

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS
2015-2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

VICTOR ANGELO GRANDEZ TRIGOSO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2020

ASESORA:

DRA.ZAVALA OLIVER, JENNY

AGRADECIMIENTO

A la docente Dra. ZVALETA OLIVER, Jenny, por su paciencia, tiempo y dedicación que tuvo para la realización del presente trabajo.

Además HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE por su colaboración y participación, que constituyeron la principal fuente de información.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes han brindado todo su apoyo, comprensión y confianza que me ha permitido seguir adelante en este proceso de formación.

RESUMEN

Objetivo: Describir las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.

Métodos: Estudio no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. El estudio se llevó a cabo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, la muestra estuvo conformada por 36 pacientes gestantes con lupus eritematoso sistémico. Se empleó la ficha de recolección de datos, la cual fue previamente validada por tres expertos. Se ejecutó el análisis descriptivo con los datos obtenidos mediante el instrumento empleado, usando el programa Microsoft Excel y el programa SPSS versión 25 para el procesamiento de datos.

Resultados: Se determinó que las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue fueron el aborto obteniendo una frecuencia de 11%, la preeclampsia con 33%, el RCIU con 20% y el parto prematuro con 36%.

Conclusiones: Se determinó que las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017 fueron el aborto, la preeclampsia, el RCIU y el parto prematuro.

Palabras claves: Complicaciones en gestantes con LES, aborto, preeclamsia, RCIU y parto prematuro.

ABSTRACT

Objective: To describe the complications in pregnant women with systemic lupus erythematosus in the Department of Gynecology-Obstetrics of the Hipolito Unanue Hospital National during the years 2015-2017.

Methods: Non-experimental descriptive, cross-sectional, retrospective and observational study. The study carried out in the Department of Gynecology-Obstetrics of the National Hospital Hipolito Unanue, the sample consisted of 36 pregnant patients with systemic lupus erythematosus. The data collection form was used, which was previously validated by three experts. The descriptives analysis was carried out with the data obtained through the instrument used, using the Microsoft Excel program and the SPSS program version 25 for data processing.

Results: It was determined that the complications pregnant women with systemic lupus erythematosus in the Gynecology-Obstetrics Department of the Hospital Hipolito Unanue National were abortion obtaining a frequency of 11%, preeclampsia with 33%, IUGR with 20% and premature delivery with 36%.

Conclusions: It was determined that the complications in pregnant women with lupus erythematosus systemic in the Gynecology-Obstetrics Department of the Hipolito Unanue Hospital National during the years 2015-2017 were abortion, preeclampsia, IUGR and premature delivery.

Key words: Complications in pregnant women with SLE, abortion, preeclampsia, IUGR and premature birth.

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad muy compleja desde por su clínico variada de manifestaciones. Puede alterar un órgano o varios a la vez, a estos se los denomina brotes que pueden permanecer en estado activo o inactivo y estos se ven alterados en la gestación donde ocasiona complicaciones.

En la presente investigación a través del primer capítulo se menciona el planteamiento del problema con información sobre las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico. Además se formulará el problema a investigar, los que serán justificados de forma teórica, práctica, metodológica y económica-social, con todo ello se plantearon los objetivos a desarrollar.

Consecuente, en el segundo capítulo, se desenvolverá todo el marco teórico, formado por antecedentes que respaldan la investigación, tanto internacionales como nacionales. Se sustentarán las bases teóricas del lupus eritematoso sistémico en gestantes, además de sus complicaciones. Seguidamente se procederá a definir las variables de estudio, definiendo sus conceptos operacionales para el aborto, la preeclampsia, el RCIU y el parto prematuro.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología del estudio, describiendo el diseño de estudio, el nivel de investigación y el tipo de estudio, igualmente cómo se seleccionó la población y su respectiva muestra a estudiar.

El cuarto capítulo está compuesto por los resultados conseguidos al aplicar el instrumento del estudio el cual fue previamente validado, además se discutirá los resultados obtenidos con los antecedentes del estudio comparando las similitudes y diferencias.

Finalizando, el quinto capítulo se mostrará las conclusiones obtenidas y las recomendaciones a seguir de acuerdo a los resultados del estudio.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEM	V
ABSTRAC	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1. GENERAL	4
1.6.2. ESPECÍFICOS	4
1.7. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	6
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	6
2.2 BASE TEÓRICAS	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL	21
2.4 HIPÓTESIS	21
2.5 VARIABLES	22
2.5.1. VARIABLE	22

2.5.2. INDICADORES	22
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	23
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	24
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.2.1 POBLACIÓN	24
3.2.2 MUESTRA	24
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	25
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
4.1 RESULTADOS	26
4.2 DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
5.1 CONCLUSIONES	33
5.2 RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	43

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 26

TABLA N° 2: FRECUENCIA DEL ABORTO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 27

TABLA N° 3: FRECUENCIA DE LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 28

TABLA N° 4: FRECUENCIA DEL RCIU EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 29

TABLA N° 5: FRECUENCIA DEL PARTO PREMATURO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 30

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: FRECUENCIA DEL ABORTO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 27

GRÁFICO N° 2: FRECUENCIA DE LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 28

GRÁFICO N° 3: FRECUENCIA DEL RCIU EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 29

GRÁFICO N° 4: FRECUENCIA DEL PARTO PREMATURO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 30

LISTA DE ANEXOS

ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
ANEXO Nº 2: INSTRUMENTO	45
ANEXO Nº3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS	46
ANEXO Nº 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	52
ANEXO Nº5: ACREDITACIÓN DE POBLACIÓN Y MUESTRA	56
ANEXO Nº6: AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN OTORGADO DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE	57
ANEXO Nº7: CARTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS OTORGADA POR EL COMITÉ DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA.	58

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Lupus eritematoso sistémico es un problema autoinmune que en la población general afecta entre 5 y 260 casos por 100.000 habitantes, su forma multi-sistémica y diversa de síntomas que se puede manifestar demanda un cuidadoso estudio diagnóstico, así como un abordaje terapéutico según el cuadro clínico, ya no todos pueden tener una respuesta favorable al tratamiento¹. A medida que el tratamiento mejora, más mujeres con esta enfermedad pueden quedar embarazadas, los resultados del embarazo han mejorado drásticamente en los últimos años, sin embargo, los riesgos para las complicaciones maternas de los embarazos con LES aún persisten. Aunque el lupus ya no es una contraindicación para el embarazo.¹

El motivo por el cual decidí abordar el tema de describir las complicaciones del Lupus Eritematoso Sistémico es por su complejidad y la forma en como se desarrolla en el embarazo, por ello creo que mejorando el abordaje de esta enfermedad se lograría una rápida detección y un buen manejo, de esa manera el embarazo llegaría a termino con los mejores pronósticos posibles.²

El reconocimiento de la exacerbación del lupus a veces es difícil porque los síntomas clínicos pueden imitar a los relacionados con el embarazo. Además, el manejo rápido del lupus en la madre plantea un gran desafío para los médicos³. En este estudio, examinamos las historias clínicas de todas las pacientes gestantes con LES en los últimos tres años en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y describiremos las complicaciones ocasionadas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Es el aborto una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?
- ¿Presentan preeclampsia como una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?
- ¿Tienen como complicación restricción del crecimiento intrauterino las gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?
- ¿Es una complicación en gestantes con lupus eritematoso sistémico el parto prematuro en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Una gestante con lupus eritematoso sistémico hoy en día está asociada a muchas complicaciones, siendo de origen desconocido y diverso, por medio de este estudio se trató de determinar las complicaciones más frecuentes que debemos prever ante una paciente con esta enfermedad.

1.3.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Lo expuesto de este estudio permitirá identificar mejor y de forma más rápida a las gestantes con posibles complicaciones y tratar de prevenirlas.

1.3.3 JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA-SOCIAL

Es mucho más económico llevar una gestación estable en pacientes con LES que una gestación con complicaciones ya que este demanda mayor cantidad de atenciones y exámenes para sobrellevar el cuadro.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se realizó en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No existieron limitaciones para llevar a cabo este estudio ya que cuenta con todas las autorizaciones correspondiente para realizarlo.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Describir las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Identificar si el aborto es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.
- Establecer si la preeclampsia es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.
- Determinar si la restricción del crecimiento intrauterino es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.
- Conocer si el parto prematuro es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el

departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.

1.7 PROPÓSITO

El propósito de la investigación fue describir las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Takahashi *et al.* (2013). En este estudio se revisó los casos maternos y fetales en mujeres embarazadas con lupus eritematoso sistémico para evaluar los factores de riesgo pronóstico que contribuyan a la investigación en la universidad de Osaka entre 1995 y 2013. El 75,3% de los pacientes tomó corticosteroides y el 48,5% recibió una dosis de $\geq 7,5$ mg / día. La activación de la enfermedad y la preeclampsia ocurrieron en el 17.5% y en el 11.3% de los pacientes, respectivamente. Catorce de los pacientes tratados previamente tomaron corticosteroides en dosis altas (≥ 7.5 mg / día) y mostraron resultados obstétricos significativamente más pobres en comparación con los pacientes que tomaron corticosteroides en dosis bajas (< 7.5 mg / día).) (PAG= 0.0021). Además, una dosis diaria alta de corticosteroides puede ser un factor de riesgo pronóstico para las tasas adversas de LES.⁴

Yang *et al.* (2014). Se investigaron caracteres clínicos y los factores de riesgo de brotes de enfermedad en pacientes con lupus relacionado con el embarazo (PRL). Se evaluaron sistemáticamente las historias clínicas de 155 atendidos. Se dividieron en lupus activo (a-PRL) (n = 82, 53.0%) y estable (s-PRL) (n = 73, 47.0%). En comparación con pacientes con lupus eritematoso sistémico femenino activo no embarazado (SLE), a-PRL que incluye lupus de inicio nuevo (n-PRL) y lupus de bengala (f-PRL) (n = 41 respectivamente), tuvo una mayor

incidencia de compromiso renal y hematológico pero menos afectación mucocutánea y musculoesquelética ($p < 0,05$).

La incidencia de preeclampsia / eclampsia, muerte fetal y parto pre término fue significativamente mayor en a-PRL que en s-PRL ($p < 0,05$). A pesar de recibir un tratamiento con glucocorticoides más vigoroso, las madres con a-PRL tuvieron un peor pronóstico ($p < 0,001$). Cinco (6,1%) de ellos murieron y 13 (15,9%) desarrollaron insuficiencia orgánica irreversible grave, mientras que ninguno de estos eventos se observó en el grupo de s-PRL.⁵

Shanying et al. (2015). En este estudio se evaluó gestantes con lupus sistémico eritematoso (LES) y se exploró los factores de riesgo de brote de lupus, complicaciones obstétricas y la pérdida fetal. De 83 embarazos en 80 mujeres fueron divididos en tres grupos Grupo A: pacientes en remisión durante > 6 meses antes del embarazo, proteinuria <0.5 g por día, sin insuficiencia renal y la interrupción de los fármacos citotóxicos durante > un año; Grupo B: pacientes con enfermedad activa del LES antes de los 6 meses de embarazo; Grupo C: pacientes con nuevo inicio de LES durante el embarazo. En el grupo A, 76.47% de embarazos alcanzaron el término completo y el 80,39% lograron nacidos vivos. En el grupo B y C, el resultado fue pobre. Entre los 62 pacientes (64 embarazos) diagnosticados como LES antes del embarazo, la activación del LES ocurrió en 27 (42,19%) embarazos; enfermedad activa del LES antes de los 6 meses de embarazo se asoció con el brote de lupus (OR 5,00; IC del 95%: 1,14 a 21,87, $p = 0,03$) y fetal pérdida. El lupus de nuevo inicio durante el embarazo se asoció de forma independiente con obstetricia, complicaciones (OR 7,22; IC del 95%: 2,14 a 24,38, $p = 0,001$). El estudio actual confirmó el

informe anterior de que el LES debe considerarse un alto riesgo de embarazo.⁶

Borella et al. (2014). En una cohorte de pacientes(LES). 142 embarazos en 96 pacientes con LES fueron seguidos prospectivamente por evaluaciones clínicas y de laboratorio mensuales. Se identificaron predictores de brotes de lupus, complicaciones fetales y obstétricas durante el embarazo mediante el análisis de regresión logística a paso. Las erupciones de lupus materno ocurrieron en el 57% de los embarazos y se predecía mejor por el número de erupciones antes de la concepción. Las manifestaciones durante los brotes se predijeron mejor por las mismas características que ocurrieron antes de la concepción: brotes dermatológicos por erupción cutánea, brotes renales por nefritis y brotes hematológicos por anomalías hematológicas. Hubo 110 nacimientos vivos y 22 pérdidas fetales. Entre los recién nacidos vivos, el 22% fueron prematuros. La pérdida fetal se predijo mejor por la hipertensión en la concepción; abortos espontáneos por la cantidad de esteroides tomados durante el último año antes de la concepción; muerte fetal por el número de activaciones durante el último año antes de la concepción; parto prematuro por la coexistencia del síndrome del anticuerpo anti-fosfolípido y el nivel de anticuerpos antiADN de doble-cadena antes de la concepción; ruptura prematura de membranas por alto puntaje ECLAM durante seis meses antes del parto, pequeña para la edad de gestación por hipertensión en la concepción; y preeclampsia por anticoagulante positivo de lupus.⁷

Khan et al. (2017). En esta investigación se realizó un análisis prospectivamente de 73 pacientes (junio de 2006 a marzo de 2016). El diagnóstico de LES fue realizado por ACR (American College of

Rheumatology) -criterios. Se realizaron exploraciones de protocolo y análisis de sangre y los pacientes con enfermedad activa se siguieron dos veces por semana durante 28 semanas y, posteriormente, semanalmente. La edad media fue de $29 \pm 4,9$. El LES se diagnosticó antes de la concepción en el 86% de los pacientes. Un total del 33% tenía un estado de enfermedad activa durante el embarazo y de ellos, el 58% tenía un brote de LES, en comparación con el 26% que estaba en remisión ($p = 0,008$). La actividad del LES no tuvo efecto en la tasa de muerte fetal ($p = .57$). La pérdida general de embarazo fue del 14% sin mortalidad materna. La incidencia de brote de LES durante el embarazo fue significativamente mayor en pacientes con enfermedad activa. Pero la incidencia de muerte fetal no se vio afectada por la activación de la enfermedad. El LES como la gestación tienden a influir entre sí debido a la interacción compleja, la opinión parece estar dividida sobre la influencia del embarazo en el LES: “nuestros datos infieren una incidencia significativamente mayor de brotes de LES durante el embarazo en pacientes con enfermedad activa que en remisión”.⁸

ANTECEDENTES NACIONALES

Arana et al. (2012). Un estudio observacional y descriptivo en lima con propósito de caracterizar la función-renal y describir los caracteres maternos y fetales en embarazadas diagnosticadas con LES en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Entre los resultados se pudo encontrar un promedio de edad en gestantes con lupus de 27.8 años. Aproximadamente uno de cuatro de la población estudiada presentó una actividad de la enfermedad en su embarazo se detectó de la misma manera preeclamsia en el 25% de los casos, un bajo pesos al nacer en un 62% y parto pretérmino también en un 62%. Los autores concluyeron

que existe más frecuencia de complicación obstétrica en pacientes con LES que en la población en general.⁹

Cutipa et al. (2017). En descriptiva, retrospectiva que como objetivo tuvo describir cuales eran las características de tipo laboratorial, clínicas, también como las complicaciones y resultados de aquellas gestantes diagnosticadas con LES en un hospital de la ciudad peruana de Arequipa. Entre las complicaciones de entre toda la población estudiada se encontraron un 30% de abortos espontáneos y un 8% de óbito fetal y 8% de partos pretérmino y un 25% de restricción de crecimiento intrauterino.¹⁰

Guevara Ríos (2016). Llevo a cabo una investigación observacional, descriptiva y retrospectiva en el Instituto Nacional Materno Perinatal su objetivo de caracterizar cuáles eran las causas de aborto terapéutico en esta institución. El autor describe que la causa más frecuente y que a su vez representa un mayor riesgo para la mortalidad materna fue el lupus eritematoso sistémico en fase activa. El autor también describe que el lupus eritematoso sistémico con cirrosis hepática se dio en un 12.5% de los casos y la misma cifra obtuvo el LES con hipertensión arterial severa y disfunción renal, en ambas situaciones se realizaron abortos terapéuticos debido al elevado riesgo de muerte materna.¹¹

Gutiérrez et al. (2012). Estudio descriptivo observacional prospectivo transversal durante un periodo de 9 años con el objetivo de observar las complicaciones de las gestantes que habían sido diagnosticadas con lupus eritematoso sistémico. Entre la población de 16 casos se pudieron identificar 3 casos de aborto espontaneo (18.8%) un caso de muerte fetal (6.3%) y uno de muerte neonatal (6.3%). Asimismo los autores

observaron exacerbaciones del lupus en el 55%. Los autores concluyeron que es recomendable que las gestaciones sean planificadas y realizadas durante el periodo de inactividad lúpica.¹²

Sandoval et al. (2015). En su tesis observacional, prospectivo de corte transversal con el propósito de caracterizar los factores sociodemográficos y las complicaciones de las pacientes gestantes diagnosticadas de LES en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante un periodo de 5 años. De un total de 24 pacientes reclutadas en el estudio se identificó que 11 (45%) habían tenido un aborto y que 6 (25%) presentaron parto prematuro. Los autores concluyen recomendando que deben asistir oportunamente al control prenatal y realizar las valoraciones respectivas por un especialista según su condición materna.¹³

2.2. BASES TEÓRICAS

El LES autoinmune multiorgánico que afecta de manera desproporcionada a las mujeres en edad de reproductiva. La enfermedad es variable en la afectación de los órganos, pero se caracteriza por la manera particular en que afecta a la piel, las articulaciones, las membranas serosas, los riñones y el sistema nervioso central. Se asocia con la formación de títulos elevados de autoanticuerpos contra una serie de antígenos nucleares expresados de forma ubicua, así como con un número limitado de antígenos específicos de células o tejidos. Los Criterios para la Clasificación del LES del Colegio Americano de Reumatología de 1982 se usan comúnmente como pautas para el diagnóstico.¹⁴ Sin embargo, estaban destinados a la clasificación de investigación y pueden no

capturar pacientes con enfermedad temprana o formas limitadas de lupus, como pacientes con nefritis por lupus aislada¹⁵

Se estima que la prevalencia general de LES en los Estados Unidos está en el rango de 14.6 a 50.8 por 100,000 personas¹⁴. Es 3 a 4 veces mayor en las mujeres afroamericanas en comparación con las mujeres blancas que viven en los Estados Unidos. La supervivencia a 10 años en personas con LES se ha incrementado en los últimos 60 años y ahora se estima que es del 90%.^{16,17}

El embarazo en el entorno del LES se ha asociado con resultados obstétricos deficientes, lo que llevó a los médicos a recomendar en el pasado a sus pacientes con lupus no la gestación en sus planes. Sin embargo, la frecuencia de la pérdida del embarazo en el LES se ha reducido en los últimos 30 años a partir de niveles altos como 43% en 1960-1965 al 17% en 2000-2003, ya un nivel comparable a la de la general de Estados Unidos población.¹⁸ La gestión de las complicaciones maternas también ha mejorado dramáticamente. El embarazo es, por lo tanto, una opción para muchas mujeres con lupus y, por lo general, se puede manejar con éxito en una clínica de alto riesgo con la estrecha colaboración del obstetra y el reumatólogo. En la actualidad, aproximadamente 4500 embarazos en los Estados Unidos cada año se producen en mujeres con LES y, por lo tanto, la comprensión del manejo de estos pacientes es esencial para todos los obstetras. El embarazo en el contexto de LES es propenso a complicaciones y, por lo tanto, debe considerarse de alto riesgo. En un estudio reciente en los Estados Unidos de 16,7 millones de embarazos, 13,555 embarazos ocurrieron en pacientes con lupus y se asociaron con un aumento de 20 veces en la mortalidad materna y más riesgo de partos distócicos (OR: 1,7), trabajo de parto prematuro (OR: 2,4), y preeclampsia (OR: 3.0).^{19,20} Además, hubo

una mayor tasa de complicaciones trombóticas, infecciosas y hematológicas.

La actividad del lupus puede estallar en el embarazo o período posparto. Las informes de tales brotes oscilan entre el 13,5% y el 67%.²¹

La medida en que esto ocurre ha sido objeto de 7 estudios prospectivos comparativos que han utilizado pacientes con lupus no embarazadas como controles. De estos estudios, 4 no identificaron una mayor tasa de brotes, mientras que 3 lo hicieron.²²⁻²⁹ Esta disparidad refleja la variabilidad en la gravedad del lupus entre los pacientes en las cohortes del estudio y en los criterios para definir un brote de lupus. La sintomatología y exámenes de laboratorio de una gestación normal pueden ser similares a los de un LES, como eritema malar, dolor en las articulaciones, anemia y trombocitopenia leve, lo que dificulta el diagnóstico de la actividad del lupus durante la gestación. La mayoría de las manifestaciones de lupus activo durante el embarazo son de gravedad leve o moderada e involucran la piel y las articulaciones.^{30, 31} Aproximadamente entre el 15% y el 30% de los pacientes que sufren un brote tendrán una enfermedad grave, con afectación del riñón y otros órganos internos.³² La presencia de LES activo dentro de los 6 meses anteriores a la concepción es un factor de riesgo para un brote durante el embarazo.

La presenta preeclampsia entre el 13% y el 35% de las gestaciones con lupus en comparación con el 5% y el 8% de los embarazos en la población general de EE. UU.³³ Esto ocurre con más frecuencia en pacientes con nefritis por lupus activación en el parto. 24 Otros factores de riesgo incluye el uso continuo de prednisona de 20 mg por día o más durante el embarazo, obesidad, trombocitopenia e hipertensión y / o enfermedad renal.³⁴ Aproximadamente el 19% de los embarazos de lupus terminan con un aborto involuntario o muerte fetal. Hasta el 55% de estas pérdidas de

embarazos ocurren como mortinatos en el segundo trimestre, una tasa mucho más alta que la de la población general. Clowse et al identificaron proteinuria (500 mg / d), síndrome de anticuerpo antifosfolípido secundario, trombocitopenia e hipertensión como 4 factores de riesgo para la muerte fetal durante el 1° trimestre.³⁵ Nacimiento prematuro (parto antes de las 37 semanas) y retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) son los más comunes, con una prevalencia media notificada de 33% (rango, 8% – 63%) y 9% (rango, 2% -40%), respectivamente. Estos resultados a menudo se asocian con nefritis por lupus activa con hipertensión durante el primer trimestre y el desarrollo posterior de preeclampsia. Otros factores de riesgo incluyen otras formas de aumento de la actividad lúpica en el momento del parto y durante el 1° trimestre, antecedentes de pérdida de un embarazo anterior y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. El RCIU ocurre incluso en aquellas madres con enfermedad leve. Los neonatos de pacientes con lupus tienen un peso menor al nacer en todas las edades gestacionales que los controles normales, incluso cuando controlan la hipertensión y la enfermedad renal. El lupus puede afectar el crecimiento fetal independientemente si la enfermedad está activa o no. La nefritis por lupus activa representa el mayor riesgo para el resultado del embarazo en las mujeres con lupus. Las tasas de pérdida de embarazo varían de 8% a 36% entre los pacientes con antecedentes de nefritis por lupus antes del embarazo y pueden alcanzar niveles tan altos como 52% en mujeres con nefritis lúpica activa durante el embarazo. Las pacientes con una creatinina sérica 2.8 mg/dL en el momento de la concepción tienen un riesgo significativo de preeclampsia y solo tienen de 20% a 30% de éxito de embarazo.³⁶

Se produce lupus neonatal en 3.5% a 8% de los embarazos de lupus. Esta enfermedad está asociada con antiSSA materno (anti-52kd y anti-60kd) y SS-B(La)(anti48kd) anticuerpos.

La complicación más grave, el bloqueo cardíaco en el útero (primer, segundo o tercer grado), se produce en el 2% de los fetos de mujeres con anticuerpos anti-SS-A (Ro) con una tasa de recurrencia del 20% en los siguientes casos de embarazos. La manifestación más común es una erupción que típicamente se desarrolla varias semanas en la vida neonatal. Es fotosensible, tiende a afectar la cara y el cuero cabelludo y comprende placas eritematosas anulares o elípticas. Se resuelve dentro de los primeros 6 a 8 meses de vida, con la eliminación de autoanticuerpos maternos de la circulación del bebé. Otras manifestaciones incluyen trombocitopenia, miocarditis y hepatitis. El uso de hidroxicloroquina en la gestación puede reducir el peligro de las manifestaciones cardíacas del lupus neonatal en madres con anticuerpos antiSSA(Ro) o SSB(La).³⁷

Aproximadamente una de cada tres mujeres con lupus da a luz de forma prematura. Esto es más probable en mujeres con preeclampsia, anticuerpos antifosfolípidos; si bien el incremento de la actividad de la enfermedad es el mejor predictor del parto pretérmino en mujeres con LES, incluso las mujeres con baja actividad de la enfermedad tienen un mayor riesgo de esta complicación. Los biomarcadores que identificarían los embarazos en riesgo podrían permitir intervenciones para prevenir el parto prematuro.

Las medidas de la actividad del LES, la inflamación, la salud placentaria y la función renal entre las 20 y las 28 semanas de gestación se correlacionaron con el parto prematuro y la tiempo gestacional al momento del parto.

En una cohorte prospectiva de mujeres embarazadas con LES de los 40 embarazos en 39 mujeres, todas con enfermedad del LES leve a moderada, 9 (23.7%) de los 38 nacidos vivos fueron entregados prematuros.³⁸ El C4 bajo fue el único marcador de actividad de LES

asociado con una edad gestacional más joven en el momento del parto. La ferritina elevada y el estradiol inferior se correlacionaron con una edad gestacional más joven en el momento del parto. La función renal se mantuvo normal durante todos los embarazos en la mitad de la gestación y no se correlacionó con el parto prematuro. Sin embargo, el ácido úrico sérico más alto se correlacionó con una edad gestacional más joven en el momento del parto. Estas pruebas resultar clínicamente útiles para identificar embarazos con un peligro particularmente alto de resultados adversos.

Fisiopatología

El empeoramiento potencial del lupus durante el embarazo generalmente se ha atribuido a las alteraciones asociadas de los niveles de hormonas sexuales. Los niveles de estrógeno aumentan progresivamente en la circulación materna durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre. Los estrógenos aumentan la reactividad inmunológica y se han implicado como la causa del aumento del riesgo de enfermedades autoinmunes en mujeres. Por lo tanto, el incremento de estrógeno durante la gestación han sido postulados que dan dar lugar a un mayor riesgo de brote de lupus.

La patología placentaria subyace a los malos resultados gestacionales de las lesiones de lupus. Las lesiones primarias se relacionan con la vasculatura placentaria e incluyen vasculopatía y trombosis decidual, e infartos extensos, el peso de la placenta se reduce generalmente.

Estas lesiones son evidentes en los embarazos de lupus independientemente de la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. La

lesión placentaria puede deberse a hipercoagulabilidad, La tensión arterial y el daño inmune mediado por los vasos. La activación complementaria puede desempeñar un papel clave en la génesis de preeclampsia, la pérdida fetal y RCIU. La inducción de muerte fetal y RCIU requiere la activación del complemento El producto de activación del complemento Bb, detectado en el suero de mujeres embarazadas (con o sin lupus) en su primer trimestre, fue una fuerte predicción del desarrollo posterior de preeclampsia.³⁹

Por lo tanto, la activación del complemento en el embarazo temprano de mujeres no se ve afectada. La activación de este complemento puede ocurrir como parte de una respuesta inflamatoria mediada por el sistema inmunitario materno a los antígenos paternos derivados de la superficie de los trofoblastos.

Su papel en los embarazos de lupus, independientemente de la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, se está explorando en el estudio PROMISE. El lupus neonatal resulta del pasaje transplacentar de los anticuerpos maternos SSA(Ro) y SSB(La) que se unen a tejido fetal. En el corazón, estos anticuerpos desencadenan una inflamación mediada por la inmunidad del tejido nodular atrioventricular y del miocardio. Luego, la fibrosis se desarrolla en los tejidos dirigidos, lo que produce diversos grados de bloqueo cardíaco y, en ocasiones, una cardiomiopatía.

Fertilidad y anticoncepción en pacientes con LES

Las mujeres con LES tienen una fertilidad normal, a menos que tengan una enfermedad renal avanzada las cuales son amenorreicas como resultado de una enfermedad muy activa o han recibido ciclofosfamida, como terapia para manifestaciones orgánicas más severas.

Esta terapia, dada ya sea como terapia de pulso intravenosa una vez al mes o por vía oral sobre una base diaria, se asocia con una alta tasa de daño ovárico. La prevención de la toxicidad de ovario durante la terapia de ciclofosfamida intravenosa a menudo se trató con el administración paralela de agonistas de hormona de liberación de gonadotropina (p. ej., leuprolida, 3.75 mg, 2 semanas antes de cada infusión de ciclofosfamida). Sin embargo, no se ha establecido la eficacia de este enfoque, y el inicio de estos agonistas en el la fase folicular del ciclo menstrual puede aumentar los niveles de estrógeno y el riesgo de eventos trombóticos. Las técnicas de crioconservación de óvulos, embriones u ovarios son opciones adicionales para la preservación de la fertilidad antes de la quimioterapia citotóxica.⁴⁰ Debido a que la estimulación ovárica antes de la recuperación de ovocitos tiene el potencial de aumentar el riesgo de eventos trombóticos, se debe considerar un enfoque alternativo en pacientes con lupus. La inducción de la ovulación con o sin fertilización in vitro es una Opción para mujeres infértiles con LES. Sin embargo, dicho tratamiento solo es aplicable a las mujeres con función ovárica intacta y debe abordarse con cuidado porque se ha asociado con un mayor riesgo de maternidad (brotes de lupus y trombosis) y complicaciones fetales. Todas las mujeres con lupus en sus años reproductivos de vida deben ser monitorizadas por sus ginecólogos y reumatólogos, en función de los posibles riesgos del embarazo, la necesidad de planificación del embarazo y la eficacia y seguridad de los distintos modos de anticoncepción.

Pruebas de diagnóstico durante el embarazo

El cuidado prenatal de la mujer embarazada con LES tiene un apoyo entre el obstetra y el reumatólogo su manejo en una clínica de alto riesgo.

El reumatólogo debe evaluar al paciente cada 3 a 5 semanas, mientras que el obstetra debe evaluarla cada 4 semanas hasta las 20, luego cada 2 hasta 28 semanas, y luego semanalmente hasta el momento del parto.⁴¹ Es apropiada una menor frecuencia de visitas obstétricas si existen pocos factores de riesgo para resultados obstétricos deficientes. El examen de obstetricia debe tener la medida de la PA, el aumento de peso, el tamaño uterino, el ritmo cardíaco, el análisis de orina y la proporción de proteína de la orina y creatinina en la mujer. Además, el obstetra debe preguntar sobre los síntomas de las erupciones de lupus en cada visita.

Al inicio del embarazo, las pruebas de laboratorio de referencia deben incluir, además de los laboratorios de registro estándar, un hemograma completo y un panel de química, así como mediciones de la actividad del lupus (C3, C4, CH50, anticuerpos anti-dsADNA)), riesgo de lupus neonatal (antiSSA(Ro), antiSSB(La)), riesgo de pérdida (anticuerpos anticardiolipina, lupus anticoagulante [p. ej., prueba de veneno Russell Vipe]) y medidas de la función renal (análisis de orina y mancha de proteínas en orina - tocreatinina proporción). Debido a que una elevación en el nivel de urato sérico puede ser un factor de preeclampsia, se debe obtener un nivel de referencia sobre la base de todo el embarazo, los estudios de laboratorio deben incluir un recuento completo de células sanguíneas, un panel de química con niveles de urato sérico, análisis de orina, relación mancha de proteína / creatinina en la orina, anticuerpos C3, C4, CH50 y dsDNA. Si hay proteína por la tira reactiva de orina y / o una proporción elevada de proteína de orina a creatinina en orina, entonces se debe medir una proporción de proteína de orina de 24 horas. Además, deben ofrecerse exámenes de detección de aneuploidía en el primer y / o segundo trimestre y deben realizarse pruebas de laboratorio de rutina de 28 semanas.⁴¹

Terapia de la activación de lupus durante el embarazo

Las erupciones de lupus durante la gesta dependen de la gravedad y el tipo de compromiso del órgano. El dolor en las articulaciones se puede controlar con paracetamol.

Los AINE deben evitarse durante el embarazo. Se ha informado que su uso puede causar oligohidramnios reversibles como resultado de la disminución de la excreción renal fetal, la prolongación del parto y el cierre precoz del conducto permeable.

La hidroxicloroquina en general es eficaz para la artritis, la piel y las manifestaciones del lupus. Esta droga disminuye la incidencia de erupciones y debe mantenerse a lo largo de del embarazo, particularmente si se estaba utilizando antes de la concepción.

Las manifestaciones del LES que no están siendo adecuadamente controlados con acetaminofeno e hidroxicloroquina requieren corticosteroides. La anemia (hemoglobina 8 g / dL), fiebre sostenida (38.5° C) y niveles bajos de albúmina sérica (3 g / dL) estimulan al feto en desarrollo y exigen un tratamiento más agresivo.

La prednisona es el corticosteroide preferido porque es en gran parte inactivado por la placenta. Los glucocorticoides florados, dexametasona y betametasona, cruzan fácilmente la placenta, por lo tanto, solo deben usarse si hay intención de tratar al feto, como el tratamiento del bloqueo del corazón en el útero o la inducción de la maduración pulmonar fetal antes del parto prematuro. Se puede usar prednisona a dosis bajas (20 mg / d) para tratar la actividad lupus leve, y dosis más altas, incluida la metilprednisolona intravenosa de pulso, se puede usar para tratar la actividad del lupus más grave. Puede haber un doble aumento de peligro de labio paladar hendido con el usar sistémico de corticosteroides en el primer trimestre, aunque el riesgo absoluto sigue siendo bajo (aproximadamente 2/1000 bebés con exposición a corticosteroides).⁴¹

La actividad moderada a severa puede requerir un manejo a largo plazo con un agente de segunda línea además de prednisona.⁴²

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **El lupus eritematoso sistémico (LES)**

Es una enfermedad inflamatoria crónica con manifestaciones proteicas, una etiología desconocida y una patogénesis autoinmune; Se define por la síntesis de autoanticuerpos (auto-Ab) dirigidos contra elementos del núcleo celular, y sus manifestaciones clínicas pueden involucrar múltiples órganos a través de cambios biológicos polimórficos.⁴³

- **Aborto**

Es la pérdida natural o inducida del embrión o feto con un peso menor a 500gr.⁴⁴

- **Preeclampsia**

La preeclampsia se define como el incremento de la presión arterial y la aparición incrementada de albumina en orina (proteinuria).⁴⁵

- **Restricción del crecimiento intrauterino**

Se hace referencia al crecimiento menor de un feto de acuerdo a su edad gestacional.⁴⁶

- **Parto de pretérmino**

Parto que se lleva a cabo antes de que el feto llegue a pesar más de 2500gramos o antes que cumpla 37semanas de gestación.⁴⁷

2.4. HIPÓTESIS

No presenta, debido a la naturaleza del estudio ya que es un trabajo de investigación de tipo descriptivo.

2.5. VARIABLES

2.5.1 VARIABLE

- **Complicaciones del embarazo en pacientes con LES**

Tipo : Cualitativo

Escala : Nominal

Valoración: Según historia clínica

2.5.2 INDICADORES

- **Abortos**

Tipo : Cualitativo

Escala : Nominal

Valoración: Historia Clínica

- **Pre-eclampsia**

Tipo : Cualitativo

Escala : Nominal

Valoración: Historia Clínica

- **Restricción del crecimiento intrauterino**

Tipo : Cualitativo

Escala : Nominal

Valoración: Historia Clínica

- **Parto prematuro**

Tipo : Cualitativo

Escala : Nominal

Valoración: Historia Clínica

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

➤ **Aborto**

Interrupción de la gestación espontánea o inducida por alguna complicación en la paciente diagnosticada con lupus eritematoso sistémico en la historia clínica.

➤ **Preeclampsia**

Diagnóstico del incremento de la presión arterial y proteinuria en la historia clínica de la paciente con lupus eritematoso sistémico.

➤ **Restricción del crecimiento intrauterino**

Hallazgo ecográfico y/o diagnóstico de un feto pequeño para la edad gestacional en la historia clínica como restricción del crecimiento intrauterino en una paciente diagnosticada con lupus eritematoso sistémico.

➤ **Parto de pretérmino**

Paciente diagnosticada con lupus eritematoso sistémico según historia clínica que tuvo un parto antes de las 37 semanas de gestación o antes que el feto llegara a pesar más de 2500 gramos.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo no experimental, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde al nivel descriptivo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACION

La población la componen 36 gestantes ingresadas al departamento de Gineco-obstetricia con diagnosticadas con Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.

3.2.2. MUESTRA

Debido a que la frecuencia de la enfermedad es baja, la muestra es no probabilística por conveniencia y se llevó a cabo el análisis del 100% de la población de 36 gestantes.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica en este estudio de investigación fue de análisis documental ya que la recolección de información se obtendrá de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos la cual se elaboró con ayuda de una asesora y una estadística.

Para ello se solicitó la autorización del jefe del departamento de ginecología y del hospital para la recolección de datos en sus instalaciones; después de la aprobación se solicitó la revisión de historias clínicas para la recolección de datos en una ficha, por ello este proyecto es ético por que cuenta con la autorizaciones respectivas y no existe interacción directa con las pacientes Además el proyecto está aprobado por el comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El diseño es descriptivo de las variables según su tipo, que en este estudio son cualitativas. La ficha de recolección de datos fue diseñada de acuerdo a las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico, siendo las más frecuentes el aborto, la preeclampsia, la restricción de crecimiento intrauterino y el parto prematuro. De esta manera se cumplió con los objetivos necesarios para este estudio.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se usaron el programa Microsoft Excel y el programa IBM SPSS versión 25 el cual ayudó con el análisis de datos donde se halló la frecuencia de las complicaciones representándolo en tablas y gráficos.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto cuenta con la autorización del comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista y a su vez del Hospital Nacional Hipólito Unanue para la recolección de datos en sus instalaciones. No existe interacción directa con las pacientes, solo de la historia clínica.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1: FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017

VARIABLES	N	%
PARTO PREMATURO	13	36%
PREECLAMPSIA	12	33%
RCIU	7	20%
ABORTO	4	11%
TOTAL	36	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

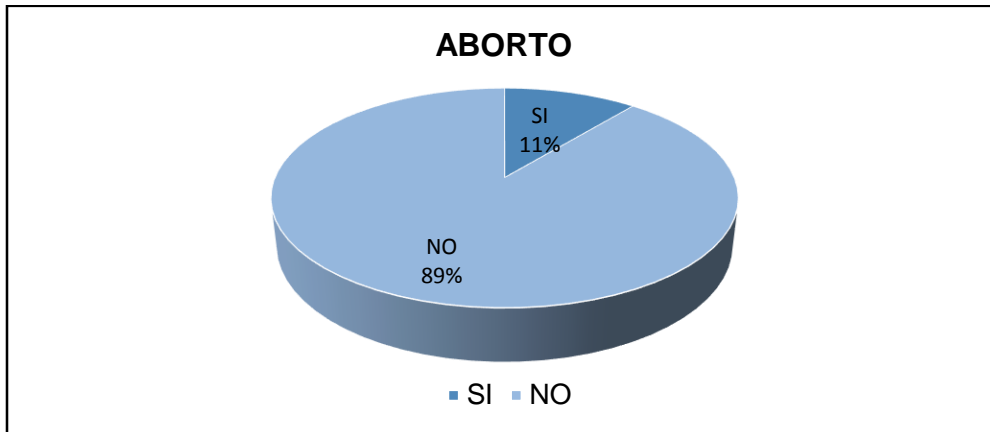
INTERPRETACIÓN: Según la tabla N° 1, las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico fueron el parto prematuro con 13 pacientes representando el 36%, la preeclampsia con 12 pacientes representando el 33%, la restricción de crecimiento intrauterino con 7 pacientes representando el 20% y el aborto con 4 pacientes representando el 11%.

TABLA Nº 2: FRECUENCIA DEL ABORTO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017

ABORTO	FRECUENCIA	
	N	%
SI	4	11%
NO	32	89%
TOTAL	36	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO Nº 1: FRECUENCIA DEL ABORTO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017



Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

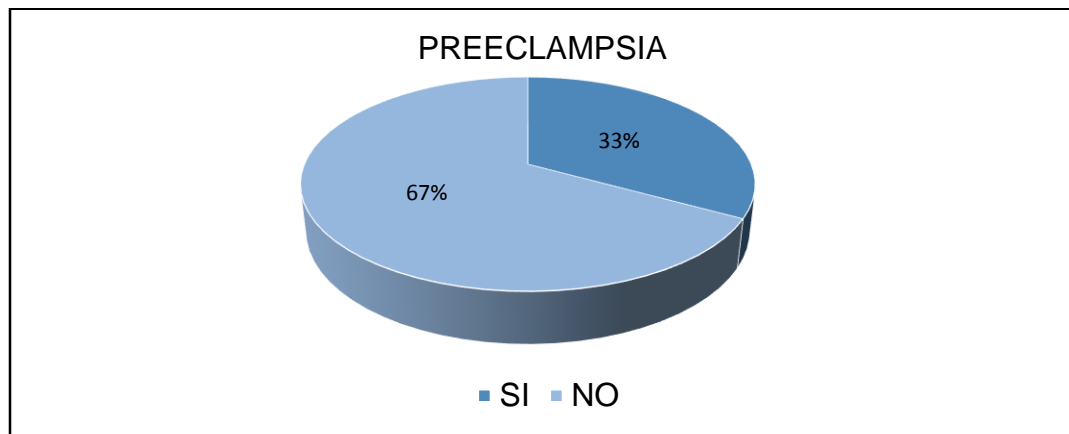
INTERPRETACIÓN: Según la tabla Nº 2 y gráfico Nº 1, el aborto que presentaron las gestantes con lupus eritematoso sistémico fueron 4, representando el 11% de la muestra.

TABLA N° 3: FRECUENCIA DE LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017

PREECLAMPSIA	FRECUENCIA	
	N	%
SI	12	33%
NO	24	67%
TOTAL	36	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO N° 2: FRECUENCIA DE LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017



Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

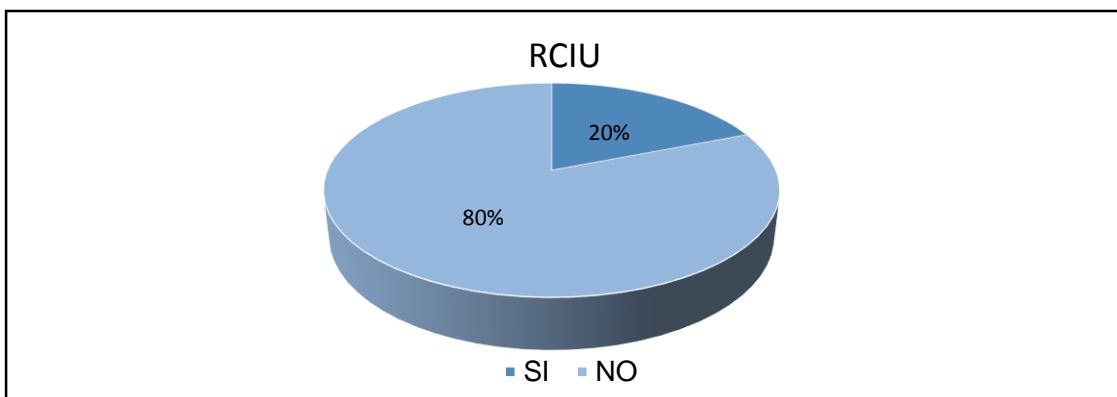
INTERPRETACIÓN: Según la tabla N° 3 y gráfico N° 2, las gestantes con lupus eritematoso sistémico fueron 12 pacientes, representando el 33% de la muestra.

TABLA N° 4: FRECUENCIA DEL RCIU EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017

RCIU	FRECUENCIA	
	N	%
SI	7	20%
NO	29	80%
TOTAL	36	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO N° 3: FRECUENCIA DEL RCIU EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017



Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

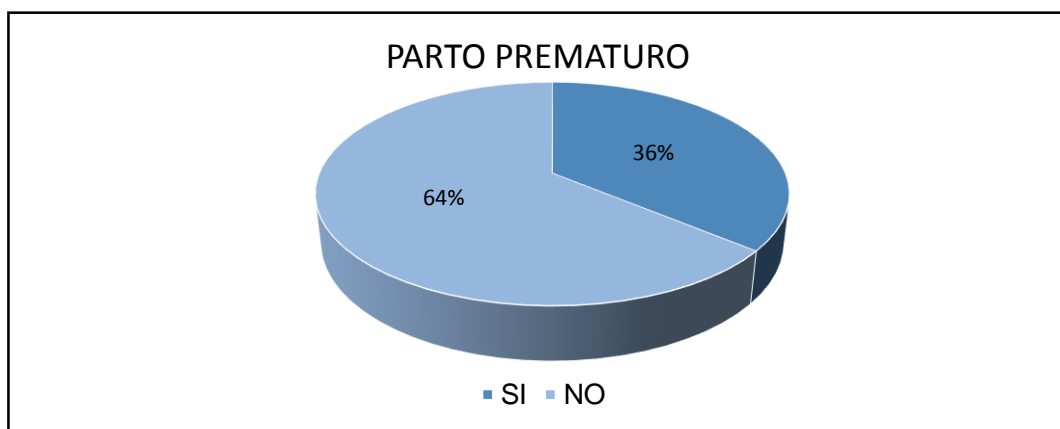
INTERPRETACIÓN: Según la tabla N° 4 y el gráfico N° 3, las gestantes que tuvieron RCIU con lupus eritematoso sistémico fueron 7 pacientes, representando el 20% de la muestra.

TABLA N° 5: FRECUENCIA DEL PARTO PREMATURO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017

PARTO PREMATURO	FRECUENCIA	
	N	%
SI	13	36%
NO	23	64%
TOTAL	36	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO N° 4: FRECUENCIA DEL PARTO PREMATURO EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017



Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

INTERPRETACIÓN: Según la tabla N° 5 y gráfico N° 4, las gestantes con parto prematuro con lupus eritematoso sistémico fueron 13 pacientes, representando el 36% de la muestra.

4.2 DISCUSIÓN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad poco frecuente por la cual la muestra es baja, pero a pesar de ellos se pudieron obtener datos muy significativos que podemos contrastar con otros estudios al respecto.

En este estudio tenemos un 11% de casos con abortos de los cuales el 75% de estas gestantes estaba con la enfermedad activa, como podemos coincidir con algunos estudios de investigación se debe a la actividad del el LES o se puede atribuir a la cantidad de esteroides tomados antes de la gestación.⁷ Por otro lado los estudios de investigación nacionales similares tiene tasas más altas de aborto, 30% en Arequipa y 45% en Trujillo, esto se puede atribuir al mal manejo de la enfermedad en provincia o a la falta de tratamiento para controlar el LES.^{10,13} Cabe resaltar que en una investigación en el Instituto Nacional Materno Perinatal para determinar las causas de aborto terapéutico de halló que el LES es el más frecuente con un 25% de los casos.¹¹

La preclamsia en este estudio de investigación la tenemos con un 33%, estos resultados están en relación con reportes de 11.5% y 25%, siendo también asociada a la actividad del el LES en la gestación.^{4,5,9} En muchos de estos casos se detecta después de las 20 semanas ya que se puede confundir con una nefritis propia de la enfermedad antes de este tiempo.

La complicación de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) dio un resultado del 19% por debajo del estudio realizado por Cutipa con un 25%¹⁰. La cual al igual que los demás la atribuye a la actividad del lupus en especial la nefritis lupicia que se puede dar hasta en los casos más leves.³⁶

Por ultimo tenemos el parto prematuro con un 36% siendo este el más alto que va de la mano con otros estudios como el de Arana con un 62%, sadoval 25% y Borella con un 22% siendo en cada estudio la complicación más frecuente en este último asociándolo a la coexistencia del síndrome del anticuerpo anti-fosfolípido y los niveles de anticuerpos anti-ADN de doble cadena antes de la concepción, las cuales indican un estado de la enfermedad activa.^{9,13,7} Debido a esto y a las demás asociaciones que tiene el LES con la gestación se consideran embarazos de alto riesgo.⁶

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se determinó que las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017 fueron el aborto, la preeclampsia, el RCIU y el parto prematuro.
- El aborto es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.
- La preeclampsia es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.
- El RCIU es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.
- El parto prematuro es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda concientizar a las mujeres con LES en edad fértil que deben tener un adecuado control de su enfermedad y si quieren llevar a cabo una gestación, acudir a los centros de planificación con tiempo, mínimo seis meses de la enfermedad inactiva, pero lo más adecuado es un año, así evitar en gran parte las complicaciones.
- Incrementar el número de controles para gestante con LES ya que estos son embarazos de alto riesgo, informar a la madre sobre los cuidados que debe tener y los signos ante una amenaza de aborto como los signos clínicos de la activación del el LES.
- Realizar un control más exhaustivo de la presión arterial y de la proteinuria desde el inicio del embarazo, de esta manera tener un basal y evidenciar un incremento de forma rápida; diferenciar correctamente una nefritis lupica de una preeclamsia. Implementar un sistema de visita domiciliar después de las 20 semanas para medir la presión arterial al menos una vez por semana.
- Se recomienda realizar pruebas de marcadores específicos y serológico de forma más continua la para pacientes gestantes con LES para poder determinar si hay actividad de la enfermedad anticipadamente, del mismo modo se recomienda un control ecográfico para evaluar el desarrollo fetal, de forma más continua a diferencia de una gestación normal.
- Desarrollar un manejo personalizado y multidisciplinario entre las especialidades correspondientes, ya que todas las pacientes con LES no

responden de igual manera al mismo tratamiento. De esta manera poder mantener la enfermedad inactiva y si existe activación poder actuar de manera rápida para que esta no llegue a causar un parto prematuro o alguna otra complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valverde Pareja M, López Criado M, Santalla Hernández A. Lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolipídico: fertilidad y complicaciones obstétricas y fetales de la gestación. *Clín Invest Ginecol Obste.* 2009;36(5):173-180.
2. Guibert Toledano Z, Llerena G, Ramírez L, García Y, Lopera D, Salgado Galloso S. Embarazo y puerperio en el lupus eritematoso sistémico. Actualización. *Rev Cuba Reumatol.* 2013; 15(2): 71-75.
3. Liu J, Zhao Y, Song Y, Zhang W, Bian X, Yang J et al. Pregnancy in women with systemic lupus erythematosus: a retrospective study of 111 pregnancies in Chinese women. *J. Matern.-Fetal Neonatal Med.* 2011;25(3):261-266.
4. Takahashi K, Mimura K, Kanagawa T, Kinugasa-Taniguchi Y, Endo M, Matsuzaki S et al. Disease flare-ups and obstetric outcomes in pregnant women with systemic lupus erythematosus. *Hypertens Res Pregnancy.* 2013;1(2):103-107.
5. Yang H, Liu H, Xu D, Zhao L, Wang Q, Leng X et al. Pregnancy-Related Systemic Lupus Erythematosus: Clinical Features, Outcome and Risk Factors of Disease Flares — A Case Control Study. *PLOS One.* 2014;9(8):e104375.

6. Chen S, Sun X, Wu B, Lian X. Pregnancy in Women with Systemic Lupus Erythematosus: A Retrospective Study of 83 Pregnancies at a Single Centre. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9876-9888.
7. Borella E, Lojaco A, Gatto M, Andreoli L, Taglietti M, Iaccarino L et al. Predictors of maternal and fetal complications in SLE patients: a prospective study. *Immunol Res*. 2014;60(2-3):170-176.
8. Khan A, Thomas M, P. K. S. Pregnancy complicated by systemic lupus erythematosus and its outcome over 10 years. *J. Obstet. Gynaecol*. 2018;38(4):476-481.
9. Arana-Retamozo RF, Hurtado-Arístegui A. Función renal al final del embarazo y complicaciones materno-fetales en pacientes gestantes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2012; 25(1):19-23.
10. Cutipa Puma J. Gestación y lupus eritematoso sistémico: Características clínicas, laboratoriales, complicaciones y resultados perinatales durante los años 2011 – 2016 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa [Tesis]. Arequipa 2017. [citado 23 Julio 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5498>.
11. Guevara Ríos E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2016; 62(1):19-30.
12. Gutiérrez C, Caro M, Pérez L, Ramírez J. Lupus eritematoso sistémico y embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2012; 67(2):121-4.

13. Sandoval Salazar CA, Sánchez Calderón FJ, Gonzales Obando CM. Comportamiento del Lupus Eritematoso Sistémico en las Pacientes Embarazadas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante los años 2011 al 2015 [Tesis]. Trujillo 2016. [citado 23 July 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.id/eprint/3287>
14. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1997; 40(9):1725-34.
15. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982; 25(4):1271–77.
16. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, et al, editores. *Rheumatology*. 4th ed. Philadelphia. Mosby Elsevier. 2008. p: 1211–1216.
17. Kasitanon N, Magder LS, Petri M. Predictors of survival in systemic lupus erythematosus. *Medicine.* 2006; 85(3):147–56.
18. Clark CA, Spitzer KA, Laskin CA. Decrease in pregnancy loss rates in patients with systemic lupus erythematosus over a 40-year period. *J Rheumatol.* 2005; 32 (9):1709–12.
19. Clowse ME, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(2):127e1-6.

20. Chakravarty EF, Nelson L, Krishnan E. Obstetric hospitalizations in the United States for women with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2006; 54(3):899-907.
21. Molad Y, Borkowski T, Monselise A, Ben-Haroush A, Sulkes J, Hod M et al. Maternal and fetal outcome of lupus pregnancy: a prospective study of 29 pregnancies. *Lupus.* 2005; 14(2):145-51.
22. Doria A, Tincani A, Lockshin M. Challenges of lupus pregnancies. *Rheumatology.* 2008; 47(3):9-12.
23. Lockshin MD, Reinitz E, Druzin ML, Murrman M, Estes D. Lupus pregnancy: case-control prospective study demonstrating absence of lupus exacerbation during or after pregnancy. *Am J Med.* 1984; 77(5):893-8.
24. Mintz G, Niz J, Gutierrez G, Garcia-Alonso A, Karchmer S. Prospective study of pregnancy in systemic lupus erythematosus. Results of a multidisciplinary approach. *J Rheumatol.* 1986; 13(4):732-9.
25. Petri M, Howard D, Repke J. Frequency of lupus flare in pregnancy: the Hopkins Lupus Pregnancy Center experience. *Arthritis Rheum.* 1991; 34(12):1538-45.
26. Urowitz MB, Gladman DD, Farewell VT, Stewart J, McDonald J. Lupus and pregnancy studies. *Arthritis Rheum.* 1993; 36(10):1392-7.
27. Tandon A, Ibanez D, Gladman DD, Urowitz MB. The effect of pregnancy on lupus nephritis. *Arthritis Rheum.* 2004; 50(12):3941-6.

28. Wong CH, Chen TL, Lee CS, Lin CJ, Chen CP. Outcome of pregnancy in patients with systemic lupus erythematosus. *Thai J Obstet Gynaecol.* 2006; 45(2):120-3.
29. Ruiz-Irastorza G, Lima F, Alves J, Khamashta MA, Simpson J, Hughes GR, Buchanan NM. Increased rate of lupus flare during pregnancy and the puerperium: a prospective study of 78 pregnancies. *Rheumatology.* 1996 ; 35(2):133-8.
30. Lima F, Buchanan NM, Khamashta MA. Obstetric outcome in systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum.* 1995; 25(3):184–92.
31. Chakravarty EF, Colon I, Langen. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192(6):1897–1904.
32. Clowse ME, Magder LS, Witter F. The impact of increased lupus activity on obstetric outcomes. *Arthritis Rheum.* 2005; 52(2):514–21.
33. Moroni G, Ponticelli C. The risk of pregnancy in patients with lupus nephritis. *J Nephrol.* 2003; 16(2):161–7.
34. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA. Lupus and pregnancy: ten questions and some answers. *Lupus.* 2008; 17(5):416–20.
35. Clowse ME, Magder LS, Witter F. Early risk factors for pregnancy loss in lupus. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(2): 293–299.

36. Germain S, Nelson-Piercy C. Lupus nephritis and renal disease in pregnancy. *Lupus*. 2006; 15(3):148–55.
37. Izmirly PM, Kim MY, Llanos C. Evaluation of the risk of anti-SSA/Ro-SSB/La antibody-associated cardiac manifestations of neonatal lupus in fetuses of mothers with systemic lupus erythematosus exposed to hydroxychloroquine. *Ann Rheum Dis*. 2010; 69(10):1827–30.
38. Clowse ME, Wallace DJ, Weisman M, James A. Predictors of preterm birth in patients with mild systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2013; 1;72(9):1536-9.
39. Lynch AM, Murphy JR, Byers T. Alternative complement pathway activation fragment Bb in early pregnancy as a predictor of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198(4) :385.1–9.
40. Mersereau J, Dooley M. Gonadal failure with cyclophosphamide therapy for lupus nephritis: advances in fertility preservation. *Rheum Dis Clin North Am*. 2010; 36(1):99–108.
41. Witter FR. Management of the high-risk lupus pregnant patient. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007;33(2):253–65.
42. Pradat P, Robert-Gnansia E, Di Tanna GL, et al. First trimester exposure to corticosteroids and oral clefts. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2003(12);67:968–70.

43. Pérez Gómez A, Ruiz Gutiérrez L, Moruno Cruz H, Sánchez Atrio A, Cuende Quintana E. Lupus eritematoso sistémico. *Medicine*.2013; 11(32):1955-1965.
44. Martín Lupión E. El aborto: perspectivas y realidades. aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. Argentina.2010 [Citado 23 julio 2018]. Disponible en: <https://w3.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIONYSALUD/Ab.pdf>
45. Toirac Lamarque A, Pascual López V, Deulofeu Betancourt I, Mastrapa Cantillo K, Torres González Y. Hipertensión arterial durante el embarazo, el parto y el puerperio. *Medisan*.2010; 14(5):685.
46. Sanín-Blair J, Gómez-Díaz J, Ramírez J, Mejía C, Medina Ó, Vélez J. Diagnóstico y seguimiento del feto con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y del feto pequeño para la edad gestacional (PEG). *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009;60(3):247-261.
47. Mansilla Rosas S, Acosta Velásquez K, Villazón Criollo Á. Prematurez: nociones relevantes y riesgo neurológico del prematuro. *Rev Desafíos*. 2014; 1(8):387-397.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE: COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Aborto	Si / No	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Pre-eclampsia	Si / No	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
RCIU	Si / No	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Parto Prematuro	Si / No	Nominal	Ficha de Recolección de Datos

ANEXOS N°2: INSTRUMENTO



COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017

Ficha de Recolección de Datos

N° de HC:

Fecha:

Edad:

Procedencia:

Edad gestacional:

Fecha de diagnóstico de LES:

1) Abortos:

SI o NO

N°:

Semana:

2) Preeclampsia

SI o NO

PA:

Diagnosticada en semana:

3) RCIU

SI o NO

Diagnosticada en semana:

4) Parto Prematuro

Antecedentes: SI o NO

N° semana de parto:

Peso:

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Zavaleta Oliver Jenny.*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Universidad Privada San Juan Bautista.*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de Recolección de Datos.*
 1.5 Autor (a) del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 – 60%	Muy Buena 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				75%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				75%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <i>Complicaciones</i> (variables). <i>Gestiones</i>				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <i>relaciones con</i> (relación a las variables). <i>de gestiones</i>					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento puede ser aplicado para el presente proyecto de investigación.

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

83%.

Lugar y Fecha: Lima, 25 OCTUBRE de 2018



[Handwritten signature]

Firma del Experto

D.N.I N° 18050153.

Teléfono 998420450 ;

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Dr. Romulo Panque Fernandez*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Jefe del Depto. Gineco-Obstetricia*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo | Especialista | Estadístico | |
- 1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de Recolección de Datos*
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					83%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					83%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre complicaciones en <i>gestantes con LES.</i> (variables).					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					83%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer complicaciones en gestantes relación a las variables). <i>con LES.</i>					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo tipo de investigación)					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable. (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

86%

Lugar y Fecha: Lima, 26 OCTUBRE de 2018

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL

M.C. ROMULO GEROMMO
C.M.P. N° 14877 R.N.
JEFE DEL DPTO. DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Firma del Experto
D.N.I. N° 07735163
Teléfono

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **BAZÁN RODRÍGUEZ FISI**
 1.2 Cargo e institución donde labora: **DOCENTE UDSJB**
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <i>Complicaciones en (variables), gestantes en LESS</i>					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <i>Complicaciones en gestantes</i> (relación a las variables). <i>en LESS</i>					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación <i>Docente</i> (tipo de investigación)					81%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Mica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

81%

Lugar y Fecha: Lima, 25 OCTUBRE de 2018



Firma del Experto

D.N.I. N° 19209583

Teléfono 977414879.

COESPE: 444.

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Describir las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.</p>	<p>No presenta, debido a la naturaleza del estudio ya que es un trabajo de investigación de tipo descriptivo.</p>	<p>Variable :</p> <p>Complicaciones en gestantes en pacientes con LES</p>

<p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Es el aborto una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?</p> <p>PE 2: ¿Presentan preeclampsia como una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?</p> <p>PE:3 ¿Tienen como complicación restricción del crecimiento intrauterino las gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE1: Identificar si el aborto es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.</p> <p>OE 2: Establecer si la preclamsia es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017</p> <p>OE 3: Determinar si la restricción del crecimiento intrauterino es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017</p>		<p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos. • Pre-eclampsia • Restricción del crecimiento intrauterino • Parto prematuro
---	--	--	--

<p>PE4: ¿Es una complicación en gestantes con lupus eritematoso sistémico el parto prematuro en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017?</p>	<p>OE4: Conocer si el parto prematuro es una de las complicaciones en gestantes con lupus eritematoso sistémico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017</p>		
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel :</p> <p>2° nivel descriptivo.</p> <p>- Tipo de Investigación:</p> <p>Observacional, transversal y retrospectivo.</p>	<p>Población:</p> <p>La población la componen 36 gestantes ingresadas al departamento de Gineco-obstetricia con diagnostico Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente gestante que cumpla con los criterios para la clasificación de LES según el Colegio Americano de Reumatología. 	<p>Técnica:</p> <p>Análisis documental</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de Recolección de Datos</p>	

	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Paciente con antecedente de embarazo molar.○ Paciente con antecedente personal y materno de preeclampsia.○ Pacientes con enfermedad crónica (diabetes, hipertensión arterial) <p>Tamaño de muestra: 36 gestantes ingresadas al departamento de Gineco-obstetricia con diagnóstico Lupus Eritematoso Sistémico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2015-2017.</p> <p>Muestreo: No probabilístico, por conveniencia</p>	
--	--	--

ANEXO N°5: ACREDITACIÓN DE POBLACIÓN Y MUESTRA



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

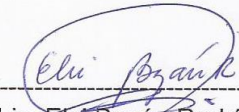
Conste por el presente documento a favor del estudiante de Medicina Humana, VICTOR ANGELO GRANDEZ TRIGOSO, identificado con DNI N° 74476444, siendo necesario para el trámite de su Proyecto de Investigación titulado: **COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017**, acreditar el tamaño de la población y la muestra para la citada investigación. Debo responder lo siguiente:

- De acuerdo a la evolución histórica de la enfermedad de Lupus eritematoso sistémico en gestantes, las tasas de incidencia a nivel mundial se sitúan en el rango de 1 a 10 casos por 100,000 habitantes /año haciendo que sea una enfermedad de baja prevalencia, por lo cual para realizar investigaciones las poblaciones son muy pequeñas.
- En el país se han realizado pocos estudios, y los que se realizaron tienen una muestra de 13 o menos pacientes (por citar la investigación realizada en la Universidad Nacional de Arequipa, del 2011-2016).
- Aún así con tan baja prevalencia e incidencia se hace necesario realizar estudios al respecto. Además el tamaño de la muestra va depender directamente del tamaño de la población que se estudia, en el caso expuesto la población es pequeña.

Por las razones expuestas, es posible realizar la investigación con la muestra de 36 pacientes.

Sin otro particular, me despido de Usted.

Lima, 14 de Noviembre del 2018


Lic. Elsi Bazán Rodríguez
19209983
COESPE: 444

**ANEXO N°6: AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
OTORGADO DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

EL DR. RÓMULO PANAQUE FERNÁNDEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, accede a la solicitud y
otorga:

La autorización al **Sr. VICTOR ANGELO GRANDEZ TRIGOSO** Identificado con **DNI: 74476444** de la universidad privada San Juan Bautista, para realizar la recolección de datos de las historias clínicas de pacientes atendidas durante los años 2015 - 2017, en el Departamento de Gineco-Obstetrica para el desarrollo de su proyecto de investigación **“COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017”** para sustentar y optar por el grado de Médico Cirujano.

La información que se recoja será confidencial y no se hará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sin otro particular, me despido de usted.

Lima, 19 de octubre de 2018.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

M.C. RÓMULO PANAQUE FERNÁNDEZ
JEFE DEL DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA

DR. RÓMULO PANAQUE FERNÁNDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

**ANEXO N°7: CARTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS
OTORGADA POR EL COMITÉ DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN
BAUTISTA.**



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 165-2018

Vista la Solicitud N°01-00263080 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

COMPLICACIONES EN GESTANTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN
EL DEPARTAMENTP DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE DURANTE LOS AÑOS 2015-2017

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS165**

Investigador(a) Principal: GRANDEZ TRIGOSO VICTOR ANGELO

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, ciniéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 15 de noviembre de 2018

Dra. Gloria Antonieta Manrique Borjas
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402