

11227

93

20)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO  
NACIONAL LA RAZA

"CAUSAS DE INTERNAMIENTO EN PACIENTES CON LUPUS  
ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA INTERNA HE. CMR"

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

**DR. HOMERO REYNA VERGARA**



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

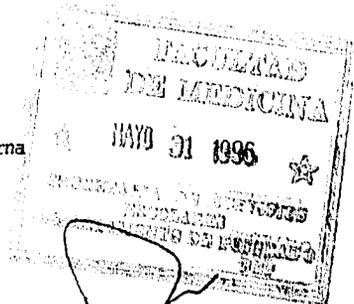
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

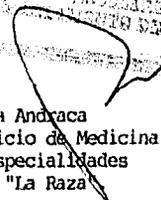
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

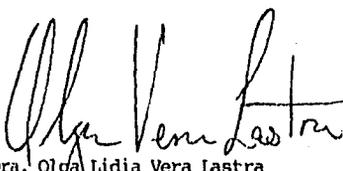
"CAUSAS DE INTERNAMIENTO  
EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)  
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
H.E. C.M.R."

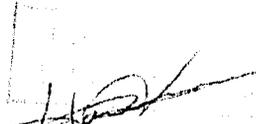
  
Dr. Alberto Prati Munari  
Jefe del Curso de Especialización de Medicina Interna  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico "La Raza".



  
Dr. Raúl Ariza Andraca  
Jefe del Servicio de Medicina Interna  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico "La Raza".

  
Dr. Arturo Robles Páramo  
Jefe de Enseñanza  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico "La Raza".

  
Dra. Olga Lidia Vera Lastra  
Asesora de Tesis  
Médico Adscrito al Servicio de Medicina Interna  
Hospital de especialidades  
Centro Médico "La Raza".

  
Dr. Homero Reyna Vergara  
Médico Residente de 3er. año  
de Medicina Interna  
Tesisista.

A Dios:  
Quien me ha permitido llegar a la Meta.

A mi Madre y Hermanos

A mi Esposa y a mi Hijo

G R A C I A S .

A los Médicos Adscritos  
que contribuyeron a mi formación.

Con Admiración y Respeto  
a la Dra. Olga Lidia Vera Lastra  
por ser Guía y Maestra,  
por su apoyo continuo.

M I   G R A T I T U D .

A la Memoria de mi Padre.

A mi Esposa y a mi hijo.

Con Cariño.

I N D I C E .

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| OBJETIVOS . . . . .             | 1  |
| INTRODUCCION. . . . .           | 2  |
| MATERIAL Y METODOS. . . . .     | 9  |
| RESULTADOS. . . . .             | 10 |
| ANALISIS DE RESULTADOS. . . . . | 13 |
| CONCLUSIONES. . . . .           | 16 |
| GRAFICAS Y ANEXOS . . . . .     | 17 |
| BIBLIOGRAFIA. . . . .           | 18 |

#### OBJETIVOS.

1. Determinar las causas de Hospitalización presentadas en pa-cientes con LES del Servicio de Medicina Interna del HE CMR- durante 1995.
2. Determinar la frecuencia de afección por aparatos y siste--mas reportada en pacientes con LES del Servicio de Medicina- Interna del HE CMR durante 1995.
3. Determinar el tiempo promedio en días de estancia intrahos- pitalaria por ingreso en pacientes con LES del Servicio de - Medicina Interna del HE CMR.
4. Determinar el número de hospitalizaciones por paciente-año- que presentan los pacientes con LES del Servicio de Medicina Interna del HE CMR.
5. Determinar los síntomas y signos más frecuentemente presenta- dos por pacientes con LES a su ingreso al Servicio de Medici na Interna del HE CMR.
6. Detectar las alteraciones de Laboratorio asociadas a LES en los exámenes generales reportados por pacientes con esta pa- tología que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del - HE CMR durante 1995.

## INTRODUCCION.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es una enfermedad con trastornos de tipo autoinmune que puede afectar diversos órganos. Se caracteriza por la formación extensa de inmunoglobulinas policlonales y subsecuentemente por el depósito de complejos inmunes en los tejidos, los cuales inician la respuesta inflamatoria (1).

El LES es una enfermedad autoinmune extraordinariamente compleja que toca casi todas las subespecialidades médicas (2). Existe evidencia de una amplia variedad de estudios científicos básicos que indican que la patogénesis de esta enfermedad es igualmente compleja y que puede variar de paciente a paciente. Las diversas expresiones del síndrome de Lupus pueden resultar de varias anormalidades en la interrelación genética, inmunológica, hormonal y ambiental. Aunque aún prevalecen muchas dudas acerca de los mecanismos patogénicos, los recientes avances en el diagnóstico y tratamiento han mejorado sustancialmente el pronóstico de los pacientes con LES. La disminución de las tasas de mortalidad, la morbilidad, complicaciones de la terapia y sobre todo, la calidad de vida, son parámetros en los que se ha puesto mayor atención (3).

El Riñón es la víscera más frecuentemente afectada por el LES. Con el uso del microscopio electrónico y la inmunofluorescencia se ha podido observar hasta las más mínimas anomalías

des en casi todas las biopsias de riñón de los pacientes con Lupus. Aproximadamente el 75% de las biopsias renales reportadas en diversas series han sido clasificadas como Glomerulonefritis-proliferativa focal, proliferativa difusa o membranosa (4). -- Las anormalidades serológicas pueden revelar muchos meses des---pués evidencia de compromiso renal y podría mostrar a través de una rápida observación cambios en el sedimento urinario y en la tasa de excreción de proteínas, las cuales son frecuentemente-consideradas como fuertes indicadores para la modificación de la terapia (3).

Un síndrome clínico clásico (por ejemplo, Glomerulonefritis rápidamente progresiva) puede en algunos casos, obviar la necesidad de una biopsia renal para establecer la fase en que se encuentra la nefropatía lúpica (3).

La Hipertensión ha sido un factor que se asocia a la progresión de la enfermedad renal Lúpica y la muerte (5).

Los síntomas neuropsiquiátricos son comunes en pacientes con LES y pueden clasificarse en eventos primarios, que resultan directamente de daño en otros órganos, complicaciones de la terapia o ambos (6,7).

Todas las partes del sistema nervioso (central, periférico o autonómico), pueden ser afectadas (2).

El síndrome orgánico cerebral, usualmente se manifiesta en varios grados de desajuste de la memoria, apatía, desorienta-

ción, pérdida del intelecto y el juicio, aunque, la agitación, - el delirio, estupor y la coma pueden ocurrir en varios casos. - El síndrome orgánico cerebral ha sido reportado en 20% de los pa cient es con LES (7).

La enfermedad arterial coronaria, tiene un efecto sustan cial en la mortalidad y morbilidad en pacientes con LES llegando a contar hasta un tercio de todas las muertes que se presentan - en esta población (8).

La prevalencia de LES asociado a valvulopatía va de 18 a 74% dependiendo del cohorte de los pacientes estudiados, la dura ción de la enfermedad y la forma de diagnóstico (9,10,11). A - demás, las anomalías valvulares también se han visto en pa cient es con LES que carecen de anticuerpos antifosfolípidos aun que su mayor frecuencia se haya presentado en pacientes con sín - drome de Anticuerpos Antifosfolípidos primario (SAAF) y en pa cient es con LES y SAAF (12,13,14).

Pacientes con LES que presentan también SAAF se han cla - sificado en la categoría de SAAF secundario (15,13). Algunos - pacientes con LES han presentado transitoriamente anticuerpos an tif os fol í pi do s con títulos que varían con la actividad de la en - fermedad. Estos pacientes en contraste con aquellos que sustan cial mente presentan altos títulos de anticuerpos generalmente no tienen complicaciones de SAAF (16).

La aterosclerosis se ha presentado como una causa signi

ficante de muerte y enfermedad en pacientes con LES (3).

El compromiso del sistema respiratorio en el LES es relativamente común y sus manifestaciones clínicas son diversas, en el daño pulmonar primario, causado por el LES, puede seguir un curso variable, presentando desde anormalidades incidentales en la radiografía de torax o en las pruebas de función pulmonar para la enfermedad aguda o crónica. La enfermedad crónica pulmonar puede progresar independientemente de la actividad de la enfermedad en otros órganos, mientras que la enfermedad pulmonar aguda tiende a desarrollarse en asociación con la actividad lúpica generalizada (3).

La neumonitis lúpica aguda se caracteriza por un inicio abrupto de fiebre, disnea con hipoxemia e infiltrados alveolares difusos en la radiografía de torax sin evidencia de infección subyacente. El síndrome hemorrágico alveolar, menos común que la neumonitis lúpica aguda, tiene presentación similar, excepto por que se asocia con una disminución aguda en los niveles de hemoglobina causada por el sangrado en el pulmón (17). La mortalidad para ambos síndromes es alta, siendo del 50 al 90% a pesar del tratamiento (18).

La hipertensión pulmonar se presenta solamente en el 25% de la población general que padece LES (19). Las pruebas serológicas muestran una alta incidencia de antiribonucleoproteínas, factor reumatoide y anticuerpos antifosfolípidos (19). La pato

génesis de la hipertensión asociada a LES es desconocida, pero se cree que resulta de la oclusión vascular causada por vasoconstricción, vasculopatía o vasculitis, agregación plaquetaria o trombosis y enfermedad del parénquima pulmonar (18,19,20).

La trombocitopenia autoinmune ocurre en más del 25% de los pacientes con LES y puede ser grave (cuenta plaquetaria menor de  $20 \times 10^9/L$ ) en aproximadamente 5% de los pacientes. La prueba positiva para anticuerpos antinucleares ha sido reportada en más del 30% de los pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática crónica y puede presentar problemas diagnósticos y terapéuticos (2).

Las variantes morfológicas cutáneas de LES pueden ser divididas en dos grandes categorías: 1) aquellas en las cuales las lesiones son específicas de LES y muestran cambios histopatológicos característicos, y 2) aquellas en las cuales las lesiones no son específicas pero se relacionan con el LES (2,21).

Más del 20% de los pacientes con LES presentan fotosensibilidad, la cual se define como un Rash cutáneo debido a una reacción inusual a la luz solar, además la radiación solar puede exacerbar la actividad sistémica de la enfermedad y puede tener un efecto negativo en la calidad de vida (22).

La artralgia o artritis moderada con rigidez matutina es la manifestación inicial más común de LES ya que un 76% de los pacientes desarrollan artritis verdadera (23). La artritis es

una de las manifestaciones iniciales de la enfermedad y puede resaltar un diagnóstico erróneo de artritis reumatoide. Los pacientes con LES ocasionalmente desarrollan nódulos o deformaciones articulares.

La deformidad en manos ocurre en el 10% de los pacientes con LES y puede parecerse a aquellas que se presentan en pacientes con artritis reumatoide (24).

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, las complicaciones atribuibles a LES o a su terapia, continúan como causa sustancial de morbilidad (25). En un estudio prospectivo se encontró que la incidencia de admisión hospitalaria para los pacientes con Lupus, fué de .69 admisiones por paciente año (26). La medición de las manifestaciones de actividad Lúpica, en particular, si existe sospecha de compromiso neurológico o psiquiátrico cuenta aproximadamente con un tercio de las admisiones (22). Las Infecciones, la enfermedad arterial coronaria y el manejo ortopédico de la osteonecrosis fueron causa prominente de hospitalización. Recientemente se ha desarrollado el "Índice daño", compuesto por variables relacionadas con el daño orgánico irreversible del LES (27).

Las causas que conducen a la muerte a pacientes con LES y manifestaciones clínicas directamente relacionadas con el Lupus mismo, incluyendo eventos vasculares neurológicos agudos, falla renal y compromiso pulmonar o cardiovascular (22). En mu-

chos pacientes, las infecciones se desarrollan al inicio de las manifestaciones de la actividad lúpica como consecuencia del tratamiento agresivo; así que frecuentemente se dificulta la identificación de una sola causa de muerte (28).

Aunque varias bacterias, virus e infecciones oportunistas se han asociado con el LES, ciertos tipos de infecciones parecen ocurrir más frecuentemente que otras. Las infecciones -- por Herpes Zoster han reportado una incidencia de 16 episodios -- por 1000 pacientes año, y se asocian significativamente con la terapia inmunosupresiva, por citar un ejemplo (29).

## MATERIAL Y METODOS.

Los pacientes fueron registrados de la libreta de Ingresos del servicio de Medicina Interna del HE CMR. La muestra obtenida se distribuyó en grupos etarios y por sexo (tabla 1; gráficas 1 y 2). Todos presentaron por lo menos 1 ingreso al Servicio de Medicina Interna durante el año de 1995, y fué posible documentarlo a través del expediente médico. Se tomaron en --- cuenta todos los ingresos reportados por paciente, registrando - los diagnósticos al ingreso señalados en la hoja de alta, días - de Estancia Intrahospitalaria (EIH); principales síntomas y sig-- nos al ingreso y datos generales de laboratorio. Estos datos-- se recabaron mediante la "Hoja de Captura de Datos", diseñada -- con éste propósito por el investigador (anexo 1).

De cada variable obtenida se determinó la frecuencia, mo da y media, así como sus valores porcentuales, y los resultados- se compararon con los de la literatura mundial.

Las causas de internamiento se agruparon para el estudio o en cuatro grupos que se señalan en la tabla 3.

## RESULTADOS.

De un Universo de 60 pacientes, se seleccionaron 34 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, eliminándose 26 pacientes ya que no fué posible recabar los datos de sus expedientes médicos debido a que no estaban disponibles en el Archivo clínico del Hospital. De éstos pacientes 4 fueron hombres y 30 fueron mujeres, lo que corresponde a 11.76 y 88.24% respectivamente con una razón de 1:10. Presentaron una edad mínima de 17 años y una máxima de 47 años, con una edad media de 26.44 años (tabla 1, gráficas 1,2).

Estos pacientes registraron un total de 112 ingresos tanto de primera vez como subsecuentes durante 1995; contando 747 días en total de EIH, con un promedio de 6.6 días por ingreso y 3.2 ingresos por paciente-año; la moda fué de 2 días de EIH, con 33 ingresos (29.46%). La mayor EIH registrada fué de 29 días y la menor, de 1 día; registrada en 8 pacientes, lo que equivale a un 7.14% (tabla 2, Gráfica 3).

Las causas de ingreso de acuerdo a los 4 grupos de clasificación se muestran en la tabla 3, las cuales se registraron tomando en cuenta que en cada caso podría encontrarse más de un diagnóstico por ingreso.

El mayor número de ingresos tuvo como causa principal de internamiento la administración de pulsos (Metilprednisolona, Ciclofosfamida), con un total de 60, que corresponde al 53.5% del-

total de ingresos, de los cuales 37 (61.6%) fueron electivos sin otra afección; y el resto (23 casos, 38.33%) estuvieron asociados a diversas afecciones (tabla 4, gráfica 5).

La segunda causa de internamiento fué la actividad de la enfermedad, con un total de 43.75%, encontrando que la nefropatía Lúpica, con 23 casos y 20.5%, ocupa en este grupo el primer lugar en frecuencia.

Las infecciones se registraron en 32 ingresos (28.57%) del total; siendo la Infección de Vías Urinarias (IVU) y de vías Respiratorias (IVR), las más frecuentes con 14 (12.5%) y 10 (8.3%) casos respectivamente (tabla 3, gráfica 4).

El síntoma predominante de estos pacientes a su ingreso fueron las artralgias, presentes en 18 casos (52.9%), seguido por malestar generalizado en 11 pacientes, correspondiente al 32.5%; Rash, Fiebre y Mialgias se reportaron en 8 pacientes respectivamente con un porcentaje de 23.5% (tabla 5, Gráfica 6).

Los resultados de los exámenes generales de Laboratorio, al ingreso, se reportan en la tabla 6., en donde se aprecia el más alto porcentaje relativo de anormalidad en las pruebas de VSG, que alcanza un 58.06%; seguido de Linfopenia con un porcentaje relativo de 47.05%, y Anemia con porcentaje relativo de 44.11%. Otro dato significativo se reportó en la depuración de Creatinina que reporta 36.36% de casos de anormalidad.

Se reportaron un total de 25 cultivos, de los cuales -- 14 presentaron resultados positivos (56%); 7 correspondientes al exudado faríngeo (28%) y 4 a Urocultivo (16%).

El germen más frecuentemente aislado fué Streptococcus - alfa hemolítico, en asociación con Neisseria Sp, que se reportó en todos los cultivos de exudado faríngeo; y E.Coli; que se aisló en 2 urocultivos. Cándida Albicans se registró en un exudado faríngeo y un coprocultivo. (tabla 7, gráfica 7).

## ANALISIS DE RESULTADOS.

El LES es una enfermedad de etiología desconocida en la que se produce una lesión tisular citológica por el depósito de autoanticuerpos e inmunocomplejos de carácter patógeno. Puede afectar a diversos órganos y varía de paciente a paciente (1,2).

La presentación es mayor en mujeres jóvenes, existiendo una relación de 10:1 con respecto al hombre, como se aprecia en el presente estudio. En 1995, el LES presentó la 3a. causa de hospitalización en el servicio de Medicina Interna del HE CMR, - precedido por la Diabetes Mellitus y la Insuficiencia Renal Crónica.

El principal motivo de internamiento registrado para los pacientes con LES fué para la administración de pulsos de Ciclofosfamida, a diferencia de otros estudios, en los que se reportan la actividad lúpica y las infecciones como principales causas de internamiento respectivamente (4,6,7,27).

Lo anterior probablemente se debe a que no existe un programa de administración de pulsos en forma ambulatoria.

La actividad Lúpica ocupó el segundo lugar de internamiento en el servicio de Medicina Interna y el riñón resultó ser el órgano más afectado. Esto se explica debido a que en el servicio de Medicina interna, las Nefropatías en estudio son una causa frecuente de internamiento y finalmente se establece como causa de nefropatía el LES. Cabe mencionar que los casos florid

dos de LES no ocasionan internamientos frecuentes al servicio de Medicina Interna, ya que éstos pacientes generalmente se refieren al Servicio de Reumatología.

La tercer causa de hospitalización que registramos en pacientes con LES en el Servicio de Medicina Interna, fueron las - infecciones, de las cuáles la más frecuente fué la IVU y el agente etiológico más frecuentemente reportado por Urocultivo fué - E. Coli (tabla 7, gráfica 7).

La IVR, ocupa el segundo lugar, en este caso, los cultivos de Exudado Faríngeo reportaron en todos los casos Estreptococo alfa hemolítico en asociación con Neisseria sp (tabla 7, gráfica 7).

La presencia de virus, bacterias e infecciones oportunistas asociadas a LES, son causa frecuente de hospitalización dadas las alteraciones inmunológicas generadas por la actividad - Lúpica y a su vez, por el tratamiento inmunosupresor (28,29); no obstante, ciertos tipos de infecciones pueden ocurrir más frecuentemente que otras (28,29).

Casi el 50% de los pacientes presentaron alteraciones hematológicas (citopenias), ya que en el LES se pueden presentar - alteraciones en las 3 serier. La anemia es un hayazgo frecuente que llega a reportar entre el 44 al 72% de los pacientes dependiendo de la etapa evolutiva en que se encuentre la enfermedad y considerando que la anemia puede presentarse también como-

consecuencia de la afección renal crónica. (33).

El presente estudio reportó anemia en el 44.11% de los--  
pacientes.

Dentro del grupo analizado se registró una estancia rela-  
tivamente corta, encontrando una moda de 2 días de EIH, encontra-  
da en 33 casos, que corresponden a un 29.46% de los ingresos - -  
Esto se debe a que un mayor número de ingresos se presentan para  
la administración de pulsos de Ciclofosfamida.

#### CONCLUSIONES.

El Lupus es una causa frecuente de internamiento al Servicio de Medicina Interna del HE CMR, ocupando el 3er. lugar como causa de ingreso durante 1995.

El motivo principal de internamiento al Servicio de Medicina Interna del HE CMR, es la administración de pulsos, seguida de Actividad Lúpica y las Infecciones en este Orden.

La afección renal es la manifestación más frecuente de la actividad Lúpica.

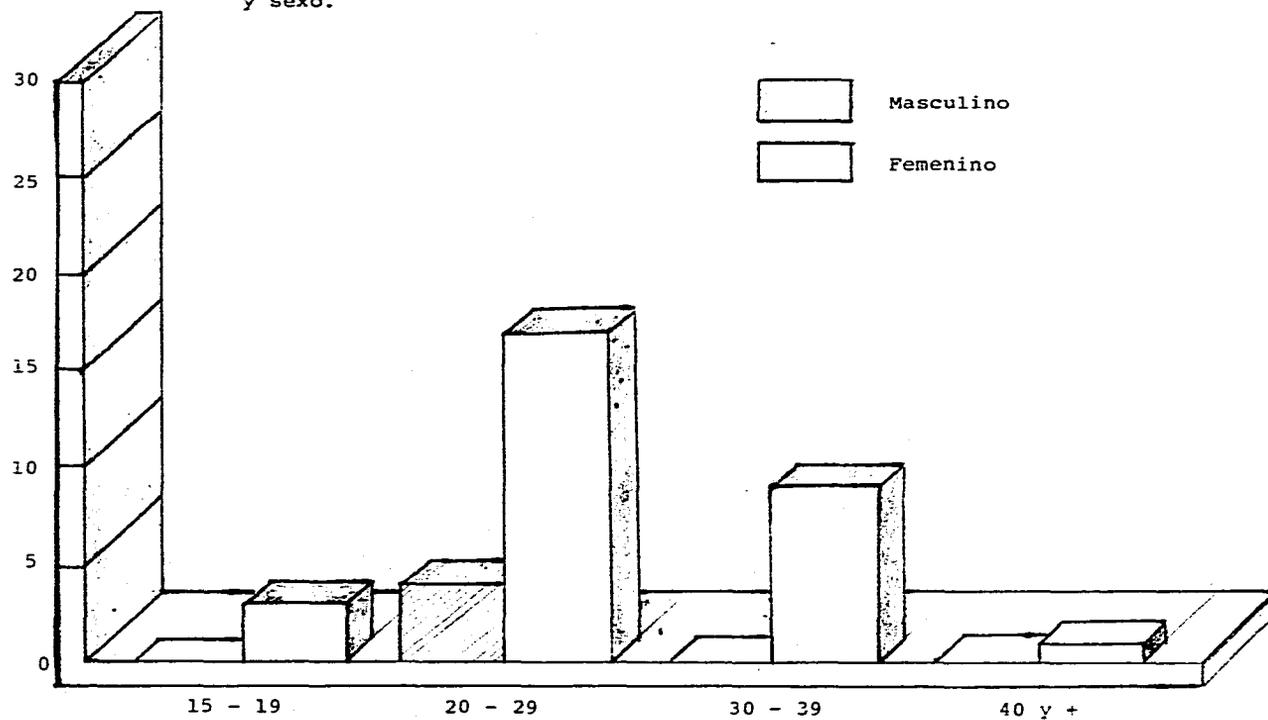
La estancia hospitalaria de pacientes con LES en el servicio de Medicina Interna del HE CMR, es relativamente corta con un promedio de 6.6 días de EIH por ingreso registrado.

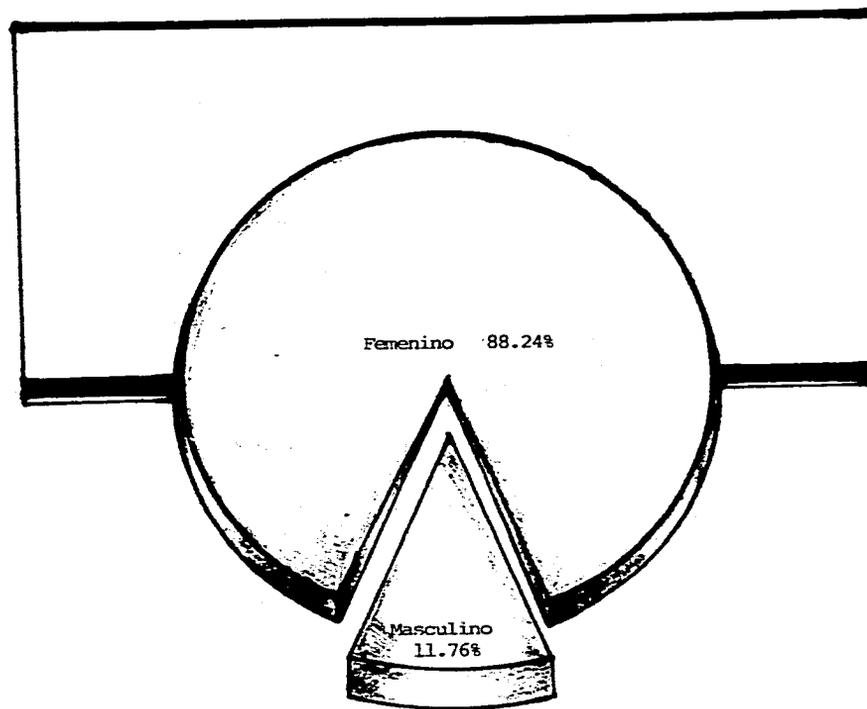
GRAFICOS Y ANEXOS.

Tabla 1. Pacientes con LES Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna HE CMR clasificados por Edad y Sexo.

| Grupos Etários | Masc. | Fem. | Total |
|----------------|-------|------|-------|
| 15 - 19        | 0     | 3    | 3     |
| 20 - 29        | 4     | 17   | 21    |
| 30 - 39        | 0     | 9    | 9     |
| 40 y +         | 0     | 1    | 1     |
| TOTAL          | 4     | 30   | 34    |

Gráfica 1. Pacientes con LES, clasificados por edad y sexo.





Gráfica 2. Distribución por sexo.

Tabla 2. Total de Ingresos registrados por pacientes -- con LES durante 1995, clasificados por días de Estancia Intra-hospitalaria, (EIH).

| Días de EIH | Frec. |
|-------------|-------|
| 1           | 8     |
| 2           | 33    |
| 3           | 9     |
| 4           | 13    |
| 5           | 25    |
| 6           | 4     |
| 7           | 3     |
| 8           | 5     |
| 9           | 3     |
| 10          | 4     |
| 11          | 4     |
| 12          | 3     |
| 13          | 3     |
| 14          | 1     |
| 15          | 2     |
| 17          | 1     |
| 18          | 2     |
| 20          | 2     |
| 21          | 2     |
| 22          | 2     |
| 23          | 2     |
| 29          | 1     |
| TOTAL       | 112   |

\* Total de días de EIH 747

\*\* Promedio de estancia en días por ingreso 6.6

\*\*\* Número de Ingresos por paciente-año 3.2

Gráfica 3. Total de Ingresos registrados por pacientes con I.E.S.

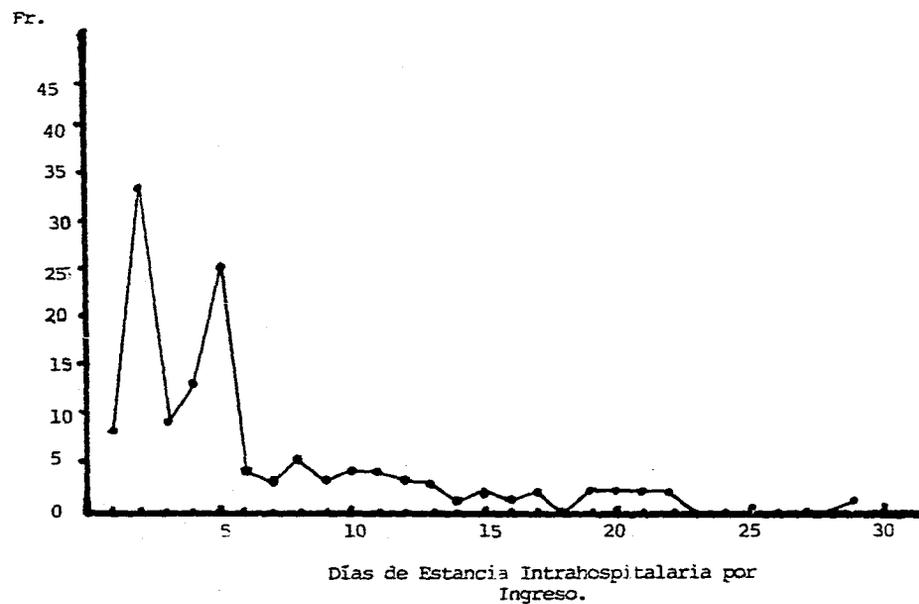


Tabla 3. Causas de Internamiento en pacientes con LES del servicio de Medicina Interna del HE CMR durante 1995.

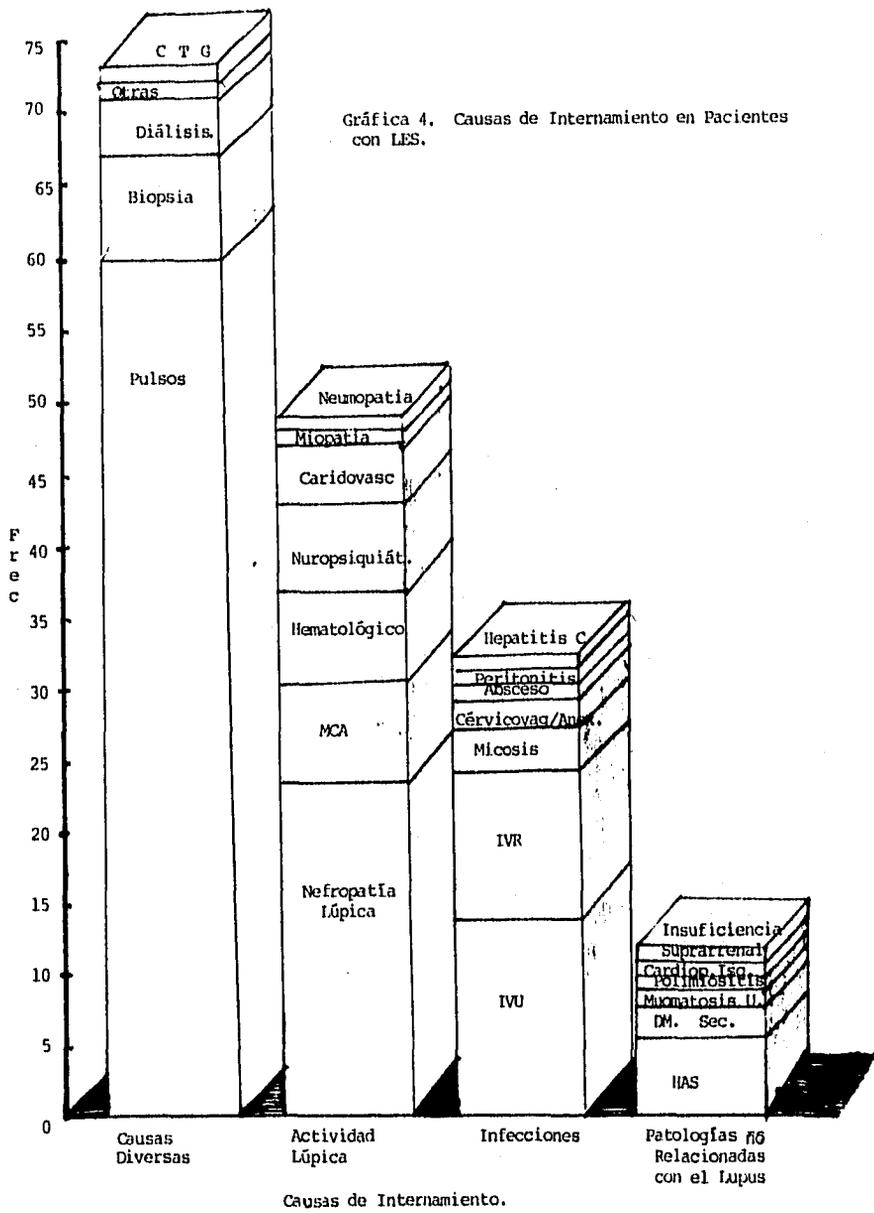
| Causas Diversas de Internamiento.                         |       |       |
|---|-------|-------|
|   | Frec. | %     |
| a) Pulsos   | 60    | 82.19 |
| b) Biopsia  | 7     | 9.58  |
| c) Diálisis   | 4     | 5.47  |
| d) Curva de Tolerancia Glucosa                            | 1     | 1.36  |
| e) Otras  | 1     | 1.36  |
| TOTAL   | 73    | 65.17 |
| Patologías Rel. con Actividad Lúpica y afección a órgano. |       |       |
| a) Nefropatía   | 23    | 46.19 |
| b) MCA *  | 7     | 14.28 |
| c) Hematológico   | 7     | 14.28 |
| d) Neuropsiquiátricos                                     | 6     | 12.29 |
| e) Cardiovascular   | 4     | 8.16  |
| f) Miopatías  | 1     | 2.04  |
| g) Neumopatías  | 1     | 2.04  |
| TOTAL   | 49    | 43.75 |
| Infecciones en pacientes con LES.                         |       |       |
| a) I.V.U. **  | 14    | 43.75 |
| b) I.V.R. ***   | 10    | 31.25 |
| c) Micosis  | 3     | 9.37  |
| d) Cérvicovaginitis/anexitis                              | 2     | 6.25  |
| e) Absceso  | 1     | 3.12  |
| f) Peritonitis  | 1     | 3.12  |
| g) Hepatitis C  | 1     | 3.12  |
| TOTAL   | 32    | 28.57 |
| Patologías no relacionadas con el complejo lúpico.        |       |       |
| a) HAS Descompensada                                      | 6     | 50    |
| b) Diabetes Mellitus Sec.                                 | 2     | 16.66 |
| c) Cardiopatía Isquémica                                  | 1     | 8.33  |
| d) Miomatosis uterina con sangrado activo                 | 1     | 8.33  |
| e) Insuficiencia Suprarrenal                              | 1     | 8.33  |
| f) Polimiositis @   | 1     | 8.33  |
| TOTAL   | 12    | 10.71 |

- \* Mucocutáneoarticular.
- \*\* Infección de Vías Urinarias.
- \*\*\* Infección de Vías Respiratorias.
- @ Polimiositis asociado a LES, Sx, de Superposición.

Tabla 4. Ingresos a Pulso, clasificados por la presencia de afecciones asociadas.

| Afecciones | Frec. | %      |
|------------|-------|--------|
| Electivos  | 37    | 61.66% |
| I.V.U. *   | 10    | 16.66% |
| Nefropatía | 7     | 11.66% |
| I.V.R. **  | 2     | 3.33%  |
| MCA. ***   | 2     | 3.33%  |
| Micosis    | 1     | 1.66%  |
| Neuropsiq. | 1     | 1.66%  |
| TOTAL      | 60    | 100%   |

- \* Infección de Vías Urinarias
- \*\* Infección de vías Respiratorias
- \*\*\* Mucocutáneoarticular



Gráfica 5. Ingresos a Pulsos en distribución porcentual.  
y afecciones asociadas.

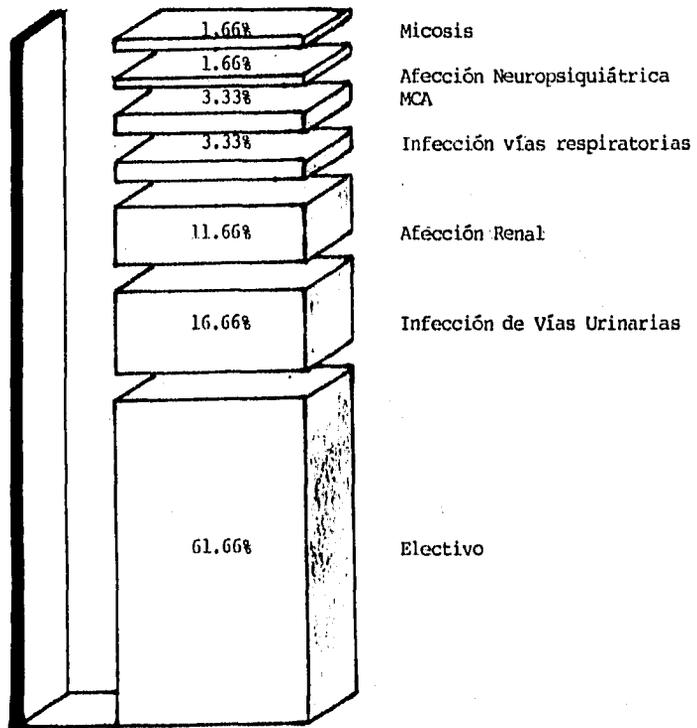


Tabla 5. Principales síntomas y signos registrados en pacientes con LES clasificados por orden de Frecuencia.

| Signos y Síntomas                                   | Frec. | Porcentaje |
|---|-------|------------|
| Artralgias  | 18    | 52.9%      |
| Malestar generalizado                               | 11    | 32.5%      |
| Rash, fiebre o mialgias*                            | 8     | 23.5%      |
| Náuseas, edema, dolor o vasculitis*                 | 7     | 20.5%      |
| Tos, Disnea o Alopecia*                             | 6     | 16.5%      |
| Vómito o Cefalea*                                   | 5     | 14.7%      |
| Ulceras, Fotosensibilidad, Diarrea o expectoración* | 4     | 11.7%      |
| Crisis convulsivas, palidez o Epistaxis*            | 3     | 8.8%       |
| Disuria o Prurito*                                  | 2     | 5.8%       |
| Otras   | 1     | 2.9%       |

\* La frecuencia señalada se presentó de forma individual en cada uno de los síntomas agrupados.

Gráfica 6. Principales síntomas y Signos en pacientes con LES.

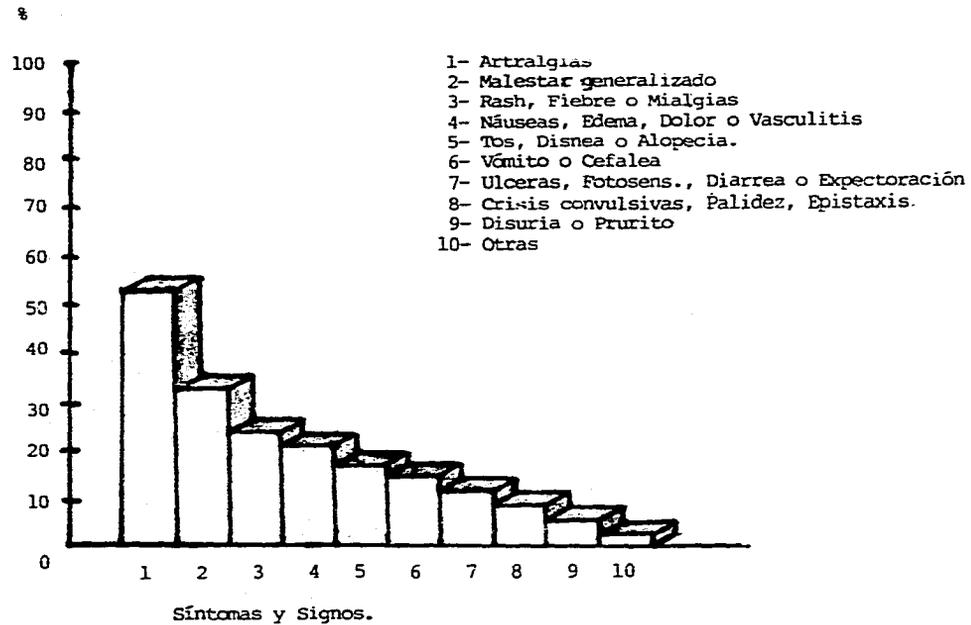


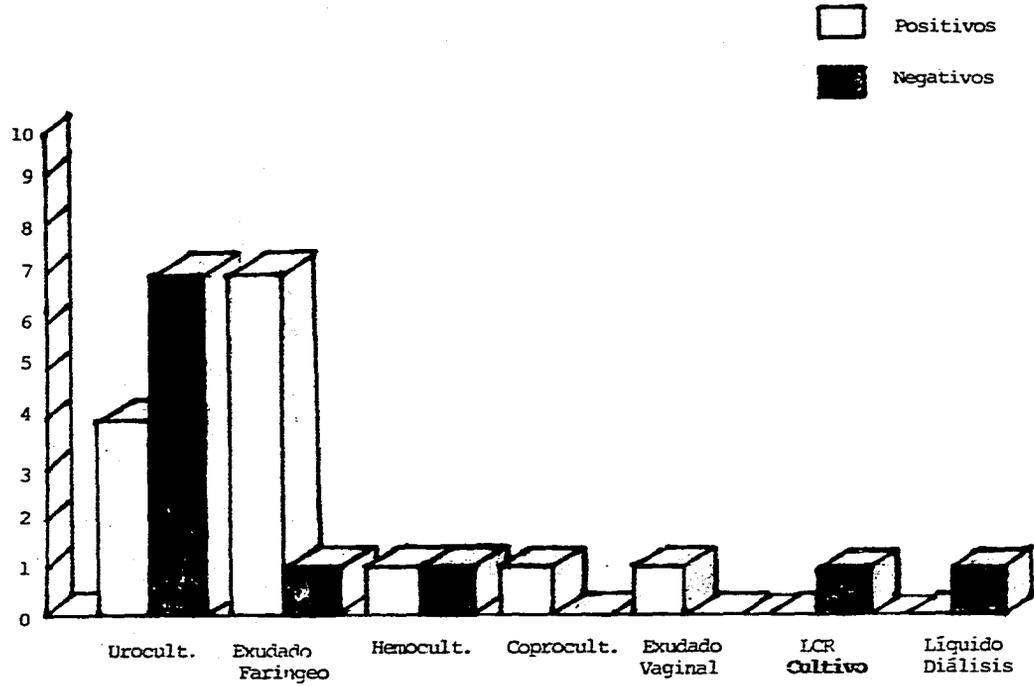
Tabla 6. Anormalidad Registrada en Exámenes Generales de Laboratorio realizados en Pacientes con LES clasificados por Frecuencia.

| Hallazgo de Laboratorio           | No. de Pruebas realizadas | Anormalidad (+) |       |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|-------|
|                                   |                           | Fr.             | %     |
| VSG 20mm/h                        | 31                        | 18              | 58.06 |
| Linfocitos 12.0%                  | 34                        | 16              | 47.05 |
| Hemoglobina 12g/dl                | 34                        | 15              | 44.11 |
| Dep. Creat. 50ml/min              | 22                        | 8               | 36.36 |
| Trigliceridos 250mg/dl            | 32                        | 10              | 31.25 |
| T.P. 14 seg                       | 33                        | 10              | 30.30 |
| T.P.T. 36 seg                     | 30                        | 8               | 26.66 |
| Colesterol, 240mg/dl              | 32                        | 7               | 21.87 |
| E.G.O. sugestivo de IVU           | 34                        | 7               | 20.58 |
| Plaquetas 150,000/mm <sup>3</sup> | 33                        | 6               | 18.18 |
| Leucocitos 3500/mm <sup>3</sup>   | 34                        | 5               | 14.70 |
| Creat. Sérica 1.5                 | 34                        | 4               | 11.76 |
| Glucosa 140mg/dl                  | 34                        | 2               | 5.88  |

Tabla 7. Cultivos registrados en pacientes con LES -- del Servicio de Medicina Interna del HE.CMR durante algún periodo de estancia Intrahospitalaria en 1995, clasificados por frecuencia de Positividad.

| Cultivos Realizados         | (+) | (-) |
|-----------------------------|-----|-----|
| Exudado Faringeo            | 7   | 1   |
| Urocultivo                  | 4   | 7   |
| Coprocultivo                | 1   | 1   |
| Hemocultivo                 | 0   | 1   |
| Exudado Vaginal             | 1   | 0   |
| Líquido Céfaloraquí-<br>dep | 0   | 1   |
| Líquido de diálisis         | 1   | 0   |
| TOTAL                       | 14  | 11  |

Gráfica 7. Cultivos reportados en Pacientes con LES.



#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Leung WH, et.al., "Cardiac Abnormalities in Systemic Lupus Erythematosus: a Prospective M-Mode, Cross Sectional and Doppler Echocardiographic Study", *Int J Cardiol.*, 1990; 27: 367-75.
- 2.- Tan EM Foreword, In Lahita RG, ed "Systemic Lupus Erythematosus"., New York Churchill Livingstone., 1992 xv-i.
- 3.- Dimitrios T Boumpas et.al., "Systemic Lupus Erythematosus: Emerging Concepts. Part 1.", *Ann Intern Med* 1995;12:940
- 4.- Globus J., McCune WJ., "Lupus Nephritis. Classification, Prognosis, Immunopathogenesis and Treatment.", *Rheum Dis Clin North Am.*, 1994;20:213-42
- 5.- Ginzler EM., et.al. "Hypertension Increases the Risk of Renal Deterioration in Systemic Lupus Erythematosus"., *J Rheumatol.*, 1993;20:1694 -- 700.
- 6.- McCune WJ., Golbus J., "Neuropsychiatric Lupus"., *Rheum Dis Clin North Am.*, 1988;14:149-67
- 7.- West SG., "Neuropsychiatric Lupus"., *Rheum Dis Clin North Am.*, 1994;20 - 129-58.
- 8.- Reveille JD., et.al., "Prognosis in Systemic Lupus Erythematosus Negative Impact of Increasing Age at Onset, Black Race and Thrombocytopenia - as Well as Causes of Death"., *Arthritis Rheum.*, 1990;33:37-48
- 9.- Galve E., et. al., "Prevalence Morphologic Types and Evolution of Cardiac Valvular Diseases in Systemic Lupus Erythematosus"., *N Engl J Med* - 1988;319:817-23.
- 10.- Roldan Ca., et al., "Systemic Lupus Erythematosus Valve Disease by Transesophageal Echocardiography and the Role of Antiphospholipid Antibodies", *J Am Coll Cardiol.*, 1992;20:1127-34.
- 11.- Nihoyannopoulos P., et.al., "Cardiac Abnormalities in Systemic Lupus Erythematosus"., *Circulation.*, 1990;82:369-75.
- 12.- Khamashta MA., et.al., "Association of Antibodies Against Phospholipids with Heart Valve Disease in Systemic Lupus Erythematosus"., *Lancet* -- 1990;335:1541-4.
- 13.- Vianna JL., et.al., "Comparison of the Primary and Secondary Antiphospholipid Syndrome: an European Multicenter Study of 114 Patients"., *Am J Med.*, 1994;96:3-9.

- 14.- Gleason CB., et. al., "A Comparison of Cardiac Valvular Involvement in - The Primary Antiphospholipid Syndrome Vs Anticardiolipin-Negative Systemic Lupus Erythematosus"., Am Heart J., 1993;125: 1123 -9.
- 15.- Ehrenstein MR., et. al., "Anti-DNA Antibodies in the primary Antiphospho LIPID Antibodies Syndrome (PAPS)"., Br J Rheumatol., 1993;32:362-5.
- 16.- Ishii Y., et al., "Clinical Importance of Persistence of Anticardiolipin Antibodies in Systemic Lupus Erythematosus" Ann Rheum Dis ., 1990;49: 387-90.
- 17.- Wiedemann HP., Matthay RA., "Pulmonary Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus"., J Thorac Imag., 1992;7:1:18.
- 18.- Mulherin D., Bresnihanb., "Systemic Lupus Erythematosus"., Clin Rheumatol 1994;7:31-57.
- 19.- Asherson RA., Oakley CM., "Pulmonary Hipertension and Systemic Lupus -- ERYTHEMATOSUS"., J Rheumatol., 1986;13:1-5.
- 20.- Simonson JS., et al., "pulmonary Hipertension in Systemic Lupus Erythema tosus"., J Rheumatol., 1989;16:918-25.
- 21.- Callen JP., "Mucocutaneous Changes in Patients with Lupus Erythematosus. The Relationship of These Lesions to Systemic Diseases"., RheumDis Clin -- North Am., 1988;99:251-7
- 22.- Dimitrios T., et.al., "Systemic Lupus Erythematosus:Emerging Concepts. - Part 2"., Ann Intern Med., 1995;123:42-53.
- 23.- Cronin ME., "Musculoskeletal Manifestations of Systemic Lupus Erythemato sus"., Rheum Dis Clin North Am., 1988;14:99-116.
- 24.- Reilly PA., et. al., "Arthropathy of Hands and Feet in Systemic Lupus - Erythematosus., J Rheumatol., 1990;17:777-84.
- 25.- Klippel JH., "Systemic Lupus Erythematosus. Treatment-Related Complica-- tions Superimposed on Chronic Disease., JAMA 1990;19:1559-65.
- 26.-Petri M., Genovese M., "Incidence of and Risk Factors for Hospitaliza - tions in Systemic Lupus Erythematosus: a Prospective Study of the Hop--- kins Lupus Cohort"., J Rheumatol., 1992;19:1559-65.
- 27.- Gladman D., et.al., "Systemic Lupus International Collaborative Clinics: Development of Damage Index in Systemic Lupus Erythematosus"., Jurnal -- Rheumatol., 1992;19:1820-1.

ESTA TESIS NO PUEDE  
SER DE LA BIBLIOTECA

- 28.- Cohen MG., LI EK., "Mortality in Systemic Lupus Erythematosus Active -- Disease is the Most Important Factor"., Aust N Z J Med., 1992;22:5-8.
- 29.- Kahl LE., "Herpes Zoster Infections in Systemic Lupus Erythematosus Risk Factors and Outcome "., J Rheumatol., 1994;21:84-6.
- 30.- Tan EM., et. al., "The 1982 Revised Criteria for the Classification of - Systemic Lupus Erythematosus"., Arthritis Rheum., 1982;25:1271-7.
- 31.- Wilson Jean D., "Principios de Medicina Interna de Harrison" 13 ed. - Edit. Interamericana-Mc Graw Hill., México,1991., Pp 1658-64.
- 32.- Schroeder SA., "Diagnóstico y Tratamiento 1992"., edit.El Manual Moderno ., México., 1992.
- 33.- Drs Elizabeth Moreno G. Aurelio Carvallo V. "Consideraciones Generales - en Relación a los Estudios Complementarios en el LupusEritematoso Sistémico" Reumatología ., 1990;1:10-16.