



ARTICULO ORIGINAL

MORTALIDAD POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE EL SALVADOR.

Dr. Ricardo Antonio García, Dr. Salvador Antonio Sermeño *

RESUMEN

Introducción: varios estudios han sugerido que el lupus eritematoso sistémico (LES) que se presenta en pacientes hispanos y afroamericanos, es más severo que en los caucásicos. El objetivo de nuestro estudio es investigar la tasa de mortalidad y sus causas, en los pacientes con lupus eritematoso atendidos en un hospital público de El Salvador.

Métodos: se revisaron en forma retrospectiva los pacientes con diagnóstico de LES, atendidos de Enero de 1994 a Diciembre del 2005 en nuestro hospital. En cada caso se investigó: sexo, edad actual y de inicio de la enfermedad, evolución, domicilio, años de escolaridad, ocupación, manifestaciones clínicas durante la evolución y al final del seguimiento, fecha y causa del fallecimiento, dosis de esteroides, si habían recibido pulsos de metilprednisolona o ciclofosfamida y empleo de antipalúdicos.

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para las variables epidemiológicas, Chi cuadrado para las variables nominales y t de student para las variables continuas, utilizando el programa informático SPSS. 10.0

Resultados: se estudiaron 73 pacientes, el 89%(65) del sexo femenino, y una edad media actual o al fallecimiento, de 30.86 años y de evolución de 4.45 años. El 84% vivían en el área urbana, el 47% eran amas de casa; y el 27% estudiantes.

De los 73, 57 estaban vivos a los 5 años, lo que nos da una tasa de sobrevida del 64%. La edad media de los vivos fue de 27.51 años y de los fallecidos de 21.06; se observó un pronóstico desfavorable en los hombres, edad de inicio infante juvenil y un menor tiempo de evolución de la enfermedad al momento del diagnóstico.

Las principales causas de muerte fueron actividad de la enfermedad en el 35%, e infecciones en el 30 %

Conclusiones: La tasa de sobrevida a 5 años en pacientes con LES atendidos en el Hospital Nacional de Zacamil es del 64%, siendo actividad e infecciones las causas principales de muerte.

Palabras claves: mortalidad, lupus, actividad.

ABSTRACT

Introduction: several studies have suggested that Systemic Lupus Erythematosus is more severe on Afro-American and Hispanic patients than in Caucasian patients.

The objective of our study was investigate the mortality rate and its causes in the patients with Systemic Lupus Erythematosus in a public hospital in El Salvador.

Methods: we did a retrospective review of patients with diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus, which were seen from January 1994 to December 2005. In each case we investigate: sex, age, occupation, residence place, scholary, disease onset, follow-up, clinical manifestation during follow-up, date and cause of death, if they received pulses of methylprednisolone or Cyclophosphamide, antimalarial medication use.

Descriptive statistical techniques were used for the epidemiological variables, Chi-square distribution for nominal variables and t-student for the continuous variables using SPSS 10.0 program.

Results: thirty three patients were studied, 89% (65) were females, the actual mean age or age at death was 30.86 years, the disease evolution time was of 4.45 years. 84% were living in an urban area, 47% were housewife and 27% were students. 57 patients were alive, 64% had a 5 years survival rate, mean age of the alive patients was 27.51 years and 21.06 years in the deceased patients. It was observed an unfavorable prognosis in men and in patients with a younger age of disease onset and a smaller evolution time of disease when diagnose. The causes of death were disease activity in 35% and infection in 30%.

Conclusions: the 5 years survival rate at Hospital Nacional Zacamil is 64% and the main causes of death are disease activity and infection.

Key Words: mortality, lupus, activity.

* **Autor responsable:** Dr. Salvador Antonio Sermeño. Internista y Reumatólogo, Hospital Nacional Zacamil Dirección: Centro Urbano Zacamil José Simeón Cañas, Calle La Ermita, Mejicanos, El Salvador, Centro América savadorsermeno@gmail.com

Afiliación autores: Medicina Interna. San Salvador, El Salvador, Centro América. ricardogarcia@jazz.la (RAG)

Introducción

La sobrevida a 5 años de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) ha tenido una mejoría, ya que en los años 60 era del 50% y en la década de los 90 es del 90% [1, 2]. Esto se debe a los avances en el cuidado de la salud, en las técnicas de laboratorio, al tratamiento temprano y oportuno con nuevas drogas, así como un empleo racional de los esteroides.

Algunos reportes informan de diferencias en el pronóstico, presentándose los casos más severos en el sexo masculino, en hispanos y afro americanos, en pacientes pediátricos, en los mayores de 50 años y en aquellos con un mayor grado de pobreza y bajo nivel cultural. Estos estudios han sido realizados en pacientes que residen en países con mejor nivel de atención en salud [3 - 14].

En Latinoamérica hay poca información sobre el tema; en El Salvador la Doctora Castillejos en un trabajo de LES realizado en el Hospital Rosales en el 2000, en una serie de casos, encontró que los pacientes atendidos en ese centro tenían baja mortalidad (comunicación personal). Sin embargo, en el Hospital Nacional Zacamil (HNZ) la experiencia parece ser diferente.

El objetivo del presente trabajo es investigar la tasa de mortalidad y factores de riesgo en los pacientes con LES, atendidos en el hospital HNZ.

Material y Métodos

Se estudiaron en forma retrospectiva los pacientes con diagnóstico de LES (según criterios del Colegio Americano de Reumatología), adultos y niños, atendidos de Enero de 1994 a Diciembre del 2003, en un hospital general público de la República de El Salvador.

En los pacientes que estaban vivos al momento del estudio, se les entrevistó en la consulta y en los fallecidos se revisó la ficha clínica y los datos de autopsia.

En cada expediente se investigó: nombre, No de expediente, edad actual y de inicio de la enfermedad, evolución, domicilio, años de escolaridad, ocupación, manifestaciones clínicas durante la evolución y al final del seguimiento, fecha y causa del fallecimiento, dosis de esteroides, si habían recibido pulsos de metilprednisolona o ciclofosfamida y empleo de antipalúdicos.

Se definió como muerte temprana aquella que ocurrió antes de los 5 años a partir de la aparición de los primeros síntomas.

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para las variables epidemiológicas; chi cuadrado para las variables nominales y t de student para las variables continuas, utilizando el programa informático SPSS 10.0.

Resultados

Se estudiaron 80 pacientes consecutivos que cumplieron los criterios de LES, no fue posible localizar a 7, quedando un total de 73 que son los que se reportan; 89%(65) del sexo femenino, con una edad media actual o al fallecimiento, de 30.86 años (DS: 12.19) y un rango de 9 a 72 años y una media de evolución de la enfermedad de 4.45 años. El 84% vivían en el área urbana, y el 47% se desempeñaban como amas de casa, el 27% eran estudiantes .

De los 73 pacientes, 57 se encontraban vivos al momento de realizar la investigación, lo que nos da una tasa de sobrevida a 5 años del 64%.

En la tabla 1, se comparan las características epidemiológicas entre los pacientes vivos y los fallecidos; encontramos que la edad media de los pacientes que estaban vivos era de 27.51 años (DS:11.61) y la de los fallecidos fue de 21.06 años (DS: 9.58) ($p<0.037$)(IC del 95%: 0.41 a 12.49). Se observó un pronóstico desfavorable en los hombres ($p< 0.019$ test exacto de Fisher); una edad de inicio más temprana ($p< 0.037$) y menor tiempo de evolución de la enfermedad ($p< 0.006$). No se encontró diferencias en el grado de escolaridad y en la dosis de esteroides utilizada.

Tabla 1
Mortalidad por LES en El Salvador.
Comparación entre los vivos y fallecidos (n=73).

Variable	Vivos (DS)	Fallecidos (DS)
Edad en años (DS)	30.86 ± 12.19	21.06 (9.58),
Distribución por sexo (n = 73)		
Femenino	52 (80 %)	13 (25 %)
Masculino	3 (37.5 %)	5 (62.5 %)
Edad de inicio(años)	27.52 ± 11.61	21.06 ± 9.58
Evolución(años)	5.08(3.90)	2.38 ± 1.78
Años de Escolaridad(media)	9.09	9.27
Dosis media de Prednisona (mg)	29.31(21.95)	36.66 (22.16)

De los 17 fallecidos, el 41% (7) fueron pacientes con LES infante juvenil (4 mujeres y 3 hombres); del resto de fallecidos, en 3 la forma de presentación de la enfermedad fue aguda, y fueron vistos por primera vez en el hospital y, 2 de ellos habían abandonado el tratamiento. La causa de muerte de los pacientes fue documentada por autopsia en 3 casos y de los datos del expediente en 14. En 15 pacientes, el fallecimiento ocurrió antes de los 5 años de evolución de la enfermedad, siendo las causas: actividad en el 35%(6) (insuficiencia renal aguda= 2, hemorragia pulmonar=

2, vasculitis del SNC= 2), infección en el 30%(5): Tb. Pulmonar miliar= 2, BNB= 2, sepsis= 1; hemorragia cerebral= 1, Antifosfolípido catastrófico= 2, tromboembolismo pulmonar= 1. De los 2 que fallecieron después de los 5 años, 1 fue por miocardiopatía dilatada y 1 por hemorragia cerebral.

Discusión

La cohorte reportada en nuestro trabajo presenta como característica principal el estar constituida por pacientes adultos y niños, atendidos en un hospital público de El Salvador. En el trabajo se encontraron diferencias en la tasa de sobrevida, con lo reportado en otros países. En los últimos veinte años, en pacientes adultos la tasa de sobrevida ha oscilado entre un 60 y 90% a los 4 años. Urowitz en 1974 [1] encontró una sobrevida del 75% a los 5 años y del 63% a los 10 años. Moss en Inglaterra, en un estudio de 300 casos encontró una tasa de mortalidad del 14% a los 10 años [2]. Nuestros resultados revelan una tasa de sobrevida del 64% a los 5 años, la cual es similar a la reportada en los años 70. La diferencia puede ser debido a las características de la muestra, ya que los pacientes con LES infanto juvenil presentan peor pronóstico, como ha sido reportado por Ginzler [3]; en nuestra serie con una tasa de mortalidad del 41% versus el 18%, de los pacientes adultos. Otro factor de mal pronóstico observado en nuestra serie fue el sexo, ya que un mayor porcentaje de los fallecidos eran hombres (63%). Al comparar con lo encontrado en otras series, este aspecto es considerado controversial, ya que en algunos trabajos el sexo masculino presenta peor pronóstico y en otras no hubo diferencias [4].

No se encontró diferencias en el grado de escolaridad, debido probablemente al número de pacientes con LES infanto-juvenil, y aunque no se investigaron los factores sociales y económicos, de acuerdo al informe del PNUD, El Salvador se encuentra en el lugar No 104 de 177 países en cuanto al índice de desarrollo, por lo que no podemos negar el papel de estos factores en la alta tasa de mortalidad encontrada en nuestra serie. Como fue demostrado por Johnson al comparar los pacientes entre Inglaterra, Suecia y Brazil [12 - 14].

En el trabajo no se evaluó el índice de actividad de los pacientes con LES, por lo que no podemos afirmar si existe relación en nuestra serie entre actividad y pronóstico; sin embargo, el hecho de que los que fallecieron fueron por manifestaciones clínicas considerados como severas: SNC, hemorragia pulmonar, insuficiencia renal aguda; nos permiten sospechar que estos pacientes presentaron una enfermedad agresiva, que está de acuerdo a lo reportado en otras series. Otro resultado que nos permite apoyar esta hipótesis, es que los pacientes que fallecieron tenían una evolución de 2.38 años, comparado con los 5.08 años de los pacientes que están vivos, lo que está de acuerdo a lo informado por Ward,

que encontró mayor riesgo de muerte en los primeros tres años de la enfermedad [8].

Las causas de muerte encontradas en nuestro trabajo fueron relacionadas a actividad de la enfermedad y a infección, lo que está de acuerdo a lo reportado por Ginzler [3] y Abu-Shakra [22]. En nuestra serie, 5 fallecieron por eventos cardiovasculares.

En conclusión, los resultados obtenidos nos sugieren que los pacientes con LES atendidos en el HNZ, presentan un pronóstico más grave que en otros lugares, y pueden ser un punto de partida para futuras investigaciones acerca del comportamiento de estos pacientes en El Salvador.

Algunas variables que se deberían investigar son: índices de actividad y de cronicidad, el perfil socioeconómico y cultural, separar los adultos y la población infanto-juvenil, para establecer si el LES en El Salvador es más agresivo.

Referencias

1. Rubin LA, Urowitz MB, Gladman DD. Mortality in systemic lupus erythematosus: the bimodal pattern revisited. *QJM* 1985; 55: 87 – 98.
2. Moss KE, Loannou Y, Sultan SM, et al. Outcome of a cohort of 300 patients with systemic lupus erythematosus attending a dedicated clinic for over two decades. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 409 – 13.
3. Ginzler E, Berg A. Mortality in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1987; 14 Suppl 13: S218 - S22.
4. Ward MM, Pyun E, Studenski S. Long-term survival in systemic lupus erythematosus: patient characteristics associated with poorer outcomes. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 274 – 83.
5. Ginzler EM, Diamond H, Weiner M, et al. A multicenter study of outcome in systemic lupus erythematosus. I. Entry variables as predictors of prognosis. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 601 – 11.
6. Karlson EW, Daltroy LH, Lew RA, Wright EA, Partridge AJ, Fossel AH, et al. The relationship of socioeconomic status, race, and modifiable risk factors to outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 47 – 56.
7. Karlson EW, Daltroy LH, Lew RA, Wright EA, Partridge AJ, Roberts WN, et al. The independence and stability of socioeconomic predictors of morbidity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 267 – 73.
8. Ward MM, Studenski S. Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus: identification of racial and socioeconomic influences. *Arch Intern Med* 1990; 150: 849 – 53.
9. Ward MM, Studenski S. Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus: identification of racial and socioeconomic influences. *Arch Intern Med* 1990; 150: 849 – 53.

10. Walsh SJ, Algert C, Rothfield NF. Racial aspects of comorbidity in systemic lupus erythematosus *Arthritis Care Res* **1996**; 9: 509 – 16.
11. Petri M, Perez-Gutthann S, Longenecker JC, Hochberg M. Morbidity of systemic lupus erythematosus: role of race and socioeconomic status. *Am J Med* **1991**; 91: 345 – 53.
12. Alarcón GS, McGwin G Jr, Bastian HM, Roseman JM, Lisse JR, Fessler BJ, et al. Poverty is the most important determinant of mortality in a multiethnic cohort of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) [abstract]. *Arthritis Rheum* **2000**; 43 Suppl 9: S131
13. Molina JF, Molina J, García C, Gharavi AE, Wilson WA, Espinoza LR. Ethnic differences in the clinical expression of systemic lupus erythematosus: a comparative study between African-Americans and Latin-Americans. *Lupus* **1997**; 6: 63 – 7.
14. Alarcón GS, Rodríguez JL, Benavides G, Brooks K, Kurusz H, Reveille JD, for the LUMINA Study Group. Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups. V. Acculturation, health-related attitudes and behaviors and disease activity in Hispanic patients from the LUMINA cohort. *Arthritis Care Res* **1999**; 12: 267 – 74.
15. Abu-Shakra, Urowitz MB, Gladman DA, Cough J. Mortality studies in systemic lupus erythematosus. Results from a single center. I. Causes of death. *J Rheumatol* **1995**; 27(7): 1259 – 64.