



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



HOSPITAL DEL NIÑO DIF HIDALGO

TRABAJO TERMINAL

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PREVALENTES EN PACIENTES CON LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL EN NIÑOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO
DIF”**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA MÉDICA

QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO:

SAYRA MARÍA LÓPEZ LÓPEZ

DRA. REGINA ESCAMILLA VIOLANTE

SUBESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIATRICA

DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

DR. EN Q. JOSÉ ROBERTO PIOQUINTO MENDOZA

DOCTOR EN QUÍMICA

CODIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, OCTUBRE DEL 2025

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COORDINACIÓN DE POSGRADO DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA, AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO TERMINAL TITULADO:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PREVALENTES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL EN NIÑOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO DIF"

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA QUE SUSTENTA EL MÉDICO CIRUJANO:

SAYRA MARÍA LÓPEZ LÓPEZ

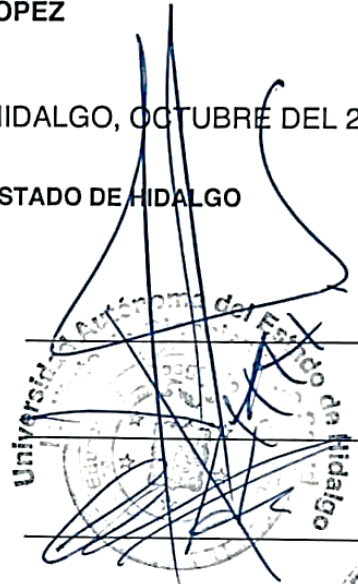
PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, OCTUBRE DEL 2025

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. JOSÉ ANTONIO HERNÁNDEZ VERA
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.C. ESP. ALFONSO REYES GARNICA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

DR. EN C. OSVALDO ERIK SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE POSGRADO



POR EL HOSPITAL DEL NIÑO DIF HIDALGO

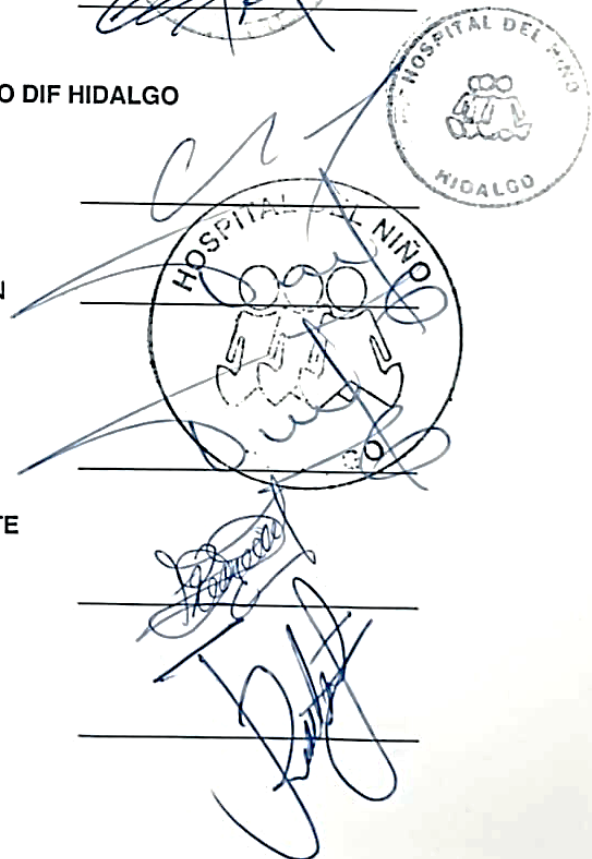
MTRO. CÉSAR GUTIÉRREZ CHÁVEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL NIÑO DIF HIDALGO

M.C. ESP. PERLA PÉREZ TÉLLEZ GIRÓN
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

M.C. ESP. PERLA PÉREZ TÉLLEZ GIRÓN
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA MÉDICA

M.C. ESP Y SUB ESP. REGINA ESCAMILLA VIOLANTE
SUBESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA.
DIRECTORA DEL TRABAJO TERMINAL

DR. EN Q. JOSÉ ROBERTO PIOQUINTO MENDOZA
DOCTOR EN QUÍMICA
CODIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL



HOSPITAL DEL NIÑO DIF

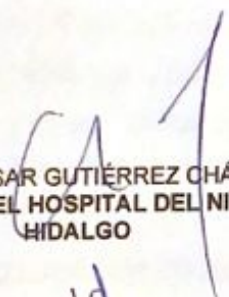


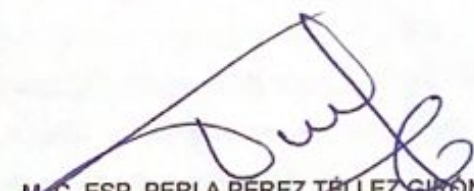
Pachuca de Soto, Hgo., a 20 de octubre de 2025
HNDIF.D.CEI-No.OF. 3341/X/2025


M.C. SAYRA MARÍA LÓPEZ LÓPEZ
Residente de tercer año de la Especialidad en Pediatría
PRESENTE

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE PROYECTO

Por medio de la presente hago de su conocimiento que, derivado de la revisión de su proyecto de investigación titulado: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PREVALENTES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL EN NIÑOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO DIF"** y con número de registro en el Hospital del Niño DIF Hidalgo correspondiente al trabajo terminal del programa de Especialidad en Pediatría de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, ha sido aprobado para su impresión.


MTRO. CÉSAR GUTIÉRREZ CHÁVEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL NIÑO DIF
HIDALGO


M.C. ESP. PERLA PÉREZ TÉLLEZ GIRÓN
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
PEDIATRÍA MÉDICA


M.C. ESP. Y SUB ESP. REGINA ESCAMILLA
VIOLANTE
DIRECTOR DE TRABAJO TERMINAL


DR. EN Q. JOSÉ ROBERTO PIOQUINTO
MENDOZA
CODIRECTOR METODOLÓGICO

C.c.p.

Expediente
CGCH/PM/PTG/JR/25



INDICE

INDICE GENERAL	4
ABREVIATURAS	6
RESUMEN	7
ABSTRAC.....	8
MARCO TEORICO	9
JUSTIFICACIÓN.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
OBJETIVOS.....	15
METODOLOGÍA.....	15
DISEÑO DE ESTUDIO.....	15
SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	16
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	16
CONCLUSIONES.....	23
ANEXOS	30

DEDICATORIA

A mis padres la señora Sara Guadalupe López Martínez y David López Ramírez quienes con su inmenso amor, dedicación, paciencia y perseverancia me enseñaron a luchar por mi sueño, el más importante que tuve desde que era niña, el mismo que pondría a prueba muchas de las cualidades que más tarde tendrían que sostenerme, siempre admiraré profundamente el gran equipo que son para mostrarme que el caminar acompañado es ameno, a mis hermanos David López López y José Guillermo López López que son la luz de mi camino, a quienes amo infinitamente, sin su apoyo emocional no podría completar este capítulo tan importante en mi vida

ABREVITURAS

LESj: lupus eritematoso sistémico juvenil.
ANA: Anticuerpos antinucleares
ACR: Colegio Americano de Reumatología.
Anti – DNA ds: anticuerpos anti-ADN bicatenario
Anti – β2GP1: Anti- beta 2 glicoproteína.
SAFL: Síndrome anti fosfolípidos.
Anti - Smith: Anticuerpos anti - Smith
C3: Factor 3 del completo
EULAR: Liga europea de reumatología
SLICC: Clasificación de características clínicas internacionales de lupus eritematoso sistémico
IRT: Insuficiencia renal terminal
ACR: Colegio americano de reumatología
MMF: Micofenolato de mofetilo
HLA DRB1: Antígeno leucocitario humano
NL: Nefritis lúpica

RESUMEN

Resumen: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por afectación multisistémica, además de presencia de auto anticuerpos, susceptibilidad genética y factores ambientales: como exposición a la luz solar (radiación ultravioleta), fenotipo hormonal (frecuente en sexo femenino) y algunas infecciones víricas (virus herpes y virus de Epstein – Barr), uso de algunos fármacos como hidralacina e isoniazida, la incidencia oscila entre 0.3 a 0.9 por 100.000 niños. La susceptibilidad para LES está determinada por factores genéticos, como las moléculas clase II del complejo mayor de histocompatibilidad HLA DRB1 asociada como mayor susceptibilidad. Recientemente polimorfismos nucleótidos encontrados en población mexicana asociados a LES son BANK1, ITGAM, en la literatura se ha reportado una edad media de 12 años, siendo excepcional en menores de 5 años, su forma de comienzo es variable con presencia de eritema malar, fiebre, hepatomegalia, astenia, adinamia, artritis, anemia hemolítica autoinmune, progresando a casos muy graves como la presencia de derrame pericárdico, falla orgánica múltiple, nefritis lúpica grado IV, falla renal aguda o muerte, además de cursar con periodos de actividad y posterior remisión, el objetivo del tratamiento es controlar la actividad inmunológica y evitar el daño orgánico.

Se realizó un estudio cualitativo, observacional, longitudinal y descriptivo, en el Hospital del niño DIF Hidalgo, a partir del 2021 – 2024.

Se incluyeron pacientes pediátricos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en quienes obtuvimos las características clínicas prevalentes al momento del diagnóstico, edad, manejo médico y complicaciones a partir del 2021 – 2024, encontrando 18 expedientes.

Obteniendo la edad de predominio al realizar su diagnóstico fue a los 14 años, en sexo femenino, las características clínicas prevalentes fueron: eritema malar, úlceras orales, cefalea holocraneana, dolor articular y entre las complicaciones más comunes encontramos a la nefritis lúpica grado IV.

ABSTRAC

Summary: Systemic lupus erythematosus is an autoimmune disease characterized by multisystem involvement, as well as the presence of autoantibodies, in addition to genetic susceptibility and environmental factors such as exposure to sunlight (ultraviolet radiation), hormonal phenotype (more common in females), and some viral infections (herpes virus and Epstein–Barr virus), as well as the use of certain drugs such as hydralazine and isoniazid. The incidence ranges from 0.3 to 0.9 per 100,000 children. Susceptibility to SLE is determined by genetic factors. Class II molecules of the major histocompatibility complex HLA DRB1 are associated with increased susceptibility. Recently, nucleotide polymorphisms found in the Mexican population associated with SLE include BANK1 and ITGAM. The literature has reported a median age of 12 years, being exceptional in children under 5 years old. Its onset is variable, with the presence of malar rash, fever, hepatomegaly, asthenia, adynamia, arthritis, autoimmune hemolytic anemia, progressing to very severe cases such as pericardial effusion, multiple organ failure, lupus nephritis grade IV, acute renal failure, or death. Additionally, it presents with periods of activity followed by remission. The goal of treatment is to control immune activity and prevent organ damage.

A qualitative, observational, longitudinal, and descriptive study was conducted at the Hospital del Niño DIF Hidalgo, from 2021 to 2024

Pediatric patients diagnosed with systemic lupus erythematosus were included, in whom we obtained the prevalent clinical characteristics at the time of diagnosis, age, medical management, and complications from 2021 to 2024, identifying 18 records.

The predominant age at diagnosis was 14 years, mostly female; the prevalent clinical characteristics were malar rash, oral ulcers, holocranial headache, and joint pain, while the most common complication found was grade IV lupus nephritis.

MARCO TEORICO

Con la finalidad de sustentar teóricamente el estudio sobre las características clínicas prevalentes descritas en pacientes con lupus eritematoso juvenil abordamos conceptos fundamentales, criterios clínicos utilizados por asociaciones de reumatología.

1.- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO JUVENIL (LESj)

DEFINICIÓN.

El lupus eritematoso sistémico juvenil es una enfermedad autoinmune con afectación orgánica variable a nivel neurológico, renal, hematológico, inmunológico, a través del tiempo se han descrito diferentes criterios clínicos e inmunológicos la mayoría en pacientes adultos.

Existen pocos estudios sobre la presentación clínica de lupus eritematoso en edad pediátrica, con una edad promedio de 12.6 años de edad y la incidencia se estima de 0,36 – 0.9/ 1000.000 niños.

Se ha observado diferentes presentaciones atípicas en grupos de menores de 5 años, la tasa de mortalidad estandarizada es de 18,3 en la enfermedad de inicio juvenil en comparación con 3,1 en aquellos con enfermedad de inicio en etapa adulta.

Entre las manifestaciones clínicas más comunes en LES juvenil se han descrito: fiebre, anomalías hematológicas (anemia hemofílica y trombocitopenia), linfadenopatía, enfermedad del SNC y enfermedad renal, mientras que el fenómeno de Raynaud, pleuritis son más frecuentes en el adulto, lo que determina que la afección renal y del sistema nervioso central se considera una manifestación grave del LES. Se ha descrito que la presencia de anticuerpos anti – ds DNA, anticuerpos IgG/IgM anticardiolipina fueron más frecuentes en LES juvenil.

Los criterios de clasificación más utilizados son los del Colegio Americano de Reumatología (ACR) publicados en 1982, revisados nuevamente en 1997 eliminando el criterio de células LE y modificado el criterio inmunológico con la inclusión de anticuerpos antifosfolípidos.

Recientemente el grupo de Clínicas colaboradoras internacionales de Lupus Sistémico (SLICC) llevó a cabo una revisión de los criterios del ACR en pacientes con enfermedad de inicio en la edad adulta, los criterios de SLICC resultaron menos erróneas y presentaron mayor sensibilidad del 97%, pero fueron menos específicos que los criterios de ACR.

En general los nuevos criterios de SLICC dieron menos clasificaciones erróneas que los criterios de ACR, se describe que el **exantema discoide** es poco frecuente en niños, sin embargo, presentan características descritas en SLICC como: **lupus hipertrófico (verrugoso) y lupus mucoso**. La nefritis lúpica en presencia de ANA o anticuerpos anti – ds DNA se clasifica como LES definitivo, como resultado de este cambio los pacientes con afectación renal compatible con nefritis por LES y anticuerpos positivos que no cumplen cuatro criterios se pueden clasificar como LES.

El **SLICC** son 17, deben cumplirse al menos 4 (al menos un clínico y otro inmunológico o nefritis lúpica como único criterio más la presencia de anticuerpos antinucleares o anti DNA de doble cadena

Criterios clínicos

Criterios de SLICC 2012
<p>A. Criterios clínicos</p> <p>1.- Lupus cutáneo agudo o subagudo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritema malar (no cuenta si es lupus discoide) • Lupus ampolloso • Necrólisis epidérmica tóxica como variante de lupus Eritema maculopapular Eritema fotosensible en ausencia de dermatomiositis <p>2.- Lupus cutáneo crónico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lupus discoide clásico localizado (encima del cuello) o generalizado (por encima y debajo del cuello) • Lupus hipertrófico (verrucoso) • Paniculitis lúpica (lupus profundo). • Lupus “mucoso” • Lupus eritematosos “timidus” • Lupus sabañón “chillblains”, • Sobreposición de lupus discoide/liquen plano <p>3.- Úlceras orales/ nasales</p> <p>4.- Alopecia no cicatricial</p> <ul style="list-style-type: none"> • este criterio se cumple en ausencia de otras causas como alopecia areata, medicamentos, deficiencia de hierro, alopecia androgenética <p>5.- Sinovitis > 2 articulaciones.</p> <p>6.- Serositis</p> <p>8.- Afectación renal</p>

<ul style="list-style-type: none"> Relación proteinuria/creatinina (ó proteínas en orina de 24 horas) que representen 500 mg de proteínas/24 horas o cilindros hemáticos
9.- Anemia hemolítica
10.- Leucopenia < 4 000/mm ³ o linfopenia < 1.000/ mm ³
11.- Trombocitopenia < 100.000/ mm ³
B. Criterios Inmunológicos
1.- ANA Positivos
2.- Anti – DNA ds positivo
3.- Anti – SM positivo
4.- Anticuerpos antifosfolípidos positivos
5.- Hipocomplementemia
6.- Test de Coombs directo positivo.
<ul style="list-style-type: none"> Se necesita cumplir 4 criterios de los cuales, al menos 1 debe ser clínico y otro inmunológico para el diagnóstico de LES.

CRITERIOS EULAR 2019.

En 2019, la European League Against Rheumatism (EULAR) y el American College of Rheumatology (ACR) elaboraron nuevos criterios de clasificación para el LES2 (EULAR/ACR-2019)

Dominios clínicos	EULAR/ ACR – 2019	
	Criterio indispensable: ANA a títulos > 1/80	Puntuación
	Criterios aditivos: se requiere al menos un criterio clínico y 10 puntos o más.	
Constitucionales	Fiebre inexplicada >38.5	2
Hematológicos	Leucopenia	3
	Trombocitopenia	4
	Anemia hemolítica	4
Neuropsiquiátricos	Delirium	2
	Psicosis	3
	Convulsiones	5
Mucocutáneos	Alopecia no cicatricial	2
	Úlceras orales	2
	Lupus cutáneo subagudo o lupus eritematoso discoide.	4
	Lupus cutáneo agudo	6
Serosos	Efusión pericárdica o pleural	5
	Pericarditis aguda	6

Musculoesqueléticos	Enfermedad articular	6
Renal	Proteinuria > 0.5 µg/día.	4
	Biopsia renal con nefritis lúpica II o V	8
	Biopsia renal con nefritis lúpica III o IV.	10
Dominios inmunológicos		Puntuación
Anticuerpos antifosfolípidicos	Anticardiolipina o anti – β2GPI o anticoagulante lúpico	2
Proteínas de complemento	Nivel bajo de C3 a C4	3
	Nivel bajo de C3 a C4	4
Anticuerpos específicos de LES	Anti – DNA ds o Anti – Sm	6

Los criterios son acumulativos y no necesitan estar presentes simultáneamente. Dentro de cada dominio, solo se contabiliza el criterio más alto para la puntuación total.

La fiebre inexplicada > 38,3 °C es un nuevo criterio clínico en esta clasificación.

Definiciones:

a. **Lupus cutáneo subagudo:** - Erupción cutánea anular o papuloescamosa (psoriasiforme), generalmente fotodistribuida.

- Biopsia cutánea: dermatitis vacuolar de interfase, infiltrado linfocítico perivascular y/o mucinosis dérmica.

b. **Lupus eritematoso discoide:**

- Lesiones cutáneas eritematosas-violáceas con cicatrización atrófica, despigmentación, hiperqueratosis / taponamiento folicular que produce alopecia cicatricial en el cuero cabelludo.

- **Biopsia cutánea:** dermatitis vacuolar de interfase, infiltrado linfocítico perivascular y / o perianexial. Se pueden observar tapones foliculares en cuero cabelludo o depósito de mucina en lesiones de larga evolución.

c. **Lupus cutáneo agudo:**

- Erupción malar o erupción maculopapular generalizada.

- **Biopsia cutánea:** dermatitis vacuolar de interfase, infiltrado linfocítico perivascular, a menudo con mucina dérmica. Un infiltrado neutrofílico perivascular puede estar presente en fases tempranas.

La nefritis lúpica clase III o IV suma por sí misma un puntaje de 10. En presencia de ANA \geq 1/80 es suficiente para clasificar a un paciente con lupus eritematoso sistémico.

INMUNOLOGÍA.

Anticuerpos contar antígenos nucleares

Son los mejores marcados para la enfermedad, constituyen la prueba más importante para el diagnóstico, aunque los pacientes con LES pueden producir auto anticuerpos contra cualquier elemento celular los principales reaccionan con el DNP e histonas, DNA de cadena doble (nativo), DNA de cadena sencilla (desnaturalizado) o ribo nucleoproteínas nucleares y citoplasmáticas. Los **anticuerpos- histona** constituyen un grupo de auto anticuerpos que reaccionan con la porción proteica de los nucleosomas (histonas) se encuentran en los pacientes con lupus inducido por drogas y algunos con artritis reumatoidea, en la mayoría de los pacientes que reciben procainamida o hidralazina por periodos largos de tiempo desarrollan autoanticuerpos, solo el 15 – 20% presentan síntomas.

Anticuerpos contra el DNA

El anticuerpo contra el DNA de cadena doble se encuentra exclusivamente en pacientes con LES. Es positivo en 50 -70% de los casos y se asocia a nefropatía, relacionado con hipocomplementemia, sus niveles son fluctuantes acorde a la actividad de la enfermedad y es un marcador de un subgrupo caracterizado por compromiso renal severo, ha sido implicado en la patogénesis de la nefritis lúpica, se considera responsable de lesiones tisulares principalmente a nivel renal, si patogenicidad está relacionada con el isotipo IgG o IgM, sin embargo títulos bajos se pueden encontrar en síndromes lúpicos inducidos por drogas.

Anticuerpos contra ribonucleoproteínas nucleares o citoplasmáticas

Aproximadamente la mitad de los pacientes con LES tienen la tercera parte de anti – SM, 40% anti – RO y 10% anti – La. En general uno o más de estos anticuerpos se encuentran en el 79% de los pacientes.

Anticuerpo anti – Sm.

Descrito por Tan y Kunkel en 1966 se considera como un anticuerpo altamente específico de LES, pero es poco sensible, solo se encuentra aproximadamente en la tercera parte de los pacientes, la correlación es muy controvertida; algunos han encontrado más compromiso del SNC en presencia de este autoanticuerpo, pero no ha sido corroborado por otros, se le ha encontrado en presencia de nefritis moderada con curso benigno.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de su baja frecuencia a nivel global, el LES ejerce un impacto considerable en el sistema de salud, la escasez de estudios dificulta la mejora en la atención a los pacientes y la optimización de los programas de salud pública.

En México, el LES se posiciona entre las 20 principales causas de muertes en mujeres jóvenes de 10 a 54 años, ocupando el preocupante lugar 19 en el grupo de 10 y 14 años y el número 15 entre las jóvenes de 15 a 24 años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico médico en pacientes con lupus eritematoso juvenil representa el 20% de todos los pacientes con lupus eritematoso. En un estudio de cohorte de validación, los criterios EULAR/ ACR 2019 tenían una sensibilidad del 96.1% y una especificidad del 93.4 %. Tomando en cuenta que el paciente estará propenso a mayor tiempo en manejo con inmunosupresión, sabemos que la fisiopatología sigue sin esclarecerse en los que factores genéticos, depósito de inmunocomplejos, activación del complemento, factores hormonales y desregulación de las células inmunitarias. Por lo tanto, realizar el diagnóstico puede resultar complicado.

El grupo de clínicas colaboradoras internacionales de Lupus sistémico (SCLICC – 2012) estableció los criterios de clasificación en 2012 que incluyen 11 criterios clínicos y 6 criterios inmunológicos, se permitió la inclusión de nefritis lúpica en la biopsia renal y presencia de anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos de ADN (dsDNA), en ausencia a otros criterios clínicos.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son síntomas constitucionales (fiebre, **astenia, adinamia, pérdida de peso**), artritis de pequeñas y grandes articulaciones, simétrica, no erosiva y el rash o exantema malar son los síntomas más frecuentes, sin embargo, se han considerado como manifestaciones inespecíficas La afectación de órganos principales es común presencia de inflamación renal.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas prevalentes al momento del diagnóstico en pacientes con lupus eritematoso juvenil que acuden al hospital del niño DIF?

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar expedientes del Hospital del niño, DIF, con el diagnóstico en base al CIE – 10: M32.9 Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación.

Objetivos específicos

- Identificar pacientes que acudieron o fueron referidos ante la sospecha del diagnóstico de lupus eritematoso juvenil.
- Describir las características clínicas más prevalentes en paciente con lupus eritematoso sistémico en el Hospital del niño DIF.
- Describir cuáles fueron las complicaciones crónicas en base al retardo del diagnóstico para algunos pacientes como la presencia de nefritis lúpica.
- Reportar los tratamientos que fueron aplicados al momento del diagnóstico.
- Identificar el perfil de anticuerpos que se utilizó para realizar el diagnóstico.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo y observacional con el objetivo de analizar las características clínicas más prevalentes en pacientes con el diagnóstico mencionado.

Los datos fueron recolectados mediante expedientes electrónicos utilizando técnicas de estadística descriptiva.

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población estuvo conformada por pacientes pediátricos con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico atendidos en el Hospital del niño DIF, mediante la consulta externa y hospitalización.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Acorde al diagnóstico de CIE – 10 como: M32.9 Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación.
2. Pacientes de 0 a 18 años, atendidos en el Hospital del niño DIF.
3. Expediente clínico completo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con expedientes incompletos.
2. Pacientes sin seguimiento al diagnóstico y tratamiento.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Paciente que haya sido referido a otra unidad.
2. Pacientes que hayan tenido anticuerpos negativos sin comprobar el diagnóstico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA O CLASIFICACIÓN	PRUEBA ESTADÍSTICA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Continua	Años	Media y DE o Mediana y Mín.-Max.
Sexo	Las características físicas, orgánicas y biológicas que diferencian a los seres vivos	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino Femenino	Frecuencia y Porcentaje
Características clínicas	Síntomas observables que guían el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Fiebre Eritema malar Cefalea holocraneana Dolor articular Dermatitis psoriasiforme Edema subito generalizado. Hepatomegalia Epistaxis Xerosis Sangrado vaginal Nefritis	Frecuencia y Porcentaje
Tratamiento	Es un conjunto de medios que se utilizan para	Cualitativa	Nominal	Inmunoglobulina intravenosa Hidroxicloroqui	Frecuencia y Porcentaje

	aliviar o curar una enfermedad.		dicotómica	na Metilprednisolona Micofenolato de mofetilo Deflazacort Ciclofosfamida Azatioprina	
Complicaciones	Evento adverso, inesperado o no deseado que aparece durante el curso de una enfermedad o como consecuencia de un procedimiento médico, quirúrgico o terapéutico	Cualitativa	Nominal dicotómica	Síndrome nefrótico Hemorragia prerretiniana Nefritis lúpica Insuficiencia valvular aortica Falla hepática Defunción	Frecuencia y Porcentaje
Autoanticuerpos	Son moléculas sintetizadas por los linfocitos B del sistema inmune.	Cualitativa	Nominal policotómica	Anti DNA. Anti – Smith ANA Anti Ro Anti La Anti RNP	Frecuencia y Porcentaje
Complemento	cascada enzimática que ayuda a defenderse contra la infección a través de la activación de una respuesta inflamatoria local.	Cualitativa	Nóminal dicotómica	Normal Hipocomplementemia	Frecuencia y Porcentaje
Coombs directo	La prueba de antiglobulina directa (PAD) o Coombs directo (CD) se emplea para determinar la existencia de glóbulos rojos recubiertos con inmunoglobulinas y/o complemento in vivo.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Positivo Negativo	Frecuencia y porcentaje.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Para la recolección de información se diseñó una cédula de recolección de datos de los pacientes con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico a partir del 1ro de enero del 2022 al diciembre del 2024 elaborada por la investigadora principal y validada por un médico especialista en reumatología con el propósito de concentrar de manera sistemática las variables de interés.

La cédula incluyó variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (características clínicas, anticuerpos, complicaciones, tratamiento). La información se estuvo mediante revisión retrospectiva de expedientes electrónicos.

ASPECTOS ÉTICO

Este trabajo se realizó con base a lo establecido en la Ley General de salud, que establece las especificaciones para la investigación donde se involucran seres humanos, considerando esta investigación sin riesgo como establece en el Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos, capítulo 1, artículo 17, fracción I, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera revisión de expedientes clínicos.

Los datos se almacenaron en una base de datos protegida accesible únicamente a la investigadora principal.

El protocolo de investigación fue sometido a revisión y aprobación por el Comité de Ética del Hospital del niño DIF Pachuca, institución en la que se llevó a cabo la recolección de datos.

CAPITULO III

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos recolectados se registraron en una base electrónica en Microsoft 2022 y posteriormente se analizaron con el programa SPSS versión 27.

Se incluyeron 17 pacientes, con un predominio por el sexo femenino con 13 pacientes (76.4 %), con una mediana de edad de 13 años (8 – 15 años).

Se utilizaron media y DE o mediana y mín. máx. de acuerdo al tamaño de la muestra, así como frecuencia y porcentaje

Características demográficas de la población (n=17)		
Sexo	Masculino n, (%) 4	(23.5%)
	Femenino n, (%) 13	(76.4%)
Edad (Años) media, DE	12.4	
Características clínicas		
Eritema malar n, (%)	5	(29.4%)
Dermatitis psoriasisforme n, (%)	2	(11.7%)
Úlceras orales n, (%)	5	(29.4%)
Cefalea holocraneana (%)	3	(17.64%)
Edema súbito generalizado n, (%)	1	(5.8%)
Hepatomegalia n, (%)	2	(11.7%)
Dolor articular n, (%)	3	(17.64%)
Xerosis n, (%)	1	(5.8%)
Sangrado transvaginal n, (%)	1	(5.8%)
Vasculitis n, (%)	1	(5.8%)
Fiebre n, (%)	2	(11.7%)
Inmunología		
Anti AND dc n, (%)	6	(35%)
Anti Smith n, (%)	5	(29.4%)
Anti nucleares n, (%)	11	(64.7%)
Anti citoplasmáticos n, (%)	2	(11.7%)
Hipocomplementemia n, (%)	6	(35.2%)
Coombs directo n, (%)	2	(11.7%)
Anticoagulante lúpico	5	(29.4%)
Complicaciones		
Ninguna n, (%)	9	(52.9%)
Síndrome nefrótico n, (%)	4	(23.5%)
Hemorragia prerretiniana n, (%)	1	(5.8%)
Insuficiencia valvular aortica n, (%)	1	(5.8%)
Falla hepática n, (%)	1	(5.8%)
Defunción n, (%)	1	(5.8%)

Tratamiento		
Inmunoglobulina n, (%)	1	(5.8%)
Hidroxicloroquina n, (%)	10	(58.8%)
Metilprednisolona n, (%)	4	(23.5%)
Micofenolato de mofetilo n, (%)	8	(47.05%)
Deflazacort n, (%)	4	(23.4%)
Ciclofosfamida n, (%)	3	(17.64%)
Azatioprina	1	(5.8%)

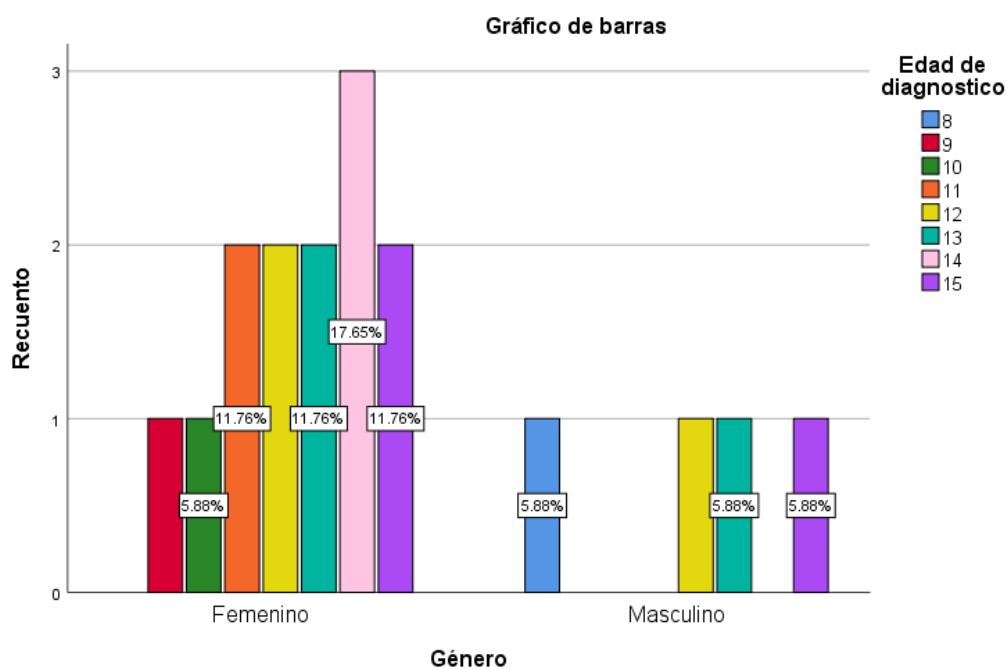


FIGURA 1. Edad de diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico respecto al género.

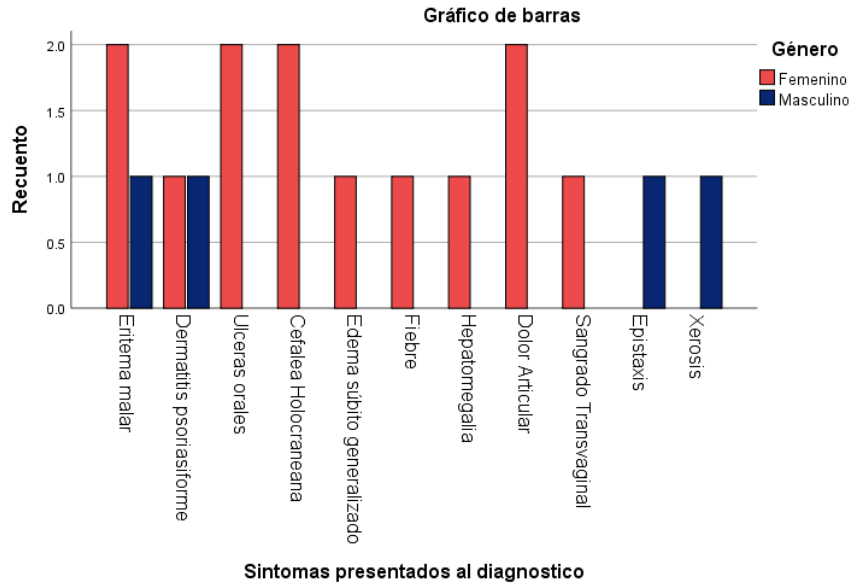


FIGURA 2. Características clínicas prevalentes que se encontraron al momento del diagnóstico por sexo.

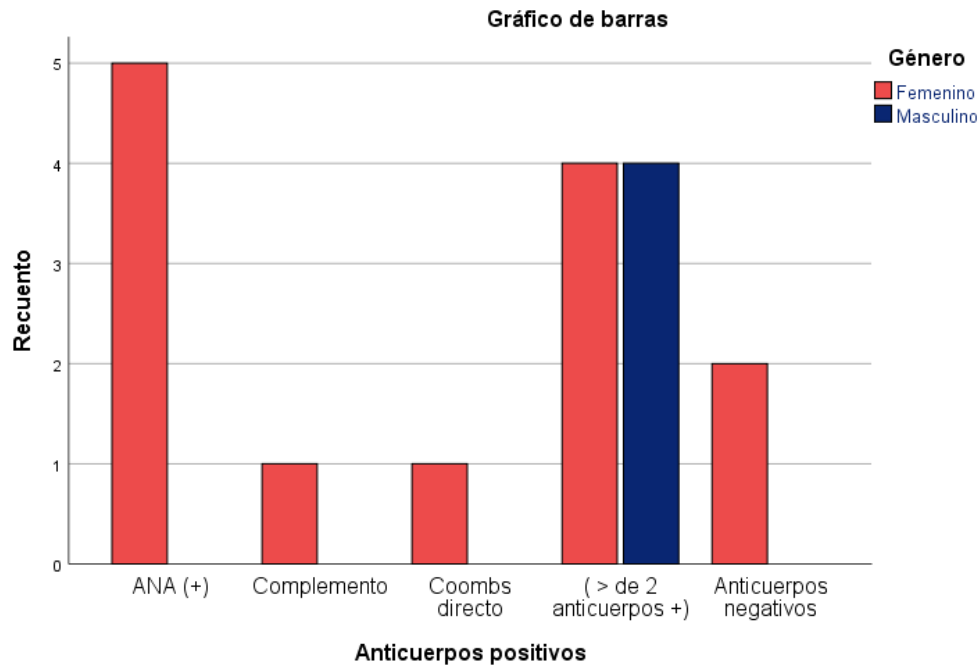


FIGURA 3. Anticuerpos positivos al momento del diagnóstico por sexo.

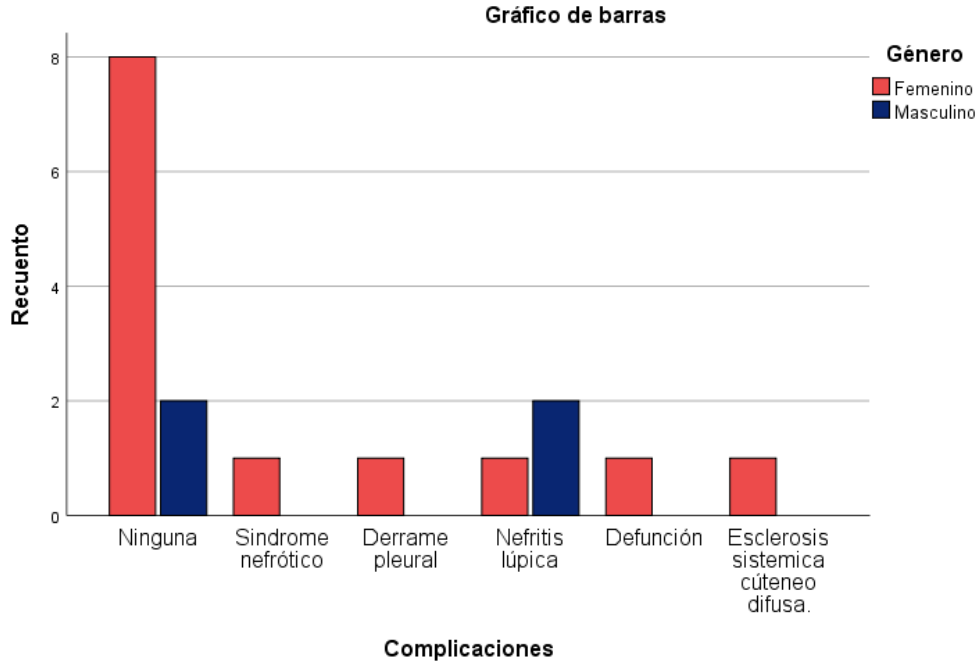


FIGURA 5. Complicaciones más frecuentes en pacientes con lupus eritematoso.

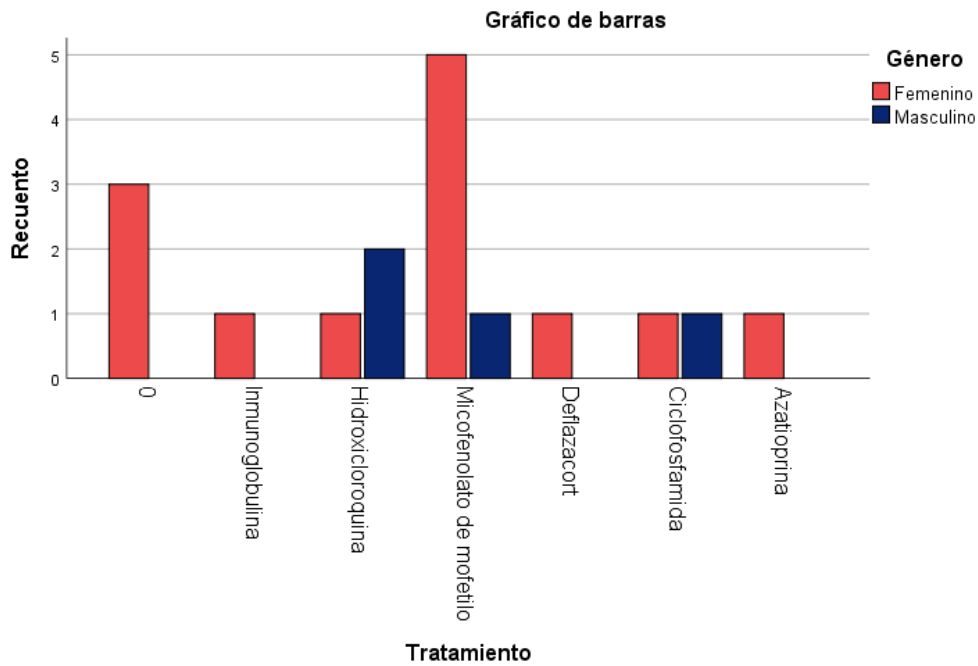


FIGURA 6. Tratamiento que recibieron los pacientes con lupus eritematoso juvenil, siendo el micofenolato de mofetilo el más utilizado.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 18 expedientes clínicos que tuvieron el diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico en el periodo de enero del 2022 al 2024, encontramos 1 expediente incompleto, sin estudios, ni diagnóstico completo, pacientes pediátricos que ante la presencia de sintomatología clínica como: fiebre, eritema malar, cefalea holocraneana, úlceras orales, dolor articular, contaban con múltiples tratamientos, sin diagnóstico médico, fueron referidos a nuestra unidad con sospecha de enfermedad autoinmune.

De la población estudiada 17 paciente correspondió el 76.4% al género femenino y género masculino al 23.5%, obteniendo una media de 12.4 años, mediana de 13 años y moda de 15 años.

Observamos que en el género masculino el diagnóstico más temprano fue a los 8 años, siendo el único caso reportado de lo contrario en el género femenino la edad mínima de presentación fue a los 9 años.

Entre las características clínicas prevalentes encontramos: eritema malar (29.4%), úlceras orales (29.4%), dolor articular (17.64%), cefalea holocraneana.

Reportamos que entre los anticuerpos utilizados para realizar el diagnóstico los más comunes fueron: Anti nucleares (64.7%), Anti ADN dc, Anti Smith, dentro de los estudios complementarios el (35.2%) tuvo hipocomplementemia.

Entre las complicaciones se describe que el (53.9%) en el momento del diagnóstico no se encontró ninguna, mientras que la nefritis lúpica (17.64%).

CONCLUSIONES

La importancia de tener un diagnóstico temprano ante una enfermedad multisistémica con baja incidencia en edad pediátrica nos obliga a conocer características clínicas prevalentes más comunes por lo que nos dimos a la tarea de revisar expedientes de pacientes que han sido referidos al Hospital del niño DIF nos permitió reportar cuatro manifestaciones: eritema malar, úlceras orales, dolor articular (17.64%), cefalea holocraneana.

Realizar acciones encaminadas a una detección temprana, crear campañas de concientización de enfermedades autoinmunes en edad pediátrica para que los padres de nuestros niños conozcan los datos de alarma, realizar un manejo interdisciplinario nos podría aplazar que los pacientes tengan un diagnóstico en etapas avanzadas.

Tabla II. Resumen de los criterios de clasificación de lupus eritematoso sistémico (LES) según diferentes grupos de trabajo*

Criterios ACR 1997	Criterios SLICC 2012	Criterios EULAR/ACR 2019
1. Eritema malar	A. Criterios clínicos:	Criterio indispensable: ANA positivos $\geq 1/80$ en células HEp2 o equivalente
2. Rash discoide	1. Lupus cutáneo agudo o subagudo	Síntomas constitucionales: Fiebre 2 puntos
3. Fotosensibilidad	2. Lupus cutáneo crónico	Leucopenia 3 puntos Trombopenia 4 puntos Hemólisis autoinmune 4 puntos
4. Úlceras orales	3. Úlceras orales / nasales	Delirio 2 puntos Psicosis 3 puntos Convulsiones 5 puntos
5. Artritis no erosiva ≥ 2 articulaciones	4. Alopecia no cicatricial	Alopecia no cicatricial 2 puntos Úlceras orales 2 puntos Lupus cutáneo subagudo o discoide 2 puntos Lupus cutáneo agudo 6 puntos
6. Serositis: pleuritis o pericarditis	5. Sinovitis ≥ 2 articulaciones	Derrame pleural o derrame pericárdico 5 puntos Pericarditis aguda 6 puntos
7. Nefropatía: proteinuria $> 0,5$ g/dl o cilindros celulares	6. Serositis	Sinovitis ≥ 2 articulaciones o artralgias ≥ 2 articulaciones con una rigidez matutina > 30 minutos 6 puntos
8. Afectación neurológica: convulsiones o psicosis	7. Nefritis lúpica	Proteinuria $\geq 0,5$ g/24 h 4 puntos Biopsia renal con nefritis lúpica clase II o V 8 puntos Biopsia renal con nefritis lúpica clase III o IV 10 puntos
9. Afectación hematológica: – Anemia hemolítica o – Leucopenia $< 4.000/\text{mm}^3$ o – Linfopenia $< 1.500/\text{mm}^3$ o – Trombopenia $< 100.000/\text{mm}^3$	8. Afectación del SNC	Anticuerpos antifosfolípido positivos (anticardiolipina o anti- $\beta 2$ GP1 o anticoagulante lúpico) 2 puntos
10. Alteración inmunológica: – Anti-DNA positivos o – Anti-Sm positivos o – Antifosfolípido positivos	9. Anemia hemolítica	Disminución C3 o C4 3 puntos Disminución C3 y C4 4 puntos
11. ANA positivos	10. Leucopenia $< 4.000/\text{mm}^3$ o linfopenia $< 1.000/\text{mm}^3$	Anticuerpos anti-DNAs o Anticuerpos anti-Sm 6 puntos
Se necesita cumplir ≥ 4 criterios para el diagnóstico de LES	11. Trombopenia $< 100.000/\text{mm}^3$	Se necesita cumplir positividad de ANA $\geq 1/80$ + puntuación ≥ 10 puntos y por lo menos un criterio clínico
	B. Criterios inmunológicos:	
	1. ANA positivos	
	2. Anti-DNAs positivo	
	3. Anti-Sm positivo	
	4. Anticuerpos antifosfolípido positivos	
	5. Hipocomplementemia	
	6. Test de Coombs directo positivo	
	Se necesita cumplir 4 criterios de los cuales, al menos, 1 debe ser clínico y otro inmunológico para el diagnóstico de LES	

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilera Barragán-Pickens G, Herrera van-Oostdam D, Irazoque-Palazuelos F, Saavedra-Salinas M, Cerpa-Cruz S, Mendoza-Pinto C, et al. Nefritis lúpica en pacientes mexicanos: respuesta a la terapia intensiva. *Reumatol Clin* [Internet]. 2025; 21(5):501896. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2025.501896>.
2. Chan EY-H, Marks SD. Childhood-onset lupus nephritis: unique aspects and challenges in management. *Kidney Int* [Internet]. 2025;108(5):799–810. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2025.05.039>.
3. Mucke J, Bertsias G, Aringer M, Arnaud L, Boström C, Cervera R, et al. EULAR recommendations for a core dataset to support clinical care and translational and observational research in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2025;84(10):1621–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ard.2025.07.001>.
4. Facó MMM, Leone C, Campos LMA, Febrônio MV, Marques HHS, Silva CA. Risk factors associated with the death of patients hospitalized for juvenile systemic lupus erythematosus. *Braz J Med Biol Res* [Internet]. 2007;40(7):993–1002. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-879x2006005000110>.
5. Tarr T, Dérfalvi B, Gyóri N, Szántó A, Siminszky Z, Malik A, et al. Similarities and differences between pediatric and adult patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* [Internet]. 2015;24(8):796–803. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0961203314563817>
6. Tao, J. J., Hiraki, L. T., Levy, D. M., & Silverman, E. D. (2019a). Comparison of sensitivities of American College of Rheumatology and Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 46(7), 731–738. <https://doi.org/10.3899/jrheum.180337>
7. Abdwani, R., Al Masroori, E., Abdullah, E., Al Arawi, S., & Al-Zakwani, I. (2021). Evaluating the performance of ACR, SLICC and EULAR/ACR classification criteria in childhood onset systemic lupus erythematosus. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 19(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00619-w>.

8. Rodrigues Fonseca, A., Felix Rodrigues, M. C., Sztajn bok, F. R., Gerardin Poirot Land, M., & Knupp Feitosa de Oliveira, S. (2019). Comparison among ACR1997, SLICC and the new EULAR/ACR classification criteria in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Advances in Rheumatology (London, England)*, 59(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s42358-019-0062-z>.
9. Chang, L.-S., Huang, P.-Y., Kuo, H.-C., Tu, Y.-K., Tseng, P.-T., Liang, C.-S., & Hsu, C.-W. (2022). Diagnostic accuracy of the American College of Rheumatology-1997, the Systemic Lupus International Collaborating Clinics-2012, and the European League Against Rheumatism-2019 criteria for juvenile systemic lupus erythematosus: A systematic review and network meta-analysis. *Autoimmunity Reviews*, 21(9), 103144. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2022.103144>.
10. Smith, E. M. D., Lythgoe, H., Midgley, A., Beresford, M. W., & Hedrich, C. M. (2019). Juvenile-onset systemic lupus erythematosus: Update on clinical presentation, pathophysiology and treatment options. *Clinical Immunology (Orlando, Fla.)*, 209(108274), 108274. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2019.108274>
11. Fayyaz, A., Igoe, A., Kurien, B. T., Danda, D., James, J. A., Stafford, H. A., & Scofield, R. H. (2015). Haematological manifestations of lupus. *Lupus Science & Medicine*, 2(1), e000078. <https://doi.org/10.1136/lupus-2014-000078>.
12. Fonseca, A. R., Gaspar-Elsas, M. I. C., Land, M. G. P., & de Oliveira, S. K. F. (2015). Comparison between three systems of classification criteria in juvenile systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford, England)*, 54(2), 241–247. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keu278>.
13. Hamijoyo, L., Sapartini, G., Rahmadi, A. R., Wachjudi, R. G., Dewi, S., Ghrahani, R., Praptama, S., Rainy, N. R., Usman, S. Y., Suryajaya, B. S., Candrianita, S., Sutedja, E., & Setiabudiawan, B. (2022). Comparison of clinical presentation and outcome of childhood-onset and adulthood-onset of systemic lupus erythematosus among Indonesian patients. *Lupus*, 31(6), 759–764. <https://doi.org/10.1177/09612033221093482>
14. Sag, E., Tartaglione, A., Batu, E. D., Ravelli, A., Khalil, S. M. A., Marks, S. D., & Ozen, S. (2014). Performance of the new SLICC classification criteria

in childhood systemic lupus erythematosus: a multicentre study. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 32(3), 440–444.

15. Guo, R., Zhou, Y., Lu, L., Cao, L., & Cao, J. (2017). Atopy in children with juvenile systemic lupus erythematosus is associated with severe disease. *PloS One*, 12(5), e0177774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177774>
16. Villarreal-Treviño, A. V., Saad-Magalhães, C., Álvarez, M., Rubio-Pérez, N., & García Rodríguez, F. (2025). Juvenile systemic lupus erythematosus: Challenge for equity in Latin America. *Reumatología Clínica*, 501973, 501973. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2025.501973>.
17. Ciurtin, C., Robinson, G. A., Pineda-Torra, I., & Jury, E. C. (2022). Comorbidity in young patients with juvenile systemic lupus erythematosus: how can we improve management? *Clinical Rheumatology*, 41(4), 961–964. <https://doi.org/10.1007/s10067-022-06093-3>.
18. Guía de práctica clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el Colegio Mexicano de Reumatología: Daniel Xibillé-Friedmann, Sociedad Española de Reumatología, colegio Mexicano de Reumatología, 2019.
19. Guías de Práctica Clínica para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico del Colegio Mexicano de Reumatología. Actualización 2024 Lilia Andrade-Ortega, Sociedad Española de Reumatología, colegio Mexicano de Reumatología, 2024.
20. Características clínicas e inmunológicas de lupus eritematoso sistémico aplicando los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2019, Dulce Renée Soto, 2022.
21. Galeano L, Morel Ayala Z, Campuzano de Rolón A. Juvenile Systemic Lupus Erythematosus and hematological compromise. *Rev parag reumatol [Internet]*. 2020 [citado el 29 de octubre de 2025];6(1):5–10. Disponible en: <https://revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/115>.
23. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae S-C, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus

erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2024;83(1):15–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2023-224762>

24. *Revista Odontológica Mexicana*, Neutropenia cíclica. Reporte de un caso Cyclic neutropenia. Clinical case report Karla Ivette Oliva Olvera, Vol. 19, Núm 4, Octubre – diciembre 2015.
25. Olvera KIO, Barrios VM, Ríos RF, Ruidíaz VC. Neutropenia cíclica. Reporte de un caso. *Rev Odontol Mex* [Internet]. 2015;19(4):246–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rodmed.2015.10.006>.
26. Gelpí Sabater C. *Reumatol Clin* [Internet]. 2008;4 Suppl 1:11–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X\(08\)76133-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X(08)76133-3)
27. Enríquez-Mejía MG. Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. *Med Investig* [Internet]. 2013 [citado el 29 de octubre de 2025];01(1):8–16.
28. Etchegaray-Morales I, Mendoza-Pinto C, Arellano-Avendaño FJ, Ibañez-Ovando S, Munguía-Realpozo P, Orbe-Sosa JG, et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in Latin America. *Reumatol Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2024;20(10):560–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reumae.2024.11.003>.
29. Gruezo-Realpe P, Rodríguez-Alarcón C, Japón-Cueva D, Viñan-Paucar L, Cueva-Espinoza W, Layedra-Luna J, et al. Manifestaciones neuropsiquiátricas en el lupus eritematoso sistémico juvenil: estudio observacional. *Neurol Argent* [Internet]. 2025;17(1):13–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2025.01.001>.
30. Urbaneja Rodríguez E. Lupus y otras conectivopatías en la infancia [Internet]. *Pediatriaintegral.es*. [citado el 29 de octubre de 2025]
31. Greenan-Barrett J, Doolan G, Shah D, Virdee S, Robinson GA, Choida V, et al. Biomarkers associated with organ-specific involvement in juvenile systemic lupus erythematosus. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2021;22(14):7619. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms22147619>.
32. Massias JS, Smith EMD, Al-Abadi E, Armon K, Bailey K, Ciurtin C, et al. Clinical and laboratory characteristics in juvenile-onset systemic lupus

erythematosus across age groups. *Lupus* [Internet]. 2020;29(5):474–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0961203320909156>.

33. Textbook of Pediatric Rheumatology, James T. Cassidy, 2015

34. Lai W-T, Cho W-H, Eng H-L, Kuo M-H, Huang F-C. Overlap syndrome involving systemic lupus erythematosus and autoimmune hepatitis in children: A case report and literature review. *Front Pediatr* [Internet]. 2019;7:310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2019.00310>.

35. Barros JT, Ochoa JAF, Barros TT. Lupus eritematoso sistémico pediátrico asociado a hepatitis [Internet]. Edu.ec.

36. Charelle S, Elie M, Tony El M. Case report and review of literature: An overlap syndrome of autoimmune hepatitis and systemic lupus erythematosus. *Clin Med Rev Case Rep*.

37. Smith EMD, Lythgoe H, Midgley A, Beresford MW, Hedrich CM. Juvenile-onset systemic lupus erythematosus: Update on clinical presentation, pathophysiology and treatment options. *Clin Immunol* [Internet]. 2019;209(108274):108274.



FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

SINTOMAS POSITIVOS AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

- a) Eritema malar
- b) Dermatitis psoriasiforme
- c) Ulceras orales
- d) Cefalea holocraneana
- e) Edema súbito generalizado
- f) Hepatomegalia
- g) Dolor articular
- h) Xerosis
- i) Sangrado transvaginal
- j) Astenia
- k) Nefritis
- l) Vasculitis

INMUNOLOGÍA

- a) ANAS.
- b) Anti ADN ~~dc~~
- c) Anti Smith
- d) Anti citoplasmáticos
- e) Hipocomplementemia
- f) Coombs directo

COMPLICACIONES

- a) Síndrome nefrótico
- b) Hemorragia prerretiniana
- c) Nefritis lúpica
- d) Insuficiencia valvular aórtica
- e) Falla hepática
- f) Defunción

TRATAMIENTO

- a) Inmunoglobulina intravenosa
- b) Hidroxicloroquina
- c) Metilprednisolona
- d) Micofenolato de mofetilo
- e) Deflazacort
- f) Ciclofosfamida
- g) Azatioprina



HNDIF-CEI-OF. Of. 979/X/2025

Pachuca de Soto, Hgo, a 15 de octubre de 2025.

M.R. Sayra María López López
Responsable de Proyecto de Investigación
Presente

Número de registro Protocolo de Investigación.

Por medio de la presente, le informo que se ha revisado su protocolo de investigación bajo los preceptos establecidos por la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud y la NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, por lo tanto, se aprueba la ejecución del proyecto de investigación con número de solicitud CICEICB-2025-09-03 y titulado "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PREVALENTES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL EN NIÑOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO DIF", otorgando el número de registro:

CICEICB-EP-2025-12

Se solicita que, a partir de la fecha, indique este número en todos los documentos de difusión científica derivados de esta investigación y al finalizar el proyecto, deberá notificar vía oficio la terminación del mismo a los comités de Investigación del Hospital del Niño DIF Hidalgo. Finalmente, se le invita que realice las actividades de investigación en el Hospital de acuerdo con las buenas prácticas Clínicas y a los preceptos de la ética, metodología científica y bioseguridad apegados a la normatividad.

Este documento tiene vigencia hasta el 31 de junio de 2026.

ATENTAMENTE


Dr. José Roberto Pioquinto Mendoza
Jefe de Investigación
Presidente del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Expediente CICEICB
 PPTG/JRPM

Actividad	Nombre	Cargo
Validó	Dra. Perla Pérez Téllez Girón	Coordinadora de Enseñanza e Investigación
Revisó	Dr. José Roberto Pioquinto Mendoza	Jefe de Investigación
Elaboró	Dr. José Roberto Pioquinto Mendoza	Jefe de Investigación 