

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO PROMOCIÓN ABRIL –
SEPTIEMBRE 2014

“NEFRITIS LÚPICA Y EMBARAZO”

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autora: Freire Ortiz, Guadalupe Elizabeth

Tutora: Dra. Soriano Duharte, Elianis

Ambato – Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: “**NEFRITIS LÚPICA Y EMBARAZO**” de Guadalupe Elizabeth Freire Ortiz, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015

LA TUTORA

.....

Dra. Soriano Duharte, Elianis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de análisis de caso clínico “**NEFRITIS LÚPICA Y EMBARAZO**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015

LA AUTORA

.....
Guadalupe Elizabeth, Freire Ortiz

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realicen respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo 2015

LA AUTORA

.....
Guadalupe Elizabeth, Freire Ortiz

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema: “**NEFRITIS LÚPICA Y EMBARAZO**”, de Guadalupe Elizabeth Freire Ortíz, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo del 2015

Para constancia firman.

.....

PRESIDENTE/A

.....

1ER VOCAL

.....

2DO VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo producto de mi esfuerzo y dedicación se lo dedico primero a Dios que es aquel que me da la fuerza sabiduría paciencia y la vida necesaria para poder desarrollar y así concluir un ciclo más de mi vida.

A mis padres por haber creído siempre en mí, además de inculcarme los valores de esfuerzo y perseverancia los cuales me han ayudado concluir mis metas. Mi triunfo también es el de ustedes.

Guadalupe Elizabeth, Freire Ortiz

AGRADECIMIENTO

Agradezco:

A la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ciencias de la Salud, a los docentes de la Carrera de Medicina y al Hospital Provincial Docente Ambato, por el apoyo recibido; de una manera especial y grata a mi tutora la Doctora Elianis Soriano, por mostrar calidez humana en la orientación de este Trabajo.

A mis calificadores el Dr. Josué Acosta y a la Dra. Daimi Río por su grata paciencia profesionalismo y comprensión.

Además a las personas que colaboraron de una u otra forma para culminar con éxito mis estudios.

Guadalupe Elizabeth, Freire Ortiz

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	x
SUMMARY	xii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
PRESENTACIÓN DEL CASO	3
ANAMNESIS	3
DATOS DE FILIACIÓN	3
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	3
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES.....	3
HÁBITOS	4
ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICOS:	4
ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS:	4
MOTIVO DE CONSULTA	5
ENFERMEDAD ACTUAL	5
EXAMEN FÍSICO:.....	5
EVOLUCIÓN	6
TRATAMIENTO QUE RECIBIÓ LA PACIENTE:.....	9
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	11
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	12
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	20
OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	23

CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	27
ANEXOS	32

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“NEFRITIS LÚPICA Y EMBARAZO”

Autora: Guadalupe Elizabeth, Freire Ortiz

Tutora: Dra. Soriano Duharte, Elianis

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

El presente caso corresponde a una mujer de 25 años de edad, que cursando un embarazo de 22.5 semanas, inicia con proteinuria (+++), sin presentar sintomatología, siendo referida a Hospital de segundo nivel, con sospecha de preeclampsia; ingresa al servicio de Ginecología, quienes solicitan interconsulta a Nefrología con diagnóstico presuntivo de Síndrome Nefrítico.

Nefrología por la presencia de una marcada hematuria, proteinuria y cilindros granulosos en una mujer en edad fértil, sospechan de Nefropatía Lúpica. Se solicita exámenes de inmunología reportando disminución del complemento y aumento de títulos de anti-DNA; confirmándose el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y Nefropatía Lúpica. Se inicia pulsos con metilprednisolona, se continúa con prednisona, además se añade un

inmunosupresor (Azatioprina) y ácido acetilsalicílico por el riesgo de complicaciones vasculares que produce el Lupus; permanece hospitalizada por ocho días, evolucionando favorablemente el embarazo y disminuyendo la proteinuria.

Se decide realizar referencia a Hospital de tercer nivel, por necesidad de Biopsia y manejo de inmunosupresión post embarazo. En Hospital de tercer nivel se decide continuar el embarazo y se da maduración pulmonar; en agosto de 2014 se realiza cesárea obteniendo recién nacido vivo, sin complicaciones, con una edad gestacional de 34.4 semanas. Un mes después paciente es sometida a Biopsia percutánea de riñón reportando Nefritis Lúpica G V y III. Siete meses después la paciente refiere eritema malar, con un aumento de proteinuria y creatinina sérica, iniciándose pulsos de ciclofosfamida, mejorando la función renal.

PALABRAS CLAVES: NEFRITIS_LÚPICA, LUPUS, INMUNOSUPRESIÓN, PROTEINURIA, HEMATURIA, PREECLAMPSIA.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“LUPUS NEPHRITIS AND PREGNANCY”

Author: Guadalupe Elizabeth, Freire Ortiz

Tutor: Dra. Soriano Duharte, Elianis

Date: March 2015

SUMMARY

This case corresponds to a 25-year-old who enrolled in a pregnancy of 22.5 weeks, begins with proteinuria (+++), without presenting symptoms, being referred to second level Hospital with suspected preeclampsia.; entered the service of Gynecology, applicants interconsultation to nephrology with presumptive diagnosis of Nephritic Syndrome.

Nephrology by the presence of a marked hematuria, proteinuria and granular casts in a woman of childbearing age, suspect Lúpica nephropathy. Immunology tests complement reporting decreased and increased titers of anti-DNA is requested; confirming the diagnosis of Lupus Erythematosus and nephropathy Lúpica. Methylprednisolone pulse starts, continue with prednisone, plus an immunosuppressant (azathioprine) and acetylsalicylic acid by the risk of vascular

complications produced Lupus is added; It remains hospitalized for eight days, evolving favorably pregnancy and decreasing proteinuria.

It was decided to make reference to tertiary hospital, by necessity of biopsy and management of immunosuppression post pregnancy. In tertiary hospital it was decided to continue the pregnancy and give lung maturation; in August 2014 cesarean is performed by obtaining live birth without complications, gestational age of 34.4 weeks. A month later, the patient undergoes kidney biopsy percutaneous Lupus Nephritis reporting GV and III. Seven months later, the patient reported malar erythema with an increase of serum creatinine and proteinuria, starting cyclophosphamide pulses, thereby improving kidney function.

KEYWORDS: LUPUS_NEPHRITIS, LUPUS, IMMUNOSUPPRESSION,
PROTEINURIA, HEMATURIA, PREECLAMPSIA.

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune; el compromiso renal es una de las manifestaciones más graves de esta patología. Su prevalencia varía entre 40 a 200 casos/100.000 habitantes. La Nefritis Lúpica, afecta a más de la mitad de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (MSP, 2013)

La enfermedad activa está presente en 40-50% de los embarazos, siendo las manifestaciones más comunes: afectación cutánea 25-90%, afección renal sin nefritis en un 20-49%, nefritis lúpica >75%, artritis 20% y enfermedad hematológica incluyendo 1,2 trombocitopenia 10-40%. El pico de incidencia del Lupus ocurre principalmente entre los 15 y 40 años de edad, con una relación mujer a hombre de 9:1. (Barba & León , 2013)

Las pacientes con nefropatía y embarazo tienen una alta incidencia de hipertensión gestacional y preeclampsia, con una tasa de mortalidad materna de 1.3%. La nefritis activa se vincula a complicaciones maternas en un 57%, con una tasa de mortalidad fetal de 35%, parto prematuro en un 33%, producto con bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento 3 intrauterino y mortalidad perinatal en un 6%. (Barba & León , 2013)

En la cohorte latinoamericana de lupus de inicio reciente GLADEL (Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus), los factores socioeconómicos fueron marcadores pronósticos importantes; el Lupus fue más grave en negros y

mestizos. Las tasas de supervivencia publicadas en Chile son 92% a cinco años, 77% a 10 años y 66% a 15 años.

La incidencia de Lupus en Ecuador, es alta; esta cifra llegaría a las 7.000 personas, lo que corresponde a un número desde el 0, 1 al 0, 3% de la población. (MSP, 2013)

Consideramos que es importante realizar el presente trabajo, debido a que el diagnóstico de Nefritis Lúpica en el embarazo, puede ser confundido con otras patologías, como enfermedades hipertensivas del embarazo (preeclampsia e hipertensión gestacional). Su diagnóstico oportuno y tratamiento precoz, puede disminuir significativamente su morbi-mortalidad materno -fetal.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la importancia del diagnóstico precoz de Nefritis Lúpica en el Embarazo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar los factores que pudieron influir en el desarrollo de la enfermedad de la paciente.
- Identificar la importancia de derivación a un nivel de salud superior, si amerita el caso.
- Valorar las dificultades que tuvo la paciente para llegar al diagnóstico y tratamiento.
- Conocer como el embarazo contribuye al deterioro de la función renal en la Nefritis Lúpica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Anamnesis

Datos de Filiación

Paciente femenina de 25 años de edad, nacida y residente en Ambato, Parroquia Augusto Martínez, casada, instrucción secundaria completa, ocupación ama de casa, religión católica, grupo sanguíneo O Rh positivo.

Antecedentes patológicos personales: Síndrome de ovario poliquístico, diagnosticado hace 2 años, no recibió tratamiento.

Antecedentes patológicos familiares: Tío paterno con Cáncer no específica.

Hábitos

- Alimentación: 3 veces al día
- Micción: 3 veces al día
- Deposición: 1 vez al día
- Medicamentos: No refiere
- Transfusiones: No refiere.

Antecedentes Gineco- obstétricos:

Menarquía: a los 12 años ciclos menstruales irregulares de 5 días de duración.

Melarquía: a los 12 años. Inicio de la vida sexual activa: a los 16 años .

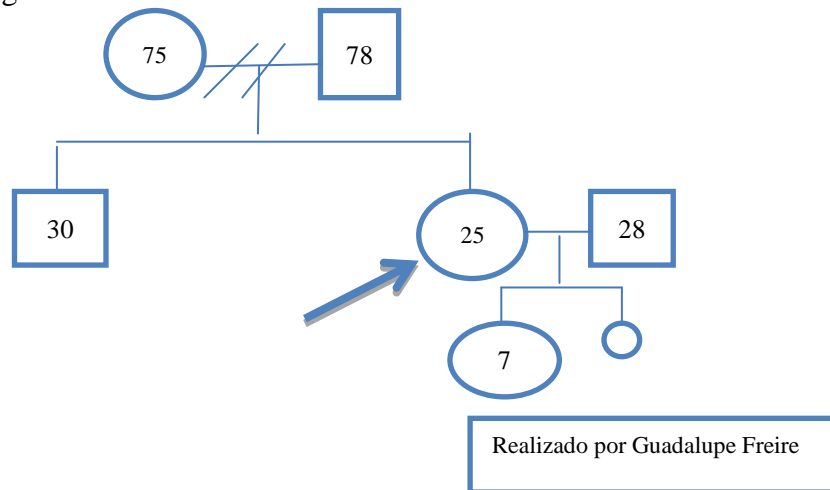
Enfermedades de transmisión sexual: No refiere. Planificación Familiar: T de cobre por 4 años, preservativos, anticonceptivos orales combinados

(Microgynon) por 1 año y 6 meses. Gestas: 2 Partos: 1 Cesáreas: 0 Abortos: 0

Hijos Vivos: 1. Fecha de última menstruación: 14/11/2013. Gesta 1: Parto eutócico sin complicaciones. Gesta 2: Actualmente cursa 22, 5 semanas.

Antecedentes Socioeconómicos: paciente vive en casa arrendada, junto con su madre, esposo e hija , cuenta con todos los servicios básicos, no cuenta con la presencia de animales intradomiciliarios , las relaciones interpersonales, con su familia son buenas.

Familiograma – Figura 1



Motivo de Consulta

Proteinuria

Enfermedad actual

La paciente acude a control prenatal habitual en centro de salud, sin referir ninguna sintomatología, en donde realizan exámenes, evidenciándose en tira reactiva urinaria proteinuria de +++, por lo que es referida a Hospital Provincial Docente Ambato con sospecha de preeclampsia, ingresando al servicio de Ginecología.

Examen Físico:

Tensión arterial de 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto. Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada. Cabeza normocefálica, cabello de implantación normal. Ojos: conjuntivas rosadas. Cardiopulmonar: normal. Abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales: presentes, frecuencia cardíaca fetal: 140

latidos por minuto. Puntos ureterales superiores positivos. Región inguino-genital: no sangrado no salido de líquido. Tacto vaginal: cérvix posterior reblandecido cerrado, leucorrea blanquecina. Extremidades simétricas, no edemas. ROTS 2 /5

Se realiza rastreo ecográfico, en el que se encuentra:

Feto único vivo cefálico, edad gestacional de 22,6 semanas, placenta anterior grado 0, líquido amniótico adecuado, cérvix cerrado.

Impresión diagnóstica: Embarazo de 22,6 semanas por ECO

Los exámenes de laboratorio reportan: elemental y microscópico de orina: piocitos 15-20 por campo, eritrocitos 15-20 por campo, proteínas 500 mg.

Química sanguínea: creatinina 1,1mg/dl. Urea 33,8mg/dl.

Correlacionando la sintomatología con los exámenes de laboratorio se establece las siguientes impresiones diagnosticas:

- Embarazo de 22,5 semanas por fecha de última menstruación.
- A descartar Síndrome Nefrítico
- Pielonefritis
- Preeclampsia leve

Evolución

Primer día de hospitalización

Posteriormente el servicio de Ginecología pide valoración a Nefrología por diagnósticos presuntivos de Síndrome nefrítico y preeclampsia. Nefrología solicita exámenes de laboratorio nuevamente, reportando: Biometría hemática:

leucocitos 10000 mm, segmentados 82%, linfocitos 16%, hemoglobina 10.1 g, hematocrito 31.9%, plaquetas 336.000 mm. Química sanguínea: glucosa: 82.9 mg /dl, urea 33.8mg/dl, ácido úrico 5.16 mg /dl, creatinina 1.10 mg/dl .DHL 295 (Normal). Enzimas hepáticas dentro de parámetros normales. EMO: proteinuria 500mg, hhemoglobina +++, bacterias ++, cilindros granulosos 2 – 3, eritrocitos 15- 20 por campo, piocitos 15- 20 porcampo.

Por lo que se diagnostica:

- Embarazo de 22,6 semanas
- Glomerulonefritis membranoproliferativa a descartar Lupus eritematoso sistémico (Nefritis lúpica)

Nefrología sospecha de una posible Nefropatía Lúpica porque el EMO reporta una hematuria marcada, que se acompaña de proteinuria en una paciente en edad fértil; se solicitan niveles de complemento, Anti-DNA dc, Anti sm, anticoagulante lúpico, por sospecha de Lupus eritematoso sistémico.

Segundo día de hospitalización:

Se solicitan nuevos exámenes, persistiendo la hematuria; en orina de 24 horas se encuentra proteinuria de 3.1 g /24 h con un volumen de 3100 ml.

Tercer día de hospitalización

El valor de creatinina aumenta a 1.18 mg /dl en relación al valor del primer día (1.10mg/dl) y el valor de urea disminuye a 31.8 mg /dl en relación al valor del

primer día de hospitalización (33.8 mg/dl). Glucosa: 77.4 mg/dl. Ácido Úrico: 5.45 mg/dl. Se reciben los resultados de los exámenes solicitados: C3: 29.8 (90- 180 mg / dl), C4: 2.1 (10- 40 mg / %), los cuales se encuentran bajos. ANA: 7.3 (positivo > 1.2). Anticuerpos anti DNA: 56.4 (positivo superior a 68.8).

Cuarto día de hospitalización

Con los resultados de laboratorio obtenidos se decide iniciar con pulsos con metilprednisolona 500 mg por 3 días, posteriormente se decide continuar con prednisona 40 mg vo cada día.

Quinto día de hospitalización

La tensión arterial aumenta a 140 /80 mm Hg, Ginecología añade Nifedipino. La creatinina sérica baja a un valor de 1.01 mg / dl. Creatinina en orina 39.74 mg /dl. Depuración de creatinina en orina de 24 h: 70.6 ml / minuto. Se añade 100 mg de ácido acetil salicílico cada día, por un posible riesgo vascular.

Sexto día de hospitalización

Creatinina: 1.11. Urea: 37.7. En el monitoreo fetal electrónico se evidencia actividad uterina 3/10 / 10 segundos, aceleraciones fetales, con una frecuencia cardíaca fetal basal de 160 latidos por minuto.

Séptimo día de hospitalización

Se recibe un valor de proteinuria de 18 mg en orina de 24 h con un volumen de 3600 ml.

Octavo día de hospitalización

Se realizan nuevos exámenes de laboratorio reportando los siguientes valores:

Creatinina: 0.89 mg /dl. Urea: 37.3 mg/dl. Ácido úrico: 4.85 mg/dl. Glucosa: 81.4 mg/dl. Exámenes inmunológicos: Anti Ro: 200 (Valor de referencia 12,5 UI)

Anti sm: positivo.

Llegando a los siguientes diagnósticos:

- Embarazo 24 semanas
- Lupus eritematoso sistémico
- Nefritis Lúpica Estadio IV (Glomerulonefritis membranoproliferativa)
- Infección de vías urinarias

Tratamiento que recibió la paciente:

- Dieta hiposódica
- Medidas generales
- Antibioticoterapia (cefazolina)
- Prednisona 40mg VO QD
- ASA 100mg VO QD
- Azatioprina 100mg VO QD

Se decide realizar referencia a Hospital Eugenio Espejo (Por necesidad de Biopsia y manejo de inmunosupresión post embarazo, debido a que el hospital no cuenta con ello.)

Paciente acude a Hospital Eugenio Espejo, donde se le indica necesidad de interrupción del embarazo por riesgo de Lupus neonatal, muerte perinatal y riesgo de deterioro brusco de función renal, por lo que refieren a Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

En Hospital Isidro Ayora, deciden continuar con el embarazo, indican suspender Azatioprina, por la toxicidad que este medicamento representa para el feto. Se realiza control en un mes, se valora resultados de exámenes: EMO: leucocitos +++, proteínas +++, hematuria +++, hemoglobina +, piocitos: 68- 70 por campo, hematíes campo lleno. Química sanguínea: urea: 37.8 mg /dl, creatinina: 0.85 mg/dl, glucosa: 65 mg / dl, proteinuria en orina de 24 horas: 384 mg/dl. Depuración de creatinina: 122 ml / minuto. Exámenes inmunológicos:C3: 93.1 (90 - 180). C4: 33.4 (10-40) (los niveles del complemento se elevan). Con estos resultados en Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, ingresan a la paciente, se decide mantener el embarazo y realizan maduración pulmonar. En agosto del 2014 realizan cesárea obteniéndose feto único vivo cefálico, con una edad gestacional de 34 semanas y 4 días, sin complicaciones. El recién nacido no requirió incubadora, no presentó manifestaciones de Lupus neonatal.

Posterior al parto se indica otro tipo de medicación, el mismo que no se indicó durante el embarazo por su potencial tóxico para el feto:

- Micofenolato de mofetilo 1 gr BID
- Prednisona 20 mg VO QD

La paciente manifiesta haber suspendido la medicación por 2 semanas, porque deseaba darle de lactar al recién nacido.

Un mes después del parto se realiza Biopsia percutánea de riñón, reportando:

- Nefritis Lúpica G V y III
- Glomérulo nefritis membranosa (Grado II), con esclerosis focal y segmentaria < 25 % (Tipo Hialina).
- Nefritis túbulo intersticial segmentaria > 25 %.

Actualmente la paciente (7 meses posterior al parto) refiere eritema malar, se le realizan exámenes de laboratorio encontrándose: creatinina: 1.2 gr /dl, aumenta la proteinuria a 4 gramos, por lo que se decide pasar pulsos de ciclofosfamida, observándose que la creatinina se mantiene en un valor de 1.2 gr /dl y la proteinuria disminuye a 200 mg/dl. Se indica continuar con la medicación ya establecida.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se recabó datos de la Historia Clínica, los mismos que fueron corroborados con la información otorgada por la paciente. Los familiares de la paciente se muestran colaboradores responden a las inquietudes planteadas. Médico tratante de

Nefrología del Hospital Docente Ambato y Hospital Eugenio Espejo facilitan información de la evolución de la paciente.

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Se analiza el caso de una paciente femenina de 25 años de edad, que utilizó como método de planificación familiar: anticonceptivos orales combinados (microgynon).

Es bien conocido el efecto del sexo sobre la susceptibilidad para ciertas enfermedades autoinmunes, se ha identificado un claro efecto de las hormonas sexuales femeninas en el desarrollo y evolución del Lupus Eritematoso Sistémico.

Los estudios demuestran que el uso de anticonceptivos orales puede contribuir al desarrollo de la enfermedad u ocasionar exacerbación de la misma en un huésped genéticamente susceptible. (González & Restrepo, 2013).

La paciente acude al centro de salud para un control prenatal, sin presentar ninguna sintomatología, en donde realizan tirilla reactiva en orina obteniendo proteinuria de +++, siendo referida inmediatamente a Hospital de segundo nivel con diagnóstico de preeclampsia. Las Guías Clínicas del MSP del Ecuador 2013, indican que las manifestaciones iniciales del Lupus Eritematoso Sistémico son: compromiso del estado general, caracterizado por fatiga, pérdida de peso, y fiebre que no suele ser mayor a 38C°, en el caso de la paciente no presentaba ninguna

de estas manifestaciones clínicas, por lo que no se pensó en esta patología; la misma que es fácilmente confundible con muchas otras condiciones. Es importante que ante la presencia de proteinuria durante el embarazo se piense en otras causas y no solo en enfermedades hipertensivas del embarazo, porque el reconocimiento oportuno, de esta enfermedad, su diagnóstico y tratamiento precoz, pueden disminuir significativamente la morbi-mortalidad materno-fetal.

Tabla N 1: Criterios de Lupus Eritematoso Sistémico.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	PACIENTE
1. Erupción malar:	-
2. Erupción discoide	-
3. Fotosensibilidad:	-
4. Úlceras bucales	-
5. Alopecia Areata	-
6. Artritis no erosiva	-
7. Serositis: Pleuritis, Pericarditis.	-
8. Trastorno renal:	+
Proteinuria persistente mayor a 0,5g/día o mayor de 3+	+
Cilindros celulares: pueden ser de eritrocitos, hemoglobina, granulares, tubulares o mixtos.	
9. Trastorno neurológico	-
Psicosis	

Convulsiones	
10. Trastorno hematológico:	+
Anemia - A hemolítica	+
Leucopenia: < 4.000/mm ³	
Linfopenia: < 1.500/mm ³	
Trombocitopenia: <100.000/mm ³	
11. Trastorno inmunitario:	+
Preparación de células LE-positivas	+
Anti-DNA: Mono o bicatenario.	
Anti-Sm: Presencia de anticuerpos contra antígeno nuclear Sm.	
Anticuerpos antifosfolipídicos (AFL) basado en:	
12. Anticuerpo antinuclear:	+
Anti Ro	
Anti edta	
13. Anticoagulante lúpico	-
14. Anticardiolipina	-
15. Falso positivo VDRL	-
16. C3 C4 BAJOS	+

Fuente: Enríquez.M. Fisiopatología de Lupus Eritematoso Sistémico.
ELSEVIER.2013
Realizado por: Guadalupe Freire

Para diagnosticar Lupus se necesitan 4 o más criterios, sumado a condición mujer, en edad fértil, confirman el diagnóstico.

En Hospital de segundo nivel valoran, realizan exámenes de laboratorio, en donde llama la atención la proteinuria y hematuria, presenta tensión arterial de 120/70 mmHg, se sospecha de Síndrome nefrítico y preeclampsia leve. Las Guías Clínicas del MPS del Ecuador 2013, recomiendan que para un diagnóstico de preeclampsia se deben tener presente los siguientes criterios: valores de tensión arterial \geq a 140/90 mmHg a partir de la 20 semanas de gestación o bien un incremento de 30 mm Hg de la tensión arterial sistólica y/o 15 mm Hg de la diastólica que se acompañe de proteinuria $>$ a 300mg /L en 24 h o en tira reactiva \geq 2+. La paciente no presentaba aumento de su tensión arterial, pero si presentaba proteinuria mayor a 300mg/L, por lo que no se cumplía los criterios para preeclampsia. También se diagnosticó de Síndrome Nefrítico; los criterios para diagnóstico de Hipertensión, edema, hematuria y proteinuria menor a 3 gramos; la paciente cumplía con un solo criterio que fue la hematuria.

Es valorada por el servicio de Nefrología ,quienes por la presencia de una marcada hematuria, proteinuria y cilindros granulosos en una mujer en edad fértil, sospechan de Nefropatía Lúpica, por lo que solicitan nuevos exámenes de laboratorio, algunos de ellos (exámenes de inmunología se realizaron en un centro particular, porque el Hospital no contaba con los reactivos para realizarlos). Se recomienda que para lograr una detección precoz de Nefritis

Lúpica, se deben hacer análisis de orina, esperando encontrar: proteinuria, hematuria microscópica, cilindruria e hipertensión arterial. (MSP, 2013)

La paciente fue diagnosticada de Lupus eritematoso sistémico, Nefritis Lúpica Estadio IV (Glomerulonefritis membranoproliferativa), por las siguientes características, a pesar de no contar en ese momento con una biopsia por el embarazo de la paciente: hematuria, proteinuria, disminución del complemento y aumento de los títulos de anti-DNA.

A la paciente se le inició pulsos de metilprednisolona y posteriormente se administró prednisona + Ácido acetil salicílico. Las Guías clínicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013 recomiendan el siguiente tratamiento para la Nefritis Lúpica estadio III- IV incluye lo siguiente:

- Prednisona (1mg/kg) máximo 60 mg
- Dosis menores en vía oral acompañados de pulsos de metilprednisolona (250-1.000 mg/día durante 3 días consecutivos)

Es decir que el tratamiento que recibió la paciente fue el adecuado de acuerdo a los protocolos. Además se indicó un inmunosupresor (Azatioprina); la utilización de este medicamento se puede considerar evaluando el riesgo/beneficio de su uso, determinado por la gravedad de la enfermedad y el riesgo de daño al feto; este fármaco no se encontró disponible en Hospital de segundo nivel, a pesar de estar dentro del cuadro básico.

Se decide realizar referencia a Hospital de tercer nivel, por necesidad de Biopsia y manejo de inmunosupresión post embarazo, debido a que el Hospital no cuenta con dichos servicios. Actualmente se recomienda mantener un tratamiento sintromático hasta el final del embarazo y luego efectuar la biopsia. En Hospital de tercer nivel (Eugenio Espejo) se le indica necesidad de interrupción del embarazo por riesgo de Lupus neonatal, muerte perinatal y riesgo de deterioro brusco de función renal, por lo que refieren a Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de forma inmediata.

En un estudio realizado en España en el 2013, mencionan que el Síndrome Lupus eritematoso neonatal, es una enfermedad poco frecuente, que afecta niños cuyas madres tienen una enfermedad del tejido conectivo manifiesta o asintomática, es causado por el pasaje transplacentario de anticuerpos maternos anti SS-A Ro, anti SS-B La, y anti U1RNP. Las manifestaciones clínicas características son cardíacas, dermatológicas, hepáticas y hematológicas, la principal manifestación cardiovascular es el bloqueo cardíaco suele ser completo y detectado al nacimiento intraútero, estas son las consecuencias que se temían que ocurra en la paciente.

En Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora se decide continuar el embarazo y se da maduración pulmonar, en agosto de 2014 se realiza cesárea obteniendo recién nacido vivo, sin complicaciones, con una edad gestacional de 34.4 semanas, no requirió incubadora.

Posterior al parto se inicia medicación inmunosupresora, con la que sí cuenta dicho hospital. La paciente manifiesta haber suspendido la medicación por 2 semanas, por cuenta propia, porque deseaba darle de lactar al recién nacido.

Un mes después paciente es sometida a biopsia percutánea de riñón reportando:

- Nefritis Lúpica G V y III
- Glomérulo nefritis membranosa (Grado II), con esclerosis focal y segmentaria < 25 % (Tipo Hialina).
- Nefritis túbulo intersticial segmentaria > 25 %.

Actualmente la paciente refiere eritema malar; se observa que los valores de creatinina van en aumento y la proteinuria se exagera, posiblemente por el abandono del tratamiento inmunosupresor por 2 semanas, por lo que se decide iniciar pulsos con ciclofosfamida, observándose que la creatinina se mantiene en un valor de 1.2 gr /dl y la proteinuria disminuye a 200 mg/dl.

En un estudio reportado en Cochrane el 2012, se indica que el tratamiento estándar para la nefritis lúpica se ha concentrado en una combinación de ciclofosfamida (un agente alquilante) y corticosteroides. Se halló que el micofenolatomofetilo fue tan efectivo como la ciclofosfamida, en combinación con corticosteroides, en el logro de la remisión en los pacientes con nefritis lúpica.

El micofenolatomofetilo tiene menos efectos perjudiciales, que incluyen la insuficiencia ovárica, la disminución de la capacidad para combatir infecciones (leucopenia) y la alopecia. El micofenolatomofetilo fue superior a la azatioprina (un fármaco inmunosupresor) en combinación con los corticosteroides en la prevención de la recidiva renal cuando se usó como tratamiento de mantenimiento.

La paciente actualmente está recibiendo : Micofenolato de mofetilo 1 gr BID y Prednisona 20 mg VO QD y Enalapril 5mg VO QD , por el efecto secundario causado por el corticosteroide que está recibiendo, que es la Hipertensión arterial, es decir que se están cumpliendo los protocolos establecidos para la Nefritis Lúpica.

Según la Fórmula calculada de Crockcroft y Gault para el aclaramiento de creatinina la paciente actualmente presenta: un filtrado glomerular de 89.72 ml/min, es decir que se encuentra dentro de los parámetros normales.

Perfil Psicológico:

En vista de que la paciente presenta una enfermedad crónica, se le aplicó un test de HAMILTON, para evaluar depresión, en el que se obtuvo una puntuación de 9, con una interpretación de depresión ligera. Sería muy importante que la paciente a más de ser vista por Nefrología, también reciba apoyo por parte de

psicología. Manifiesta sentimientos de culpa por padecer una patología crónica, preocupándole el futuro de sus hijos y el riesgo de entrar a diálisis.

Perfil Social:

Es importante analizar que la paciente tuvo un embarazo precoz (primer embarazo a los 16 años de edad), porque según manifiesta no tuvo una adecuada orientación sobre el tema sexualidad. Su madre mostró mayor preocupación por mantener la economía del hogar debido a que su esposo la abandonó.

La paciente tuvo que asumir sus responsabilidades con su hija, sin permitirle continuar sus estudios universitarios, refiere que su los ingresos económicos están dados por su esposo, que es chofer y su madre que tiene un restaurante.

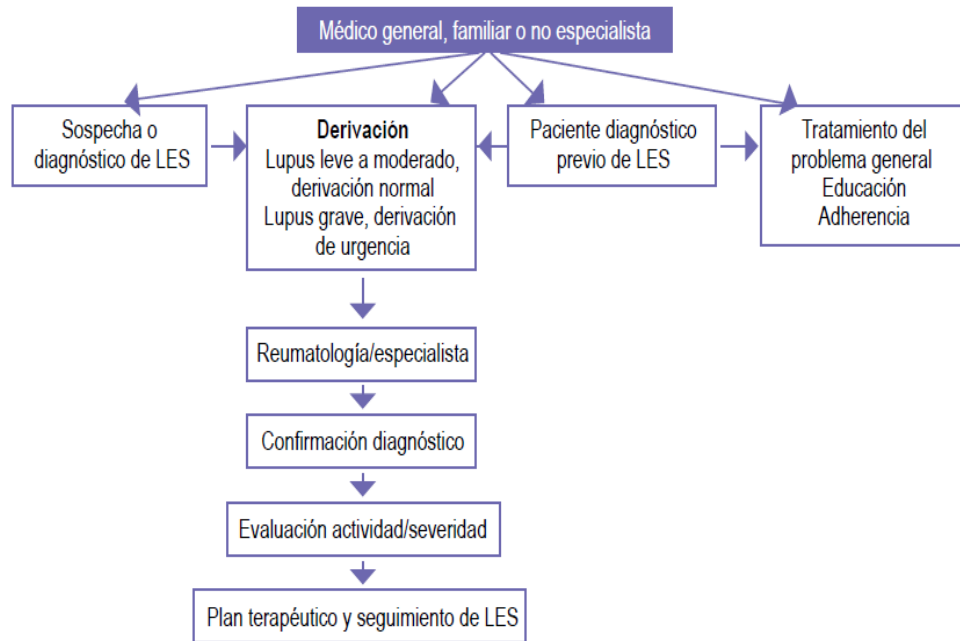
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

- En Hospital de segundo nivel, no se contaba con los reactivos necesarios para la realización de exámenes de inmunología, por lo que se realizaron en un centro particular.
- La medicación inmunosupresora (azatioprina) que necesitaba la paciente no se disponía en Hospital de segundo nivel.
- Hubo necesidad de referencia a Hospital de tercer nivel por requerir biopsia renal post parto y medicación inmunosupresora.
- La paciente abandonó el tratamiento inmunosupresor, con lo que se incrementó la proteinuria.

- Presenta sentimientos de culpa, por padecer una enfermedad crónica.

Figura N 2:

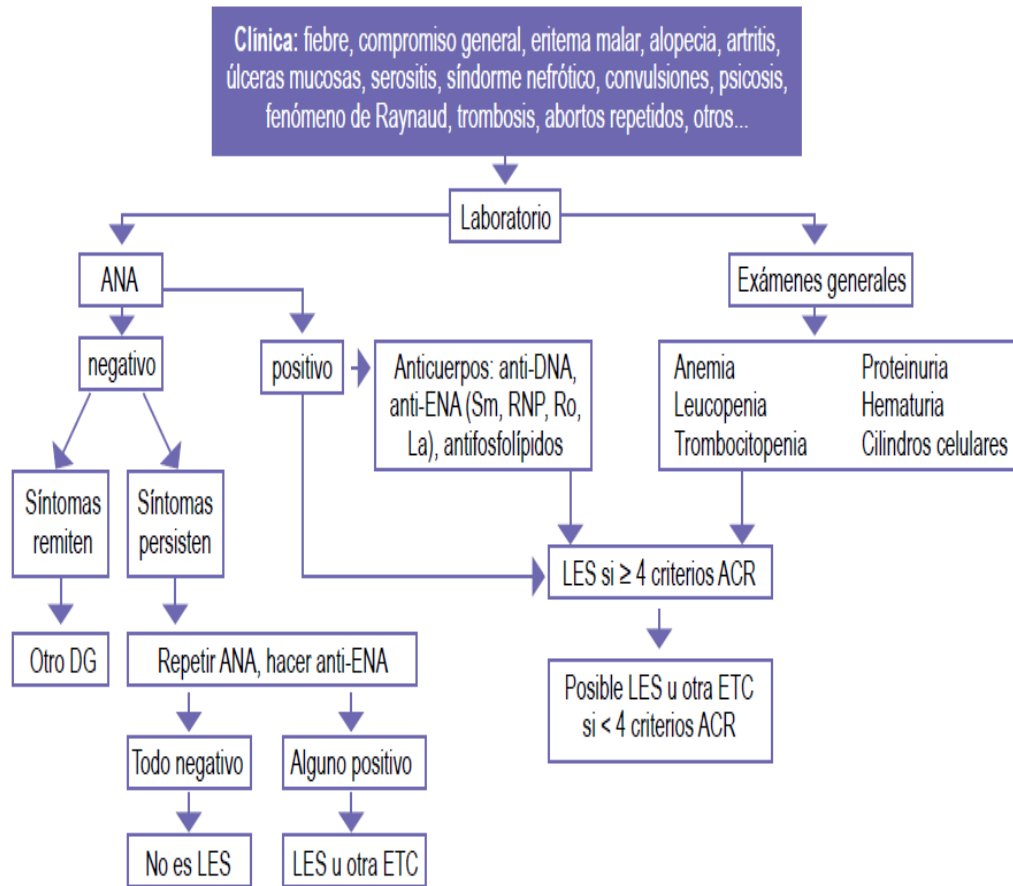
Rol del médico no especialista en el enfrentamiento de un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)



Fuente: Guía práctica clínica. Lupus eritematoso sistémico. MSP del Ecuador 2013.

Figura N 3:

Pasos hacia el diagnóstico del lupus erimatoso sistémico (LES)



Guía práctica clínica. Lupus eritematoso sistémico. MSP del Ecuador 2013

Tabla N 2: OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Realizar exámenes especiales	Contar con reactivos necesarios para exámenes especiales.	A mediano plazo	Personal de Laboratorio Clínico	Hospital Provincial Docente Ambato
Adquirir los fármacos necesarios para dar tratamiento para patologías crónicas	Realizar los trámites necesarios para que el Hospital disponga de la medicación necesaria	A mediano plazo	Personal de Bioquímica y Farmacia	Hospital Provincial Docente Ambato
Correcta administración de la medicación	Educar a la paciente sobre la correcta administración de la medicación, manifestándole las	Inmediata	Nefrólogo	Hospital Provincial Docente Ambato

	consecuencias que puede traer el abandono de la misma.			
Perfil Psicológico	Realizar interconsulta a Psicología	Inmediata	Nefrólogo	Hospital Provincial Docente Ambato

CONCLUSIONES

- Una de las complicaciones más graves del Lupus Eritematoso Sistémico es la enfermedad renal, la presentación varía desde una proteinuria leve asintomática, hasta una glomerulonefritis rápidamente progresiva, que conduce a insuficiencia renal y puede ocurrir durante el embarazo o en el periodo postparto.
- La lesión renal en el Lupus Eritematoso Sistémico, se debe tanto al proceso inflamatorio desencadenado por los mecanismos autoinmunes, como a la respuesta de los diversos componentes del tejido renal a dicha inflamación, esto sumado a los cambios fisiológicos que el embarazo condiciona, propician que el manejo de la Nefritis Lúpica en el embarazo sea un gran reto.
- El lupus neonatal una enfermedad poco frecuente, que se caracteriza por: lesiones dermatológicas, alteraciones hematológicas y la complicación más grave es el bloqueo aurícula-ventricular completo congénito.
- El diagnóstico precoz de Nefritis Lúpica, así como un adecuado tratamiento podrá evitar que la paciente desarrolle Insuficiencia Renal que en ocasiones será terminal.
- Es importante pensar en otras patologías durante el embarazo, cuando se encuentre proteinuria y no solo en enfermedades hipertensivas.
- Es fundamental que los diferentes servicios prestadores de salud, cuenten con la medicación necesaria para brindar un tratamiento adecuado al paciente.
- Para que un tratamiento llegue a ser exitoso, es importante la colaboración y el cumplimiento del paciente, caso contrario no se logrará ninguna mejoría o se empeorará el cuadro.

- El parto pretérmino, la preeclampsia, la restricción del crecimiento intrauterino y la mortalidad materna, fetal y neonatal son incrementadas cuando la paciente sufre deterioro renal severo ocasionado por Nefritis Lúpica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vinueza, G., & Córdova, O. (2011). *Emergia, Cirugía y Trauma*. Ambato: Begu diseño.

LINKOGRAFÍA:

2.Barba , A., & León , N. (2013). Nefritis lúpica y embarazo. Perspectiva obstétrica. *Revista Médica MD* Recuperado el: 05 de Marzo del 2015, disponible en: http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/rep_de_caso_-_nefritis_lupica_perspectiva_obstetrica_rev_med_md_2013_44.pdf.

3.Cochrane Database of Systematic Reviews. (2012). Tratamiento de la nefritis lúpica. *Revision Cochrane traducida, 2* Recuperado el: 03 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.update-software.com/PDF-ES/CD002922.pdf>.

4.Díaz, M., & Amato, R. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Scielo* Recuperado el: 07 de Marzo del 2015, disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-71382013000200006.

5.Enriquez, M. (01-06 de 2013). *Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico*. Recuperado el 28 de 02 de 2015, de Revista de Medicina e Investigación, disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-fisiopatologia-del-lupus-eritematoso-sistemico-90165398>

6. González, L., & Restrepo, M. (2013). Anticoncepción en mujeres con lupus eritematoso sistémico. *Redalyc.org*, 314 Recuperado el 08 de Marzo 2015, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180528412007>.
7. Mejía, M. (2013). Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. *ELSEVIER*, Recuperado el 09 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-fisiopatologia-del-lupus-eritematoso-sistemico-90165398>
8. Mendoza, C. (03 de 2013). *Nefritis lúpica: ¿avances en el conocimiento de su inmunopatogénesis sin los esperables logros terapéuticos?* Recuperado el 28 de 02 de 2015, de Reumatología Clínica, disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/nefritis-lupica-avances-el-conocimiento/articulo/90193737/>
9. MSP. (2013). Lupus Eritematoso Sistémico. *Guía de Práctica Clínica* , Recuperado el 28 de Marzo del 2015, disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_lupus.pdf.
10. Nares , M., & Hernández , J. (2012). Lupus eritematoso sistémico activo durante el embarazo. *Medigraphic*, Recuperado el 05 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2012/ip122d.pdf>
11. Reaída en nefritis lúpica: factores de riesgo e impacto en el pronóstico en una población de Santa Fe - Argentina. (2014). *Revista Argentina de Reumatología* , Recuperado el 07 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.revistasar.org.ar/resumen.php?IdArticulo=179>

12. Restrepo, C., & Vélez, C. (2014). Experiencia en la utilización de inhibidores de calcineurina a bajas dosis en el tratamiento. *Revista Colombiana de Nefrología*, Recuperado el 08 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/179>.
13. Ruiz, G., & Espinosa, G. (2012). Diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica: el camino del consenso. *Revista Clínica Española*. Recuperado el 09 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/diagnostico-tratamiento-nefritis-lupica-el/articulo/S0014256512000641/>
14. Ruiz, G., Espinosa, G., & Frutos, M. (2012). Diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica. *Revista Española de Nefrología*. Recuperado el 06 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E533/P1-E533-S3422-A11298.pdf>.
15. Sánchez, J., & Ortiz, V. (2013). Recién nacidos de madre con enfermedad autoinmunitaria. Experiencia en un. *ELSEVIER*, Recuperado el 09 de Marzo del 2015, disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/recien-nacidos-madre-con-enfermedad/articulo/90200592/>.
16. Sociedad Argentina de Reumatología. (2011). Nefropatía Lúpica. *Revista Argentina de Reumatología*, Recuperado el 28 de Febrero del 2015, disponible en: http://www.reumatologia.org.ar/docs/nefritis_lupica_2011.pdf
17. Toirac, A., & Pascual, V. (2013). El riñón y el aparato excretor urinario en la embarazada. Consideraciones básicas. *Revista MEDISAN*, Recuperado el 11 de Marzo del 2015, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000200016&script=sci_arttext.

18. Vukusich, A., & Valls, G. (2013). Biopsia renal en el segundo trimestre del embarazo. *Revista Médica Chilena* , Recuperado el 03 de Marzo del 2015, disponible en <http://revmedchile.org/flips/Revista-Medica-de-Chile-Agosto-2013/index.html#/130/>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

19. **PROQUEST:** Gonzáles, L. (2013). Anticoncepción en mujeres con lupus eritematoso sistémico. Proquest, Recuperado el 05 de Marzo del 2015, disponible en <http://search.proquest.com/docview/1428261877/D5D4851A661A42EBPQ/4?accountid=36765>.

20. **PROQUEST:** Aroca,G. Glomerulonefritis rápidamente progresiva. Proquest, Recuperado el 05 de Marzo del 2015, disponible en <http://search.proquest.com/docview/1438894395/D5D4851A661A42EBPQ/3?accountid=36765>

21. **PROQUEST:** Calvo, J. El principal reto en la terapia del lupus sería mejorar la seguridad. Proquest, Recuperado el 05 de Marzo del 2015, disponible en <http://search.proquest.com/docview/1319073621/D5D4851A661A42EBPQ/10?accountid=36765>

22. **PROQUEST:** Godoy, M. Lupus Eritematoso Generalizado: Características Generales, Immunopatogenia y Antígenos de Relevancia. Proquest, Recuperado el 06 de Marzo del 2015, disponible en <http://search.proquest.com/docview/1345479453/D5D4851A661A42EBPQ/12?accountid=36765>

23. **PROQUEST:** Naranjo, L. Enfermedad cutánea ampollosa en el lupus eritematoso sistémico. Proquest, Recuperado el 10 de Marzo del 2015, disponible en

<http://search.proquest.com/docview/1268718496/3EE062DBE70249D8PQ/2?accountid=36765>

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE HAMILTON PARA CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

1. HUMOR DEPRESIVO (sentimiento de tristeza, abatimiento, desvalorización y desesperanza).

0 No evidente

1 Sólo exteriorizando al preguntar

2 Exteriorizado espontáneamente

3 Claros signos depresivos (expresión facial, voz, postura corporal, lágrimas).

4 La entrevista está dominada por comentarios acerca de un abatimiento y desesperanza.

2. SENTIMIENTO DE CULPA

0 No evidente

1 Dudoso al momento de la evaluación (cree ser una carga para su familia y para sus compañeros de trabajo)

2 Sentimiento de culpa o cavilaciones sobre faltas anteriores

3 La enfermedad la percibe como castigo

4 El sentimiento de culpa se convierte en delusivo

3. IDEACIÓN

0 No evidenciable

1 La vida no vale la pena ser vivida, pero no expresa deseo de morir

2 Ideas de muerte no estructuradas

3 Ideas suicidas

4 Intento de suicidio

4. INSOMNIO INICIAL

0 Ausente

1 Trastornos ocasionales (más de media hora)

2 Trastornos constantes

5. INSOMNIO MEDIO

0 Ausente

1 Sueño Interrumpido

2 Despertar nocturno

6. INSOMNIO TARDÍO

0 Ausente

1 Despertar muy temprano pero con capacidad para dormir

2 Despertar muy temprano sin poder conciliar el sueño

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

0 Sin ninguna influencia

1 Se siente incapaz o decaído

2 Deficiente interés en las actividades cotidianas y reducción de su capacidad de trabajo

3 Incapacidad para realizar su trabajo o actividad de la vida diaria

4 Incapacidad permanente

8. ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR

0 No evidenciable

1 Leve reducción del ritmo de la conversación y del movimiento

2 Movimientos discretos de las extremidades

3 Inquietud motora

4 Agitación psicomotriz

9. ANSIEDAD PSÍQUICA

0 No evidente

1 Discreta irritabilidad

2 Ansioso, irritable. Aprehensivo

3 Episodios de pánico

4 Ansiedad severa que interfiere las funciones de la vida diaria

10. ANSIEDAD SOMÁTICA (sudoración, temblores, meteorismo, cólicos, palpitaciones, cefalea)

0 No evidente

1 Ocasionalmente

2 Episódicos que no interfieren con la vida diaria del paciente

3 Son molestos, que interfieren con la vida diaria del paciente

4 Numerosos, persistentes e incapacitantes

11. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES (falta de apetito, estreñimiento, cólicos)

0 No evidente

1 Falta de apetito, come pero sin gusto

2 Tiene que ser estimulado para comer

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (fatiga, agotamiento y pérdida de energía)

0 No evidente

1 Molestias vagas

2 Molestias evidentes

13. DESINTERÉS POR EL SEXO

0 Sin variación

1 Leve reducción del interés

2 Pérdida clara del impulso sexual

14. HIPOCONDRIA

0 No evidente

1 Ligera preocupación por la salud

2 Considerablemente preocupado por la salud

3 Está convencido que padece una enfermedad física que explica los síntomas

4 se lamenta constantemente, solicita ayuda

15. IMPRESION PROPIA SOBRE LA ENFERMEDAD

0 El paciente se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 Admite estar enfermo, pero lo atribuye a la alimentación, al clima, al exceso de trabajo, etc. (circunstancias ajenas a la enfermedad)

2 Niega totalmente estar enfermo

16. PERDIDA DE PESO (primera entrevista)

0 No hay pérdida de peso

1 Pérdida de peso entre 1 y 2,5 Kg

2 Pérdida de peso igual o superior a 3 Kg

(a intervalos semanales)

0 No hay pérdida de peso

1 Pérdida de 0.5 Kg/semana

2 Pérdida de 1 Kg o más por

Semana

ANEXO 3

