



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Perfil clínico epidemiológico del Lupus Eritematoso sistémico - Hospital
Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 - 2019**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Condori Pari, Melva Margoth (ORCID: 0000-0002-9613-8113)

ASESORA:

Dra. Farfan Valdez, Kattya (ORCID: 0000-0002-2857-1492)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A Dios padre celestial por darme la dicha de estar aquí, fortalecer mi vida, darme mucha salud y darme un gran regalo (Mi Jose Antonio). Con mucho cariño y gratitud a mis queridos padres: Victoriano y Leoncia por todo lo que soy y espero ser, a sus sacrificios y su apoyo incondicional que siempre me brindan. Con mucho amor a Marco Antonio; por ser siempre aquel que me brindo las fuerzas que necesitaba cuando sentía, que no podía continuar y por ayudarme a llegar a uno de mis objetivos.

Melitta

AGRADECIMIENTO

Me faltaran páginas para agradecer a todas aquellas personas que se han involucrado en la realización de este trabajo. Sin embargo; merecen reconocimiento especial toda mi familia que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A la universidad Cesar Vallejo por permitirme culminar mi anhelado primer objetivo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	13
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN, LÍNEA Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	13
3.2.1. Tipo.....	13
3.2.2. Línea de investigación	13
3.2.3. Nivel de investigación	13
3.3. VARIABLES	13
3.3.1. Operacionalización de variables	13
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	14
3.4.1. Población	14
3.4.2. Muestra.....	14
3.4.3. Criterios de inclusión.....	14
3.4.4. Criterios de exclusión.....	14
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	14

3.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	14
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	15
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES.....	24
VII. RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS.....	26
ANEXOS	30
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	30
ANEXO 2: CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN 2019 DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE EULAR/ACR.....	31
ANEXO 3: CLASIFICACIÓN DE LA NEFRITIS LÚPICA	33
ANEXO 4: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
ANEXO 5: MATRIZ DE CONSISTENCIA	36

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: EDAD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	16
TABLA N° 2: SEXO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	17
TABLA N° 3: PROCEDENCIA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.....	18
TABLA N° 4: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.....	19

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: EDAD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	16
GRÁFICO N° 2: SEXO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	17
GRÁFICO N° 3: PROCEDENCIA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.....	18
GRÁFICO N° 4: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.....	20

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el perfil clínico Epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015–2019.

METODOLOGÍA: Se desarrolló una investigación no experimental de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal. La población objetivo estuvo conformada por la totalidad de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Se consideraron un total de 63 historias clínicas con diagnóstico de LES que cumplieron con los criterios de selección.

RESULTADOS: se encontró que 77,7% tienen entre los 15 a 50 años con predominio en los rangos de 31- 50 años equivalente al 58,7%. El 93,7% corresponde al sexo femenino respecto al masculino con un 6,3% y el 85,7% es proveniente de la zona urbana. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que presentaron los pacientes con diagnóstico de LES fueron: artralgias con un 54%, anemia con un 46% y sinovitis/artritis con un 36,5%.

CONCLUSIONES: se determinó que el LES es más predominante en el sexo femenino y que el intervalo de edad fue entre 15-50 años con predominio en el rango de 31-50 años; y la procedencia de pacientes fue de la zona urbana. Por último, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artralgias, anemia y la sinovitis/artritis.

Palabras claves: Lupus Eritematoso sistémico, manifestación clínica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the Epidemiological clinical profile of Systemic Lupus Erythematosus - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015-2019.

METHODOLOGY: A descriptive, retrospective and cross-sectional non-experimental research was developed. The target population consisted of all patients with a diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus. A total of 63 medical records with a diagnosis of SLE were considered that met the selection criteria.

RESULTS: It was found that 77.7% are between 15 and 50 years old with a predominance in the ranges of 31-50 years equivalent to 58.7%. 93.7% correspond to the female sex compared to the male with 6.3% and 85.7% are from the urban area. The most frequent clinical manifestations presented by patients diagnosed with SLE were: arthralgia with 54%, anemia with 46% and synovitis / arthritis with 36.5%.

CONCLUSIONS: It was determined that SLE is more predominant in the female sex and that the age range was between 15-50 years with a predominance in the range of 31-50 years; and the origin of patients was from the urban area. Finally, the most frequent clinical manifestations were: arthralgia, anemia and synovitis / arthritis.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, clinical manifestation.

I. INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica, multisistémica; caracterizada por un conjunto complejo de manifestaciones asociado a la presencia de autoanticuerpos. Es una entidad muy variable entre los pacientes, es decir, que no hay dos personas con la misma sintomatología y cada paciente tiene un patrón heterogéneo que, en ocasiones, dificulta el reconocimiento y/o diagnóstico de este.

Pese a la complejidad de esta patología el pronóstico del LES ha mejorado en los últimos años; no obstante, la mortalidad aun continua siendo alta por el retardo en el diagnóstico, en consecuencia, la falta de tratamiento temprano y/o oportuno; complicando inexorablemente la calidad de vida del paciente.

En cuanto a la Federación Mundial de Lupus, estima que al menos 5 millones de individuos han recibido un diagnóstico de lupus, pero que el número real probablemente sea mayor. Por el contrario, no se conoce el número exacto de personas con lupus porque los estudios epidemiológicos en lupus han sido limitados e inconsistentes (1).

De la misma forma, el trabajo de investigación SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) recopila desde el 2000 al 2011, datos de pacientes de 31 centros médicos en 11 países/regiones de Europa, Asia, América del Norte y América Latina desde el diagnóstico. Su valor radica en su tamaño y la amplia distribución geográfica de los pacientes (2).

Asimismo, el Colegio Médico del Perú, anuncia que hasta el 2017 de los 32 millones de habitantes del Perú, 16000 tenían lupus, a predominio del sexo femenino con 90%, la mayoría en edad fértil y económicamente productiva (3).

Hasta el momento no existe en el país una propuesta de manejo concisa para esta enfermedad que abarque en forma global y estandarizada el manejo clínico del LES. Como todos sabemos, existen varias guías de práctica clínica (GPC) nacionales e internacionales para el manejo del

Lupus, empero, la mayoría de estas GPC disponibles no fueron creadas para la población peruana o simplemente se utilizan para manifestaciones específicas, como la nefritis lúpica, o para cierta etapa fisiológica, así como la gestación (4).

El Hospital Carlos Monge Medrano (HCMM) de Juliaca, recibe y trata a pacientes con esta entidad, que acuden hasta sus instalaciones en busca de atención médica; no obstante, a pesar de la frecuencia de esta patología todavía se concurre en la dilación del diagnóstico. Esto se debe al desconocimiento y una amplia existencia de características iniciales; provocando así el retraso en el tratamiento, incremento de complicaciones y en muchas oportunidades un desenlace fatal. Es sobre la base de estas consideraciones teóricas que planteamos la siguiente problemática, la cual pretendemos resolver gracias a la realización del presente trabajo de investigación; y así dar conocimiento de que el Lupus Eritematoso Sistémico no es ajeno a nuestra realidad y que en nuestra población se incrementan los casos de forma silenciosa.

Por lo cual, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el perfil clínico Epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 - 2019?

La justificación se basa en que el Lupus Eritematoso Sistémico con las características que este presenta, es una enfermedad potencialmente fatal y fácilmente confundible con otras condiciones. En el Perú; y más aún, en nuestra Región no se conoce de esta patología mucho menos el perfil clínico y epidemiológico de esta enfermedad, por consecuente, cobra poca relevancia, dando una falsa idea de que esta enfermedad es ajeno a nuestra población. Impidiendo su oportuno reconocimiento, es decir, diagnóstico y tratamiento temprano; precisamente para reducir su mortalidad y salvar varias vidas.

Creemos y estamos convencidos, de la importancia de este estudio; ya que según los resultados encontrados se va tener conocimiento de la situación actual de los pacientes afectados con esta patología, y así, establecer

algunas medidas para su reconocimiento oportuno en nuestra Región. Asimismo, este trabajo permitirá sentar bases para el desarrollo de nuevas investigaciones que incluyan el estudio de otras variables, todo ello encaminado hacia la atención conveniente de nuestros pacientes con LES en nuestra Región de Puno.

Este trabajo fue factible, debido a que el material demandado fueron las historias clínicas y el tiempo establecido fue considerable para la compilación de la información. Además, es asequible por ser un estudio con perfil descriptivo suprimiendo así alguna eventualidad para los pacientes.

Para ello se planteó como objetivo principal: Determinar el perfil clínico Epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 – 2019.

Como objetivos específicos, se diseñaron los siguientes:

- Identificar el perfil clínico más frecuente del Lupus Eritematoso Sistémico.
- Determinar el perfil epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico.

Por otro lado, este trabajo carece de hipótesis por tratarse de un estudio de tipo descriptivo.

II. MARCO TEÓRICO

El Lupus Eritematoso Sistémico tiene una distribución mundial. Los estudios de perfil clínico y epidemiológico son realmente complejos, debido a su expresión versátil y al hecho, de que, en su apoyo participan varias especialidades. Al mismo tiempo, en la mayoría de localidades y sedes médicas no existen registros normalizados, lo que dificulta aún más el estudio. Por tanto, existen muy pocos estudios respecto a este tipo de estudio a nivel mundial.

Dall'Era et al (California, 2017) realizaron un estudio sobre incidencia y prevalencia del LES. Encontrando que la tasa de incidencia anual por edad general era de 4,6 por 100000 personas-año. La prevalencia media anual del período fue de 84,8 por 100.000 personas. La tasa de incidencia por edad en sexo femenino y masculino fue de 8,6 y 0,7 por 100000 personas-año, respectivamente. Esta tasa fue más alta entre las mujeres negras (30,5), seguida de las mujeres hispanas (8,9), las orientales (7,2) y las blancas (5,3). La tasa de prevalencia por edad en mujeres por cada 100.000 personas fue 458,1 en negras, 177,9 en hispanas, 149,7 en asiáticas y 109,8 en blancas (5).

Izmirly y Col (Nueva York, 2017) de igual manera realizaron su trabajo sobre incidencia y prevalencia en Nueva York. Según la definición de la American College of Rheumatology (ACR), la prevalencia estandarizada por edad y las tasas de incidencia de LES fueron 62,2 y 4,6 por 100 000 personas-año, proporcionalmente. Además según este trabajo las tasas constataron que la relación entre mujeres: varones fue ~9 veces más altas en el sexo femenino con respecto al masculino en cuanto a prevalencia (107,4 frente a 12,5) e incidencia (7,9 frente a 1,0) (6).

Coronado, Gámez y Sotelo (México, 2018) estudiaron sobre las características clínicas de los pacientes con LES en niños y adultos. Obteniendo los siguientes resultados: en los niños las manifestaciones que prevalecieron con más frecuencia fueron: eritema malar, vasculitis, fotosensibilidad, síndrome nefrítico, alteraciones leucocitarias, derrame

pleural, anemia, derrame pericárdico, sepsis y hepatopatía. De la misma forma, los adultos presentaron las siguientes manifestaciones como las más comunes: artralgia, pancitopenia, alopecia, sinovitis y falla renal crónica (7).

García y Torres (Paraguay, 2018) el estudio se enfocó en las manifestaciones hematológicas de pacientes adultos con LES. Cuyo objetivo fue describir las alteraciones hematológicas para ello se realizó un estudio retrospectivo donde encontraron que de los 88 pacientes que incluyeron, con edad media 27 ± 15 años 89% fue de predominio mujeres. Al mismo tiempo, se detectó que las manifestaciones más frecuentes fueron: anemia (55%), leucopenia (13%), linfopenia (32%), plaquetopenia (11%) (8).

Guzmán y Quintero (Colombia, 2020) investigaron sobre la caracterización del LES en pacientes adultos que ingresaron a unidad de cuidados intensivos (UCI). Donde reportaron que el compromiso renal fue el más frecuente en un 78,4%. La infección fue la principal causa de ingreso a la UCI en un 55% y la recaída o aumento en la actividad del LES fue causa de ingreso a UCI en el 18% de los casos. La bacteriemia fue el proceso infeccioso más frecuente (31 pacientes), seguido por el pulmón y/o pleura (28 pacientes) y la infección gastrointestinal, siendo los gérmenes Gram negativos los más frecuentemente aislados (9).

Asimismo, existen escasos estudios realizados a nivel nacional.

Veramendi (Lima, 2015) quien estudio sobre el perfil clínico en el momento del diagnóstico de los pacientes con LES. Y cuya finalidad fue identificar el perfil clínico de los pacientes con LES para ello realizaron un estudio no experimental teniendo como resultado 67 pacientes con edad 34 ± 13 años en promedio al momento del diagnóstico. Las manifestaciones más predominantes fueron: artritis/sinovitis (65,7%), alopecia sin cicatrices (25,4%) y fotosensibilidad (22,4) (10).

Cayllahua (Huancayo, 2016) que investigo sobre el Lupus Eritematoso Sistémico en un hospital de Huancayo. Donde se estudió a 37 pacientes con LES. De estos el 89,2% eran mujeres, el 10,8% restante varones, la edad más predominante fue de 21-30 años que corresponde el 48,6%. Y con respecto a los trastornos clínicos más frecuentes fueron: trastornos renales (83,8%), trastornos hematológicos (75,7%), trastornos inmunológicos (54,1%), artritis (51,4%), serositis (48,6%), rash malar (37,8%), úlceras orales (24,3%), rash discoide y fotosensibilidad (21,6%), y trastornos neurológicos (16,2%) (11).

Frisancho (Arequipa, 2016) realizo un trabajo sobre el perfil epidemiológico y clínico en pacientes varones con LES. Donde se menciona que la finalidad fue describir el perfil clínico de pacientes varones en un periodo de 10 años para ellos se elaboró un estudio de tipo retrospectivo cuyos resultados indican que se atendieron 28 casos. La edad de este grupo fue de $35,21 \pm 14,67$ años como promedio. Asimismo, este estudio obtuvo que los síntomas y signos sobresalientes fueron: astenia y adinamia ocupando el primer lugar, acompañado de fiebre o sensación de alza térmica, así también los pacientes mostraron eritema malar, y por ultimo fotosensibilidad o alopecia, con artralgias. Con respecto a otros trastornos se encontró anemia y la creatinina elevada (12).

Carmona (Piura, 2018) efectuó un estudio sobre epidemiología y características clínicas asociadas al LES. Logrando como resultado un grupo de 122 pacientes, del total el 89,3% fueron mujeres con una proporción mujer/varón de 8,4/1. La edad más predominante fue el de 20 a 39 años. Dentro de las manifestaciones clínicas más usuales fueron: la sinovitis, seguida del exantema malar y por último la pleuritis (13).

Chuquihuara (Lima, 2019) realizo un estudio sobre las manifestaciones clínicas de pacientes con LES al inicio y durante su evolución. Donde el objetivo fue determinar las manifestaciones clínicas al inicio y durante la enfermedad para ello se efectuó un estudio retrospectivo cuyo resultado indican que 85 fueron mujeres y un total de 15 varones. La edad promedio

fue 34.11 ± 11.64 años. Y las 3 manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron: artralgia y anemia no hemolítica en primera instancia, seguida de alopecia y por último artritis. A su vez, se realizó biopsia renal a 23 de ellos, de los cuales, 18 señalaron nefritis lúpica clase IV. Por último, la clínica más usual durante la evolución de la enfermedad fue: artralgia, anemia no hemolítica y alopecia (14).

Mientras que, hasta la actualidad no se encontraron reportes o estudios; del Lupus Eritematoso Sistémico y estudios relacionados a esta patología que se hayan realizado en nuestro región; y esto impulsa a realizar este estudio ya que es una enfermedad potencialmente fatal y fácilmente confundible con otros escenarios, y se sabe que las tasas van creciendo gracias a los estudios diagnósticos que se fueron implementando y claramente se ve que no es una patología extraña a ninguna raza ni etnia; ya que tiene una distribución universal.

Por lo que se refiere al, LES es una patología autoinmune multisistémica, que consigue perturbar a prácticamente cualquier órgano del cuerpo, con diferentes niveles de gravedad. Las manifestaciones de esta enfermedad abarcan desde expresiones relativamente leves (lesiones cutáneas o artritis no erosiva) incluso cuadros clínicos fatales, así como la nefritis lúpica, los trastornos neuropsiquiátricos, lesiones en distintos tejidos o sistemas mayores (2). Una vez ya diagnosticada esta entidad cursa con ciclos de remisiones y exacerbaciones (15).

Asimismo, esta enfermedad autoinmune es de carácter sistémico. Y dentro de la peculiaridad global de las enfermedades autoinmunes, el lupus es una de las más frecuentes (16). En nuestro país según, el Colegio Médico del Perú, advierte que hasta el 2017 de los 32 millones de individuos que residían en el Perú, 16000 tenían LES (3), esta enfermedad puede presentarse en cualquier género, grupo étnico y edad; sin embargo, esto es más pronunciado en adultos de entre **15 y 50 años**. Impera en las mujeres en una proporción de 10:1 con respecto a los varones, con un

mayor impacto en etapas reproductivas o fértiles; empero, se sabe que la proporción de varones afectados acrecienta notoriamente con la edad (17).

En cuanto, a la etiología del Lupus Eritematoso Sistémico es desconocida; pero, se sabe de la existencia de una producción versátil de autoanticuerpos esto unido a otros factores, pueden estar implicados en su patogenia. Es posible que diversas fuentes tanto patogénicas y etiológicas estén implicadas, de ahí la complejidad clínica y de laboratorio que muestran los pacientes lúpicos (15).

Lo que sí se sabe; es que, en esta enfermedad contribuyen distintos factores, tanto genéticos, ambientales, hormonales; inclusive variaciones en la activación de los linfocitos B, disfunción de linfocitos T, modificaciones en la apoptosis y una fluctuación en el balance de las citoquinas (18).

Para el diagnóstico del LES se realiza reuniendo criterios tanto clínicos como laboratoriales, después de haber descartado todos los potenciales diagnósticos. Según los nuevos criterios para el diagnóstico de la Liga Europea Contra el Reumatismo y el Colegio Americano de Reumatología (EULAR/ACR) publicados en 2019 (ANEXO 2) (19), el criterio de inclusión para el diagnóstico de LES son los anticuerpos antinucleares en título mayor o igual a 1:80 por inmunofluorescencia. La clasificación incluye criterios clínicos e inmunológicos. El diagnóstico de LES se instaura al sumar un mínimo de diez puntos de un total de 22. La biopsia renal con nefritis lúpica es criterio suficiente para el diagnóstico de LES (20).

Respecto a las manifestaciones clínicas, el LES es un padecimiento multisistémico; por lo que, puede afectar múltiples órganos, tejidos e inducir diferentes manifestaciones.

Dentro de, las manifestaciones generales o síntomas constitucionales tenemos a la astenia, la pérdida de peso y la anorexia como las más habituales en el cuadro clínico inicial de los pacientes. La presencia de esta sintomatología insinúa actividad de la enfermedad, aunque no se encuentren incluidos en ningún índice de actividad. La fiebre puede ocurrir

en las primeras etapas de la enfermedad o durante toda la enfermedad. Si bien se debe descartar la posibilidad de infección, puede indicar actividad, ya que la enfermedad como el tratamiento utilizado conlleva el riesgo de propagación de esta última. La presencia de escalofríos, leucocitosis y la ausencia de otras manifestaciones que indiquen la actividad del lupus respaldaran la sospecha de infección (21).

De la misma forma, las manifestaciones cutáneas y/o dermatológicas pueden ser muy variadas. Clasificándose en específicos e inespecíficos. La primera es la forma más característica: erupción malar o en alas de mariposa (LE cutáneo agudo), distinguido por lesiones eritematosas y elevadas de disposición malar. Tiende a respetar los surcos nasogenianos. Puede precipitarse debido a la exposición de la luz solar y jamás deja cicatrices. Las lesiones eritematosas escamosas que podrían dejar áreas hipopigmentadas, pueden aparecer en zonas expuestas así como en regiones fotoprotegidas, llamada LE cutáneo subagudo. Por último, el LE cutáneo crónico también incluye lesiones específicas, que comprende a las lesiones discoides, el LE hipertrófico y la paniculitis lúpica. Dentro de las lesiones inespecíficas encontramos a los nódulos subcutáneos, fotosensibilidad, aftas orales, alopecia no cicatricial que son usuales (13).

Por otra parte el aparato locomotor presenta manifestaciones desde el inicio en un 90% de lúpicos. Podrían ser simplemente artralgiás (generalmente con rigidez matutina), o bien oligo o poliartritis; solo pocas articulaciones se ven afectadas, especialmente las articulaciones de las manos (13), que excepcionalmente ocasionan erosión articular. La peculiaridad de la desviación cubital - inicialmente reductible - de las articulaciones metacarpofalángicas, llamada artropatía de Jaccoud, con hiperextensión de las articulaciones interfalángicas proximales (pulgares en Z y deformidades en cuello de cisne). Las rupturas tendinosas son habituales, fundamentalmente en el tendón aquileo, rotuliano y extensores de las manos. Algunos informan síntomas de fibromialgia, cuyo mecanismo subyacente no están claras y no está relacionado con la enfermedad (21).

En relación a las manifestaciones renales, según estudios, del 30 al 50% de los pacientes lúpicos presentan afectación renal, que es una de las expresiones iniciales en el 10% de los casos. Es una de las causas importantes de morbimortalidad en pacientes con LES. Dentro de las más características son: la proteinuria > 0,5 g/día, los cilindros renales, la microhematuria, la insuficiencia renal y la hipertensión arterial (HTA) (13). El desarrollo de nefritis lúpica habitualmente va acompañado anticuerpos anti-DNA positivos y una disminución del nivel de componentes del complemento. La nefropatía lúpica generalmente se desarrolla en los primeros cinco años de la enfermedad y, comúnmente, está relacionada con otros índices de actividad lúpica. La biopsia renal es ineludible, para definir con precisión el tipo de lesión, y proponer una estrategia de tratamiento más conveniente. La nefropatía lúpica se clasifica según variedades histológicas definidas en el año 2003 por la International Society of Nephrology y la Renal Pathology Society, a la que hay que sumar los índices de actividad y cronicidad (ANEXO 3) (21).

Igualmente, las manifestaciones hematológicas también son muy frecuentes, están relacionadas con actividad de la enfermedad, e influyen a las 3 series así como el sistema fibrinolítico y de coagulación. La leucopenia está presente en el LES, que por lo general se relaciona habitualmente con la actividad de la enfermedad y generalmente se asocia con la linfopenia. A pesar de, esta asociación también debe tenerse en cuenta que algunos fármacos de uso común en la terapéutica del LES pueden causar reducción de células sanguíneas. La leucocitosis puede estar relacionada con el tratamiento con Glucocorticoides o con una infección (21).

La anemia de proceso crónico es la más usual, si bien la más peculiar es la anemia hemolítica autoinmune, que esta mediada por anticuerpos IgG calientes y pueden dar lugar a una prueba de Coombs positiva. La trombocitopenia autoinmune (mediada por anticuerpos antiplaquetarios) puede aflorar sola o relacionada con otras manifestaciones de la enfermedad. La trombocitopenia moderada (100.000 - 150.000/mm³)

ocurre en 25-50% de los pacientes y la trombocitopenia grave $<50.000/\text{mm}^3$ en 10% de los pacientes. Puede ser causado por daño circundante, proliferación insuficiente o secuestro esplénico (13).

Por lo que se refiere a las manifestaciones pulmonares, la pleuritis es la más frecuente. Ocurre en el 45-60% de los enfermos y estar asociado con o sin derrame pleural; que también es una manifestación usual, la toracocentesis y el estudio del líquido pleural pueden ayudarnos a diferenciarlo de otras patologías. El “pulmón encogido” es una manifestación extraña que puede ser asintomática, si bien lo más usual es que el paciente describa dificultad respiratoria, dolor pleurítico, volumen pulmonar reducido que posteriormente provoca un patrón restrictivo sin existir alguna lesión parenquimatosa; sino debido a la afectación del musculo diafragmático. La neumonitis lúpica suele emerger en las primeras fases de la enfermedad y se desconoce la patogenia. Está relacionado con la afectación de los riñones y otros órganos. La disnea es la manifestación más habitual y puede estar relacionado con tos, fiebre y hemoptisis (21).

La hemorragia pulmonar es rara y grave asociada con una alta mortalidad, fundamentalmente si no se trata a tiempo. De manera similar, la Hipertensión arterial pulmonar, es poco típico en el Lupus Eritematoso Sistémico pero tendrá un impacto significativo en la morbilidad y la mortalidad. Ocurre en alrededor de 4% de los pacientes lúpicos (14).

De la misma manera, dentro de las manifestaciones cardíacas, la afectación relativamente más común es la pericarditis, y ocurre en el 25-40% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. Se manifiesta como dolor en la zona precordial, con/sin roce pericárdico y, de momentos, puede complicarse con derrame masivo y/o taponamiento cardíaco. La miocarditis es una manifestación poco común y surge en individuos con actividad de la enfermedad en forma de cardiomegalia, trastornos de la conducción e insuficiencia cardíaca (21). Y la endocarditis verrugosa es muy extraña, ya que puede acarrear a insuficiencia valvular o ser foco embolígeno (13).

La enfermedad coronaria, es una de las principales causas de muerte en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. La prevalencia de enfermedad de las arterias coronarias es del 6% y 15% (14).

Con respecto a las manifestaciones neuropsiquiátricas, que se presentan de acuerdo a lo siguiente: las 2 manifestaciones neurológicas más habituales en los enfermos con lupus son las convulsiones y las enfermedades cerebrovasculares, como el ataque isquémico transitorio y la trombosis del seno venoso. Dentro de las manifestaciones psiquiátricas las más usuales son la depresión, ansiedad y la disfunción cognitiva. La ansiedad y la depresión son las que mayores tasas tienen en pacientes con lupus. La disfunción cognitiva es una expresión neuropsiquiátrica frecuente del LES, porque hasta el 80% de los pacientes lo presentan en un rango variable (14). De la misma forma, los estudios han determinado que el deterioro cognitivo, así como depresión y cefaleas; y en un mínimo porcentaje convulsiones, trastornos de ansiedad y psicosis son las manifestaciones más evidentes en pacientes lúpicos (17).

Por otro lado, en general, las manifestaciones digestivas son raras e imputables al tratamiento. Las náuseas, los vómitos y la diarrea pueden coincidir con las fases de actividad del lupus y mejorar con la terapéutica. La aparición de dolor abdominal puede corresponder a diversos motivos: pancreatitis, vasculitis o peritonitis espontánea. Durante el periodo activo de la enfermedad, la manifestación hepática es la hipertransaminasemia, que se regulariza con la terapéutica. En ocasiones extrañas, puede ocurrir hepatitis crónica activa. Otras manifestaciones poco usuales son: enteropatía pierde-proteínas, hiperplasia nodular regenerativa, cirrosis biliar primaria, colangitis autoinmune y vasculopatía oclusiva trombótica con síndrome de Budd-Chiari (21).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de investigación

Se llevó a cabo una tesis No Experimental

3.2. Tipo de investigación, línea y nivel de la investigación

3.2.1. Tipo

Descriptivo: Porque tuvo como finalidad describir el perfil clínico y epidemiológico del LES en el HCMM de Juliaca.

Retrospectivo: Porque el personal investigador recolecto y obtuvo información de la revisión de las historias clínicas.

Transversal: Ya que la información fue recolectada en una sola ocasión.

3.2.2. Línea de investigación

Corresponde a Enfermedades No Transmisibles.

3.2.3. Nivel de investigación

Corresponde al nivel de investigación descriptivo o segundo nivel.

3.3. Variables

Variable 1: Perfil clínico del LES en pacientes del HCMM de Juliaca. 2015-2019

Variable 2: Perfil epidemiológico del LES en pacientes del HCMM de Juliaca. 2015-2019.

3.3.1. Operacionalización de variables

Cuadro de Operacionalización de variables; (ANEXO 4)

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población estuvo constituida por la totalidad de pacientes que fueron atendidos en el HCMM con el diagnóstico de LES, admitidos entre el 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2019.

3.4.2. Muestra

Debido a una baja frecuencia del LES no se efectuó muestreo, y se delimitó todas las historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección. Finalmente, se recolectaron datos de 63 historias clínicas.

3.4.3. Criterios de inclusión

Historias clínicas completas, de pacientes diagnosticados con LES, durante los años 2015 y 2019.

3.4.4. Criterios de exclusión

Historias clínicas incompletas o ilegibles.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó la técnica de revisión documentaria la cual contiene datos de todos los pacientes lúpicos. Mediante el uso de la ficha de recolección de datos. (ANEXO 1)

3.6. Métodos de análisis de datos

Después de la recolección de información se procesó una matriz de datos en el Paquete estadístico SPSS para su posterior análisis mediante frecuencias y porcentajes; de la misma forma, se utilizaron gráficos y tablas correspondientes para expresar las variables estudiadas.

3.7. Aspectos Éticos

Este trabajo cuenta con la resolución de aprobación de la Universidad Cesar Vallejo y la autorización de la oficina de apoyo a la docencia e investigación Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca; a su vez, este trabajo fue elaborado teniendo en cuenta los principios de ética para la investigación, establecida en la Declaración de Helsinki del 2013 (22), relacionándose directamente los principios 10, 20 y 21, donde se puntualiza la confidencialidad, el sentido de responsabilidad y el resguardo de la intimidad del paciente en la ejecución de algún estudio (23).

IV. RESULTADOS

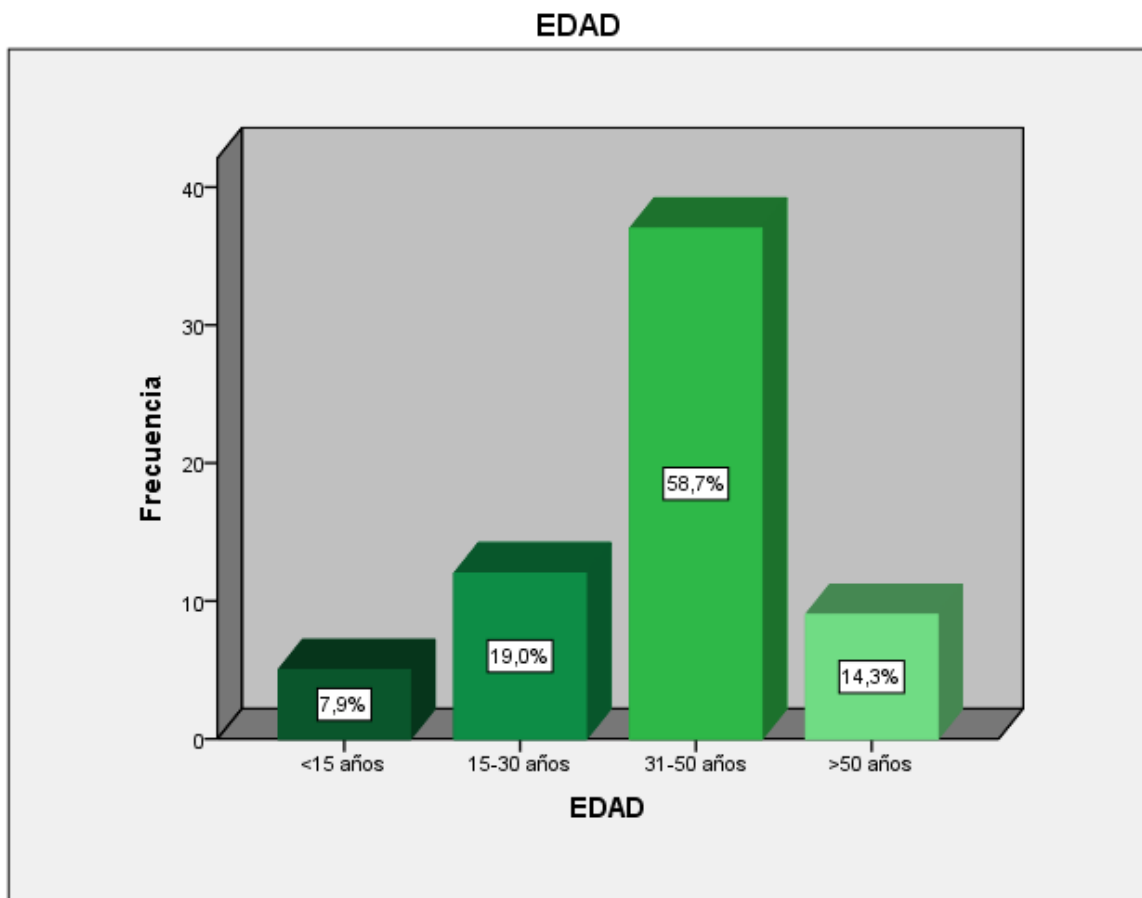
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON LES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

TABLA N° 1: EDAD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
<15 años	5	7,9 %
15-30 años	12	19 %
31-50 años	37	58,7 %
>50 años	9	14,3 %
Total	63	100,0 %

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

GRÁFICO N° 1: EDAD DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



FUENTE: Tabla N° 1

ELABORADO: Por el investigador

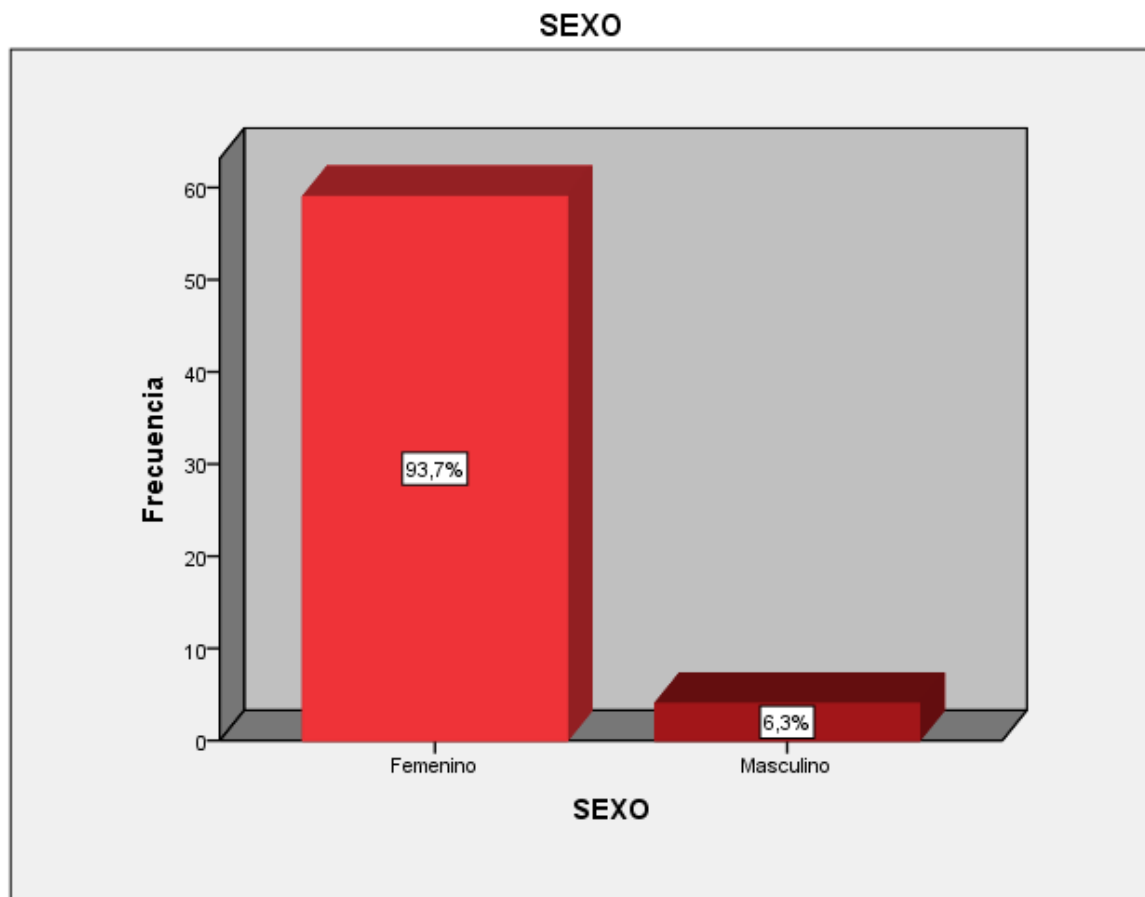
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 1 se observa que, del 100% de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Carlos Monge Medrano, el 58,7% de investigados fluctúan entre los 31-50 años seguido del rango entre 15-30 años con un 19% y el de menor incidencia se presenta en el grupo de <15 años.

TABLA N° 2: SEXO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

SEXO		
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Femenino	59	93,7 %
Masculino	4	6,3 %
Total	63	100,0 %

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

GRÁFICO N° 2: SEXO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



FUENTE: Tabla N° 2

ELABORADO: Por el investigador

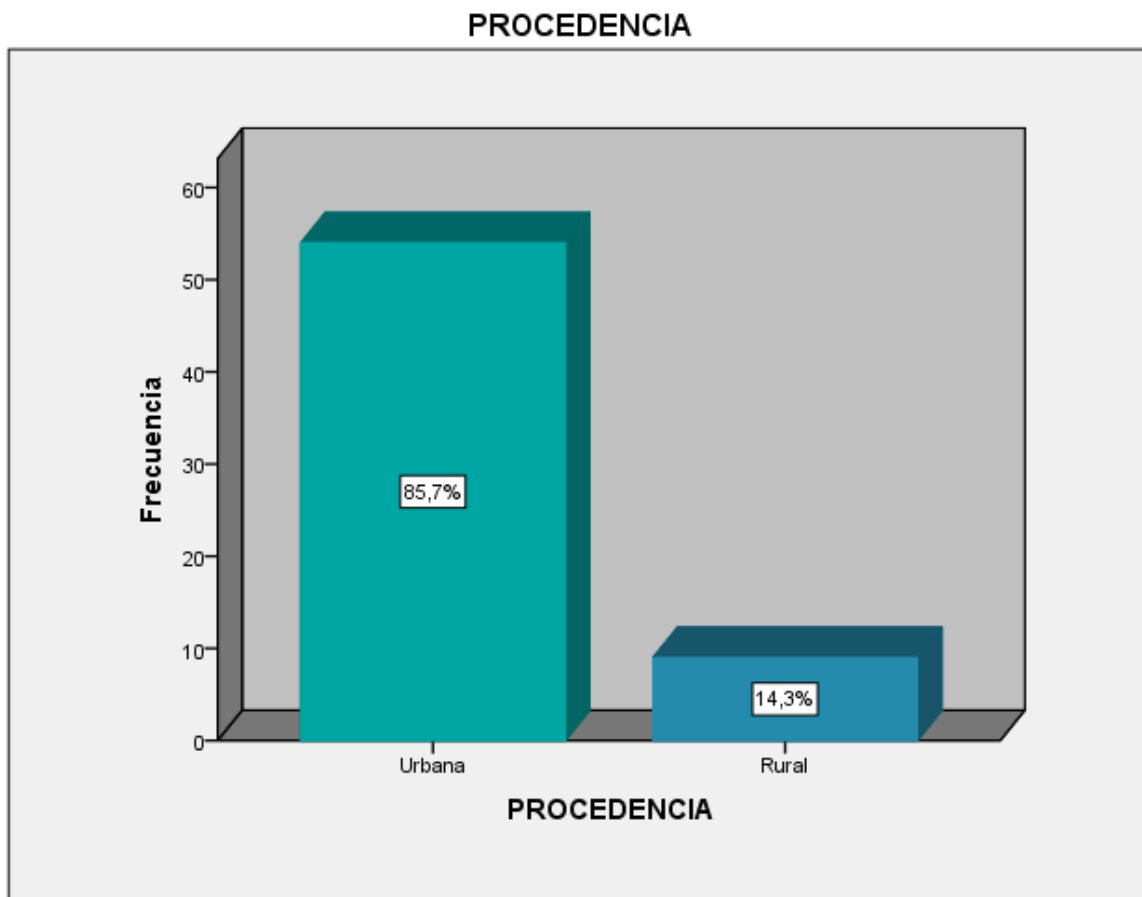
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 2 se observa que, del 100% de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del HCMM, el 93,7% de investigados son de sexo femenino y el 6,3% de sexo masculino.

TABLA N° 3: PROCEDENCIA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

PROCEDENCIA			
	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Urbana	54	85,7 %
	Rural	9	14,3 %
	Total	63	100,0 %

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

GRÁFICO N° 3: PROCEDENCIA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



FUENTE: Tabla N° 3

ELABORADO: Por el investigador

INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 3 se observa que, del 100% de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico del Hospital Carlos Monge

Medrano, el 85,7% de investigados son procedencia Urbana y el 14,3% son de procedencia rural.

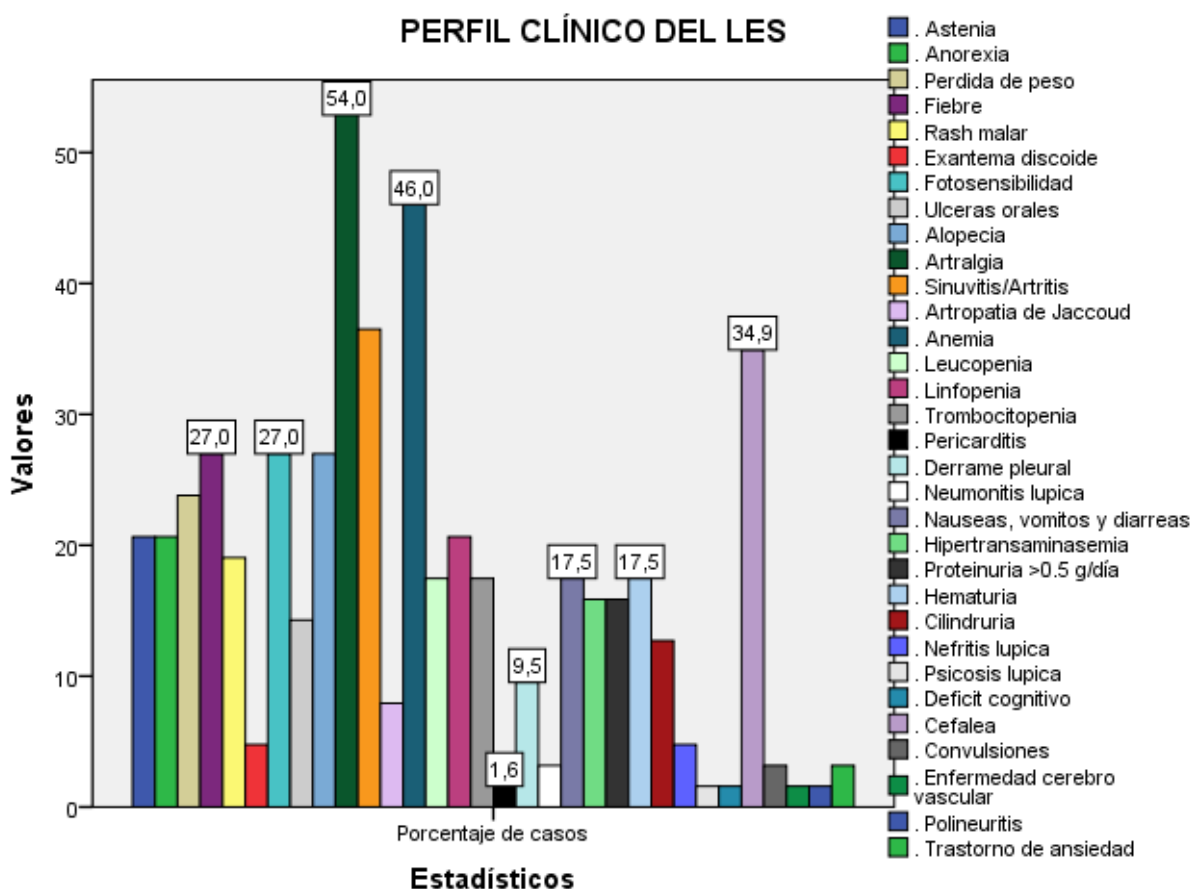
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS CON LES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

TABLA N° 4: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

PERFIL CLÍNICO		Respuestas	
		Nº	Porcentaje de casos
M. Generales	Astenia	13	20,6%
	Anorexia	13	20,6%
	Pérdida de peso	15	23,8%
	Fiebre	17	27,0%
M. Cutáneo Dermatológicas	Rash malar	12	19,0%
	Exantema discoide	3	4,8%
	Fotosensibilidad	17	27,0%
	Ulceras orales	9	14,3%
	Alopecia	17	27,0%
M. Ap. Locomotor	Artralgia	34	54,0%
	Sinuvitis/Artritis	23	36,5%
	Artropatía de Jaccoud	5	7,9%
M. Hematológicas	Anemia	29	46,0%
	Leucopenia	11	17,5%
	Linfopenia	13	20,6%
	Trombocitopenia	11	17,5%
M. Cardiacas	Pericarditis	1	1,6%
M. Pulmonares	Derrame pleural	6	9,5%
	Neumonitis lúpica	2	3,2%
M. Digestivas	Nauseas, vómitos y diarreas	11	17,5%
	Hipertransaminasemia	10	15,9%
	Proteinuria >0,5 g/día	10	15,9%
M. Renales	Hematuria	11	17,5%
	Cilindruria	8	12,7%
	Nefritis lúpica	3	4,8%
	Psicosis lúpica	1	1,6%
M. Neuro - Psiquiaticas	Déficit cognitivo	1	1,6%
	Cefalea	22	34,9%
	Convulsiones	2	3,2%
	Enfermedad cerebro vascular	1	1,6%
	Polineuritis	1	1,6%
	Trastorno de ansiedad	2	3,2%

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

GRÁFICO N° 4: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



FUENTE: Tabla N° 4

ELABORADO: Por el investigador

INTERPRETACIÓN: Según la tabla y gráfico N° 4 podemos observar; que dentro del perfil clínico de pacientes con LES en el Hospital Carlos Monge Medrano, resaltaron los siguientes: artralgia con un 54%, anemia con 46% y la sinuvitis/Artritis con 36,5%; siendo los 3 que más frecuencia obtuvieron en el resultado.

V. DISCUSIÓN

Hace décadas el Lupus Eritematoso Sistémico era considerado una entidad singular; sin embargo, tras varios estudios realizados en todo el mundo y el progreso de la tecnología, es que se ha logrado la detección de una cifra mayor de casos (2). No obstante, en el Perú aún continúa siendo una patología poco frecuente pero real. El LES constituye el 70% de todos los casos de lupus y alrededor de la mitad de estos casos, afecta un órgano o tejido importante como el cerebro, el corazón, los pulmones o los riñones (24).

Para la variable edad, en nuestro estudio la presentación de edad se dispone entre los 15 a 50 años (77,7%) con predominio en los rangos de 31-50 años (58,7%); estos resultados guardan relación con lo que sostienen Veremendi (2015), Cayllahua (2016) y Carmona (2018), quienes señalan que el grupo etáreo más afectado por esta patología fluctúan entre la edad reproductiva (10,11,13). Asimismo, el LUPUS Foundation of America comparte como dato epidemiológico que la mayoría de los individuos lúpicos desarrollan este padecimiento entre las edades de 15 a 44 años (24).

Para la variable sexo, en el análisis de resultados de nuestro estudio se halla que el sexo femenino es el más afectado con un 93,7%; estos resultados coinciden con lo que sostienen Cayllahua (2016), Chuquihuara (2019) y Carmona (2018) quienes reportan que el sexo femenino es el más predominante en relación al masculino (11,14,13). De la misma forma, la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica en su revisión bibliográfica señala que el Lupus Eritematoso Sistémico es más usual en mujeres llegando a un relación mujer: varón de 9-10:1 (25).

Respecto a la variable procedencia, en nuestro estudio se obtuvo que el 85,7% de pacientes con Lupus viene de la zona Urbana y un 14,3% procedentes de la zona Rural; lo cual indica que pobladores de lugares alejados donde probablemente no lleguen estudios ni tratamientos

sofisticados, estén padeciendo de esta enfermedad y probablemente muchos ya hayan fallecido incluso sin saber de la existencia de esta.

La distribución de las características clínicas más frecuentes fueron análogos entre sí, siendo las artralgias como la manifestación más cuantiosa con un 54%, seguida por la anemia (46%) y sinovitis/artritis (36,5%). Estos hallazgos son similares a los encontrados por Chuquihuara (2019) quien reporta que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron artralgia y anemia no hemolítica en 69% correspondientemente, alopecia en 66%, artritis en un 54% (14). No obstante, este estudio difiere en orden al resultado reportado por Carmona (2018) que encontró como manifestación más predominante a la sinovitis (66,4%), seguida de exantema malar (31,1%) y la pleuritis (24,6%) (13). De la misma forma, Veremendi (2015) reporta que las expresiones clínicas más habituales fueron artritis/sinovitis (65,7%), alopecia sin cicatrices (25,4%) y fotosensibilidad en un 22,4% (10).

Respecto a las manifestaciones cutáneo-dermatológicas, nuestro estudio encontró que un grupo considerable presenta alguna afección de este tipo, siendo la fotosensibilidad y la alopecia más frecuentes con 27% respectivamente. Empero, difiere de otro estudio realizado por Cayllahua (2016) quien reporta que es el rash malar la manifestación más habitual con respecto a este ítem con un 37,8% (11).

En relación a las manifestaciones del aparato locomotor, en este estudio encontramos que la mayoría de los pacientes con LES presentan problemas articulares, siendo las artralgias (54%) la manifestación más imperante seguido de la sinovitis/artritis (36.5%); y este apartado es habitualmente la manifestación más temprana así lo refiere Acosta et al (2016) en su estudio de revisión bibliográfica (26). De la misma forma, varios investigadores concuerdan en que las afecciones articulares son las más comunes en esta patología.

Acerca de las manifestaciones hematológicas, en nuestro estudio se pudo determinar que la anemia es la manifestación más frecuente con 46%

seguido de linfopenia con 20,6%, leucopenia y trombocitopenia con 17,5% respectivamente. Estos resultados guardan relación con los estudios realizados por García y Torres (2019), Carmona (2018) quienes señalan que la anemia es la manifestación hematológica más frecuente seguida de linfopenia; finalmente, la leucopenia y trombocitopenia con valores mínimos (8,13). Contrariamente Cayllahua (2016) reporta que la manifestación más usual es la linfopenia (11).

Por lo que se refiere a las manifestaciones cardiacas y pulmonares, nuestros hallazgos fueron los siguientes derrame pleural (9,5%) seguido de la neumonitis lúpica (3,2%) y por último la pericarditis con 1,6%; sin embargo, difiere en frecuencia con el estudio realizado por Cayllahua (2016) quien reporta que la pleuritis y/o pericarditis representan un 48,6% (11). Por otro lado, las manifestaciones digestivas también se presentaron en varios de los pacientes lúpicos tales como las náuseas, vómitos y diarreas con un 17,5% y la hipertransaminasemia con un 15,9%; empero, no hay reportes al respecto del tema.

En cuanto a las manifestaciones renales los hallazgos de este estudio establecieron que la hematuria (17,5%) es la afección renal más predominante seguido de la proteinuria (15,9%), cilindruria (12,7%) y por último la nefritis lúpica (4,8%), resultados que no concuerdan con Cayllahua (2016) y Carmona (2018) quienes enuncian que la proteinuria es el afección renal más frecuente seguido de otras alteraciones como la cilindruria y hematuria (11,13).

Y por último, las manifestaciones neuropsiquiátricas se mostraron en nuestro estudio que las cefaleas, son el síntoma más considerable representado por un 34,9%; dato que lo respalda el estudio de revisión bibliográfica de Díaz et al (2015) donde expresan que la cefalea está ubicada en un rango de 32 al 78% (27). Pero no concuerda con el estudio realizado por Cayllahua (2016) quien presenta a las convulsiones como alteración más frecuente (11).

VI. CONCLUSIONES

Entre las conclusiones del presente trabajo de investigación tenemos:

- Entre las principales características epidemiológicas del Lupus Eritematoso Sistémico, se identificó que el sexo femenino es el más predominante respecto al sexo masculino. El grupo etáreo más afectado se encuentra entre los 15 a 50 años con predominio del rango de 31-50 años; y la procedencia es urbana.
- Respecto al perfil clínico se determinó que los más frecuentes fueron las artralgias seguido de anemia y finalmente sinovitis/artritis. Al respecto conviene decir también que las manifestaciones según el órgano afectado fueron: para las manifestaciones cutáneo-dermatológicas los que más sobresalieron fueron la fotosensibilidad y la alopecia; en cuanto a, las manifestaciones del aparato locomotor el que más resalto fue la artralgia; en lo que toca a, las manifestaciones hematológicas el que más destacó fue la anemia; referente a las manifestaciones renales la afección más apreciable fue la hematuria; y para terminar, dentro de las manifestaciones neuro-psiquiátricas el síntoma más apreciable fue la cefalea.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda impulsar más estudios en nuestra región que incluyan otras variables de estudio y poblaciones de mayor cuantía.
- Se recomienda el apropiado llenado de historias clínicas con el propósito de no perder información importante y necesaria que permiten el desarrollo de estudios investigativos.
- Se recomienda al Hospital Carlos Monge Medrano mantener el servicio de Reumatología, ya que existe una considerable proporción de casos en nuestra región que necesitan atención especializada y así mejorar la calidad de vida del paciente lúpico.

REFERENCIAS

1. World Lupus Federation. World Lupus Federation. [Online].; 2019 [cited 2019 Diciembre 12]. Available from: <https://worldlupusfederation.org/2019/04/23/world-lupus-federation-sets-priorities/>.
2. Alonso MD. Lupus Eritematoso Sistemico. Epidemiologia y presentacion clinica en el Noreste de España [Tesis] , editor. [España]: Universidad de Cantabria; 2017.
3. Colegio Medico del Perú. Colegio Medico del Peru. [Online].; 2017 [cited 2019 Diciembre 20]. Available from: <http://web2016.cmp.org.pe/unas-16000-personas-padecen-lupus-peru-90-son-mujeres/>.
4. Xibillé D, Pérez M, Carrillo S, Álvarez E, Aceves FJ, Ocampo MC, et al. Guía de práctica clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el Colegio Mexicano de Reumatología. Reumatología Clínica. 2019 Enero; 15(1): p. 3-20.
5. Dall'Era M, Cisternas MG, Snipes K, Herrinton LJ, Gordon C, Helmick CG. The Incidence and Prevalence of Systemic Lupus Erythematosus in San Francisco County, California The California Lupus Surveillance Project. Arthritis & Rheumatology. 2017 Octubre; 69(10).
6. Izmirly PM, Wan I, Sahl S, Buyon JP, Belmont HM, Salmon JE, et al. The Incidence and Prevalence of Systemic Lupus Erythematosus in New York County (Manhattan), New York: The Manhattan Lupus Surveillance Program. Arthritis & Rheumatology. 2017 Octubre; 69(10): p. 2006-2017.
7. Coronado CD, Gámez IL, Sotelo N. Características clínicas y comorbilidades de pacientes con lupus eritematoso sistémico en niños y adultos. Acta Pediátrica de México. 2018 Enero; 39(1): p. 1-12.

8. García E, Torres E. Manifestaciones hematológicas en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico. Revista del Nacional. 2019 Mayo 19; 11(1): p. 5-16.
9. Guzmán LC, Quintero JA. Caracterización y factores asociados a mortalidad de pacientes adultos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos en un centro hospitalario de cuarto nivel de Medellín – Colombia desde el año 2014 -2018 [Tesis] , editor. [Medellin]: Universidad de Antioquia; 2020.
10. Veremendi E. Perfil Clínico y de Laboratorio en el momento del diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2009-2013 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
11. Cayllahua MG. Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo 2005 - 2015 [Tesis] , editor. [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016.
12. Frisancho PA. Perfil Epidemiológico, Clínico y Laboratorial en Pacientes Varones con Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2006-2015 , editor. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2016.
13. Carmona S. Epidemiología, Características Clínicas, Laboratoriales y Comorbilidades asociadas a Lupus Eritematoso Sistémico en Hospital Santa Rosa II-2 2015-2017 Piura [Tesis] , editor. [Piura]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
14. Chuquihuara BS. Manifestaciones clínicas de pacientes con lupus eritematoso sistémico al inicio y durante su evolución atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2000 – 2017 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
15. Bermúdez WM, Vizcaino Y, Bermúdez WA. Lupus eritematoso sistémico. Acta Médica del Centro. 2017 Enero; 11(1): p. 82-95.

16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico. Guía de Práctica Clínica sobre Lupus Eritematoso Sistémico. 2015. Guías de Practica Clinica en el SNS.
17. Ríos JA, Escudero C, López CR. Manifestaciones neuropsiquiátricas y neuropsicológicas del lupus eritematoso sistémico. Revista Cubana de Reumatología. 2018 Febrero 17; 20(1): p. 1-29.
18. Gomez JA, Cervera R. Lupus Eritematoso Sistémico. Medicina & Laboratorio. 2008 Abril 21; 14(5-6): p. 211-223.
19. Rivera F, Romera A, Villabón P, Sanchez P, Anaya S, Gonzáles LM, et al. Nefrología al Día. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 2]. Available from: <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-lupus-eritematoso-sistemico-nefropatia-lupica--263>.
20. Ruiz LF, Cano LE, Cruz S, Diaz JE, Rodriguez FL. Lupus eritematoso sistémico: nefritis lúpica, una complicación a descartar. Dermatologia Cosmetica, Medica y Quirurgica. 2019 Octubre - Diciembre; 17(4): p. 296 - 301.
21. Galindo M, Molina RA, Pablos JL. Lupus eritematoso sistémico (I). Etiopatogenia, Manifestaciones Clinicas, Historia Natural, Pruebas Diagnosticas, Diagnostico diferencial. Medicine. 2017 Octubre 12; 12(25): p. 1429-1439.
22. Rosas AM. Perfil clínico epidemiológico de la fibromialgia. Servicio de Reumatología. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2009-2019 [Tesis] , editor. [Trujillo]: Universidad Cesar Vallejo; 2020.
23. Alarcon MA. Perfil clínico epidemiológico del acné. Servicio de Dermatología. Hospital Belén de Trujillo. 2009-2019 [Tesis] , editor. [Trujillo]: Universidad Cesar Vallejo; 2020.
24. LUPUS Fondation of America. LUPUS Fondation of America. [Online].; 2016 [cited 2020 Noviembre 11]. Available from: <https://www.lupus.org/es/resources/hechos-y-estadisticas-sobre-lupus>.

25. Boteanu A. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. In *Pediatría AEdPySEdR. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Reumatología Pediátrica*. Tercera ed. España: SERPE; 2020. p. 115-128.
26. Acosta I, Avila G, Acosta ME, Aquino A, Centurión O, Duarte M. Manifestaciones clínicas y laboratoriales en el Lupus Eritematoso Sistémico-LES. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2016 Febrero; 14(1): p. 94-109.
27. Díaz D, Correa N, Díaz MC, Gutiérrez JM, Fernández DG. Compromiso del sistema nervioso central en el Lupus Eritematoso Sistémico. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2015 Marzo 16; 22(1): p. 16-30.

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de Recolección de Datos:

Manifestaciones generales:

Astenia. Anorexia Pérdida de peso Fiebre

Manifestaciones cutáneas:

Rash malar Fotosensibilidad Alopecia
 Ulceras Orales Exantema discoide

Manifestaciones del aparato locomotor:

Artralgia Sinuvitis/artritis
 Artropatia de Jaccoud Roturas tendinosas

Manifestaciones hematológicas:

Anemia Leucopenia
 Trombocitopenia Linfopenia

Manifestaciones cardiacas:

Pericarditis Miocarditis. Enfermedad coronaria
 Trastornos de conducción Valvulopatias

Manifestaciones pulmonares:

Neumonitis lúpica Hemorragia pulmonar
 Hipertensión pulmonar. Derrame Pleural

Manifestaciones gastrointestinales:

Nauseas, Vómitos y diarreas Pancreatitis
 Peritonitis Espontanea Hipertransaminasemia
 Enteropatía perdedora de proteínas Vasculitis intestinal

Manifestaciones renales:

Proteinuria > 0,5 g/día Hematuria
 Cilindruria Nefritis lúpica

Manifestaciones neuro-psiquiátricas:

Psicosis Lúpica Depresión
 Déficit Cognitivo Cefalea
 Convulsiones Enfermedad cerebro-vascular
 Polineuritis Trastorno de ansiedad

Edad:

<15 años
 15-30 años
 31-50 años
 >50 años

Sexo:

Femenino
 Masculino

Procedencia:

Urbana
 Rural

ANEXO 2: Criterios de clasificación 2019 del Lupus Eritematoso Sistémico de EULAR/ACR

Criterio de Inclusión
Anticuerpos antinucleares (ANA) en un título $\geq 1:80$ (en cualquier momento)



Si ANA (-) no se clasifica como LES, pero no excluye el diagnóstico
Si ANA (+), aplicar criterios adicionales



Criterios adicionales:

- Aparición de 1 criterio al menos en 1 ocasión, no de forma simultánea
- Para clasificar como LES se requiere al menos 1 criterio y ≥ 10 puntos
- En cada dominio, seleccionar el criterio de mayor puntuación
- No contar criterio en caso de que éste sea explicado por otra enfermedad

Criterios clínicos	Puntaje	Criterios inmunológicos	Puntaje
Constitucionales: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre 	2	<ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpo antifosfolípido: • Anticuerpos anticardiolipina • Anticuerpos anti-b2gp1 • Anticoagulante lúpico 	2
Dermatológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Alopecia no cicatricial • Úlceras orales • Lupus discoide o subagudo cutáneo • Lupus agudo cutáneo 	2 2 4 6	Complemento: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo c3 o bajo c4 • Bajo c3 y bajo c4 	3 4
Artritis: <ul style="list-style-type: none"> • Sinovitis caracterizada por aumento de volumen o edema en dos o más articulaciones o rigidez en dos o más articulaciones por más de 30 minutos en la mañana. 	6	Anticuerpos altamente específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpo anti-dna doble cadena • Anticuerpo anti-Smith 	6 6
Neurológico: <ul style="list-style-type: none"> • Delirio • Psicosis • Convulsiones 	2 3 5		
Serositis: <ul style="list-style-type: none"> • Líquido pleural o pericárdico • Pericarditis aguda 	5 6		

Hematológicas:			
• Leucopenia	3		
• Trombocitopenia	4		
• Hemólisis autoinmune	4		
Renales:			
• Proteinuria >0,5 g/24h	4		
• Biopsia renal con NL clase II o V	8		
• Biopsia renal con NL clase III o IV	10		
Puntuación total			



Clasificar como LES con una puntuación ≥ 10
--

ANEXO 3: Clasificación de la nefritis lúpica

Tipo I	Mesangial mínima
Tipo II	Mesangial proliferativa
Tipo III	Focal (< 50 % de glomérulos) III A: Lesiones activas III B: Lesiones activas y crónicas III C: Lesiones crónicas
Tipo IV	Difusa (> 50% de los glomérulos) IV A: Lesiones activas IV B: Lesiones activas y crónicas
Tipo V	Membranosa
Tipo VI	Esclerosante avanzada (> 90% de glomérulos esclerosados globalmente, sin actividad residual)

ANEXO 4: Cuadro de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Variable 1 Perfil clínico	Conjunto de síntomas y signos descrito en la historia clínica	Manifestaciones generales	Astenia Anorexia Pérdida de peso Fiebre	Nominal cualitativa
		Manifestaciones cutáneas y/o dermatológicas	Rash malar Exantema discoide Fotosensibilidad Ulceras orales Alopecia	Nominal cualitativa
		Manifestaciones del aparato locomotor	Artralgias Sinovitis/artritis Artropatía de Jaccoud Roturas tendinosas	Nominal cualitativa
		Manifestaciones hematológicas	Anemia Leucopenia Linfopenia Trombocitopenia	Nominal cualitativa
		Manifestaciones cardíacas	Pericarditis Miocarditis Enfermedad coronaria Trastorno de conducción Vavulopatías	Nominal cualitativa
		Manifestaciones pulmonares	Derrame pleural Neumonitis lúpica Hemorragia pulmonar Hipertensión pulmonar	Nominal cualitativa
		Manifestaciones digestivas	Nauseas, vómitos y diarreas Pancreatitis Peritonitis espontanea Hipertrasaminasemia Enteropatía perdedora de proteínas Vasculitis intestinal	Nominal cualitativa
		Manifestaciones renales	Proteinuria >0,5 g/día Hematuria Cilindruria Nefritis lúpica	Nominal cualitativa
		Manifestaciones neuropsiquiátricas	Psicosis lúpica Déficit cognitivo Cefalea Convulsiones Enfermedad cerebro vascular Polineuritis Trastorno de ansiedad Depresión	Nominal cualitativa

Variable 2 Perfil epidemiológico	Años cumplidos registrado en la historia clínica	Edad	<15 años 15-30 años 31-50 años >50 años	Cuantitativa discreta
	Sexo referido en la Historia Clínica	Sexo	Femenino Masculino	Nominal cualitativa
	Zona referida en la Historia Clínica	Procedencia	Urbana Rural	Nominal cualitativa

ANEXO 5: Matriz de Consistencia

Planteamiento del Problema	Objetivos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorías
<p>Problema General: ¿Cuál es el perfil clínico Epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 - 2019?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuál es el perfil clínico más frecuente del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 - 2019?</p> <p>¿Cuál es el perfil epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 - 2019?</p>	<p>Objetivo General: Determinar el perfil clínico Epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 – 2019.</p> <p>Objetivos Específicos: Identificar el perfil clínico más frecuente del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2015 - 2019.</p> <p>Determinar el perfil epidemiológico del Lupus Eritematoso Sistémico - Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2015 - 2019.</p>	<p>Variable 1 Perfil Clínico</p>	Manifestaciones generales	Astenia Anorexia Pérdida de peso Fiebre	Ausente Presente
			Manifestaciones cutáneas	Rash malar Exantema discoide Fotosensibilidad Ulceras orales Alopecia	Ausente Presente
			Manifestaciones del aparato locomotor	Artralgias Sinovitis/artritis Artropatía de Jaccoud Roturas tendinosas	Ausente Presente
			Manifestaciones hematológicas	Anemia Leucopenia Linfopenia Trombocitopenia	Ausente Presente
			Manifestaciones cardíacas	Pericarditis Miocarditis Enfermedad coronaria Trastorno de conducción Vavulopatías	Ausente Presente
			Manifestaciones pulmonares	Derrame pleural Neumonitis lúpica Hemorragia pulmonar Hipertensión pulmonar	Ausente Presente
			Manifestaciones digestivas	Nauseas, Vómitos y diarreas Pancreatitis Peritonitis Espontanea Hipertransaminasemia Enteropatía perdedora de proteínas Vasculitis intestinal	Ausente Presente

			Manifestaciones renales	Proteinuria > 0,5g/día Hematuria Cilindruria Nefritis Lúpica	Ausente Presente
			Manifestaciones neuropsiquiátricas	Psicosis Lúpica Déficit cognitivo Cefalea Convulsiones Enfermedad cerebro-vascular Polineuritis Trastorno de ansiedad Depresión	Ausente Presente
		Variable 2 Perfil Epidemiológico	Edad	<15 años 15-30 años 31-50 años >50 años	
			Sexo	Femenino Masculino	
			Procedencia	Urbana Rural	