS DE OFICINA			
Papel	Resma	5	\$49.000
Fotocopias	Fotocopias	120	\$60.000
Lápices	Caja x 10	2	\$7.000
Lapiceros	Caja x 10	2	\$10.000
Borrador	Caja x 10	1	\$5.000
Impresiones	Impresión	300	\$60.000
Resaltadores	Caja x 10	1	\$10.000
Memoria de 1 GB	1	1	\$15.000
CD en blanco	Caja x 10	1	\$12.000
TRANSPORTE			
Bus	Pasaje bus	50	\$50.000
Taxi	Pasaje taxi	10	\$33.000
LLAMADAS			
	Valor minuto	60	\$12.000
REFRIGERIOS			
Media mañana	Jugo y pastel	10	\$20.000
Almuerzos	Corriente	10	\$35.000
TOTAL			\$1.578.000

ANEXO C: Cronograma de actividades año 2009

ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
RECOLECCION DE INFORMACION	█	█	█	█	█							
TABULCION Y PROCESO DE INFORMACION				█	█							
ANALISIS DE LA INFORMACION					█	█						
REDACCION DEL INFORME FINAL						█	█	█	█	█	█	█

ANEXO D: Tabla de variables del proyecto

N°	Nombre	Definición	Tipo	Nivel medición	Nivel de segregación	Fuente
1	Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa	Discreta	Edad en números de 20 – 40	Historia clínica
2	Genero	Llamamos genero a lo que parece diferenciar la identidad femenino de masculino	Cualitativo	Nominal dicotómico	Femenino Masculino	Historia clínica
3	Lugar de procedencia	Es área geográfica en el cual radique una persona en los últimos 20 años	Cualitativa	Nominal	Urbana Rural	Historia clínica
5	Peso	Valor en kg de la masa corporal del individuo	Cualitativa	Continua de razón		Historia clínica
6	Seguridad social	Es un sistema de seguro colectivo que protege a los trabajadores y sus familias contra eventualidades como enfermedades, accidentes o la carencia inesperada de recursos.	Cualitativa	Nominal Politómica	Contributivo Subsidiado Vinculado Desplazado	Historia clínica

7	Ocupación	Labor o función que desempeña un individuo	Cualitativo	Nominal		
8	Raza	Grupo de seres humanos que por el color de su piel y otros caracteres se distinguen entre si	Cualitativa	Nominal politomica	afrocolombiano Indígena Mestiza	Historia clínica
9	Complicaciones	Enfermedades que presenta secundarias a una enfermedad	Cualitativa	Nominal politomica	Si No Insuficiencia renal Glomerulonefritis Neuritis Pericarditis	Historia clínica

10	Antecedentes familiares	Son aquellas características heredadas de un individuo	Cualitativa	Nominal politomica	Si No Familia con LES Artritis TBC HTA Enfermedad del tejido conjuntivo	Historia clínica
11	Antecedentes farmacológicos	Historia en el paciente de consumo de medicamentos	Cualitativa	Nominal politomica	Procinamida Hidralacina Laquidina	Historia clínica
12	Anticonceptivos	Historia en el paciente de consumo de anticonceptivos	Cualitativa	Nominal politomica	Inyectables de barrera Quirúrgico Ritmo	Historia clínica
13	Coomorbilidad	Coexistencia de una o más enfermedades que se presentan con LES	Cualitativa	Nominal politomica		Historia clínica

ANEXO E: Artículo Científico

CARACTERIZACION DE LUPUS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTENA Y HOSPITALIZACION EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E SAN JUAN DE PASTO 2003- 2008

ELSSY VIVIANA BENAVIDES VALLEJO
KARINA SOFIA DIAZ ACOSTA
SILVANA JURADO
DIANA RUANO M.

RESUMEN

El lupus es una enfermedad inflamatoria crónica de base genética, naturaleza autoinmune y de etiología desconocida, caracterizada por afectación de múltiples órganos y sistemas y por la presencia de anticuerpos antinucleares (ANAs), de baja prevalencia en niños y adolescentes y de mayor aparición en el adulto joven. Se realizó un análisis de las historias clínicas de 107 historias clínicas diagnosticados con lupus en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de 2003 a 2008 teniendo en cuenta las características clínicas de la enfermedad, la evolución y las complicaciones de los cuales al final solo cumplieron con los criterio de inclusión 73 historias clínicas, el 45 % de las historias clínicas corresponden a edades entre 16 a 30 años, 65 de ellos fueron de sexo femenino el 76 % de ellos refería malestar general como síntoma principal, los anticuerpos antinucleares ANAS fueron positivos en el 67 %, fallecieron 9 personas que padecieron esta enfermedad (12.4%), se encontró una asociación de 15 % de los pacientes con hipertensión arterial, no hubo diferencia significativa entre procedencia rural o urbana, la complicación más frecuente encontrada fue la nefritis lupica, se enfatiza la importancia de un diagnostico temprano un tratamiento precoz y el manejo del paciente con lupus por un grupo multidisciplinario además la realización de una buena historia clínica y un seguimiento adecuado de los pacientes con lupus para evitar llegar a posibles complicaciones y mejorar el pronostico de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Lupus eritematoso sistémico, nefropatía.

ABSTRACT

BACKGROUND

Lupus is a genetic basis for chronic disease that affects the autoimmune connective tissue characterized by inflammation and tissue damage, can affect any part of the body, although the most common sites are the heart, joints, skin, lungs, blood vessels, liver, kidneys and nervous system. The course of the disease is unpredictable, with periods of remission interspersed with crises, to the physician is of great importance because it is a potentially fatal and easily confused with other lupus desordenes. la prevalence varies in the range of 40 cases per 100,000 persons in northern Europe 20-30% of the SLE are initiated in the first or second decade of life.

METHODS

Population was taken as patients who attended outpatient and hospitalization in the University Hospital Departamental de Nariño ESE during the six years 2003-2008, according to the file information in this hospital, there are 107 clinical stories with this diagnosis in recent years. We reviewed medical records for 73 cases of lupus that met the inclusion criteria and were treated at the Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE during the six years 2003-2008.

The diagnosis of SLE was made according to the criteria of the American Academy of Rheumatology (ARA) 1982 . The patient had to have four or more simultaneous or successive criteria, these criteria have a sensitivity and specificity of 96%. Was taken as the classification of lupus nephritis WHO classification.

Was taken as criterion for inclusion of patients who attended the outpatient service and hospitalization in the HUDN on San Juan de Pasto between 2003 - 2008, diagnosed with Lupus and excluded patients with medical records before 2003 or after 2008, records that do not correspond to the diagnosis of lupus, medical records diagnosed with lupus print without clinical or laboratory data., patient records diagnosed with lupus but were not found in the file.

RESULTS

Was found more frequently in patients of female gender 89% (65 patients) compared with patients with gender male wing race-bred six patients were mestizo 48 patients regard being had to these results in a 26% carried stories not found the data recorded age.

Was found no significant difference between rural background (49.3%) and urban (50.7%) patients diagnosed with lupus. The occupation most frequently found in patients with lupus diagnosis was a housewife with a 44.7% (17 persons), followed by students with 36.8% (14 people) were found of clinical stories whit occupation farmer, military, various occupations, police, teacher, each with a 2.6%.

Was found Regarding social security more patients with subsidized regimen 68.5% (50) followed by patients classified as linked 23.3% of patients. was found that in most reports of patients diagnosed with lupus 84.9% (62 medical records) were not recorded family history.

CONCLUSIONS

According to what was observed in accordance with lupus-related diseases is important to note that the most common among them is the second arterial hypertension heart failure concluded that the management of a patient diagnosed with lupus should be a comprehensive treatment multidisciplinary and continuously monitor the patient to avoid complications such as diabetic nephropathy and not arriving until death.

INTRODUCCION

El lupus es un enfermedad cronica de base genetica autoinmune que afecta al tejido conjuntivo, caracterizada por inflamación y daño de tejidos, puede afectar cualquier parte del organismo, aunque los sitios más frecuentes son el corazón, las articulaciones, la piel, los pulmones, los vasos sanguíneos, el hígado, los riñones y el sistema nervioso. El curso de la enfermedad es impredecible, con periodos de crisis alternados con remisión, para el médico tiene gran importancia porque es una enfermedad potencialmente fatal y fácilmente confundible con otros desordenes. La prevalencia del lupus oscila en el rango de 40 casos por 100.000 personas en el norte de Europa. El 20-30% de los LES se inician en la primera o segunda década de la vida²³. La incidencia anual aproximada en EE.UU. sería de 0,6 casos/100.000 niños; con una prevalencia de 5-10/100.000 niños, mas de 200 personas de raza negra, en estados unidos el número de pacientes con lupus excede 250.000, la expectativa de vida en estos pacientes se encuentra alrededor de 4 años, la tasa de sobrevida es de 80% hoy en día, los pacientes a quienes se

²³ Lupus eritematoso sistémico en niños y adolescentes Uruguay 2003.

los diagnosticos lupus a los 20 años de edad tienen una supervivencia de 15 años más, estas defunciones son ocasionadas por la misma patología o comorbilidades asociadas como infecciones, siendo también el infarto agudo de miocardio la causa más importante de muerte. Las diversas presentaciones de lupus van desde rash y artritis hasta anemia, trombocitopenia, serositis, nefritis y psicosis. La enfermedad cutánea es la segunda manifestación más común de lupus, se encuentra un número significativo de pacientes que tiene lupus eritematoso cutáneo predominantemente siendo esta una enfermedad de muy difícil manejo la cual debería ser de manejo integral y multidisciplinario. En un trabajo realizado en Uruguay sobre lupus en niños y adolescentes caracterizando a la enfermedad se encuentra que es raro en pacientes menores de 5 años y que las alteraciones hematológicas se presentaron en el 100 % de los casos, se encontró compromiso renal en el 89% de los casos y manifestaciones cardiovasculares en el 22 % de los casos y demuestran una mortalidad de 11%.

El objetivo de esta investigación fue realizar un estudio descriptivo retrospectivo con el cual se pueda caracterizar los pacientes que se diagnostican con lupus en el Hospital Universitario Departamental de Nariño y hacer énfasis en el buen diligenciamiento de la historia clínica.

MATERIALES Y METODOS

Se tomo como población pacientes quienes acudieron a consulta externa y hospitalización en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E durante el sexenio 2003-2008, de acuerdo con la información de archivo de este hospital, existen 107 historias clinicas con este diagnostico en estos años.

Se revisaron 73 historias clínicas correspondientes a los casos de Lupus que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E durante el sexenio 2003-2008.

El diagnóstico de LES se realizó según los criterios de la Academia Americana de Reumatología (ARA) de 1982²⁴. El paciente debía reunir cuatro o más criterios simultáneos o sucesivos; estos criterios tienen una sensibilidad y especificidad de 96%. Se tomó como clasificación de nefritis lúpica la clasificación de la OMS.

Se recogieron las variables requeridas mediante el análisis manual de historias clínicas de pacientes diagnosticados con Lupus de consulta externa y

²⁴ Harrison: Principios de Medicina Interna, 15a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España.

hospitalización y clasificados con la codificación de CIE10 que hayan acudido o consultado al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E en San Juan de Pasto, entre el sexenio 2003 -2008 utilizando una ficha técnica diseñada por los investigadores basándose en los criterios clínicos de la enfermedad. Para la realización del instrumento se tuvo en cuenta variables como fecha de diagnóstico, diagnóstico realizado por especialista, número de historia clínica, género, edad, peso, raza, seguridad social, ocupación, antecedentes familiares, criterios diagnósticos de LES, manifestaciones diseminadas, antecedentes farmacológicos y enfermedades asociadas.

Se registró y se organizó la información en EpiInfo 2000, para realizar los cálculos pertinentes. Se cruzó las variables correspondientes. Se valoró las características de la enfermedad en la primera consulta con el especialista, haciendo énfasis en los criterios diagnósticos de lupus.

Se tomó como criterio de inclusión los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa y hospitalización en el Hospital Universitario Departamental en San Juan De Pasto entre 2003 – 2008, con diagnóstico de Lupus y se excluyeron a los pacientes con historias clínicas antes del 2003 o después de 2008, historias clínicas con impresión diagnóstica de lupus sin datos clínicos o de laboratorio., historias clínicas con diagnóstico de lupus pero que no se encontraron en el archivo.

RESULTADOS

En lo que respecta a la edad existe un mayor porcentaje de historias clínicas con diagnóstico de lupus en pacientes de edades entre 16 a 33 años de edad en 45 % (33 pacientes), el rango de edad de menor presentación fue en el adulto mayor con 4.2 % (3 pacientes) tabla 1.

Tabla 1 Frecuencia de edad en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15	7	9.7%
16-30	33	45%
31-59	30	41.1%
Adulto mayor >60	3	4.2%
Total	73	100

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Se encontró mayor frecuencia en pacientes de género femenino 89% (65 paciente) comparado con los pacientes de género masculino. Respecto a la raza 6 pacientes fueron de raza afro colombiana, 48 pacientes de raza mestiza; estos resultados teniendo en cuenta que en un 26% de las historias realizadas no se encontró el dato de la edad registrado.

No se encontró diferencia significativa entre la procedencia rural (49.3%) y urbana (50.7%) de los pacientes diagnosticados con lupus.

La ocupación más frecuentemente encontrada de los pacientes con diagnóstico de lupus fue ama de casa con un 44.7 % (17 personas) seguida de estudiante con 36.8% (14 personas) encontrándose menos prevalencia estilista 5.3 % y agricultor, militar, oficios varios, policía, profesor, cada uno con un 2.6%.

Respecto a la seguridad social el mayor porcentaje de pacientes con régimen subsidiado 68.5% (50 personas) seguido de pacientes clasificados como vinculados 23.3% de los pacientes.

En la mayoría de las historias clínicas de pacientes diagnosticados con lupus 84.9% (62 historias clínicas) no se encontraban registrados los antecedentes familiares .tabla 2

Tabla 2. Frecuencia de antecedentes familiares en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Antecedentes familiares	Frecuencia	Porcentaje
Artritis reumatoide	1	1,40%
Diabetes	1	1,40%
HTA	4	5,50%
No	5	6,80%
Sin dato en la HC	62	84,90%
Total	73	100,00%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Con respecto a los antecedentes farmacológicos antes de diagnosticar Lupus no se obtuvo la información adecuada ya que el 42.5% carecen de datos, sin embargo se encuentra en los pocos casos que los fármacos con mayor frecuencia son consumidos en pacientes que se les diagnosticó lupus son Captopril y Enalapril.

Entre los signos y síntomas más frecuentes en la población estudio son: el eritema malar que corresponde al 32.9% fiebre 39.7% fatiga 61.1% y malestar general 76.7%. Tabla 3

Tabla 3. Frecuencia de signos y síntomas en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Signo o síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Eritema malar	24	32,90%
Fiebre	29	39,70%
Fatiga	44	61,10%
Malestar general	56	76,70%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

Se demostró que el 67,1 de los pacientes tenían anticuerpos antinucleares positivos. Los anticuerpos anti ds DNA positivos fueron encontrados en 16,4 % de los pacientes diagnosticados con lupus.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Los siguientes signos y síntomas con más frecuencia:

Altragía en 34.2 % de los pacientes diagnosticados con lupus (25 pacientes)
 Nauseas 24.7% (18 pacientes)
 Eritema malar 32.9 % (24 pacientes)
 Fiebre 39.7% (29 pacientes)
 Fatiga 61.1 % (44 pacientes)
 Malestar general 76.7% (56 pacientes)

ENFERMEDADES ASOCIADAS:

La hipertensión arterial en un 15.1% de los pacientes diagnosticados con lupus por lo cual es la comorbilidad más frecuente asociada a esta patología.

La mortalidad en pacientes con lupus es de 12.4% y la letalidad fue de 14.06%.
 Tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia de letalidad en pacientes con LES en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2003-2008

Mortalidad	Frecuencia	Porcentaje
Vivos	64	87.6%
Muertos	9	12.4%
Total	73	100%

Fuente: Ficha técnica del presente estudio

DISCUSION

En investigaciones realizadas en estados unidos se dedujo que la relación hombre mujer es de 1:7, la raza más frecuente la caucásica y la raza en la que menos se presenta la negra, se presenta en estratos medios-altos y la presencia de anticuerpos anti nucleares es uno de los criterios para diagnosticar lupus, se dice que la presencia de anticuerpos anti DNA en 70% de los pacientes con lupus y la manifestación clínica más frecuente es el malestar general.

En el presente estudio se encontro que la relación hombre mujer es 1:8.1 un resultado muy similar a lo anteriormente mencionado, la raza más frecuentemente encontrada para lupus fue mestiza y en segundo lugar la raza afrocolombiana, hay presencia de anticuerpos antinucleares en 67.1 pacientes de las historias examinadas, un dato no muy lejano con lo ya antes mencionado y la presencia de anticuerpos anti DNA se encontró en 16,4 de los pacientes al parecer en nuestra población no hay una frecuencia significativa de estos anticuerpos, se encontraron diagnósticos solo realizados por biopsia sin ningún criterio diagnósticos para lupus mencionado por la sociedad americana de reumatología, además la mayoría de las historias examinadas no cumplen 4 de los criterios diagnósticos para lupus, se encontró que en nuestro medio se está diagnosticando lupus simplemente con la presencia de anticuerpos antinucleares. Se observo un gran porcentaje de pacientes con historias clínicas que no presentan datos de antecedentes familiares, la ocupación que se presenta con mayor frecuencia para lupus es la de ama de casa posteriormente estudiante, en nuestro estudio se encuentra mayor porcentaje de pacientes con lupus que se

encuentran afiliados a seguridad social subsidiada comparada con la contributiva que es de bajo porcentaje.

El orden de frecuencia los signos y síntomas asociados a lupus fue el siguiente: con mayor frecuencia malestar general con un 76.7%, fatiga con 61.1%, fiebre con 39.7%, eritema malar con 32.9%, leucopenia 26.4%, fotosensibilidad 26%, proteinuria > 0.5 gr día 25% anemia hemolítica 13.7%, pérdida de peso 16.7%, serositis 13.7%, convulsiones sin causa 12.3%, eritema discoide 11,0 %, anorexia 9,7%.

Se ha definido a nivel mundial que el lupus tienen relación en cuanto a su etiología con algunos medicamentos, por lo tanto es importante los antecedentes farmacológicos, en el estudio se encontró que la gran mayoría de médicos que hacen el diagnóstico de lupus obvian los antecedentes farmacológicos, solo se encontró un muy pequeño porcentaje que si tenían antecedentes pero aun así no eran los medicamentos más frecuentemente asociados con lupus.

En cuanto a los exámenes de laboratorio se concluye la presencia de linfopenia 8,2% y que el síntoma con menor porcentaje fue úlceras orales con 5,5%. Es importante notar que de las complicaciones musculoesqueléticas la más frecuente encontrada fue artralgias en un 34,2% seguida de poliartritis no erosiva con 15,1%, las manifestaciones cutáneas se encontró como frecuentes la alopecia con 12,5 y el eritema por vasculitis con 4,2%.

De las manifestaciones renales más importantes en cuanto frecuencia síndrome nefrítico con 9,6 y nefropatía terminal con 2,7% lo cual concuerdan con la literatura a nivel mundial siendo la nefritis lúpica la complicación más frecuente. Se observó que las náuseas fue la manifestación gastrointestinal con 24,7% seguido por dolor leve 21,9% y enzimas hepáticas anormales con 9,7%.

La manifestación hematológica más frecuente fue la trombocitopenia que presentó un 27,4%.

Dentro de las manifestaciones neurológicas se encontraron como preponderantes la cefalalgia y las alteraciones emocionales con 15,1% cada uno, posteriormente las convulsiones y trastornos de movimiento con 9,6% cada uno, la isquemia transitoria les sigue con 6,95% y la mono o polineuropatía con 5,5%. En las manifestaciones cardiopulmonares vale la pena mencionar los derrames pleurales y pericardíacos como la manifestación más frecuente. La comorbilidad asociada a lupus fue hipertensión arterial con 15,1% y la segunda más frecuente fue insuficiencia cardíaca congestiva. Del total de la población 12,4 % murieron por

complicaciones del lupus y la letalidad encontrada de lupus fue de 14.06 por cada 100 personas con esta enfermedad.

Se encontró también que los pacientes diagnosticados con lupus no se les realiza un adecuado seguimiento de su enfermedad y que posteriormente llegan a consulta con las complicaciones de Lupus, como fue la nefritis Lúpica incluso llegando hasta a la muerte.

CONCLUSIONES

El LES es una enfermedad crónica poco frecuente en las primeras dos décadas de la vida con un pico de incidencia en la edad de 16 a 30 años, predominando en el sexo femenino 89 %. La gran mayoría de la población que son atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño tienen seguridad social de tipo subsidiado con un porcentaje del 68.5%. En la mayoría de los casos se encuentra que en los antecedentes familiares en las historias clínicas revisadas no tienen dato al respecto por lo tanto no existe una diferencia significativa entre los antecedentes familiares como tal por lo que se hace énfasis en tener una historia clínica bien diligenciada para llegar a un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz de la enfermedad. Con respecto a los antecedentes farmacológicos antes de diagnosticar Lupus no se obtuvo la información adecuada ya que el 42.5% carecen de datos, sin embargo se encuentra en los pocos casos que los fármacos con mayor frecuencia son consumidos en pacientes que se les diagnosticó lupus es el Captopril y Enalapril. De acuerdo con lo observado con las enfermedades asociadas a lupus es importante destacar que la más frecuente entre ellas es la hipertensión arterial en segundo lugar la insuficiencia cardíaca se concluye que para el manejo de un paciente con diagnóstico de lupus debe hacerse un tratamiento integral multidisciplinario y hacer un seguimiento continuo del paciente para evitar complicaciones como la nefropatía lúpica y no llegar hasta la muerte.

RECURSOS

- PERSONAL HUMANO

- ✓ Estudiantes de la FUSM
- ✓ Asesor del proyecto de investigación
- ✓ Epidemiólogos vinculados a la FUSM

- RECURSO FISICO

- ✓ Hospital universitario departamental de Nariño
- ✓ Programa estadístico Epi-info.
- ✓ Computadores.