

Descripción de las características epidemiológicas, estancia hospitalaria, frecuencia de mortalidad y causas de hospitalización en pacientes con lupus eritematoso sistémico internados en un hospital nacional

Description of the epidemiological features, hospital stay frequency of mortality and causes of hospitalization in patients with systemic erythematosus lupus in a national hospital

Oscar Alex Vallejos-Vilca¹ Ray Ticse-Aguirre²

RESUMEN

OBJETIVO. Describir las características epidemiológicas, el tiempo de estancia hospitalaria, la frecuencia de mortalidad y las principales causas de hospitalización de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) en los servicios de internamiento del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), durante el período (2002-2012). **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio primario, descriptivo-retrospectivo, que analizó la población de pacientes de 14 o más años con LES en los servicios de hospitalización de Medicina Interna del HNCH. La información se obtuvo del departamento de Estadística. **RESULTADOS.** Se evaluó 582 registros de hospitalizaciones, con respecto a 364 registros de pacientes, con un total de 9 463 días-hospital, una relación mujer/hombre de 7,9/1, la edad del total de registros presenta una mediana de 30 años (IQT: 23-43). La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 12 días (IQT: 5-22). Del total de registro-paciente, 155 (42,6 %) correspondían a causas infecciosas y 209 (57,4 %) correspondían a causas no infecciosas como causa de hospitalización. La frecuencia de mortalidad fue de 8,5 % con respecto al total de registro-paciente. Las etiologías más frecuentes que registraron condición de egreso fallecido fueron choque séptico pulmonar (11) y accidente cerebrovascular (5). La condición de sepsis tuvo relación con mortalidad (OR = 2,77 y P = 0,007). **CONCLUSIÓN.** El LES en los servicios de hospitalización del HNCH tiene un comportamiento similar a lo descrito en la literatura con respecto a estancia hospitalaria, mortalidad y causas de hospitalización; la condición de sepsis y el compromiso de los sistemas cardíaco, pulmonar y neurológico estuvieron relacionados a mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Lupus, Mortalidad, Hospitalización.

ABSTRACT

OBJECTIVES. To describe the epidemiological characteristics, length of hospital stay, mortality rate and main causes of hospitalization of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) in the inpatient services of Cayetano Heredia National Hospital (HNCH) during the period from 2002 to 2012.

MATERIAL AND METHODS. A retrospective, descriptive study in which primary patient population of 14 or more years was analyzed SLE inpatient HNCH Internal Medicine was conducted. The information was obtained from the Department of Statistics. **RESULTS.** It was evaluated 582 records of hospitalizations with respect to 364 patient records, finding a total of 9 463 days-hospital, a female/male ratio of 7,9/1 was found, the age of the total records presented a median of 30 years (IQT: 23-43). The hospital stay was a median of 12 days (IQT: 5-22). Of the total log-patient, 155 (42,6 %) related to infectious causes and 209 (57,4 %) were non-infectious causes as cause of hospitalization. The mortality rate was 8,5 % relative to the total log-patient. The most common etiologies of deceased recorded discharge condition, septic shock were

1. Médico internista, asistente del servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Cayetano Heredia y de la Clínica Médica Cayetano Heredia.
2. Médico especialista en Medicina Interna y Endocrinología, magíster en Epidemiología Clínica. Médico asistente en el servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Cayetano Heredia y profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

lung (11), stroke (5), alveolar hemorrhage (4). The condition sepsis mortality was related to mortality found an OR 2,77 and P 0,007. **CONCLUSIONS.** The LES in the inpatient services HNCH has described a similar behavior in the literature regarding hospital stay, mortality and causes of hospitalization; the condition of sepsis and the commitment of the cardiac, pulmonary, and neurological systems were related to mortality.

KEY WORDS: Lupus, Mortality, Hospitalization.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de naturaleza autoinmune, que afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, puede afectar a múltiples órganos y sistemas y provocar diversas manifestaciones clínicas ("pluripatología").^{1,2} Las infecciones son la principal causa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes; la sobrevida de LES ha aumentado en las últimas décadas, desde una sobrevida a cinco años menor de 50 %, hasta una mayor de 90 % en la actualidad, esto es especialmente evidente en los países desarrollados.³

La disminución de la mortalidad es multifactorial, obedece principalmente a la disposición de nuevos y mejores tratamientos, y a la mayor agresividad con que se tratan las complicaciones; pero este hecho ha favorecido el protagonismo de otras complicaciones que antes no se conocían debido a la elevada mortalidad del LES.^{4,5} La mortalidad en esta enfermedad generalmente se atribuye a causas infecciosas, actividad lúpica, particularmente con compromiso de los sistemas renal y neurológico; a diferencia de etapas más avanzadas donde los efectos del tratamiento y complicaciones producen la mayoría de las muertes.^{4,7,8}

La mortalidad de la cohorte LUMINA, que examinó pacientes de diferentes etnias, incluidos hispanos en su población de estudio, examinó dicha variable a los 5 y 10 años, se detectaron como factores independientes predictores de mortalidad, actividad de la enfermedad, daño de órganos acumulado y la pobreza, el grupo étnico no fue identificado como factor predictor de mortalidad.⁹

En países en desarrollo como Perú, las infecciones son las causas más frecuentes de hospitalización.^{12,13} En contraposición, en países desarrollados como Canadá, que reporta una incidencia de procesos infecciosos de 25 % y la primera causa de muerte es la actividad lúpica por sí misma. En general, se reporta que entre 30 % y 50 % de la mortalidad total en lupus se debe a las infecciones.¹²

Respecto a la estancia hospitalaria, en diversas publicaciones sobre estudios realizados en pacientes con LES hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, se reporta que la estancia hospitalaria en estos pacientes fue prolongada, varió entre 11 y 13 días, incluso en países desarrollados.^{6,11}

En Perú, existen solo dos estudios que evaluaron las hospitalizaciones de los pacientes con LES, los cuales fueron retrospectivos y se basaron en la revisión de historias clínicas. El primero evaluó las hospitalizaciones de los pacientes con LES ocurridas en el Hospital Dos de Mayo durante los años 1980-1993,¹⁴ el segundo estudio revisó las hospitalizaciones en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), durante el período 1984-1994.¹⁵ Se evaluaron 71 y 120 hospitalizaciones, respectivamente, se encontró mortalidades de 11,3 % y 5 %, respectivamente. En este último estudio se reportó un total de 249 hospitalizaciones, con un rango de 1 a 6 hospitalizaciones y tiempo de hospitalización en un rango de 3 y 130 días.

Se carece de información actualizada con referente a esta patología, por lo cual el presente estudio tiene como objetivo describir las características epidemiológicas, el tiempo de estancia hospitalaria, frecuencia de mortalidad y las principales causas de hospitalización de los pacientes con LES en los servicios de internamiento del HNCH durante la última década.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio primario, cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo. La información se obtuvo de la base de datos de los egresos de hospitalización del Departamento de Estadística del HNCH, con respecto a los pacientes que estuvieron hospitalizados con diagnóstico de LES registrado en la base de datos según el CIE 10 con los siguientes códigos, M32.1 (LES con implicación de órganos o sistemas) y M32.9 (LES sin especificar). Se analizó la población de pacientes de 14 o más años atendidos en los servicios de hospitalización de Medicina Interna, Emergencia de Medicina y Medicina Tropical del HNCH, en el período 2002-2012.

Se consignaron las siguientes variables: estancia hospitalaria, condición de egreso, edad, sexo, año de hospitalización, causa de hospitalización según código CIE 10, procedencia. No se tuvo acceso a las características clínicas y funcionales de la población,



debido a que el hospital no cuenta actualmente con un archivo físico que permita una búsqueda de manera completa y confiable.

Los diagnósticos de LES fueron agrupados al inicio en dos bloques (infeccioso y no infeccioso); luego cada bloque se subdividió según sistemas (cardíaco, neurológico, pulmonar, renal, hematológico, dérmico, osteomuscular, digestivo, metabólico y psiquiátrico) según fuera el caso. La definición de si la causa de ingreso era de origen infeccioso o no infeccioso se basó en el motivo de hospitalización según los diagnósticos reportados al egreso. Cabe mencionar que se tomó el diagnóstico principal de egreso para registrarlo en la base de datos.

Con respecto al tiempo de estancia hospitalaria, se revisó la literatura y no se encontró un punto de corte para definir estancia prolongada en un paciente con LES; por lo cual de manera arbitraria consideramos 10 días, esto debido a que en múltiples estudios que evaluaron estancia hospitalaria en LES encontraron cifras en un rango entre 9 y 11 días.^{6,9,11,15}

Análisis estadístico

Las variables fueron codificadas con números en el programa Microsoft Office Excel 2010, luego fueron transferidos al programa estadístico Stata 10.0 para su análisis. Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias, las cuantitativas con medidas de tendencia central, medias o medianas, según tengan distribución normal o no normal. Las medianas se presentaron con el intervalo intercuartil (IQT).

Se analizó las características epidemiológicas y las causas de hospitalización en búsqueda de relación con respecto a mortalidad, se realizó análisis bivariado para encontrar *odds ratio* (IC 95%) y se consideró significativo si presentaba una $p < 0,05$. Cabe resaltar que los *odds ratio* encontrados fueron exploratorios y no se intentó definir asociaciones.

El proyecto fue revisado por el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, antes de su aplicación.

RESULTADOS

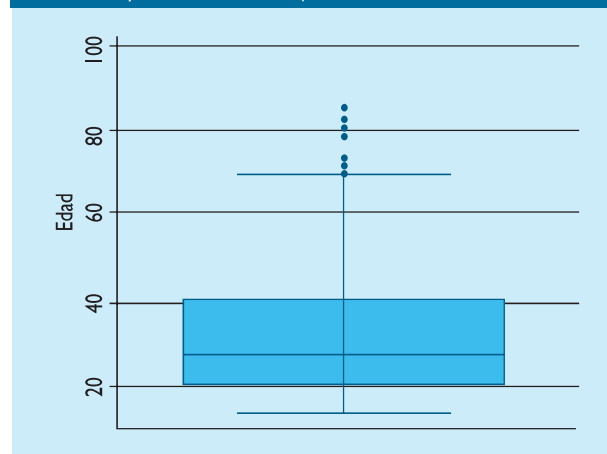
El estudio evaluó 582 registros de hospitalizaciones de pacientes con LES, con respecto a 364 registros de pacientes. Se encontró un total de 9 463 días-hospital, con un rango entre 1 y 8 hospitalizaciones durante el

período estudiado; 66,3 % tuvieron 1 hospitalización; 18,5 %, 2 hospitalizaciones; 9,2 %, 3 hospitalizaciones y 5,6 %, más de 4 hospitalizaciones, con un promedio total de 58,2 hospitalizaciones por año. Se registraron 37 rehospitalizaciones durante el período de estudio, que representan 10,16 %.

Con respecto a la procedencia de los pacientes registrados, 81,9 % (299) correspondían a Lima y Callao, 10,6 % (39) correspondían a provincias del norte del país, y 7,3% (17) correspondían a provincias del centro y sur del país. De los 285 registros de pacientes procedentes de Lima, 38,5 % (110) correspondían a distritos ubicados en el Norte de Lima, 26,6 % (76); 16,4 %, a distritos del Centro de Lima y 18,2 %, a distritos del Este y Sur de Lima. Del total de registros únicos (364), 11,2 % (41) indicaban género masculino y 88,8 % (320) género femenino, con un relación mujer/hombre de 7,9/1; la mediana de la edad fue de 30 años (IQT: 23-43) (Figura 1). Se encontró 21 registros (5,8 %) que correspondían a adultos mayores (Tabla 1).

En relación a la estancia hospitalaria, se encontró una mediana de 12 días (IQT: 5-22) con un tiempo de estancia mínimo de hospitalización de 1 día y máximo de 112 días; 325 (55,8 %) hospitalizaciones fueron de estancia prolongada (Figura 2). La mediana de estancia hospitalaria para el adulto mayor fue 11 días (IQT: 6-17) y la mediana para los adultos, 12 días (IQT: 6-22), sin diferencia significativa.

Figura 1. Distribución de la edad, en los pacientes con lupus eritematoso sistémico internados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el período 2002-2012. * †



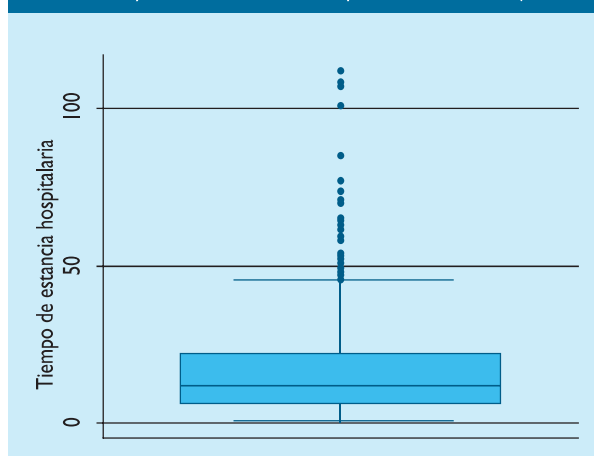
* Los valores de la edad están tabulada en años.

† Se encontró que la edad del total de registros tenía una mediana de 30 años (IQT: 23-43).

Tabla 1. Características generales en pacientes con lupus eritematoso sistémico, durante el período 2002-2012.

• Edad	30 IQT (23-43)
• Sexo	41 varones (11,26 %)
	323 mujeres (88,24 %)
• Adulto mayor	21 (5,8 %)
• Estancia hospitalaria	12 IQT (5-8 %)
• Estancia prolongada (más de 10 d)	202 (55,5 %)
• Infeccioso	infeccioso 155 (42,6 %)
	no infeccioso 209 (57,4 %)
• Mortalidad	31 pacientes (8,5 %)
• Sistemas	
– Cardíaco	19 (5,22 %)
– Nervioso	47 (12,9 %)
– Pulmonar	74 (20,33 %)
– Renal	86 (23,63 %)
– Otros	138 (37,9 %)

Figura 2. Distribución del tiempo de estancia hospitalaria, en los pacientes con lupus eritematoso sistémico internados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el período 2002-2012. * †



* Los valores de estancia hospitalaria están registrados en días.

† En relación a la estancia hospitalaria, mediana de 12 días (IQT: 5-22) con un tiempo de estancia mínimo de 1 día y máximo de 112 días, que suman un total de 9 463 días-hospital.

La mediana de la estancia hospitalaria según la causa de hospitalización (infecciosas vs. no infecciosas) fue 12 días (IQT: 6-23) para las causas infecciosas y de 11 días (IQT: 6-21) para las no infecciosas. Se comparó el tiempo

de estancia hospitalaria entre los pacientes fallecidos y no fallecidos, se halló una mediana de 12 días (IQT: 6-21) para los pacientes que registraban condición de egreso no fallecido (551 registros) y una mediana de

Tabla 2. Relación entre mortalidad y variables epidemiológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico, durante el período 2002-2012.

Variable	Mortalidad		OR	P
	Sí	No		
• Edad	26 IQT (18-26)	30 (IQT (25-71)	0,98 (0,95-1,00)	0,22
• Estancia hospitalaria	6 IQT (2-26)	12 IQT (6-22)	0,98 (0,96-1,01)	0,45
• Sexo				
– Mujeres	30 (96,77)	293 (87,9)		
– Hombres	7 (3,23)	40 (12,01)	0,24 (0,03-1,83)	0,17
• Adulto mayor				
– No	31/100%	312 (93,60)		
– Sí	0%	21 (6,31)		
• Causa Infecciosa				
– No	13 (41,94)	137 (41,14)	1,98 (0,93-4,17)	0,073
– Sí	18 (58,06)	196 (58,86)		
• Sepsis				
– No	16 (51,61)	249 (74,77)	2,77 (1,31-5,86)	0,007
– Sí	15 (48,39)	84 (25,23)		



Tabla 3. Compromiso de sistemas más frecuentes según causa de hospitalización.

Causa de hospitalización	Compromiso de sistemas	Registro al egreso hospitalario más frecuentes
• No infecciosa [325 (55,84 %)]	Renal 64 (20,0 %)	Nefritis lúpica, hematuria
	Hematológico 56 (17,2 %)	Anemia hemolítica, pancitopenia, trombosis venosa
	Neurológico 53 (16,3 %)	Síndrome convulsivo, cefalea, neuropatía
• Infecciosa	Respiratorio 77 (29,96 %)	Sepsis a punto de partida pulmonar, choque séptico pulmonar
	Urinario 67 (26,07 %)	Sepsis a punto de partida urinario, infección tracto urinario
	Dérmico 36 (40,0 %)	Celulitis, sepsis a punto de partida dérmico

6 días (IQT: 2-26) para los pacientes fallecidos (31 registros), sin encontrar diferencia significativa al evaluar las condiciones antes mencionadas.

Respecto a la mortalidad, no se halló relación entre la frecuencia de esta y la causa de hospitalización (infecciosa vs. no infecciosa) $P = 0,109$; cuando se buscó relación entre la frecuencia de mortalidad y la condición de sepsis como motivo de ingreso hospitalario se encontró una $OR = 2,77$ $p = 0,007$ (Tabla 2). Ningún paciente adulto mayor registro la condición de egreso fallecido.

De los 582 registros de hospitalización, 257 (44,16 %) correspondían a causas infecciosas, dentro de estas las más frecuentes fueron de etiología pulmonar 77 (29,96 %), urinario 67 (26,07 %) y dérmico 36 (14,01 %). Dentro de las causas no infecciosas las más frecuentes fueron de etiología renal 64 (19,6 %), hematológico 56 (17,2 %) y neurológico 53 (16,3 %) (Tabla 3).

La frecuencia de mortalidad fue de 8,49 % con respecto al total de registro-paciente. Las etiologías más frecuentes que registraron condición de egreso fallecido, fueron choque séptico punto de partida pulmonar,¹¹ accidente cerebrovascular,⁵ hemorragia alveolar,⁴ choque séptico punto de partida partes blandas,³ taponamiento cardíaco³ y otros.⁵ Los adultos mayores registraron mayor número de causas no infecciosas, como motivo de ingreso hospitalario, no se registró condición de egreso fallecido. (Tabla 4)

Se evaluó la relación entre frecuencia de mortalidad y compromiso de sistemas al momento del ingreso hospitalario, se encontró que el compromiso cardíaco presentaba un $OR = 3,1$ (0,97-10,1) y $p = 0,055$, y cuando se corrigió para la condición de sepsis se encontró $OR = 4,63$ (1,35-15,8) y $p = 0,015$, lo cual indica asociación. El compromiso neurológico presentó un $OR = 2,13$ (0,86-5,27) y $p = 0,100$, que no fueron

Tabla 4. Registro de atenciones en adultos mayores con lupus eritematoso sistémico en el HNCH, durante el período 2002-2012.

Causa de hospitalización	Compromiso de sistemas	Registro al egreso hospitalario más frecuentes
• No infecciosa [25 (71,4 %)]	Pulmonar 4 (20 %)	Efusión pleural, fibrosis pulmonar descompensada
	Neurológico 5 (20 %)	Neuropatía periférica, accidente cerebrovascular, síndrome convulsivo
	Renal 4 (16 %)	Síndrome nefrótico, nefritis lúpica
	Hematológico 3 (12 %)	Trombosis venosa profunda, síndrome purpúrico
	Otros 8 (32 %)	Compromisos cardíaco, gastrointestinal, osteomuscular, psiquiátrico
• Infecciosa [10 (28,5 %)]	Respiratorio 4 (40 %)	Neumonía
	Urinario 4 (40 %)	Infección tracto urinario
	Neurológico 1 (10 %)	Meningitis bacteriana
	Cardíaco 1 (10 %)	Endocarditis

Tabla 5. Relación entre mortalidad y compromiso por órganos en pacientes con LES durante el 2002-2012.

Compromiso	Mortalidad		Compromiso por sistemas		Corregido para sepsis	
	No	Sí	Análisis bivariado OR (IC 95%)	p	Análisis bivariado OR (IC 95%)	p
• Cardíaco						
– No	318 (95,5)	27 (87,1)	3,1 (0,97-10,1)	0,055	4,63 (1,35-15,8)	0,015
– Sí	15 (4,5)	4 (12,9)				
• Neurológico						
– No	293 (87,9)	24 (77,4)	2,13 (0,86-5,27)	0,100	4,06 (1,43-11,54)	0,008
– Sí	40 (12,01)	7 (22,58)				
• Pulmonar						
– No	274 (82,28)	16 (51,61)	4,75 (2,03-9,29)	0,000	3,49 (1,54-7,90)	0,003
– Sí	59 (17,7)	15 (48,39)				
• Renal						
– No	249 (74,7)	29 (93,5)	0,20 (0,04-0,87)	0,032	0,15 (0,03-0,69)	0,014
– Sí	84 (25,2)	2 (6,45)				
• Otros						
– No	198 (59,4)	28 (90,3)	0,15 (0,046-0,527)	0,003	0,18 (0,05-0,61)	0,006
– Sí	135 (40,54)	3 (9,68)				

significativos; pero cuando se corrigió la condición de sepsis, se encontró OR = 4,06 (1,43-11,54) y $p = 0,008$, lo cual indicó asociación con mortalidad.

El compromiso pulmonar presentó un OR = 4,75 (2,03-9,29) y $p = 0,00$, que no fueron significativos; de igual manera, cuando se corrigió la condición de sepsis, se encontró un OR = 3,49 (1,54-7,90) y $p = 0,003$, que indicaron una relación con mortalidad. No se encontró relación entre mortalidad y compromiso de otros sistemas al ingreso hospitalario. (Tabla 5).

DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó características generales de LES, que dada su baja prevalencia y manifestaciones en múltiples sistemas, hace necesario contar con estudios con un número importante de atenciones de pacientes. Los registros de estadística cumplen este requisito, por lo que se utilizó esta fuente de información. En estudios previos, como el realizado por E. Krishnan en el año 2006 referente a pacientes hospitalizados con LES, tomaron como fuente de información los registros estadísticos de *The Nation wide Inpatient Sample* (NIS) de EE. UU., y demostraron la importancia de utilizar este tipo de registros para evaluar enfermedades poco prevalentes como es el caso del LES.¹⁰

En el presente estudio se halló una relación mujer/hombre de 7,9/1 y una mediana de edad de 30 años, similar a lo descrito en la literatura.¹⁶ Los adultos mayores representan 6% de los registros. La procedencia de los pacientes correspondió principalmente a los distritos ubicados en la jurisdicción adscrita al HNCH, especialmente a los del cono norte de Lima.

En lo que respecta al tiempo de estancia hospitalaria, más de 50% de los pacientes permanecen más de diez días (mediana estancia hospitalaria: 12 días), concordante con los resultados de otros estudios^{6,9,11-13} este tiempo prolongado de hospitalización está probablemente relacionado con la falta de recursos de la población atendida, lo cual retrasa la realización de pruebas de apoyo diagnóstico e inicio de un tratamiento específico, lo que prolonga la estancia de estos pacientes. Por otra parte, los adultos mayores, contra lo que se pudiera creer, no presentaron diferencia en cuanto a estancia hospitalaria y motivos de ingreso respecto a la población menor de 60 años.

Cuando se realizó la diferenciación de si el motivo de ingreso era por causas infecciosas o no infecciosas, se encontró que 42,6%, casi la mitad, correspondían a causas infecciosas como causa de hospitalización; además cerca de 40% de estos casos registrados, presentaban la



condición de sepsis, estos resultados son similares, con respecto a los diferentes estudios realizados en otras regiones.^{12,13} Estos hallazgos muestran que en la última década una de las causas de hospitalización más frecuente en el HNCH sigue siendo la infecciosa.

La frecuencia de mortalidad fue de 8,5 % con respecto al total de registro-paciente, muy similar a lo descrito en países de la región;^{6,10,14,15} sin embargo, existe un sesgo de registro, debido a que la condición de fallecido al egreso hospitalario solo fue obtenido de las salas de hospitalización de medicina interna. Se conoce que los servicios de cuidados críticos (unidad de Cuidados Intensivos –UCI–, Choque-Trauma) presentan un número importante de pacientes con LES fallecidos, como lo muestra un estudio realizado en el hospital; donde se registró 21 pacientes con LES en la unidad de Cuidados Intensivos, con una mortalidad de 57,6 % en un período de cinco años.¹⁷

Ningún paciente adulto mayor registró la condición de fallecido al egreso hospitalario, esto puede deberse a que estos pacientes presentan cuadros menos graves de LES. Estos hallazgos presentan cierta correlación con lo que se describe en los textos de reumatología con respecto a las características del LES en el adulto mayor, muchas veces se utiliza el término “*lupus-like*” para describir su cuadro clínico. En una cohorte multicéntrica internacional, que estudio la mortalidad en pacientes con LES, se demostró un riesgo particular asociado a la edad más joven, además de menor duración del LES, sexo femenino y raza afroamericana.¹⁰

Las etiologías más frecuentes que registraron condición de egreso fallecido fueron choque séptico pulmonar, accidente cerebrovascular y hemorragia alveolar, condiciones similares a las descritas por Vásquez et al.¹⁷ como causas de admisión a la UCI. La condición de sepsis como motivo de hospitalización registrado al egreso hospitalario tuvo asociación con mortalidad.

El compromiso de los sistemas cardíaco, pulmonar y neurológico como condición de ingreso hospitalario, independientemente de si registraban también diagnóstico de sepsis, estuvo relacionado a mortalidad.

Llamó la atención que el compromiso renal no estuvo asociado a mortalidad, pese a que la literatura menciona que la afectación de este órgano indica gravedad de la enfermedad.¹⁶ Estos resultados pueden ser debidos a que la mayoría de pacientes que ingresan al Hospital reciben un soporte oportuno y eficiente por el servicio

de Nefrología, o por un subregistro del compromiso renal en aquellos pacientes fallecidos, debido a que estos pacientes cursan con compromiso pulmonar y cardíaco derivados de la afectación del riñón.

Entre las limitaciones importantes del presente estudio, está el sistema de recolección de datos (registro de egresos), por su carácter retrospectivo y limitaciones inherentes a este tipo de registros (mayor frecuencia de errores de registro), lo cual no permiten una valoración precisa de las características clínicas y morbilidad de los pacientes. También es importante mencionar que, a pesar de que el LES es una enfermedad pluripatológica, solo se consideró el diagnóstico principal de egreso como motivo principal de la causa de hospitalización, con lo cual no se considera todas las patologías que pudieran haber contribuido en la evolución de la enfermedad.

La principal fortaleza del presente estudio es que se ha recogido el mayor número de atenciones de pacientes con LES en un hospital del Ministerio de Salud (Minsa), de donde se puede obtener características generales así como información epidemiológica, y constituye la primera aproximación actualizada en Perú.

En conclusión, el LES en los servicios de internamiento del HNCH tiene un comportamiento similar a lo mencionado en la literatura con respecto a estancia hospitalaria, mortalidad y causas de ingreso. Las causas más comunes de ingreso fueron las no infecciosas, dentro de las cuales las más frecuentes son los registros de compromiso de los sistemas renal, hematológico y neurológico. La mortalidad se asoció con la condición de sepsis al momento del ingreso hospitalario, y las causas más comunes de muerte fueron choque séptico punto de partida pulmonar, accidente cerebro vascular y hemorragia alveolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernatsky S, Boivin JF, Joseph L, Manzi S, Ginzler E, Gladman DD, et al. Mortality in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2006;54:25-50.
2. Boumpas DT, Austin HA, Fessler BJ, Balow JE, Klippel JH, Lockshin MD. Systemic lupus erythematosus: emerging concepts. Part I: renal, neuropsychiatric, cardiovascular, pulmonary, and hematologic disease. *Ann Intern Med.* 1995;122:940-50.
3. Wallace DJ, Hahn BH. *Dubois's Lupus erythematosus.* 7th Ed. Los Angeles: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Bongu A, Chang E, Ramsey-Goldman R. Can morbidity and mortality of SLE be improved? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2002;16:313-332.

5. Gladman DD, Hussain F, Ibañez D, Urowitz MB. The nature and outcome of infection in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2002;11:234-239.
6. Canora-Lebrato J, Barba-Martín R, Perales-Fraile I, Marco-Martínez J, Plaza-Cantelli S, Zapatero-Gaviria A. Descripción de las altas hospitalarias en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Clin Esp*. 2012;9:432-439.
7. Vasoo S. Perspectives on the changing face of lupus mortality. Editorial. *Autoimmun Rev*. 2004;3:415-417.
8. Kasper D, Fauci A, Longo D, et al. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 16.^a Ed. México D.F.: McGraw Hill; 2011.
9. Bertoli AM, Alarcón GS, Calvo-Alén J, et al; LUMINA Study Group. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort. XXXIII. Clinical, features, course, and outcome in patients with late-onset disease. *Arthritis Rheum*. 2006;54:1580-7.
10. Krishnan E, Hubert HB. Ethnicity and mortality from systemic lupus erythematosus in the US. *Rheum Dis*. 2006;65:1500-1505.
11. Zonana A, Cázares M, Rosario D, Moreno J. Causas de hospitalización y complicaciones intrahospitalarias en lupus eritematoso sistémico. *Rev Mex Reumatol*. 1995;10(2):40-44.
12. Alarcón G. Infections in systemic connective tissue diseases: systemic lupus erythematosus, scleroderma, and polymyositis/dermatomyositis. *Infect Dis Clin N Am*. 2006;20:849-875.
13. Cervera R, Khamashta A, Font J, et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period. A comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. *Medicine*. 2003;82:299-308.
14. Yuri Albarracín G. Lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis. Lima: UPCH; 1993.
15. Ávila Matos RE. Lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1984-1994. Tesis. Lima: UPCH; 1995.
16. Carpenter CC, Andreoli TE. *Cecil-Medicina interna*. Madrid: Elsevier; 2003.
17. Vásquez Kunze S, Calvo Quiroz A, Sosa Valle H, Ticse Aguirre R. Lupus eritematoso sistémico en la unidad de cuidados intensivos de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Méd Hered*. 2007; 18(4):192-199.

Correspondencia a: Dr. Oscar Alex Vallejos-Vilca
oscar.vallejos.v@upch.pe

Declaracion de conflicto de interés: ninguno, según los autores.

Financiamiento: por los autores.