



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

“Factores predictores de falla renal en diálisis en pacientes con nefritis lúpica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2010-2022”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Nefrología

AUTORA

Galindo Bicerra, Aurelia Ximena

(ORCID: 0009-0002-0506-4655)

ASESORA

Deza Villavicencio, Ingrid María

(ORCID: 0009-0004-3448-8179)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de la autora

Galindo Bicerra, Aurelia Ximena

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 76294672

Datos de la asesora

Deza Villavicencio, Ingrid María

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 47164979

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Castillo Velarde, Edwin Rolando

DNI: 41218456

Orcid: 0000-0001-7532-1237

SECRETARIO: Jara Condori, Obert José

DNI: 22081211

Orcid: 0000-0001-7785-3691

VOCAL: Córdova Villafuerte, Natalie Leonor

DNI: 41371410

Orcid: 0000-0003-0855-5900

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.20

Código del Programa: 912649

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Aurelia Ximena Galindo Bicerra, con código de estudiante N° 202020915, con DNI N° 76294672, con domicilio en Av. Eduardo de Habich 409, distrito San Martín de Porres, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médico(a) Cirujano(a) de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: “FACTORES PREDICTORES DE FALLA RENAL EN DIÁLISIS EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2010-2022” es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Ingrid María Deza Villavicencio, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 19% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 04 de Abril de 2024



Firma

Aurelia Ximena Galindo Bicerra

DNI: 76294672

Factores predictores de falla renal en diálisis en pacientes con nefritis lúpica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2010-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	17%	3%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	2%
4	www.revistanefrologia.com Fuente de Internet	2%
5	docplayer.es Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	1%
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
8	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	1%

9

Submitted to Universidad Ricardo Palma
Trabajo del estudiante

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos: General y específicos.....	3
1.3.1 General.....	3
1.3.2 Específicos.....	3
1.4 Justificación.....	4
1.5 Limitaciones.....	4
1.6 Viabilidad.....	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de investigación.....	5
2.2 Bases teóricas.....	7
2.3 Definiciones conceptuales.....	12
2.4 Hipótesis.....	14
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	14
3.1 Tipo de estudio.....	14
3.2 Diseño de investigación.....	15
3.3 Población y muestra.....	15
3.3.1 Población.....	15
3.3.2 Muestra.....	15
3.3.3 Selección de la muestra.....	16
3.4 Operacionalización de variables.....	16

3.4.1 Variables.....	16
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos	20
3.7 Aspectos éticos	21
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	22
4.1 Recursos.....	22
4.2 Cronograma	22
4.3 Presupuesto	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXOS	27
1. Matriz de consistencia.....	27
2. Instrumentos de recolección de datos.....	31
3. Consentimiento informado	32

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Esta enfermedad inflamatoria crónica conocida como lupus eritematoso sistémico (LES) puede comprometer cualquier órgano, pero afecta con mayor frecuencia a los riñones. La evolución de la nefritis lúpica (NL) varía mucho entre grupos raciales y étnicos, así como entre ubicaciones geográficas. En comparación con los pacientes blancos con LES, los pacientes negros e hispanos con LES experimentan un peor pronóstico, incluyendo mortalidad y enfermedad renal crónica terminal (ERCT). Hasta el 50% de los pacientes con LES acaban sufriendo una insuficiencia renal clínicamente perceptible, y el 10% de los pacientes con LN padecerán una enfermedad renal terminal (ERT) (1).

De los 1.000 pacientes de la cohorte EUROLUPUS, el 97% de los cuales eran caucásicos, el 16% presentaba nefritis lúpica al inicio de la enfermedad, y el 36% la desarrolló más tarde (2). En una línea similar, el 51,7% de los pacientes de la cohorte del estudio GLADEL (Grupo Latinoamericano para el Estudio del Lupus) tenían nefropatía lúpica; de ellos, el 58% eran afrolatinos y mestizos, y el 43,6%, blancos latinoamericanos (3).

En lo que respecta a la progresión de la NL a la ERT, se considera que los casos que muestran al menos un 90% de glomérulos esclerosados y fibrosis intersticial en la histología se encuentran en la fase terminal de la enfermedad (TFGe < 15 ml/min/1,73 m²) y están causados por formas distintas de NL (4).

Existen varios factores de riesgo documentados para el deterioro de la función renal y la consiguiente necesidad de diálisis. Según un estudio, el origen racial o étnico (africano, asiático o hispano) predice significativamente el descenso de la TFG (5). En relación con esto, un estudio multiétnico descubrió que la ascendencia hispana estaba vinculada de forma independiente a un riesgo elevado de

enfermedad renal y que el 10,35% de los pacientes con NL que recibieron tratamiento renal sustitutivo (TRS) pasaron a desarrollar ERT (6).

De los 1.827 pacientes con LES recién diagnosticados, 700 (38%) desarrollaron NL durante un seguimiento medio de 4,6 años. De ellos, el 4% de los pacientes en general sufrieron ERT a los 10 años y el 10% de los pacientes con NL la padecieron. La NL también se asoció a un riesgo de muerte tres veces mayor en esta muestra (7). Del mismo modo, el riesgo a 5 años de padecer una ERT relacionada con la NL ha disminuido en los países desarrollados del 16% en los años setenta y ochenta al 11% en los noventa, y desde entonces se ha estabilizado, según un metaanálisis de 187 publicaciones en las que participaron 18.309 pacientes (8). Una cohorte del Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus (GLADEL) descubrió que la población mestiza de la comunidad latina tenía una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) que la población caucásica (3).

Los pacientes con NL son más susceptibles al desarrollo de ERC-5D debido a variables distintas de la raza. Las clases más comunes, III (NLIII) y IV (NLIV), son marcadores de mal pronóstico por sí mismos. El aumento de la creatinina sérica basal, la hematuria, la leucocituria, la hipertensión arterial, la proteinuria superior a 3 g/24 horas, la edad avanzada, un alto índice de cronicidad y un alto índice de actividad de la biopsia renal son factores adicionales de mal pronóstico para el desarrollo de ERC-5D (9-14).

En Perú, se incluyeron 140 pacientes en un estudio; a los cinco años de seguimiento, la población estudiada tenía una tasa de supervivencia renal del 72,51%, y no había diferencias en los tipos de nefropatía lúpica. Sin embargo, el análisis multivariante reveló que el desarrollo de enfermedad renal terminal con diálisis se predice por un valor de creatinina aumentado en el momento del diagnóstico y un índice de actividad más elevado (15).

En los pacientes con nefritis lúpica que reciben diálisis, actualmente no hay suficientes estudios nacionales que avalen los distintos factores predictivos de la progresión del daño renal a enfermedad renal terminal (ERT). Esto nos ayudaría a comprender mejor el pronóstico de supervivencia renal del paciente e informar sobre el tratamiento integral.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores predictores de falla renal con terapia de reemplazo renal en pacientes con nefritis lúpica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2022?

1.3 Objetivos: General y específicos

1.3.1 General

Determinar los factores predictores de falla renal que requiere terapia de reemplazo renal en pacientes con nefritis lúpica del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2010-2022.

1.4.2 Específicos

- Identificar la frecuencia de pacientes con nefritis lúpica y falla renal aguda y/o crónica que requieren terapia de reemplazo renal.
- Correlacionar los factores asociados entre pacientes con nefritis lúpica y falla renal aguda y/o crónica que requieren terapia de reemplazo renal.
- Determinar la variante anatomopatológica que se relacionan con peor pronóstico renal.
- Describir el esquema terapéutico en relación al estadio histológico en los pacientes con nefritis lúpica.
- Determinar la asociación entre el esquema terapéutico de pacientes con nefritis lúpica con la progresión de falla renal.

- Correlacionar los factores asociados a la mortalidad de pacientes con nefritis lúpica con falla renal.

1.4 Justificación

El 50% de los casos de lupus eritematoso sistémico presentan algún tipo de afectación renal; esta enfermedad es más frecuente en las mujeres, pero más grave en los varones (16). Según el estudio GLADEL, se observó que las personas de raza mixta presentaban ERC en mayor proporción que las de ascendencia caucásica (3). En las personas con NL proliferativa, la muerte directamente relacionada con la enfermedad renal se produce en el 5% al 25% de los casos en los 5 años siguientes al inicio, y la mortalidad relacionada con el lupus es mucho mayor en las personas con NL que en las que no la padecen.

Además, entre el 10% y el 30% de los pacientes con NL desarrollan insuficiencia renal que precisa tratamiento renal sustitutivo (16). Por este motivo, el mantenimiento de la salud renal a largo plazo requiere obtener una respuesta clínica completa al tratamiento. En general, desde la década de 1970 hasta el año 2000, el riesgo de insuficiencia renal relacionado con la NL disminuyó. Pero la tasa de NL que requiere TRC no ha cambiado desde 2000, y los datos parecen indicar que ahora está aumentando, especialmente en la comunidad negra (16).

Encontrar las variables que nos permitan anticipar el deterioro de la función renal hasta la enfermedad renal terminal (ERT) durante la diálisis en nuestros pacientes con NL desde el momento del diagnóstico y el plan de tratamiento es crucial porque nos permitirá evaluar la atención integral más eficaz para nuestros pacientes.

1.5 Limitación

Al tratarse de un estudio retrospectivo, la recogida de datos implicará la validación de la información basada en los formularios de historia clínica, algunos de los

cuales pueden contener información parcial. Las muestras serán procesadas en un laboratorio específico de anatomía patológica en función de la factibilidad de tercerización del servicio, ya que el servicio de anatomía patológica carece de las técnicas necesarias para el procesamiento y lectura de la biopsia renal. Además, como las informaciones serían exclusivas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, no podrán ser generalizadas a otros contextos.

1.6 Viabilidad

Además de los recursos financieros y la ayuda de expertos, la institución aprobará la presente investigación. La revisión de las historias clínicas dará acceso a la recolección de información sobre los factores de riesgo asociados a ERCT/AKI en TRR de los pacientes con nefritis lúpica del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Aguirre Hernández, Et al (Colombia, 2021). Predictores de la sobrevida renal en pacientes con nefritis lúpica en un centro de referencia en Medellín, Colombia. Estudio que examinó 635 registros médicos de pacientes diagnosticados con nefritis lúpica mediante biopsia de riñón entre 2011 y 2019 encontró que la mortalidad, la necesidad de diálisis y el resultado de un trasplante de riñón estaban entre los factores que afectaban a 285 de los pacientes. Les pasó específicamente a aquellos que tenían más atrofia tubular y fibrosis. Además, se encontró que la supervivencia renal de todos los pacientes se correlacionaba negativamente con la fibrosis intersticial y la atrofia tubular de moderada a grave, mientras que la edad y la falta de inflamación sirvieron como factores protectores estadísticamente significativos (17).

Obregón, Karina Soledad; Gómez, Mónica Daniela (Argentina, 2018). Correspondencia entre la clínica nefrológica y las lesiones agudas y crónicas halladas en la anatomía patológica de las diferentes clases de Nefritis Lúpica. Hospital Julio C. Perrando, periodo 2000-2018. De los 174 pacientes diagnosticados de NL en este estudio, el 87,36% eran mujeres y el 12,64% eran hombres. De ellos, el 68,9% tuvo diagnóstico de LES entre los 14 y 24 años. Las presentaciones nefrológicas más frecuentes fueron síndrome nefrótico (26,43%), síndrome nefrítico (18,39%), síndrome nefrítico más nefrítico (24,13%) y algunos síntomas aislados. (principalmente proteinuria) y/o alteraciones de los análisis de laboratorio (21,83%). Las lesiones de tipo IV representaron el 62% de las lesiones biopsiadas y el 32% de los pacientes presentaron síndrome nefrótico y síndrome nefrítico combinados. De estos pacientes, 10 (9,7%) requirieron radioterapia (18).

Esparza Holguín (México, 2016). Hallazgos histológicos asociados a deterioro de función renal en nefritis lúpica. En el estudio, que incluyó a 84 pacientes con diagnóstico de NL, edad <20 años, anemia de 9,8 g/dl y proteinuria a los 6 meses (3 g/d), fueron las características relacionadas con una disminución de la función renal a los seis meses. Los resultados de la histología no fueron estadísticamente significativos. La TFGe basal, la clase IV, la hipertensión arterial y la ERC se relacionaron con la ERT, mientras que el depósito de C3 en el intersticio se relacionó con la ERC (19).

Choque Chávez y Huamaní Fuente (Lima, 2017). Factores de riesgo asociados a la sobrevida renal en pacientes con nefritis lúpica clase III y IV en Lima. En el estudio participaron 140 pacientes, y tras 5 años de seguimiento, la supervivencia renal de la población estudiada fue del 72,51%. No se observaron diferencias en el tipo de nefropatía lúpica. Sin embargo, en el análisis multivariado se encontró que un mayor índice de actividad y un mayor valor de creatinina en el momento del diagnóstico eran predictores del desarrollo de CKD-5D (15).

Rodríguez Ulloa (Lima, 2014). Asociación de los hallazgos histopatológicos de la nefropatía del síndrome antifosfolípido con el pronóstico de pacientes con nefritis lúpica del servicio de reumatología del HNGAI durante los años 2002-2010. 17

pacientes (28%), con mayor índice de actividad ($p = 0,03$), índice de cronicidad, fibrosis intersticial y atrofia tubular, presentaban signos histopatológicos de nefropatía por síndrome antifosfolípido (NSAF). Además, se observó una fuerte correlación entre los pacientes con resultados de NSAF e hipertensión, insuficiencia renal, fibrosis intersticial y atrofia tubular (20).

Cutipa Cotacallapa (Arequipa, 2013). Respuesta al tratamiento y supervivencia a nefropatía lúpica, diagnosticada por biopsia, de pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa, durante los años 2004 – 2011, Arequipa – Perú. Se observó que la clase histológica de la nefropatía, el índice de actividad, la continuidad del tratamiento y las enfermedades concomitantes tenían una relación estadísticamente significativa con la respuesta terapéutica completa en este estudio en el que participaron un total de 21 pacientes. Por lo tanto, podemos confirmar que estos factores influyen en la eficacia del tratamiento. Al comparar los siguientes factores: sexo femenino, grupo etario de 31 a 50 años, nivel socioeconómico medio, nefropatía clase IV C, índice de actividad < 7 , índice de cronicidad < 3 , tratamiento continuo, respuesta terapéutica completa, presentaron mayor probabilidad y tiempo de supervivencia con respecto al resto de las series evaluadas; sin embargo, la edad y el índice de cronicidad, mostraron mayor influencia en la probabilidad y tiempo de supervivencia (21). Se encontró que el tiempo medio de supervivencia global desde el diagnóstico de nefropatía lúpica hasta la aparición de un evento (muerte) fue de $77,35 + 7,4$ meses.

2.2 Bases teóricas

Lupus eritematoso sistémico

Las mujeres en edad reproductiva son las principales afectadas por el lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad autoinmune multisistémica crónica que afecta con frecuencia a los riñones. La causa más frecuente de daño renal en pacientes con LES, pero no la única, es la nefritis lúpica (NL), que afecta a cerca del 50% de estos individuos.

En comparación con los pacientes con LES sin nefritis, los que padecen NL se presentan a una edad más temprana. Además, la NL aparece con frecuencia durante los primeros seis a treinta y seis meses de la enfermedad e incluso puede estar presente en el momento del diagnóstico. El sexo masculino, el origen no europeo y la edad temprana son factores de riesgo para el desarrollo de NL. En EE.UU., en comparación con los pacientes blancos (14%-23%), la incidencia de NL es mayor entre los pacientes negros (34%-51%), hispanos (31%-43%) y asiáticos (33%-55%).

Entre el 5 y el 25% de los individuos con NL proliferativa mueren en los 5 años siguientes al inicio de la enfermedad, y la mortalidad asociada al lupus es mucho mayor en los que padecen NL que en los que no la padecen. Además, entre el 10% y el 30% de los pacientes con LN desarrollan insuficiencia renal y necesitan tratamiento renal sustitutivo (TRS).

Las personas que tienen tipos proliferativos de NL de clase III, IV o III/IV + V tienen más probabilidades de necesitar terapia de reemplazo renal (TRR). Para mantener la salud renal a largo plazo, el tratamiento debe completarse con una respuesta clínica completa. En un estudio, la tasa de supervivencia renal a 10 años para pacientes que experimentaron una respuesta clínica completa fue del 92%, mientras que las tasas de pacientes con respuesta parcial y no respuesta fueron del 43% y 13%, respectivamente. En general, desde la década de 1970 hasta el año 2000, hubo una disminución en el riesgo de insuficiencia renal relacionada con la NL. Pero la tasa de LN que requieren KRT no ha cambiado desde 2000, y hay evidencia de que la tasa actualmente está aumentando, especialmente en las poblaciones negras (16).

Genética y patogénesis de NL

Genética de la NL

Cuando los individuos genéticamente predispuestos se someten a desencadenantes ambientales, se desarrolla LES. También se han relacionado varios alelos de riesgo de LES con LN; sin embargo, no existen muchas

investigaciones genéticas que evalúen explícitamente la LN. Gracias a los estudios de asociación de todo el genoma, se han encontrado en la NL genes de riesgo como la apolipoproteína L1 (APOL1), el receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA) y la hialuronano sintasa 2 (HAS2) que normalmente no se encuentran en pacientes con LES sin nefritis.

La LN también está relacionada con alteraciones en los alelos HLA. Mientras que HLA-DR3 y HLA-DR15 plantean un mayor riesgo, HLA-DR4 y HLA-DR11 parecen ofrecer protección contra la NL. En una investigación reciente de asociación de todo el genoma se encontraron más de 50 variantes genéticas vinculadas a varios sistemas fisiológicos que se sabe que son anormales en LN.

Fisiopatología de la NL

Una parte de la etiología del lupus se debe a anomalías tanto en la inmunidad innata como en la adaptativa. La producción de autoanticuerpos contra antígenos nucleares y celulares da como resultado el desarrollo y la acumulación de complejos inmunes en los glomérulos. Si los autoanticuerpos se dirigen a antígenos glomerulares intrínsecos (como la anexina 2) o antígenos liberados durante la apoptosis y/o se desarrollan cuando los desechos apoptóticos (incluida la cromatina) no se eliminan por completo, entonces los complejos inmunes pueden depositarse en los glomérulos desde la circulación o pueden formarse in situ. Además, la cromatina puede mejorar la generación de anticuerpos anticromatina, estimular las células dendríticas intrarrenales y mejorar la interacción de las células T y B.

La inflamación y el daño intrarrenal pueden ser provocados por complejos inmunes intraglomerulares que activan el complemento y los receptores Fc leucocitarios. La nefrotoxicidad causada por el complemento se ha documentado tanto en la NL humana como en la murina, en particular a través de la vía alternativa (16).

Correlaciones clínico-patológicas

La mayoría de las veces, para detectar los signos clínicos leves de NL se recurre al análisis de orina en lugar de a la exploración física. Así pues, incluso en ausencia

de síntomas de enfermedad renal, todos los pacientes con LES deben someterse a una evaluación renal en el momento de su diagnóstico inicial y, posteriormente, al menos una vez al año. En caso de que el LES reaparezca, también se aconseja volver a evaluar a los pacientes para detectar la presencia de NL.

Es necesaria una evaluación simple porque las personas con LES frecuentemente tienen otras condiciones médicas concurrentes y pueden estar usando medicamentos potencialmente nefrotóxicos. Esta evaluación debe incluir un análisis de orina y una medición de la función renal, comúnmente una concentración de creatinina sérica o eGFR.

Es fundamental descartar causas de insuficiencia renal no relacionadas con el lupus, especialmente si un análisis de orina no revela nada inusual. Hematuria con proteinuria. Se debe considerar una biopsia de riñón si se sospecha afectación renal. Si bien el umbral clínico preciso para la biopsia renal no está bien establecido, recomendamos una biopsia para cualquier nivel de proteinuria o hematuria con insuficiencia renal que no pueda atribuirse a otra causa, así como para la proteinuria mayor o igual a 500 mg/d. con o sin otras anomalías clínicas. Se ha observado que la proteinuria de 500 a 1000 mg/día (o menos) se asocia con enfermedad renal grave, y se sabe que la detección y el tratamiento tempranos de la NL mejoran el pronóstico (1).

Diagnóstico

El LES es una enfermedad autoinmune diversa que puede afectar a casi cualquier órgano y tiene un amplio espectro de síntomas. Los criterios de la clasificación EULAR/ACR de 2019 para el diagnóstico de LES se centran en identificar los signos y síntomas distintivos de la enfermedad.

En un paciente con diagnóstico de LES, la nefropatía debida al depósito de complejos inmunes se conoce como NL. Los nefropatólogos expertos deben valorar las biopsias renales para poder diagnosticar y clasificar a los pacientes. La versión más reciente de la Sociedad Internacional de Nefrología/Sociedad de Patología Renal (ISN/RPS) define las clasificaciones de NL. (22)

Indicaciones de biopsia renal y de rebiopsia

En individuos con LES y proteinuria superior a 0,5 g/24 horas (o una relación proteína/creatinina en orina superior a 0,5 g/g), se recomienda una biopsia renal. La justificación de una biopsia se ve respaldada además por la presencia de un sedimento activo (hematuria, leucocituria o cilindruria) y/o una disminución inexplicable de la función renal, además del hallazgo de proteinuria. Cuando un paciente no tiene proteinuria, pero tiene sedimento activo y/o una disminución inexplicable de la función renal, es necesario un pretest riguroso para descartar causas distintas al LES. Este es el caso cuando está indicada una biopsia renal.

Respecto a las indicaciones de rebiopsia en NL no existe consenso. Su eficacia puede tenerse en cuenta en casos que no responden al tratamiento, cuando las recaídas de NL plantean dudas sobre el diagnóstico o el tratamiento, cuando se sospecha una nefropatía no relacionada o cuando hay incertidumbre sobre el predominio de lesiones activas o crónicas en pacientes con proteinuria sostenida o insuficiencia renal. con NL. La rebiopsia también puede ser útil para tomar decisiones sobre la interrupción de la medicación inmunosupresora (22).

Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento con LN es evitar la ERC y la ERT. Como la NL proliferativa se asocia con un riesgo significativamente mayor de malos resultados renales, nos concentraremos en el tratamiento de las clases 3 y 4. Los enfoques terapéuticos a corto plazo se han concentrado en revertir todos o algunos de los síntomas clínicos de enfermedad renal previamente indicados para prevenirlos. ERC y ESRD. Debido a la acumulación de complejos inmunes que contienen autoanticuerpos, el riñón ya está leve o gravemente inflamado cuando la NL es clínicamente evidente.

En consecuencia, los pacientes son tratados con un fuerte medicamento inmunosupresor para bloquear las vías autoinmunes que podrían reavivar la formación de complejos inmunes renales y reiniciar el ciclo, así como un medicamento antiinflamatorio para reducir rápidamente la inflamación intrarrenal y

promover la curación. de daño inflamatorio, como una epidemia renal. El tratamiento consta de una fase de inducción que dura de tres a seis meses, seguida de una fase de mantenimiento prolongada pero menos intensiva que puede durar años. No está claro cuándo se puede suspender la terapia de mantenimiento. Al decidir si reducir la medicación, los pacientes que han logrado una remisión clínica completa o que tienen proteinuria estable pero crónica pueden beneficiarse de una segunda biopsia de riñón que demuestre la remisión histológica durante el mantenimiento. Actualmente se está llevando a cabo un ensayo clínico aleatorio para abordar el tiempo de la terapia de mantenimiento.

Este enfoque de gestión tiene un equilibrio uniforme. Aunque las tasas de respuesta renal completa a 12 meses son sólo del 10 al 40% y hasta el 30% de los pacientes con NL sufrirán ESRD, los tratamientos de inducción y mantenimiento han aumentado la supervivencia general del paciente a más del 80% a los cinco años. Además, es probable que un número importante de pacientes con NL permanezcan con ERC tras el tratamiento, a pesar de la falta de cifras al respecto. Las biopsias renales, por ejemplo, suelen demostrar un aumento del daño crónico después de la terapia de inducción con dosis altas de corticosteroides más ciclofosfamida o MMF, incluso en pacientes que obtuvieron una remisión clínica completa con la inducción sola. El brote de LN es otro factor de riesgo importante para la ERC, y el 25% de los casos de desarrollo y brotes de la enfermedad.

2.3 Definiciones conceptuales

- a. Lupus Eritematoso sistémico: Una condición autoinmune que requiere que se cumplan diez criterios, un dominio clínico y un resultado de ANA de 1/80.

- b. Actividad: Abarca la actividad mundial de la enfermedad causada por un proceso inflamatorio subyacente curable durante su trayectoria evolutiva.

- c. Daño por LES: Existencia de daño orgánico permanente relacionado con la enfermedad, independientemente de la etiología de la enfermedad, medicación, comorbilidad u otro factor.
- d. Nefritis lúpica: Daño renal evidenciado por medios clínicos y patológicos en el contexto del lupus eritematoso sistémico.
- e. Insuficiencia renal aguda (IRA): Aumento de los niveles de creatinina y/o una caída de la producción de orina en menos de tres meses.
- f. Enfermedad Renal Aguda (ERA): Disminución de la función renal provocada por un IRA que dura más de siete días, pero menos de noventa días.
- g. Enfermedad renal crónica (ERC): Presencia de una alteración renal estructural o funcional (sedimento, imagen, histología) que dure por más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1,73 m² sin otros indicadores de enfermedad renal.
- h. Recuperación de función renal: Reducción de los niveles de proteinuria y mantenimiento del flujo de orina y niveles de creatinina sin necesidad de diálisis.
- i. Criterios de diálisis de apoyo: Edema pulmonar agudo, pericarditis urémica, encefalopatía urémica, sobrecarga de líquidos e hiperpotasemia que no responde al tratamiento.

- j. Supervivencia: La cantidad de tiempo que pasó entre la muerte del sujeto y el diagnóstico inicial de la enfermedad.

2.4 Hipótesis

Hipótesis general

Existen factores predictores de falla renal con terapia de reemplazo renal en pacientes con nefritis lúpica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2010-2022.

Hipótesis específicas

- El elevado nivel de creatinina al momento del diagnóstico de nefritis lúpica se asocia con mayor probabilidad de requerir terapia de reemplazo renal.
- El bajo nivel socioeconómico se asocia a mayor riesgo de falla renal con terapia de reemplazo renal en paciente con nefritis lúpica.
- La nefritis lúpica clase IV se asocia a mayor riesgo de falla renal con terapia de reemplazo renal.
- Existen características anatomopatológicas que se relacionan con peor pronóstico renal.
- Existen factores asociados a la mortalidad de pacientes con nefritis lúpica con falla renal en diálisis.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Retrospectivo, observacional, analítico, cuantitativo.

3.2 Diseño de investigación

Es observacional porque no se presentará ninguna intervención ni se cambiarán variables; es retrospectivo porque se utilizarán datos de años anteriores; analítico porque muestra cómo ciertos factores se relacionan con la insuficiencia de la función renal; cuantitativo ya que se utilizará estadística y se expresará numéricamente.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue se atendieron 142 pacientes diagnosticados de Nefritis lúpica en biopsia renal que recibieron terapia de reemplazo renal, en el periodo 2010 – 2022.

3.3.2 Muestra

Para el cálculo de la muestra se tomó el nivel de confianza de 95% y el margen de error de 5%, resultando el tamaño de muestra de: 105 pacientes.

Calculadora de Muestras

Margen de error:
5% ▼
Nivel de confianza:
95% ▼
Tamaño de Poblacion:
142
Calcular

Margen: 5%
Nivel de confianza: 95%
Poblacion: 142

Tamaño de muestra: 104

Ecuacion Estadística para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra
Z= Nivel de confianza deseado
p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
q=Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la población

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

3.3.3 Selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Pacientes varones y mujeres mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de nefritis lúpica en biopsia renal.
- Paciente con falla renal aguda y/o crónica con terapia de reemplazo renal.
- Pacientes que no cursaron con tratamiento inmunosupresor previamente.
- Pacientes sin diagnóstico de enfermedad renal crónica previa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica previa al diagnóstico de nefritis lúpica.
- Pacientes con historia clínica incompleta.

3.4 Operacionalización de variables

3.4.1 Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y FUERZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Edad	Número de años al momento	Número de años en historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos

	del diagnóstico				
Sexo	Género orgánico	Género orgánico en historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0=Masculino 1=Femenino
Creatinina (mg/dl)	Producto final del metabolismo de la creatina	Creatinina inicial en mg/dL consignado en la historia clínica	Razón Continua	Independiente Cualitativa	0 = <1.5 1 =1.6 -1.9 2 = 2 -2-9 3= 3 – 3.9 4 = >4
Flujo urinario	Producto de la evacuación vesical a través de la uretra	Diuresis horaria registrada en historia clínica	Razón Continua	Independiente Cualitativa	0= <0.5ml/kg/hr en >6hrs 1= <0.5ml/kg/hr en >12 hrs 2= <0.3ml/kg/hr en >24 hrs 3= Anuria > 12 hrs
Falla renal aguda	Pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar	Valores de azoados y balance hídrico registrado en historia clínica	Razón Continua	Dependiente Cualitativa	0 = No AKI 1 = AKI I 2 = AKI II 3 = AKI III 4 = AKI III

	toxinas y líquidos				
Falla renal crónica	Presencia de una alteración estructural o funcional renal que persiste más de 3 meses	Valores de azoados registrado en historia clínica	Razón Continua	Dependiente Cualitativa	0 = No ERC 1 = ERC 1 2 = ERC 2 3 = ERC 3 4 = ERC 4 5 = ERC 5
Lupus eritematoso sistémico	Enfermedad autoinmune con afectación multiorgánica	Criterios diagnósticos registrados en historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= NO 1=SI
Nefritis lúpica	Afectación del glomérulo, intersticio y vasos renales por Lupus	Resultado de anatomía patológica de biopsia renal registrado en AnaPat	Razón Continua	Independiente Cualitativa	1= CLASE I 2= CLASE II 3=CLASE III 4= CLASE IV 5= CLASE V
Terapia de reemplazo renal	Tipo de tratamiento para sustituir el mal funcionamiento	Criterios de diálisis registrados en historia clínica	Razón Continua	Dependiente Cualitativa	0= Sobrecarga hídrica refractaria a tratamiento

	nto de los riñones				1= Hipercalemi a refractaria a tratamiento 2= Acidosis refractaria a tratamiento 3= Encefalopatí a urémica
ERCT	Situación clínica derivada de la pérdida de función renal avanzada permanente y con carácter progresivo	Resultado de creatinina y/o depuración de creatinina FG < 15 ml/min/1,73 m2 registrado en historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= NO 1=SI

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Utilizaremos un formulario de recolección de información de la historia clínica del Hospital Nacional Hipólito Unanue (ver Anexo 1), que contiene una biopsia de riñón que muestra evidencia de nefritis lúpica y un diagnóstico documentado de lupus eritematoso sistémico.

Emplearemos los criterios EULAR 2019, que tienen en cuenta criterios clínicos y de laboratorio, para evaluar los criterios del lupus eritematoso sistémico. Además de las directrices KDIGO, que describen los criterios de ERC y AKIN y se utiliza para determinar la gravedad de la insuficiencia renal aguda y el grado de insuficiencia renal crónica. La evaluación de la biopsia renal, examinada por el servicio de Anatomía Patológica de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana de Patología.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las características de los pacientes con nefritis lúpica con criterios de terapia de reemplazo renal que desarrollaron AKI-3 y/o ERCT. Si los datos cuantitativos tienen una distribución normal, la media y la desviación estándar caracterizarán las características de la población; en caso contrario, se utilizará la mediana y el rango intercuartílico. Se utilizarán porcentajes para describir variables categóricas. El riesgo de desarrollar ERCT y/o IRA con tratamiento de reemplazo renal se evaluará mediante análisis de datos.

En el ordenador se utilizará el siguiente software estadístico para procesar los datos:

- BM SPSS Statistics 21, año 2021
- Microsoft Excel Professional Plus 2021

En el análisis de datos se aplicarán las siguientes pruebas estadísticas:

Para las tablas:

- Variables cualitativas: tabla de frecuencias (frecuencias y proporciones)
- Variables cuantitativas: medidas de posición (media aritmética y moda)

Para los gráficos:

- Distribución de frecuencia
- Variables cualitativas y cuantitativas discretas: barras simples barras simples y gráficos circulares.
- Variables cuantitativas continuas: histogramas

Para las tendencias:

- Variables cuantitativas: curvas
- Análisis bivariado: Tablas de doble entrada para valorar asociaciones de variables cuantitativos y cualitativos, chi cuadrado, valorar diferencia de medias la prueba de T student. Se considerará un nivel de confianza del 95%.

3.7 Aspectos éticos

Los datos se recopilarán consultando los registros médicos mediante un formulario de recopilación de datos. Se mantendrá la confidencialidad y el formulario de recopilación de datos se identificará únicamente por la numeración secuencial de los sujetos y no por nombres u otros identificadores. No se requerirá permiso informado debido a la naturaleza del estudio.

La dirección de capacitación, investigación y docencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, así como el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma aprobarán el protocolo de investigación.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

- Recursos materiales: Laptop, impresoras, cámara de fotografía, material de oficina.
- Recursos humanos: Investigador y colaboradores.
- Recursos financieros: Detallado en punto 4,3.

4.2 Cronograma

ETAPAS	2023				2024			
	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abril
Elaboración del proyecto								
Presentación del proyecto								
Recolección de datos								
Análisis y procedimiento de datos								
Análisis e interpretación de datos								
Elaboración del informe final								

Presentación del informe final								
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

4.3 Presupuesto

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	MONTO UNITARIO	MONTO MENSUAL	MONTO TOTAL (6 meses)
Recursos materiales	Software STATA	S/.360.00	S/.0.00	S/.360.00
	Material de oficina	S/.50.00	S/.0.00	S/.50.00
	Fotocopiado	S/.0.10	S/.20.00	S/.120.00
	Impresiones de informe final	S/.0.00	S/.0.00	S/.50.00
	Office Word, Excel	S/.250.00	S/.0.00	S/.250
Recursos humanos	Servicio de investigadores	S/.500	S/.0.00	S/. 500
	Servicio de análisis estadístico	S/.1200	S/.0.00	S/. 1200
TOTAL	S/.2530			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Salem Almaani, Alexa Meara y Brad H. Rovin. Actualización sobre la nefritis lúpica. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017;12(5):825. Epub 2016 Nov 7. Doi: 10.2215/CJN.05780616.
2. Pinto Pe Aranda (2014). *Nefropatía lúpica* [Ebook] (2nd ed., pp. 104-113). Colombia.
3. López Orozco, D. (2017). Aspectos clínicos e inmunológicos de la presencia de cadenas ligeras de inmunoglobulinas en pacientes con Nefropatía lúpica. (1st ed., pp. 29-36). Huixquilucan, edo. México.
4. Weening JJ, D'Agati VD, Schwartz MM, Seshan SV, Alpers CE, Appel GB, et al. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *Kidney Int*. 2004; 65:521–30.
5. Hanly JG, Su L, Urowitz MB, Romero-Diaz J, Gordon C, Bae S-C, et al. A Longitudinal Analysis of Outcomes of Lupus Nephritis in an International Inception Cohort Using a Multistate Model Approach. *Arthritis Rheumatol*. 2016 Aug;68(8):1932–44.
6. Galindo-Izquierdo M, Rodriguez-Almaraz E, Pego-Reigosa JM, López-Longo FJ, Calvo-Alén J, Olivé A, et al. Characterization of Patients With Lupus Nephritis Included in a Large Cohort From the Spanish Society of Rheumatology Registry of Patients With Systemic Lupus Erythematosus (RELESSER). *Medicine (Baltimore)*. 2016 Mar;95(9):e2891.
7. Hanly JG, Et al. La frecuencia y el resultado de la nefritis lúpica: resultados de un estudio de cohorte internacional de inicio. *Reumatología (Oxford)*. 2016;55(2):252. Publicación electrónica del 5 de septiembre de 2015.
8. Tektonidou MG, Dasgupta A, Ward MM. Risk of end-stage renal disease in patients with lupus nephritis, 1971-2015: a systematic review and bayesian meta-analysis. *Arthritis Rheumatol*. 2016; 68:1432–41.

9. Yokoyama H, Wada T, Hara A, Yamahana J, Nakaya I, Kobayashi M, et al. The outcome and a new ISN/RPS 2003 classification of lupus nephritis in Japanese. *Kidney Int.* 2004 Dec;66(6):2382–8.
10. Nasri H, Ahmadi A, Baradaran A, Momeni A, Nasri P, Mardani S, et al. Clinicopathological correlations in lupus nephritis; a single center experience. *J Nephropathol.* 2014 Jul;3(3):115–20.
11. Faurischou M, Dreyer L, Kamper A-L, Starklint H, Jacobsen S. Long-term mortality and renal outcome in a cohort of 100 patients with lupus nephritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010 Jun;62(6):873–80.
12. Kojo S, Sada K, Kobayashi M, Maruyama M, Maeshima Y, Sugiyama H, et al. Clinical usefulness of a prognostic score in histological analysis of renal biopsy in patients with lupus nephritis. *J Rheumatol.* 2009 Oct;36(10):2218–23.
13. Moroni G, Quaglini S, Gallelli B, Banfi G, Messa P, Ponticelli C. The long-term outcome of 93 patients with proliferative lupus nephritis. *Nephrol Dial Transplant.* 2007 Sep;22(9):2531–9.
14. Choque Chávez, Fernando Diego; Huamaní Fuente, Francisco Javier. Factores de riesgo asociados a la sobrevida renal en pacientes con nefritis lúpica clase III y IV en Lima [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10757/621426>.
15. Samir V. Parikh, Salem Almaani, Sergey Brodsky y Brad H. Rovin. Actualización sobre la nefritis lúpica: Plan de estudios 2020. *Am J Kidney Dis.* 76(2):265-281. Publicado en línea el 24 de marzo de 2020. Doi: 10.1053/j.ajkd.2019.10.017.
16. Lina Marcela Aguirre Hernández; Katherin Ortegón; Luis Fernando Arias; Joaquín Roberto Rodelo. Predictores de la sobrevida renal en pacientes con nefritis lúpica en un centro de referencia en Medellín, Colombia 2021. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, Especializaciones de la Facultad de Medicina, Departamento de Nefrología. Available from: <https://hdl.handle.net/10495/20672>.
17. Obregón, Karina Soledad; Gómez, Mónica Daniela (2018). Correspondencia entre la clínica nefrológica y las lesiones agudas y crónicas halladas en la

- anatomía patológica de las diferentes clases de Nefritis Lúpica. Hospital Julio C. Perrando, periodo 2000-2018. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Argentina. Dirección de Investigación en Salud; 2018. 1-30 p.
19. Hilda Ernestina Esparza Holguín. Hallazgos histológicos asociados a deterioro de función renal en nefritis lúpica. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Medicina Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Reumatología. México, 2016.
 20. Sheila Lizett Rodríguez Ulloa. Asociación de los hallazgos histopatológicos de la nefropatía del síndrome antifosfolípido con el pronóstico de pacientes con nefritis lúpica del servicio de reumatología del HNGAI durante los años 2002-2010. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Lima – Perú, 2014.
 21. Ezequiel Grover Cutipa Cotacallapa. Respuesta al tratamiento y supervivencia a nefropatía lúpica, diagnosticada por biopsia, de pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa, durante los años 2004 – 2011, Arequipa – Perú 2013. Universidad Nacional de San Agustín Facultad de Medicina Humana. Arequipa – Perú 2013.
 22. Jorge E. Rojas-Rivera, Et al. Documento de consenso del Grupo de Estudio de Enfermedades Glomerulares de la Sociedad Española de Nefrología (GLOSEN) para el diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica. Revista de la Sociedad Española de Nefrología, Volumen 43, Número 1, enero-febrero de 2023, páginas 6-47. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.10.005>.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuáles son los factores predictores de falla renal con terapia de reemplazo renal en pacientes con nefritis lúpica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2010-2022?	<p>General</p> <p>Determinar los factores predictores de falla renal que requiere terapia de reemplazo renal en pacientes.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar la frecuencia de pacientes con nefritis lúpica y falla renal aguda y/o 	<p>Hipótesis general</p> <p>Existen factores predictores de falla renal con terapia de reemplazo renal en pacientes con nefritis lúpica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2010-2022.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> El elevado nivel de creatinina al momento del diagnóstico de nefritis lúpica se 	<ul style="list-style-type: none"> Edad Sexo Creatinina (mg/dl) Flujo urinario Falla renal aguda Falla renal crónica Lupus eritematoso sistémico Nefritis lúpica Terapia de reemplazo renal 	Retrospectivo, observacional, analítico, cuantitativo.	<p>Población:</p> <p>Pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico con Nefritis lúpica, en el periodo 2010 – 2022.</p> <p>Muestra:</p> <p>Pacientes con diagnóstico de Nefritis lúpica en biopsia renal que</p>	Ficha de recolección de información de las historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue (ver anexo 1).	Análisis estadístico con STATA 12.1.

	<p>crónica que requieren terapia de reemplazo renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correlacionar los factores asociados entre pacientes con nefritis lúpica y falla renal aguda y/o crónica que requieren terapia de reemplazo renal. • Determinar la variante anatomopatológica que se relacionan con 	<p>asocia con mayor probabilidad de requerir terapia de reemplazo renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El bajo nivel socioeconómico se asocia a mayor riesgo de falla renal con terapia de reemplazo renal en paciente con nefritis lúpica. • La nefritis lúpica clase IV se asocia a mayor riesgo de falla renal con terapia de reemplazo renal. • Existen características anatomopatológicas que se 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de ERCT/A KI-3 con TRR 		<p>cursen con falla renal aguda y/o crónica en diálisis en el periodo 2010 – 2022.</p>		
--	---	---	---	--	--	--	--

	<p>peor pronóstico renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el esquema terapéutico en relación al estadio histológico en los pacientes con nefritis lúpica. • Determinar la asociación entre el esquema terapéutico de pacientes con nefritis lúpica con la progresión de falla renal. 	<p>relacionan con peor pronóstico renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen factores asociados a la mortalidad de pacientes con nefritis lúpica con falla renal en diálisis. 					
--	---	---	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Correlacionar los factores asociados a la mortalidad de pacientes con nefritis lúpica con falla renal.						
--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 01. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. VERSIÓN 1.0

FICHA DE REGISTRO DE NEFRITIS LÚPICA

FILIACIÓN

Apellidos y nombre (s): _____
Edad actual: ____ años Edad al momento del diagnóstico de NL: ____ años
Sexo: F__ M__ Procedencia: Departamento _____ Distrito _____
Raza: _____ Nivel socioeconómico: Alto __ Medio __ Bajo __
Fecha actual: _____ Fecha de ingreso al hospital: _____
Forma de ingreso: Consultorio __ / Emergencia __ / Hospitalización __

ANTECEDENTES

DM2 ____ LES ____
HTA ____ Alcohol ____
TBC ____ Tabaco ____

CUADRO CLÍNICO

Tiempo de enfermedad (Con diagnóstico de NL): ____ meses
Signos y síntomas: Sdme nefrótico ____ Sdme nefrítico ____
Astenia ____ Sdme Raynaud ____
Edemas ____ Efusión pleural ____
Hematuria macroscópica ____ Efusión pericárdica ____
Alopecia ____ Ascitis ____
Rash malar ____

RESULTADOS DE EXÁMENES AUXILIARES

Úrea ____ Anticardiolipina ____ VIH ____
Creatinina ____ Anticoagul lúpico ____ TORCH ____
Hb ____ C3 ____ HTLV1-2 ____
Albumina ____ C4 ____ Marc tumorales (+) ____
Colesterol ____ FR ____ Hematuria micros ____
Triglicéridos ____ PCR ____ Proteinuria ____
ANA ____ VHB ____ Microalbuminuria ____
ANCA ____ VHC ____

Proteinograma electroforético en sangre _____

Proteinograma electroforética en orina _____

Ecocardiograma: HVI FE _____

Ecografía renal:

RD: Longitud ____ mm Ancho ____ mm Parénquima ____ mm Dif corticomedular ____

RI: Longitud ____ mm Ancho ____ mm Parénquima ____ mm Dif corticomedular ____

BIOPSIA RENAL

Glomérulos ____ Atrofia ____
Esclerosis global ____ Fibrosis ____
% Semilunas Epitelial ____ Fibroepitelial ____ Fibrosa ____ Vasos engrosados: ____
IF: IgA__ IgG__ IgM__ Rojo Congo__ C3__ C1q__ Kappa__ Lambda__
Diagnóstico anatomopatológico: _____

TRATAMIENTO

Pulsos MTP _____ Tacrolimus _____
Prednisona _____ Micofenolato _____
Ciclofosfamida _____ Plasmaféresis _____
Ciclosporina _____ Rituximab _____

FALLA RENAL: Aguda ____ (KDIGO 1-2 3) Crónica ____ (Estadio I II III IV V)

HEMODIÁLISIS: Aguda ____ (Duración _____) Crónica ____

MUERTE: Sí __ No __

ANEXO 02. MODELO DE SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Luis Miranda Molina

Director del Hospital Nacional Hipólito Unanue

Presente.-

Asunto: Solicitud de evaluación y aprobación de protocolo de investigación

De mi consideración.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación y aprobación del protocolo de investigación denominado: “FACTORES PREDICTORES DE FALLA RENAL EN DIÁLISIS EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2010-2022” por parte del Comité de investigación y el Comité institucional de ética en investigación, así como la autorización respectiva de la gerencia dirección.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovarle mi especial consideración.

Atentamente,

Dra. Aurelia X. Galindo Bicerra

Investigadora principal

Médico Residente de Nefrología

DNI: 76294672

CMP: 08168

Lima 30 de noviembre del 2023