

Ansiedad en personal de salud de un Hospital del Ministerio de Salud durante la pandemia de COVID-19 en la Región Sur del Perú

Anxiety in health personnel of the Hospital of the Ministry of Health during the COVID-19 pandemic in the Southern Region of Peru

Agueda-Muñoz-del-Carpio-Toia¹, Yury Merma Barazorda¹, Walter L. Arias Gallegos²,
Lucía Begazo-Muñoz-del-Carpio¹, Francesca Díaz Del Olmo Calvo³, Renzo Rivera²,
Patricio Díaz Del Olmo Calvo⁴, Paulina Patricia Valdivia Carazas¹,
Magly Liesbeth Larico⁵, Tomás Caycho-Rodríguez⁶



Recibido: 11/12/2024

Aceptado: 14/04/2025

Publicado: 03/09/2025

Autor correspondiente

Tomás Caycho-Rodríguez
Universidad Científica del Sur
Lima, Perú

tcaycho@cientifica.edu.pe

Editor Responsable

Iván Barrios, PhD¹
Universidad Nacional de Asunción
San Lorenzo, Paraguay

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#).



¹ Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

² Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.

³ William Peace University, Carolina del Norte, Estados Unidos.

⁴ Emory & Henry University, Virginia, Estados Unidos.

⁵ Centro de Salud Mental Comunitario Hunter, Arequipa, Perú.

⁶ Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

RESUMEN

Introducción: La pandemia del COVID-19 ha afectado dramáticamente la salud mental de la población en general, pero de forma particular al personal de salud, por lo que se ha registrado un aumento de los niveles de ansiedad de médicos y enfermeras en diversos países. **Objetivo:** Determinar los niveles de ansiedad en personal de salud que labora en un hospital del Ministerio de Salud en Arequipa y su asociación con la atención de pacientes con COVID-19. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo transeccional, en el que se evaluó a 147 trabajadores de salud un hospital del Ministerio de Salud mediante la Escala de Evaluación de la ansiedad de Zung. **Resultados:** El 53.1% del personal evaluado presenta ansiedad desde leve a severa, de los cuales, en el 66% de los casos se encuentra asociada con los dilemas éticos que presentan los trabajadores por atender pacientes infectados con COVID-19. **Conclusión:** Existe una asociación significativa entre la ansiedad y la atención de pacientes infectados por COVID-19.

Palabras clave: Ansiedad; COVID-19; Personal de Salud; Pandemia.

ABSTRACT

Introduction: The pandemic of COVID-19 had affected dramatically the mental health of general population, but specifically the health personnel, so there were reported higher levels of anxiety in physicians and nurses in several countries. **Objective:** To determine the levels of anxiety in health personnel who work in Hospital from Ministry of Health Hospital from Arequipa City and its association with the attempt of patients with COVID-19. **Methodology:** This is a descriptive transectional study, in which there were assessed 147 healthcare workers in Hospital with and there Zung Anxiety Scale. **Results:** The 53.1% of the health personnel assessed presents some levels of anxiety, that is associated in the 66% of the cases with ethical dilemmas for working with people infected with COVID-19. **Conclusion:** There is a significant association between anxiety and the attempt of patients with COVID-19.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Healthcare Workers; Pandemic.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del 2019 se dio a conocer sobre un brote de una variedad de coronavirus (Severe Accute Respiratory Syndrome – Coronavirus 2) en Wuhan (China) (1), que se caracteriza por tos seca, malestar estomacal, dolor de garganta y fiebre; pero puede complicarse con neumonía, edema pulmonar y shock séptico (2). Conocida como COVID-19, la enfermedad causada por este virus, rápidamente se extendió por todo el mundo, con proporciones epidémicas al alcanzar a más de 15 millones de contagiados y una mortalidad elevada que afecta principalmente a los adultos mayores (3), a personas con enfermedades cardiovasculares, diabetes y sobrepeso (4).

Ante la propagación del virus, los países cerraron sus fronteras y decretaron medidas de cuarentena y aislamiento social, afectando negativamente a diversos sectores económicos (5). Cabe resaltar que la letalidad del virus varía de un país a otro, según sus características demográficas, socioeconómicas y de la eficacia de sus sistemas de salud (6). En ese sentido, Perú registró su primer infectado el 6 de marzo del 2020, y el personal de salud fue considerado población de alto riesgo de contagio, ya que no se contaba con los implementos de seguridad adecuados, ni con pruebas moleculares, ventiladores, camas en hospitalización o en cuidados intensivos para tratar a los pacientes (7).

Asimismo, un aspecto que se ha visto afectado a la población en general y al personal de salud en particular, debido al aislamiento y al temor por contagiarse, es la salud mental (8). A nivel global se ha reportado un aumento de casos de esquizofrenia y delirio (9), mediado por las teorías conspirativas que se han difundido en las redes sociales y los medios de comunicación (10). Frente a ello se ha planteado la necesidad de informarse adecuadamente por medios oficiales y de mantener una rutina habitual que implique mantenerse ocupado con las actividades laborales y académicas, que se efectúan, en muchos casos, de forma virtual (11).

Para el caso del personal de salud, se ha tornado imprescindible reforzar los conocimientos en diversos niveles formativos (12), contar con medidas pertinentes de bioseguridad y ergonomía (13), y adoptar medidas laborales para reducir el impacto psicológico de las exigencias laborales en el contexto de la pandemia (14). En ese sentido, aunque también se ha reportado un incremento de diversos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo en la población (15), en el personal de salud el estrés, la ansiedad y la depresión se han incrementado de forma alarmante (16), siendo los médicos, los residentes y las enfermeras los más afectados (17-20). Todo ello ha motivado que se brinden de forma oficial diversas recomendaciones para reducir los efectos del estrés y promover una salud mental entre los trabajadores del sector (21,22).

Asimismo, se han movilizado esfuerzos para realizar estudios sobre el COVID-19 y su impacto en la salud física y mental de las personas, pero los estudios bibliométricos de la producción académica en América Latina revelan que muy pocos de ellos se han centrado en la salud mental del personal de salud (23,24). En Perú, por ejemplo, se ha reportado que la población está registrando niveles de ansiedad y depresión elevados, sobre todo en el sexo femenino y entre las personas de menor edad, siendo los síntomas más representativos la agorafobia, la tristeza, trastornos de sueño y sentimientos de cansancio (25).

En la región Arequipa, ubicada al sur del Perú, estudios previos a la pandemia han reportado que los niveles de estrés laboral de los médicos y enfermeras eran moderados, pero con mayores repercusiones emocionales para estas últimas (26-29). En ese sentido, el estrés se suele asociar, en etapas agudas, con la ansiedad (30); de modo que sería plausible hipotetizar que los niveles de ansiedad entre el personal asistencial de la ciudad de Arequipa serían moderados y altos. Estos niveles de ansiedad estarían mediados por el miedo al contagio del COVID-19 (31), la sobrecarga laboral y las excesivas demandas asistenciales en el contexto de la pandemia (32), así como la percepción del sufrimiento de los pacientes con COVID-19 (33).

Sin embargo, en Arequipa no existen estudios sobre el riesgo psicosocial de los trabajadores del ámbito de la salud durante la pandemia, por ello, la presente investigación pretende analizar los niveles de ansiedad en el personal de salud de un hospital de la ciudad, en función de las demandas que genera la atención de pacientes con COVID-19.

METODOLOGÍA

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal (34), en base a la aplicación de instrumentos de medición por medio de la técnica de autoreporte.

Participantes

La muestra estuvo conformada por personal de salud de ambos sexos, que trabajan en los servicios de UCI, emergencia, hospitalización y triaje de un hospital nivel II de la ciudad de Arequipa, en el sur de Perú. La selección de la muestra fue por medio de métodos no probabilísticos y la técnica de muestro por cuotas.

Instrumentos

Se utilizó una ficha sociodemográfica para registrar los datos del personal de salud, tales como edad, sexo, tiempo de servicio, área en la que labora, si se tiene contacto con pacientes de COVID-19, si disponen de equipos de protección personal, si han sido capacitados para atender pacientes infectados con coronavirus, y si presentan dilemas éticos en su labor diaria.

Como instrumento de evaluación se aplicó la Escala de Evaluación de Ansiedad de Zung, que consta de 20 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert con cuatro niveles, desde “Nunca o raras veces” hasta “La mayoría de las veces”. Esta prueba valora los síntomas de la ansiedad y ofrece cuatro niveles diagnósticos: Sin ansiedad presente, ansiedad leve, moderada y severa. Sus propiedades psicométricas han sido analizadas en estudios latinoamericanos con adecuados índices de validez y confiabilidad, obtenidos mediante análisis factorial confirmatorio y el método de consistencia interna^(35,36). En ese sentido, se ha confirmado su estructura unidimensional y se ha reportado un índice de confiabilidad superior a .7, por lo que el instrumento es válido y confiable.

Procedimiento

El estudio forma parte de un proyecto de mayor envergadura titulado “Salud mental en trabajadores de salud que atienden pacientes Covid en servicios de salud” aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María (registro: 179- 2020). Se contó con la autorización de la Jefatura de Psiquiatría del Hospital y el consentimiento informado de los participantes. La evaluación del personal de salud se desarrolló dentro de las dentro de las instalaciones del hospital. Los datos se recolectaron entre mayo y julio del 2020 de forma individual.

Análisis de datos

Los datos se procesaron con el programa SPSS versión 25, aplicándose estadísticos descriptivos y pruebas inferenciales según el nivel de medición de las variables. Para determinar la asociación de los niveles de ansiedad con ciertos datos sociodemográficos y ciertas características de la atención de pacientes con COVID-19, se trabajó con la prueba Chi cuadrado.

RESULTADOS

La [Tabla 1](#) muestra que el 61.2% del personal de salud evaluado es de sexo femenino y el 38.8% de sexo masculino. Además, el 85.7% del personal que tienen más de 30 años, el 12.9% tiene entre 25 y 30 años, y el 1.4% menos de 25 años. En cuanto al estado civil, el 45.6% son casados, 40.1% son solteros, 10.2% son convivientes y 4.1% tiene otro estado civil (viudos o divorciados).

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL DE SALUD

Datos sociodemográficos	F	%
Sexo		
Masculino	57	38.8
Femenino	90	61.2
Edad		
<25 años	2	1.4
De 25 a 30	19	12.9
Más de 30	126	85.7
Estado Civil		
Soltero	59	40.1
Casado	67	45.6
Conviviente	15	10.2
Otro	6	4.1
TOTAL	147	100

En la [Tabla 2](#) se aprecia que el 60,5% de la muestra vivía en la casa de su familia, el 37,4% en su propia casa o departamento y el 2% en una pensión. Asimismo, la mayoría de evaluados no tenía hijos (54,4%); mientras que el 14,3% tenía un hijo, el 21,8% dos hijos y el 9,5% más de dos hijos. En cuanto a las personas con que vivían, el 32,7% vivía con su pareja, el 17% con sus dos padres, el 2,7% solo con su padre, el 9,5% solo con su madre, el 26,5% con familiares de 1er grado y el 11,6% con otros familiares.

TABLA 2. DATOS FAMILIARES DEL PERSONAL DE SALUD

Datos familiares	F	%
Vivienda		
En casa de familia	89	60.5
En pensión	3	2.0
Casa propia o departamento	55	37.4
Nº de hijos		
Ninguno	80	54.4
Uno	21	14.3
Dos	32	21.8
Más de dos	14	9.5
Personas con las que vive		
Ambos padres	25	17.0
Papá	4	2.7
Mamá	14	9.5
Familiares de 1er grado	39	26.5
Pareja	48	32.7
Otros	17	11.6
TOTAL	147	100

En la [Tabla 3](#) se observa que según su ocupación, el 47,6% de la muestra estuvo compuesta por médicos asistentes, el 19,7% por médicos residentes, 23,8% por enfermeras, el 6,8% por técnicas de enfermería, el 1,4% por personal de laboratorio y el 0,7% por obstetras. En cuanto al servicio en que laboraban, el 31,3% trabajaba en el servicio de emergencia, el 18,4% en hospitalización, el 9,5% en UCI y el 40,1% restante en otras áreas.

TABLA 3. DATOS LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD

Datos laborales	Nº.	%
Ocupación		
Médico asistente	70	47.6
Residente	29	19.7
Enfermera	35	23.8
Obstetra	1	0.7
Laboratorio	2	1.4
Técnico de enfermería	10	6.8
Servicio		
Emergencia	46	31.3
UCI	14	9.5
Hospitalización emergencia varones	5	3.4
Hospitalización emergencia mujeres	11	7.5
Hospitalización cirugía varones	5	3.4
Hospitalización cirugía mujeres	5	3.4
Hospitalización de ginecoobstetricia	1	0.7
Otro	60	40.8
TOTAL	147	100

La [Tabla 4](#) muestra que el 36,7% del personal de salud evaluado tenía contacto directo con pacientes con COVID-19, mientras que el 19% no lo tenía y el 44,2% lo ignoraba. En cuanto a lo que más les abrumaba, el 40,1% indicó que era que la falta de EPP, el 29,9% tener contacto con pacientes con COVID-19, el 12,2% la falta de personal, el 6,8% la falta de equipos médicos, el 2% las guardias, el 0.7% problemas personales y el 8,2 eran problemas diversos.

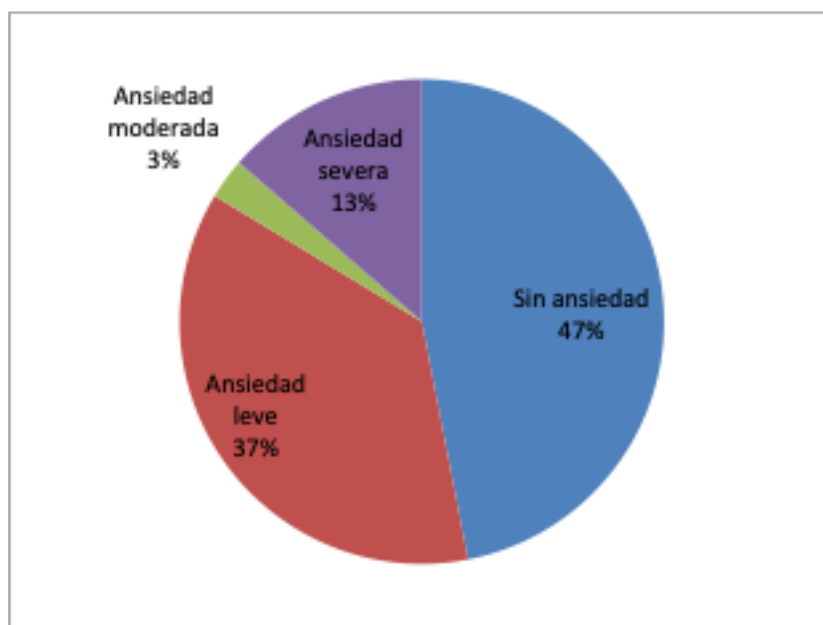
Además, el 68,7% afirmó que el equipo de salud no estaba lo suficientemente capacitado para el cuidado de pacientes COVID-19. También se observa que al 89,8% del personal le preocupaba contagiarse cuando atendían a pacientes COVID-19, mientras que el 48,3% señaló que no había recibido capacitación para trabajar de manera segura con pacientes COVID-19, el 30,7% desconocía de los protocolos para atender a los pacientes sospechosos de tener COVID-19 y el 63,9% no presentaban algún dilema ético en la atención de pacientes con COVID-19, mientras que el 36,1% sí lo presentaba.

TABLA 4. DATOS RELACIONADOS AL COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD

Datos relacionados al COVID-19	F	%
Contacto directo pacientes COVID		
Sí	54	36,7
No	28	19,0
No sabe	65	44,3
Qué es lo que más abruma		
Contacto con pacientes COVID 19	44	29,9
Guardias	3	2,0
Falta de EPP	59	40,1
Falta de personal	18	12,2
Falta de equipos médicos	10	6,8
Problemas personales	1	0,7
Otro	12	8,2
El equipo está capacitado		
Sí	17	11,6
No	101	68,7
No sabe	29	19,7
Le preocupa contagiarse cuando atiende a pacientes COVID		
Totalmente de acuerdo	72	49,0
De acuerdo	60	40,8
Indiferente	1	0,7
En desacuerdo	5	3,4
Totalmente en desacuerdo	9	6,1
Ha recibido capacitación		
Totalmente de acuerdo	22	15,0
De acuerdo	71	48,3
Indiferente	9	6,1
En desacuerdo	7	4,8
Totalmente en desacuerdo	38	25,9
Sabe el protocolo para atender pacientes sospechosos		
Totalmente de acuerdo	22	15,0
De acuerdo	71	48,3
Indiferente	9	6,1
En desacuerdo	7	4,8
Totalmente en desacuerdo	38	25,9
Dilema ético en atención de pacientes con COVID-19		
Sí	53	36,1
No	94	63,9
TOTAL	147	100

Respecto a los niveles de ansiedad del personal de salud evaluado se puede observar en la Figura 1 que el 46,9% (N=69) no presenta ansiedad; mientras que el 36,7% (N= 54) tiene un nivel leve, el 2,7% (N= 4) moderado y el 13,6% severo (N= 20). Es así que al dicotomizar los datos se muestra que el 53.1% del personal de salud que participo del estudio tiene algún nivel de ansiedad.

FIGURA 1. NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD EVALUADO



DISCUSIÓN

LES es una enfermedad autoinmune compleja, que se caracteriza por su capacidad de afectar a diversos órganos, por la producción de una variedad de autoanticuerpos, lo que determina las diferentes manifestaciones clínicas objetivadas durante la evolución de la enfermedad (16–20). En este estudio, se caracterizó a los pacientes con el diagnóstico de LES que acudieron al Hospital Nacional entre 2018 a octubre de 2023. Hubo predominancia del sexo femenino, la proporción de mujer:hombre fue de 7:1, como se reporta en la literatura (21). Los pacientes eran jóvenes con una mediana de 29,6 años, similar a lo reportado por Maloney et al. (22).

Las principales manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes fueron la alopecia, artralgias, cefalea, eritema malar, artritis, nefritis y fiebre prolongada. La alopecia es una manifestación frecuente (45–60 %) y se asocia con actividad inflamatoria en el cuero cabelludo (20). El eritema malar fue una de las manifestaciones clínicas principales presentadas por las pacientes, se considera una manifestación clásica del LES y es un criterio diagnóstico, sugiere actividad de la enfermedad, se exacerba por la exposición al sol (2).

Artralgias y artritis son de las manifestaciones más frecuentes en LES (70–95 %) (20). La cefalea que se presenta entre 30–50 % de los pacientes puede presentarse como migraña o cefalea tensional, pero también puede ser un síntoma de compromiso neurológico en LES (20). Estos hallazgos son similares a lo reportado por Renée et al. (21).

La nefritis lúpica se observó en el 31,7 % de los pacientes. La prevalencia de nefritis lúpica es diferente de acuerdo a la raza y el origen étnico, así los africanos/caribeños y asiáticos/isleños del Pacífico presentan un riesgo mayor de desarrollar nefritis (35–80 %), los hispanos (30–50 %) y los caucásicos un riesgo menor (15–25 %) (23). Es una de las manifestaciones más severas de la enfermedad, se asocia con un mal pronóstico, el riñón puede afectarse en cualquier momento durante la evolución de la enfermedad, es más frecuente en las fases iniciales de la enfermedad, en los varones la afectación puede ser más severa (22). Los pacientes de raza negra con ancestros africanos presentan una enfermedad renal más agresiva, con actividad de la enfermedad más severa, presentan una menor respuesta al tratamiento y un peor pronóstico comparado con los pacientes blancos (23). La biopsia renal es esencial para el diagnóstico y seguimiento (22–23), pero no se realizó en estos pacientes por falta de disponibilidad en el Hospital Nacional.

La fiebre aguda como prolongada fue observada en nuestro estudio, puede ser un signo de actividad inflamatoria sistémica o estar asociada con infecciones secundarias debido a la inmunosupresión ya sea por el tratamiento o por la propia enfermedad. Es un síntoma inespecífico, la causa debe evaluarse según el contexto clínico, y con la presencia de biomarcadores de actividad lúpica (1,7,9). En 2019, la fiebre se incluyó dentro de los criterios de clasificación EULAR/ACR para el LES, por su mayor frecuencia en el lupus que en las enfermedades que lo simulan (4). El fenómeno de Raynaud se presentó en el 26,8 % de los pacientes, puede presentarse hasta en el 50 % de los pacientes, se ha asociado con pacientes de mayor edad y con menor afectación renal (24).

El autoanticuerpo más frecuente en nuestro estudio fue el anticuerpo anti-DNA. Su frecuencia alta se podría explicar pues la mayoría de los pacientes presentaban actividad severa de la enfermedad. El título del anti-DNA fluctúa durante el curso de la enfermedad, puede negativizarse con el tratamiento y positivarse durante las recaídas, especialmente en pacientes con nefritis activa. Tiene una alta especificidad (96 %), pero una baja sensibilidad (52–70 %); sin embargo, los títulos del anticuerpo anti-DNA no siempre se correlacionan con una nefritis lúpica activa o con la actividad de la enfermedad (4–11).

La nefritis se asoció con la positividad del anticuerpo anti-DNA, anti-RNP y anti-p ribosomal. Los autoanticuerpos anti-DNA son característicos de la enfermedad, favorecen la formación de complejos inmunes circulantes que se depositan en los riñones, activan el proceso inflamatorio propiciando la disfunción renal (23).

El anticuerpo anti-Ro se observó en más del 40 %. Este anticuerpo se describe en el síndrome de Sjögren, lupus cutáneo subagudo, lupus neonatal; el bloqueo cardíaco congénito se puede presentar en hijos de madres con anticuerpo anti-Ro positivos, trombopenia y vasculitis (1, 5). El anticuerpo anti-La se observó en casi el 20 %, su presencia en pacientes con lupus es de un 15 % aproximadamente y se lo asocia con lesiones cutáneas, artritis, serositis, fenómeno de Raynaud y miocarditis (1,3–8).

El anticuerpo anti-RNP fue positivo en un poco más del 20 %. Puede estar presente en el 50 % de los pacientes con LES y las manifestaciones clínicas asociadas con este anticuerpo son artritis, fenómeno de Raynaud, miositis, esclerodactilia y afectación pulmonar (11).

Los anticuerpos antifosfolípidicos fueron positivos en el 10 % de los pacientes. Su frecuencia en el lupus eritematoso sistémico (LES) es alrededor del 40 % (11). Su expresión clínica, el síndrome antifosfolípido, se caracteriza por dos principales dominios: los eventos trombóticos, con trombosis venosa y/o arterial, y la morbilidad obstétrica, cuyas manifestaciones clínicas principales son la pérdida recurrente en el primer trimestre del embarazo, muerte fetal, preeclampsia, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal, asociadas con la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos (anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina IgG/IgM y/o anticuerpos anti-β2-glicoproteína I IgG/IgM), realizadas con al menos 12 semanas de diferencia (11), pueden producir microangiopatía trombótica renal. En pacientes con nefritis lúpica el pronóstico puede agravarse ante la presencia de anticuerpos antifosfolípidicos (6). En nuestro estudio, ningún paciente presentó eventos trombóticos ni morbilidad obstétrica.

El factor reumatoide fue positivo en más del 20 %. Este autoanticuerpo puede ser positivo en diversas enfermedades autoinmunes, no es específico del LES (1).

El anticuerpo p ribosomal fue positivo en el 13,4 %. Su frecuencia en pacientes con LES es del 10 % y se lo asocia con manifestaciones neuropsiquiátricas, LES infantil y con la actividad de la enfermedad (1,13).

El anticuerpo anti-histona fue positivo en el 10 % de los pacientes. Se detectan en aproximadamente el 75 % de los pacientes con lupus inducido por fármacos; también pueden estar presentes en pacientes con LES y no son patognomónicos; se observan en el 50 % de los pacientes con lupus y manifestaciones neuropsiquiátricas (14).

El anticuerpo anti-centrómero y el anticuerpo anti-Scl 70 se observaron en pocos pacientes, alrededor del 5 %. Su presencia en pacientes con LES es baja, se asocia con hipertensión pulmonar, nefropatía y manifestaciones neurológicas (1).

El anticuerpo anti-Sm forma parte de los criterios de clasificación del LES. Son específicos del lupus, su positividad está asociada con la actividad de la enfermedad y con la presencia de nefritis lúpica. Su presencia en pacientes con lupus puede indicar el desarrollo de nefritis lúpica, además altos títulos de anticuerpo anti-Sm fueron identificados como predictor de nefritis lúpica silente y pueden asociarse con un mal pronóstico. El anticuerpo anti-Sm podría encontrarse hasta en el 40 % de los pacientes con LES y se relaciona con el fenómeno de Raynaud, vasculitis, leucopenia, trombosis, nefropatía y las manifestaciones neurológicas (1,11).

El anticuerpo anti-Jo-1 no se detectó en nuestro estudio. No es característico del LES, está asociado con miositis idiopáticas inflamatorias, en particular con el síndrome antisintetasa. Su presencia en LES podría indicar un mayor riesgo de afectación pulmonar intersticial o miopatía inflamatoria (20).

Los anticuerpos analizados (anti-DNA, anti-Ro, anti-Sm, anti-RNP, anti-p ribosomal) son factores de riesgo para complicaciones de la enfermedad como la nefritis lúpica y el síndrome de Raynaud. Los autoanticuerpos pueden contribuir a mejorar el diagnóstico del lupus, favorecer la evaluación de los órganos afectados, informar sobre el control de la enfermedad y el curso clínico de la misma (11–20). Su identificación podría reconocer precozmente las

afecciones y favorecer tratarlas oportunamente con la finalidad de controlar adecuadamente la actividad de la enfermedad, lo que permitiría disminuir la morbilidad asociada con esta patología.

Este estudio presenta limitaciones por ser de un solo centro, lo que impide hacer generalizaciones de los hallazgos. La fortaleza del estudio es que nos permite conocer la frecuencia de seropositividad de autoanticuerpos y su relación con las manifestaciones clínicas, lo que nos ayudará a adoptar las medidas terapéuticas oportunas de esta patología.

El presente estudio permitió caracterizar las manifestaciones clínicas y la frecuencia de autoanticuerpos en pacientes con LES hospitalizados en el Hospital Nacional. Se observó una alta prevalencia de actividad severa de la enfermedad, con síntomas predominantes como alopecia, artralgias y cefalea. Los autoanticuerpos más frecuentes fueron el anti-DNA, anti-Ro y anti-Sm, destacándose la asociación entre ciertos autoanticuerpos y manifestaciones específicas, como la nefritis y el síndrome de Raynaud. Estos hallazgos refuerzan la importancia de los biomarcadores en la evaluación y manejo del LES, contribuyendo a un mejor abordaje clínico de la enfermedad.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

A-M-d-C-T, YMB participaron en la concepción y diseño, WLAG, RR y TC-R participaron en la redacción y el análisis de datos del estudio. LB-M-d-C, PPV y MLL participaron en el enrolamiento y la recolección de datos. AMCT, WLAG, RR, FDDOC, PDDOC y TC-R participaron en la interpretación de los datos y redacción del artículo. Todos los participantes participaron en la redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito y se hacen responsables del contenido del artículo.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de salud del hospital, por su apoyo.

NOTA EDITORIAL

Las opiniones expresadas en este artículo, así como el enfoque metodológico y los resultados presentados, son responsabilidad exclusiva de los autores. Este trabajo fue revisado y aprobado por revisores externos en el marco del proceso editorial, pero no refleja necesariamente la postura oficial de la revista, de su comité editorial ni de su editor jefe.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia. Tomás Caycho-Rodríguez. Correo: tcaycho@cientifica.edu.pe

COMENTARIOS DE REVISORES

El nombre de los revisores externos, así como su dictamen se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.dropbox.com/scl/fi/6a7ol3v6xi7mxd4d0efk5/Dictamen-554.pdf?rlkey=e72fmg1hajas6j8wh85gm1hzn&dl=0>

REFERENCIAS

- Gómez-Bañuelos E, Fava A, Andrade F. An update on autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol*. 2023;35(2):61-67. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000922>
- Kiriakidou M, Ching CL. Systemic Lupus Erythematosus. *Ann Intern Med*. 2020;172(11):ITC81-ITC96. <https://doi.org/10.7326/AITC202006020>
- Yu H, Nagafuchi Y, Fujio K. Clinical and Immunological Biomarkers for Systemic Lupus Erythematosus. *Biomolecules*. 2021;11(7):928. <https://doi.org/10.3390/biom11070928>
- Zucchi D, Silvagni E, Elefante E, et al. Systemic lupus erythematosus: one year in review 2023. *Clin Exp Rheumatol*. 2023;41(5):997-1008. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/4uc7e8>
- Arnaud L, Chasset F, Martin T. Immunopathogenesis of systemic lupus erythematosus: An update. *Autoimmun Rev*. 2024;23(10):103648. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2024.103648>
- Accapezzato D, Caccavale R, Paroli MP, et al. Advances in the Pathogenesis and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus. *Int J Mol Sci*. 2023;24(7):6578. <https://doi.org/10.3390/ijms24076578>
- Yu C, Li P, Dang X, Zhang X, Mao Y, Chen X. Lupus nephritis: new progress in diagnosis and treatment. *J Autoimmun*. 2022;132:102871. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102871>
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400-1412. <https://doi.org/10.1002/art.40930>
- Reátegui-Sokolova C, Ugarte-Gil MF, Harvey GB, et al. Predictors of renal damage in systemic lupus erythematosus patients: data from a multiethnic, multinational Latin American lupus cohort (GLADEL). *RMD Open*. 2020;6(3):e001299. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001299>
- Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(1):15-29. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224762>
- Ahn SS, Jung SM, Yoo J, Lee SW, Song JJ, Park YB. Anti-Smith antibody is associated with disease activity in patients with new-onset systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int*. 2019;39(11):1937-1944. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04445-y>
- Dima A, Jurcut C, Baicus C. The impact of anti-U1-RNP positivity: systemic lupus erythematosus versus mixed connective tissue disease. *Rheumatol Int*. 2018;38(7):1169-1178. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4059-4>

13. Pisetsky DS. Evolving story of autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *J Autoimmun.* 2020;110:102356. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102356>
14. Meroni PL, Tsokos GC. Editorial: Systemic Lupus Erythematosus and Antiphospholipid Syndrome. *Front Immunol.* 2019;10:199. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00199>
15. Crow MK. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus: risks, mechanisms and therapeutic targets. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(8):999-1014. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-223741>
16. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic Lupus Erythematosus: A Review. 2024;331(24):2136]. *JAMA.* 2024;331(17):1480-1491. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.2315>
17. Lou H, Ling GS, Cao X. Autoantibodies in systemic lupus erythematosus: From immunopathology to therapeutic target. *J Autoimmun.* 2022;132:102861. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102861>
18. Alforaih N, Whittall-Garcia L, Touma Z. A Review of Lupus Nephritis. *J Appl Lab Med.* 2022;7(6):1450-1467. <https://doi.org/10.1093/jalm/jfac036>
19. Lai NS, Lu MC, Chang HH, Lo HC, Hsu CW, et al. Comparison of the Correlation of Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000 (SLEDAI-2K) and Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Score (SLE-DAS) with Health-Related Quality of Life. *J Clin Med.* 2021;10(10):2137. <https://doi.org/10.3390/jcm10102137>
20. Wallace D. Clinical manifestations and diagnosis of systemic lupus erythematosus in adults. *UpToDate.* 2023.
21. Renée SD, Mercado U. Características clínicas e inmunológicas de lupus eritematoso sistémico aplicando los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2019. *Med Int Mex.* 2022;38(3):507-513. <https://doi.org/10.24245/mim.v38i3.5146>
22. Maloney KC, Ferguson TS, Stewart HD, Myers AA, De Ceulaer K. Clinical and immunological characteristics of 150 systemic lupus erythematosus patients in Jamaica: a comparative analysis. *Lupus.* 2017;26(13):1448-1456. <https://doi.org/10.1177/0961203317707828>
23. Moriano C, Bellido-Pastrana D, San Román Gutiérrez C, Rodríguez E. Evolution of diagnosis and treatment for lupus nephritis in Spain. *Nefrologia (Engl Ed).* 2023;43(6):668-675. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.12.006>
24. Heimovski FE, Simioni JA, Skare TL. Systemic lupus erythematosus and Raynaud's phenomenon. *An Bras Dermatol.* 2015;90(6):837-840. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153881>