

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos  
diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes,  
2015-2022**

**Tesis:**

**Para obtener el título profesional de médico cirujano**

**Autor:**

Br. Luis Jeferson Castillo Peña

Tumbes, 2025

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos  
diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes,  
2015-2022**

**Tesis aprobada en forma y estilo por:**

Mg. Cesar Augusto Noblecilla Rivas (Presidente)

Mg. Néstor Víctor Linares Terán (Secretario)

Mg. Andy Jimm Valencia Cruz (Vocal)

Tumbes, 2025

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



## Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido y forma:

Br. Luis Jeferson Castillo Peña (Autor)



Luis Castillo-Peña  
<https://orcid.org/0000-0003-1752-9931>

Dra. María Edith Solis Castro (Asesora)



María Edith Solis Castro  
<https://orcid.org/0000-0001-5514-849X>

Tumbes, 2025

## COPIA DE ACTA DE SUSTENTACIÓN



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**

Licenciada

Resolución del Consejo Directivo N° 155-2019-SUNEDU/CD

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Tumbes – Perú

### ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 29 días del mes de mayo del dos mil veinticinco, siendo las 14 horas, en la modalidad presencial en el aula M3 de Medicina Humana, se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado RESOLUCIÓN DECANAL N° 036- 2024/ UNTUMBES – FCS Mg. Cesar Augusto Noblecilla Rivas(presidente), Mg. Nestor Victor Linares Teran(secretario), Mg. Andy Jimm Valencia Cruz (Vocal). Reconociendo en la misma resolución, a la Dra. Maria Edith Solis Castro como asesora, se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada "**Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022**", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano presentado por el bachiller:

#### BR. CASTILLO PEÑA LUIS JEFERSON

Concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte de los sustentantes y después de la deliberación, el jurado según el artículo N° 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara al **BR. CASTILLO PEÑA LUIS JEFERSON, APROBADO**, con calificativo **BUENO**.


En consecuencia, queda **APTO** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, de conformidad con lo estipulado en la Ley universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las **15 Horas 05 minutos** del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, en forma presencial, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 29 de mayo del 2025.

  
Mg. Cesar Augusto Noblecilla Rivas  
DNI N°00370867  
ORCID N° 0009-0006-6796-2919  
(Presidente)

  
Mg. Néstor Víctor Linares Terán  
DNI N° 09444278  
ORCID N° 0000-0002-2211-9817  
(Secretario)

  
Mg. Andy Jimm Valencia Cruz  
DNI N° 00253980  
ORCID N° 0000-0002-4300-2693  
(Vocal)

cc.  
Jurado (03)  
Asesor  
Interesado  
Archivo (Decanato)  
MPMO/Decano

## REPORTE DEL TURNITIN

# Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022

por LUIS JEFERSON CASTILLO



María Edith Solís Castro

<https://orcid.org/0000-0001-5514-849X>

Docente Asesor

---

Fecha de entrega: 31-may-2025 09:34p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2689336316

Nombre del archivo: Archivo\_Tesis\_Castillo\_Pe\_a..docx (2.08M)

Total de palabras: 10417

Total de caracteres: 61034


## Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022

### INFORME DE ORIGINALIDAD


<b>14%</b>	<b>13%</b>	<b>9%</b>	<b>11%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE


### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Catolica De Cuenca</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Tumbes</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.untumbes.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>libros.cidepro.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>pubmed.ncbi.nlm.nih.gov</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad Cesar Vallejo</b> Trabajo del estudiante  <b>Maria Edith Solis Castro</b> <a href="https://orcid.org/0000-0001-5514-849X">https://orcid.org/0000-0001-5514-849X</a> <b>Docente Asesor</b>	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.uoosevelt.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Universidad Alas Peruanas</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>

9	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
10	Submitted to Universidad Anahuac México Sur Trabajo del estudiante	<1 %
11	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Trabajo del estudiante	<1 %
12	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
13	Yuesheng Xie, Ling Li, Riqiang Luo, Ting Xu, Lin Yang, Fangping Xu, Haobo Lin, Guangfeng Zhang, Xiao Zhang. "Diagnostic efficacy of joint ultrasonography, dual-energy computed tomography and minimally invasive arthroscopy on knee gouty arthritis, a comparative study". The British Journal of Radiology, 2021 Publicación	<1 %
		
14	docplayer.es <a href="https://orcid.org/0000-0001-5514-849X">https://orcid.org/0000-0001-5514-849X</a> Fuente de Internet María Edith Solís Castro Docente Asesor	<1 %
15	Submitted to Universidad Tecnica De Ambato- Direccion de Investigacion y Desarrollo , DIDE Trabajo del estudiante	<1 %
16	Submitted to uniminuto Trabajo del estudiante	<1 %

17	<a href="http://carreras.unibe.edu.py">carreras.unibe.edu.py</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://repositorio.undac.edu.pe">repositorio.undac.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to Universidad de León Trabajo del estudiante	<1 %
20	<a href="http://dspace.umh.es">dspace.umh.es</a> Fuente de Internet	<1 %
21	<a href="http://www.wjgnet.com">www.wjgnet.com</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://link.springer.com">link.springer.com</a> Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to unifranz Trabajo del estudiante	<1 %
24	Submitted to University of Glasgow Trabajo del estudiante	<1 %
25	<a href="http://cmhnaaa.org.pe">cmhnaaa.org.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
	 María Edith Solís Castro	
26	Submitted <a href="https://hdl.handle.net/10000/0001561819X">https://hdl.handle.net/10000/0001561819X</a> Trabajo del estudiante	<1 %
	Docente Asesor	
27	<a href="http://repositorio.umet.edu.ec:8080">repositorio.umet.edu.ec:8080</a> Fuente de Internet	<1 %
28	<a href="http://tesis.unap.edu.pe">tesis.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

29	<a href="http://www.scielo.cl">www.scielo.cl</a> Fuente de Internet	<1 %
30	<a href="http://repositorio.upao.edu.pe">repositorio.upao.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
31	<a href="http://revistas.udenar.edu.co">revistas.udenar.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
32	<a href="http://www.thieme-connect.com">www.thieme-connect.com</a> Fuente de Internet	<1 %
33	<a href="http://prezi.com">prezi.com</a> Fuente de Internet	<1 %
34	<a href="http://www.investigarmqr.com">www.investigarmqr.com</a> Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad de Guadalajara Trabajo del estudiante	<1 %
36	<a href="http://www.revreumatologia.sld.cu">www.revreumatologia.sld.cu</a> Fuente de Internet	<1 %
37	Submitted to Universidad Andina Néstor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante <div style="text-align: center;">         Maria Edith Solis Castro  <a href="https://orcid.org/0000-0001-5914-849x">https://orcid.org/0000-0001-5914-849x</a>        Docente Asesor     </div>	<1 %
38	Submitted to University of Western Australia Trabajo del estudiante	<1 %
39	<a href="http://ejournal.unklab.ac.id">ejournal.unklab.ac.id</a> Fuente de Internet	<1 %

40	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
41	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
42	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
43	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
45	Submitted to UTEC Universidad de Ingeniería & Tecnología Trabajo del estudiante	<1 %
46	Submitted to Universidad Autonoma de Chile Trabajo del estudiante	<1 %
47	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante  Marta Edith Solis Castro	<1 %
48	estudiosarabes.org Fuente de Internet <a href="https://orcid.org/0000-0001-5514-849X">https://orcid.org/0000-0001-5514-849X</a> Docente Asesor	<1 %
49	nhi.no Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Marta Edith Solis Castro

<https://orcid.org/0000-0001-5514-849X>

Docente Asesor

## DEDICATORIA

A mi madre y hermanos, en especial, a mi padre que me brindó su apoyo incondicional para afrontar los retos que se me presentan y estar pendiente de mis logros.

A las personas que me brindaron en algún momento consejo desde su experiencia vivida, y hacer de mí una mejor persona y profesional.

A mi abuela Angelica que ya no se encuentra conmigo y fue el motivo de convertirme en médico.

A mí, por ser perseverante en la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis docentes, en especial, a mi asesora Dra. María Edith Solis Castro, quien, a través de su experiencia y conocimiento científico, me orientó en el desarrollo de la presente investigación.

A las autoridades del Hospital EsSalud Tumbes que hicieron viable la realización de la presente investigación.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	xvi
ABSTRACT .....	xvii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	15
2.1. BASES TEÓRICAS - CIENTÍFICAS .....	15
2.2. ANTECEDENTES .....	18
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
3.1. Tipo de investigación .....	22
3.2. Diseño de investigación.....	22
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	23
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	24
3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos .....	25
3.7. Consideraciones éticas.....	26
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	27
4.1. Resultados.....	27
4.2. Discusión .....	33
V. CONCLUSIONES.....	37
VI. RECOMENDACIONES .....	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
ANEXO .....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022 .....	27
Tabla 2. Características clínicas de la artritis gotosa de pacientes adultos diagnosticados en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022.....	28
Tabla 3. Antecedentes laboratoriales y de imágenes de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022 .....	29
Tabla 4. Tratamiento farmacológico de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa según evolución de la enfermedad en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022 .....	31

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.....	43
Anexo 2. Operacionalización de variables.....	45
Anexo 3. Ficha de recolección de datos.....	51
Anexo 4. Validación de instrumento .....	55
Anexo 5. Aprobación de comité de ética de investigación del Hospital EsSalud Tumbes .....	58
Anexo 6. Solicitud al director ejecutivo del Hospital EsSalud Tumbes .....	60
Anexo 7. Autorización del Hospital EsSalud Tumbes para realizar el trabajo de investigación.....	62
.....	63
Anexo 8. Principios del manejo de la artritis gotosa por el American College of Rheumatology .....	64

## RESUMEN

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de diseño de serie de casos con el objetivo de determinar el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022, en una muestra de 192 pacientes. La técnica de recolección de datos fue el análisis documental y el instrumento una ficha de recolección de datos. Se encontró una edad promedio de  $60 \pm 11.45$  años; el sexo masculino predominó en un 84.9%; el 44.8% tenían hipertensión, el tiempo de enfermedad fue de 2.86 años; el 40.1% tenían a la podagra como la localización articular más frecuente y el 40.6% presentó ataques monoarticulares. Así también, la presencia de ácido úrico sérico prevaleció con una media de 8.3 mg/dL, el 47.4% tenían a la radiografía de rodilla y codo izquierdo como el examen de imagen más solicitada al momento de emitir el diagnóstico. La colchicina 0.5 mg fue el fármaco más común en el episodio agudo. Se concluye que el perfil más común de la artritis gotosa para el Hospital EsSalud Tumbes corresponde en individuos de edad avanzada de zonas urbanas con predominio del sexo masculino y como comorbilidad la hipertensión.

**Palabras claves:** Artritis gotosa; gota; Epidemiología Clínica; Perfil de Salud; Perfiles Sanitarios (DECs)

## **ABSTRACT**

A quantitative, observational, descriptive study with a case series design was conducted to determine the clinical-epidemiological and therapeutic profile of adult patients diagnosed with gouty arthritis at EsSalud Tumbes Hospital, 2015-2022, in a sample of 192 patients. The data collection technique was documentary analysis, and the instrument was a data collection form. The average age was 60 years; the male sex predominated at 84.9%; 44.8% had hypertension. The duration of the disease was 2.86 years, 40.1% had podagra as the most frequent joint location, and 40.6% had monoarticular attacks. Likewise, the presence of serum uric acid was prevalent at 8.3 mg/dL, and 47.4% had left knee and elbow X-rays as the most frequently requested imaging test at the time of diagnosis. Colchicine 0.5 mg was the most common drug in the acute episode. It is concluded that the most common profile of gouty arthritis at EsSalud Tumbes Hospital is elderly individuals from urban areas, with a predominance of males and a comorbidity of hypertension.

Keywords: Gouty arthritis; gout; Clinical Epidemiology; Health Profile; Health Profiles (deCS)

## I. INTRODUCCIÓN

La artritis gotosa (AG) es una de las enfermedades reumáticas más comunes a nivel mundial; en países desarrollados tiene una prevalencia de 4%(1), considerándose por ello un problema de salud pública. En países en vías de desarrollo la AG no es considerado una prioridad en salud pública pese al impacto en la calidad de vida de los que la padecen y el consecuente incremento de la demanda de atención en los servicios de salud (2).

El Perú no es ajeno a esta situación ya que las publicaciones que exploran a las enfermedades reumáticas en general son escasas y datan de hace 20 años (2). Tumbes, es un departamento del norte del Perú, en el que se ha reportado un elevado consumo de alimentos de origen animal y vegetal, entre ellos destacan el pescado, carne roja, marisco, entre otros (3); lo que podría constituirse en un determinante para la generación de AG. No se han encontrado estudios disponibles en relación con el tema y que aborden la descripción sobre el perfil del paciente tumbesino.

El 40% de la población adulta del departamento de Tumbes se encuentra afiliada a EsSalud (4), y dado que en el departamento se cuenta con una red asistencial y un hospital con profesionales médicos especialistas es que se considera relevante y accesible desarrollar la presente investigación que tiene como propósito responder la siguiente pregunta ¿Cuál es el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022?.

Se planteó como objetivo general determinar el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022 y como objetivos específicos identificar las características epidemiológicas (edad, sexo, procedencia, antecedente familiar, antecedente personal no patológico, comorbilidades y alimentación) de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022; identificar las características clínicas (tiempo de enfermedad, localización articular y manifestaciones articulares y

extraarticulares) de la artritis gotosa de pacientes adultos diagnosticados en el Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022; identificar los antecedentes laboratoriales y de imágenes (laboratorio clínico, estudio microscópico y de imagen) de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022 y describir el tratamiento farmacológico de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa según evolución de la enfermedad en el Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022.

El estudio se realizó en la Región Tumbes, debido a que una de las prioridades de investigación son las enfermedades no transmisibles, entre los que se encuentra está la AG. Del mismo modo, la determinación del perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de los pacientes diagnosticados con AG, nos indicaría de manera indirecta la prevalencia de la enfermedad a nivel del Hospital EsSalud Tumbes. Los hallazgos obtenidos servirán como soporte relevante al personal de salud, en especial al médico, ya que, al conocer la situación actual de la enfermedad, le permitirá realizar un adecuado diagnóstico al considerarlo dentro de las enfermedades presuntivas, y con ello reducir las consecuencias de la AG.

El valor teórico de la investigación reside en su potencial de servir de marco fundamental para futuros estudios, reforzando así el campo de investigación en salud pública. Se espera que la escasez de literatura relacionado al tema en nuestro medio, inspire a otros investigadores a ahondar en la misma. Adicional a ello, el estudio proporciona información valiosa a los tomadores de decisión para organizar los servicios de salud, considerando especialistas en el área, abastecimiento de medicamentos e insumos para el diagnóstico y tratamiento, y fortaleciendo los servicios de rehabilitación mejorando la calidad de vida de la persona.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. BASES TEÓRICAS - CIENTÍFICAS

La artritis gotosa (AG) es una de las enfermedades reumáticas más comunes a nivel mundial con una prevalencia de 4%, con afectación principal en el sexo masculino (1).

La AG puede presentarse en cualquier persona sin distinción alguna (5), está asociado a altas concentraciones de ácido úrico sérico, provocando depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones y los tejidos, ocasionando en el individuo artropatía, tofos, nefropatía y/o litiasis (1).

Si bien la AG puede ocurrir a cualquier edad, se ha demostrado que tiene inclinación en edades de 35-75 años, con predominio en el sexo masculino, pero aumenta en las mujeres posmenopáusicas con hipertensión tratadas con diuréticos tiazídicos, cardiopatía, diabetes e insuficiencia renal (6,7).

Se ha demostrado que los factores de riesgo en pacientes adultos con AG son la hipertensión; obesidad; diabetes mellitus; insuficiencia renal crónica; hiperuricemia; litiasis renal; tabaquismo; alcoholismo; antecedente familiar, procedencia, alimentación (pescados, carnes rojas, mariscos), enfermedad cardiaca isquémica y la enfermedad cerebrovascular (8-11)

Suele iniciar con ataques monoarticulares (1° metatarsfalángica o podagra) (85-90%) para evolucionar a ataques oligo o poliarticulares (codo, rodilla, muñeca, dedos de la mano, tobillo y talón) (10-15%) (6,7), siendo sustentada por cuatro estados fisiopatológicos: 1) Hiperuricemia sin depósito de uratos monosódico (sin AG) 2) Hiperuricemia con depósito de uratos monosódico (con AG) 3) Presencia de episodios agudos (monoarticulares) de AG y 4) Presencia de episodios crónicos (oligo/poliarticulares) de AG y erosiones radiográficas (12).

Las manifestaciones clínicas que ocasiona la AG, son las responsables del surgimiento de complicaciones, entre ellas la reducción de la percepción de

la calidad de vida, dificultades laborales e incluso eleva la mortalidad en el individuo a pesar de las medidas terapéuticas farmacológicas (13).

### **Clasificación**

La clasificación etiológica de la hiperuricemia y la AG, incluye formas primarias y secundarias.

Hiperuricemia primaria:

- Con baja producción de ácido úrico: Se encuentra el síndrome de Kelley-Seegmiller y el de Lesch-Nyhan, hiperactividad de la fosforribosil-pirofosfato sintetasa, deficiencia de fosfofructoaldosa y la glucogénesis (I, III, V Y VII) (6).
- Con alta excreción de ácido úrico: Se encuentra el defecto selectivo de la secreción tubular de úrico (6).

Hiperuricemia secundaria:

- Con alta producción de ácido úrico: Se encuentran los de origen exógeno tales como la alimentación rica en purinas e hipercalórico y la ingesta excesiva de etanol y fructuosa, y sobre las enfermedades asociadas tenemos las anemias hemolíticas crónicas, mononucleosis infecciosa, linfo/mieloproliferativos crónicas y la psoriasis (6).
- Con baja excreción de ácido úrico: Se encuentran los que son secundarios a fármacos tales como la tuberculostáticos (pirazinamida, etambutol), ciclosporina-A, fenilbutazona (en dosis bajas), diuréticos (tiazidas, furosemida, etacrínico) y los antirretrovirales (didanosina, ritonavir). En las enfermedades asociadas tenemos a la nefropatía familiar con hiperuricemia, insuficiencia renal aguda (múltiples causas), insuficiencia renal crónica (múltiples causas), hipertensión, hipertiroidismo/hiperparatiroidismo e intoxicación crónica por plomo gestosis (6).

### **Diagnóstico**

Se establece el diagnóstico considerando la clínica, exámenes laboratoriales y de imágenes. En el examen físico se evidencia el malestar articular que

presenta el individuo. Por lo general, los ataques son episódicos, pueden pasar meses y años sin síntomas (14).

Los exámenes complementarios que pueden ser útiles para valorar la severidad y monitorizar la AG son:

- Laboratorio: Hemograma, creatinina sérica, colesterol, glicemia, PCR, VSG, ácido úrico sérico, análisis del ácido úrico en orina en 24h (14).

- Estudio microscópico: Análisis del líquido sinovial

- Imagen: Ultrasonido o DECT, ecografía, radiografía simple (RX), tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), Radiografía convencional (14).

### **Tratamiento**

El manejo de la AG, incluye el tratamiento rápido de los ataques agudos y el manejo efectivo de mantenimiento de la enfermedad. El tratamiento farmacológico para la reducción de uratos monosódico no está aconsejada en personas con hiperuricemia asintomática (15,16).

Para los episodios agudos, los AINES, la colchicina, inhibidores de la Interleucina (IL)-1 y los glucocorticoides han comprobado ser eficientes para su tratamiento. La selección de estos fármacos se prescribe en función a las comorbilidades asociados en el paciente (15,16).

Para los episodios intercrítica, articular y tofácea crónica, el tratamiento farmacológico de mantenimiento permitirá la reducción de los uratos monosódico. Entre ellos están los uricosúricos (Benzbromarona, sulfipizarona, probenecid y benzlodarona) y los hipouricemiantes (alopurinol, febuxostat) (15,16).

Las guías del 2012 del American College of Rheumatology, describen que la terapéutica para la reducción de urato monosódico está señalado en pacientes con tofos, estado KDOQI 2, ataques de AG recurrentes (>1 ataque al año), enfermedad renal crónica (17). Se detalla en el anexo 6.

## 2.2. ANTECEDENTES

En el contexto internacional se revisaron estudios de carácter científico relacionados al tema, encontrándose las siguientes investigaciones:

Lee et al. (18), en Corea del Sur en el 2023 publicaron un estudio de casos y controles, retrospectivo, cuyo objetivo fue “determinar la dosis adecuada de febuxostat para reducir la aparición de ataques de AG durante el período de tratamiento inicial”, en 227 pacientes, dividiéndolos en dos grupos según la dosis inicial de febuxostat (20 mg frente a 40mg). Reportaron un predominio en el sexo masculino (96,5%) con una edad media de 53,2 años; los ataques de AG ocurrieron con mayor frecuencia en el grupo de 20 mg que en el 40 mg durante los primeros 3 meses de tratamiento (32% frente a 14,3%); también se reportó una dosis inicial de febuxostat de 40 mg y profilaxis antiinflamatoria, ajustando los efectos de la duración de la enfermedad, la tasa de filtración glomerular estimada y los niveles iniciales de ácido úrico (OR, 0,464; 0,246 a 0,862) y (OR, 0,359; 0,158 a 0,813), respectivamente.

Carrasco y Maya (19), en Ecuador en el 2022 publicaron un estudio descriptivo, retrospectivo, cuyo objetivo fue “determinar la frecuencia de AG en pacientes ambulatorios de la consulta externa del área de Reumatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo”, en 195 pacientes adultos con AG. Reportaron un predominio en hombres (76%), entre las edades de 59-65 años (37%); en el tiempo de la enfermedad destacó más de 5 años (51%); en los antecedentes patológicos y no patológicos destacaron el síndrome metabólico (27%), alcoholismo (23%) y alimentación rica en purinas (16%); en la manifestación clínica destacaron los ataques monoarticulares (41%), seguido de las oligo/poliarticulares (32%); por último en los exámenes laboratoriales y de imágenes para el diagnóstico predominaron exámenes de sangre (47%), examen de orina de 24h (18%) e imágenes (3%).

Zhang, Di y Huishu (20), en China en el 2021 publicaron un estudio cohorte, retrospectivo, cuyo objetivo fue “comparar las características del depósito de cristales de urato monosódico en sitios anatómicos específicos del pie detectados por tomografía computarizada de energía dual en pacientes con diferentes estadios de AG”, en 101 pacientes en los diferentes estadios de

AG. Reportaron que estos pacientes tuvieron un predominio en la AG temprana (85,9%), y el volumen total de cristales de urato monosódico fue significativamente menor que en los pacientes con AG tardía ( $P < 0,05$ ). Las tasas de detección y morfología de estos cristales en los tendones de la parte anterior de la pantorrilla, articulaciones tarso metatarsianas y las metatarso falángicas difirieron significativamente entre los pacientes con AG temprana y tardía ( $P < 0,05$ ).

Xie et al. (21), en China en el 2021 publicaron un estudio experimental aleatorizado doble ciego, cuyo objetivo fue “investigar el rendimiento diagnóstico de la artroscopia mínimamente invasiva para la AG de rodilla en comparación con la ecografía articular y tomografía computarizada de energía dual (DECT)”, en 63 pacientes con AG de rodilla. Reportaron que los tres exámenes tuvieron una alta sensibilidad y especificad (más del 80%) para el diagnóstico de la AG de rodilla.

Machado-Duque et al. (22), en Colombia en el 2021 publicaron una serie de casos, retrospectivo, cuyo objetivo fue “identificar las características clínicas de los pacientes con AG y la forma de utilización de los medicamentos antigotosos en Colombia”, en 310 historias clínicas de pacientes con AG. Reportaron un predominio en hombres (70,3%), en edades entre 26-94 años (mediana 64 años); las comorbilidades que predominaron fueron la hipertensión arterial (64,4%) y la dislipidemia (55,8%); y sobre el tratamiento farmacológico destacó el alopurinol (82,3%).

Yu et al. (23), en China en el 2020 publicaron una revisión sistemática y metaanálisis, cuyo objetivo fue “comparar y analizar las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) sobre la AG en todo el mundo, examinar la consistencia entre las GPC y brindar sugerencias para desarrollar y actualizar las guías para la AG, realizaron una búsqueda en las bases de datos: MEDLINE, CBM, GIN, NICE, NGC, WHO, SIGN, DynaMed, UpToDate y Best Practice”, obteniendo un total de 15 guías, incluidas 359 recomendaciones. Reportaron que los temas principales en las recomendaciones fueron el diagnóstico, el tratamiento farmacológico de los brotes de la AG, la terapia farmacológica reductora de urato (ULT) de la AG

crónica, manejo de la hiperuricemia asintomática, intervenciones en el estilo de vida y la profilaxis, así mismo, mediante la evaluación AGRE-II reportaron que solo dos guías lograron puntajes altos (>50%) en los seis dominios.

Ludeña et al. (24), en Ecuador en el 2020 publicaron un estudio descriptivo, cuyo objetivo fue “determinar los factores de riesgo asociados en pacientes adultos con AG”. Reportaron que los factores de riesgo que predominaron en pacientes adultos con AG fueron la hipertensión (74%), enfermedad renal crónica (71%), síndrome metabólico (hiperuricemia, hiperglucemia, hiperlipidemia, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus) (62,8%), obesidad (53%), enfermedad coronaria (18%), enfermedad cerebrovascular (10%).

Valdés et al. (25), en Ecuador en el 2020 publicaron un estudio descriptivo, cuyo objetivo fue “identificar el patrón alimentario de los pacientes con AG que fueron atendidos en el Hospital Andina de Chimborazo en el periodo comprendido entre enero 2018 y julio 2019”, en 47 pacientes afectados de AG. Reportaron que destacó en blancos (55,3%) entre 50-59 años (44,6%), y con respecto al tiempo de la enfermedad, predominó entre 1-5 años (61,7%); además identificaron alteraciones nutricionales (82,9%), nivel de conocimiento sobre nutrición saludable (51,1%), triglicéridos (46,8%) y colesterol (38,3%).

Triantafyllias et al. (26), en Alemania en el 2019 publicaron una serie de casos, retrospectivo, cuyo objetivo fue “examinar los datos clínicos, demográficos y asociados a la comorbilidad de la AG, así como la práctica clínica de la atención médica general para la AG en Renania-Palatinado (RL-P)”, en 4 016 pacientes con AG. Reportaron un predominio en hombres (75%) (edad media en el momento del diagnóstico: 62,8%), siendo la podagra la manifestación clínica más común (85%), así mismo, describieron que se podría llegar a un diagnóstico definitivo después de 3,1 meses.

Luna et al. (27), en Cuba en el 2019 publicaron una serie de casos, retrospectivo, cuyo objetivo fue “caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con AG”, en 72 pacientes con diagnóstico de AG. Reportaron mayor incidencia en hombres (90,3%), destacando en edades de 40-49 años (31,9%); los factores de riesgo que destacaron fueron el alcoholismo

(88,9%), la obesidad (70,8%), la hipertensión (66,7%) y la diabetes mellitus (43,1%); sobre la manifestación clínica que predominó inicialmente fue la podagra (55,6%); en las alteraciones radiológicas, destacó el aumento de partes blandas (47,2%).

Chen et al. (28), en China en el 2017 publicaron una revisión sistemática y metaanálisis, cuyo objetivo fue “comparar la precisión global de la ecografía, con al menos un signo positivo (doble contorno, tofo, agregados), y la TC de energía dual (DECT) en el diagnóstico de AG, realizaron una búsqueda en las bases datos: PubMed, Web of Science, Wiley Online Library y Cochrane Library desde el 2005 hasta febrero de 2016”, obteniendo un total de trece publicaciones que cumplieron con los criterios de inclusión. Reportaron que seis de ellos se incluyeron en el grupo de DECT, seis en el US y un estudio comparó ambos grupos. La sensibilidad (SEN), especificidad (SPE), la tasa de probabilidades diagnósticas (DOR), la razón de verosimilitud positiva (PLR) y la razón de verosimilitud negativa (NLR) en los agrupados de ecografía fueron (93%), (73%), (37,9%), (3,4%) y (0,1%); y en los de DECT sus valores fueron (88%), (85%), (38,7%), (5,1%) y (0,2%), respectivamente.

Cabrera et al. (17), en Guatemala en el 2017 publicaron una serie de casos, retrospectivo, cuyo objetivo fue “describir las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de pacientes con AG que asistieron a la consulta externa de reumatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en consulta externa de especialidades médico-quirúrgicos Gerona y periférica zona 11, de mayo a junio de 2017”, en 40 pacientes adultos con AG. Reportaron un predominio en sexo masculino (97,5%) destacando en edades de 51-60 años (17.5%), manifestación extraarticular: superficies extensores (70%), zona urbana (60%), ácido úrico sérico al momento del diagnóstico (56,7%), alimentación alta en purinas (45%), tiempo de enfermedad 1-10 años (50%); en el tratamiento farmacológico fue la alopurinol (75%), AINES (77,5%) y colchicina (70%)

En el contexto nacional y local no se encontraron investigaciones en relación al tema.

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de investigación

Se desarrolló una investigación de tipo cuantitativo, ya que los datos del perfil clínico-epidemiológico y terapéutico se cuantificaron (29); observacional, porque describió el problema de estudio y no hubo manipulación de variables (29); descriptivo, debido a que se limitó a describir el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de la población de estudio y no se establecieron relaciones de causa y efecto; retrospectivo, debido a que la recolección de los datos se basó en información pasada (30).

#### 3.2. Diseño de investigación

El diseño empleado corresponde a serie de casos, debido a que los casos comparten características semejantes que los vuelve agrupables (31).

#### 3.3. Población, muestra y muestreo

##### Población

La población del estudio estuvo conformada por las historias clínicas de los pacientes adultos con artritis gotosa en el servicio de hospitalización de medicina y consulta externa del Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022. El total fue de 383 historias clínicas de los pacientes.

Los datos fueron obtenidos gracias a la Unidad de Inteligencia Sanitaria / Estadística de dicho hospital.

##### Muestra

Para establecer el tamaño de muestra se aplicó la fórmula siguiente: la fórmula estadística de proporciones finitas (se conoce el tamaño de la población).

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

n = Tamaño de muestra buscada.

N = 383 Tamaño de la población (historias clínicas de los pacientes adultos con artritis gotosa en el servicio de hospitalización de Medicina y consulta externa).

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$  de nivel de confianza, en un 95%.

d = e = Error de estimación máximo aceptado, en un 5% (0.05).

p = Probabilidad de éxito o espera, en un 50% (0.5).

q = 1-p = Probabilidad de fracaso, en un 50% (0.5).

Reemplazando los datos se obtiene:

$$n = \frac{(383) \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (383 - 1) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$n = \frac{367.8332}{1.9154} \longrightarrow \boxed{n = 192}$$

La muestra estuvo conformada por 192 historias clínicas de los pacientes adultos con artritis gotosa de dicho hospital, y que además cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación.

### **Muestreo**

La técnica de muestreo de la presente investigación fue probabilístico y la selección de la muestra fue muestreo aleatorio simple mediante tabla de números aleatorios, debido a que todas las historias clínicas de la población tuvieron la misma probabilidad de ser parte de la investigación de acuerdo con los criterios del investigador (32).

### **3.4. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión:**

- Historias clínicas de pacientes con edad > 18 años.
- Pacientes de ambos sexos e historia clínica completa.

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de hospitalización y consulta externa en EsSalud Tumbes durante el periodo de estudio.
- Historias clínicas de pacientes diagnosticados con artritis gotosa con los siguientes códigos CIE-10 (M10.0 y M10.9) durante el periodo de estudio.

**Criterios de exclusión:**

- Historias clínicas de pacientes en las que no se pueda verificar las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas por datos incompletos.

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **Método**

Se utilizó el método deductivo, porque se infirieron el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa a partir de conocimientos generales sobre la enfermedad (33).

#### **Técnica**

Se realizó revisión documental de las historias clínicas de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en la institución donde fue el estudio (34).

#### **Instrumento**

En este estudio se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos confeccionada con fines de la presente investigación (anexo 1), el cual ha sido validado por juicio de expertos (anexo 2).

La ficha de recolección de datos estuvo integrado por cuatro partes; en la primera parte se recogió los datos de las características epidemiológicas del paciente: edad, sexo, procedencia, antecedente familiar, antecedente personal no patológico, comorbilidades y alimentación, en el siguiente ítem se recogió sus características clínicas: tiempo de enfermedad, localización articular y manifestaciones articulares y extraarticulares, en la tercera parte se incluyó los antecedentes laboratoriales y de imágenes: laboratorio clínico, estudio microscópico e imagen, y en la última parte se registró el tratamiento farmacológico.

## **Procedimiento**

En cada historia clínica que se seleccionó, se aplicó la ficha de recolección de datos. Se requirió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de Tumbes (autorización que hasta el momento no ha sido otorgada por temas pendientes del propio comité). Por ello es que se requirió la revisión del comité de ética del Hospital EsSalud Tumbes, otorgándose la constancia de revisión y aprobación (anexo 3)

Se solicitó formalmente al director ejecutivo del Hospital EsSalud Tumbes a través de la Dirección de Escuela de Medicina Humana la información referente a los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el servicio de hospitalización de Medicina y consulta externa periodo 2015-2022 y el permiso correspondiente para el acceso a las historias clínicas (anexos 4, 5).

Se acudió a la Oficina de Estadística del Hospital EsSalud Tumbes para el acceso a la base de datos referente a los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el servicio de hospitalización de Medicina y consulta externa periodo 2015-2022 y luego de seleccionar las historias clínicas, se solicitó su acceso para su revisión respectivo y recolección de los datos.

### **3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Una vez recolectados los datos de los pacientes adultos que cumplieron con los criterios de inclusión se introdujeron en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2020 y así mismo se generó su limpieza.

Se consideró el análisis estadístico univariado. Para las variables cualitativas, se usaron proporciones y porcentajes. Para las variables cuantitativas, se usaron medidas de tendencia central y de dispersión. Se consideró un intervalo de confianza (IC) de 95%.

El análisis de datos fue mediante el uso del paquete SPSS 22.0 y los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y porcentaje para cada una de las variables.

### 3.7. Consideraciones éticas

El estudio tuvo las siguientes consideraciones éticas:

**Beneficencia:** Este estudio permite al personal de salud, en especial al médico, a identificar las características clínicas, epidemiológicos y terapéuticos más frecuentes de la artritis gotosa en adultos, a fin de realizar un adecuado diagnóstico al considerarlo dentro de las enfermedades presuntivas, y con ello reducir las consecuencias de la enfermedad. Del mismo modo sirve a los tomadores de decisión a organizar los servicios de salud, considerando especialistas en el área, abastecimiento con medicamentos e insumo para el diagnóstico y tratamiento, y fortaleciendo los servicios de rehabilitación mejorando la calidad de vida de la persona.

**No maleficencia:** No hubo ningún participante en riesgo, debido a que los datos fueron tomados de las historias clínicas de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa.

**Justicia:** en este estudio la selección de las historias clínicas fue por aleatorización.

**Autonomía:** Debido a que fue un estudio de base secundaria no se necesitó de un consentimiento informado, por consiguiente, los aspectos éticos del estudio consistieron en mantener la confidencialidad de los datos, con el fin de evitar de que se identifiquen a los participantes.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Resultados

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022

<b>Características epidemiológicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>			
<b>Sexo</b>					
Masculino	163	84.9			
Femenino	29	15.1			
<b>Procedencia</b>					
Urbano	157	81.8			
Rural	35	18.2			
<b>Antecedente familiar de AG</b>					
No	164	85.4			
Si	28	14.6			
<b>Antecedente personal no patológico</b>					
Sólo alcoholismo	159	82.8			
Sin antecedentes	19	9.9			
Alcoholismo y tabaquismo	11	5.7			
Sólo tabaquismo	3	1.6			
<b>Comorbilidades</b>					
Hipertensión	86	44.8			
Otras enfermedades	38	19.8			
Diabetes mellitus	34	17.7			
Obesidad	34	17.7			
<b>Resumen estadístico de la edad</b>					
	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
Edad (en años)	60.08	60.50	11.45	20	93

La media de la edad fue  $60 \pm 11.45$  años. La mediana de la edad fue 60.50 años (con un mínimo de 20 años y un máximo de 93 años). El sexo más implicado fue el masculino en 84.9%; el 81.8% de los pacientes eran procedentes de zona urbana; el 85.4% no tenían antecedente familiar de la enfermedad; en el antecedente personal no patológico se observó que el alcoholismo destacó en un 82.8%; el 97.9% tenían otras comorbilidades, hipertensión en 44.8%, obesidad y diabetes mellitus en 17.7%, y entre otras enfermedades el 19.8 %.

**Tabla 2.** Características clínicas de la artritis gotosa de pacientes adultos diagnosticados en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022

<b>Características clínicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>			
Localización articular					
Otros	115	59.9			
Podagra derecha	52	27.1			
Podagra izquierda	25	13			
Manifestaciones articulares y extraarticulares					
Ataques monoarticulares	78	40.6			
Ambas manifestaciones	64	33.3			
Ataques oligo o poliarticulares	50	26			
	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
Tiempo de enfermedad (en años)	2.86	2.84	0.81	1.23	4.23

En lo referente a las características clínicas de la AG, los resultados obtenidos evidencian una distribución moderadamente homogénea, con un promedio de  $2.86 \pm 0.81$  años respecto al tiempo de la enfermedad (en años). Además, la mediana, establecida en 2.84 años, manifiesta una proximidad significativa con la media.

Con respecto a la localización articular, una proporción significativa de los pacientes manifiesta otras formas de afectación articular (59.9%). No obstante, la podagra derecha continúa siendo una localización frecuente, impactando al 27.1% de los individuos afectados.

En lo referente a las manifestaciones articulares y extraarticulares, un 40.6% de los pacientes presentan episodios monoarticulares, mientras que un 33.3% presenta tanto ataques monoarticulares como oligo o poliarticulares.

**Tabla 3.** Antecedentes laboratoriales y de imágenes de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022

<b>Antecedentes laboratoriales y de imágenes</b>						
<b>Laboratorio clínico</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Valor de referencia</b>
Leucocitos	8767.4	8600	1004.3	4800	13100	4 500 - 11 000 cel/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	55.1	55	6.3	39	98	45 - 75%
Ácido úrico sérico	8.3	8.1	2.4	4.9	15.1	
Hombres	8.2	7.9	1.6	4.9	15.1	3.5 - 7.0 mg/dL
Mujeres	7.4	7.5	0.8	5.6	9.3	2.6 - 6.8 mg/dL
Creatinina sérica	1.1	1.1	0.3	0.5	2.7	
Hombres	1.0	0.9	0.3	0.5	2.7	0.7 - 1.3 mg/dL
Mujeres	0.8	0.7	0.2	0.5	1.2	0.7 - 1.1 mg/dL
PCR	6.3	6	2.1	2	12	< 10 mg/dL
LDL	112.6	111	24.7	80	152	100-129 mg/dL
HDL	34.6	33.5	8.1	26	55	
Hombres	36.9	36	7.4	26	55	< 35 mg/dL
Mujeres	37.7	35	8.1	26	55	< 40 mg/dL
Colesterol total	198.6	195.5	32.7	140	270	< 200 mg/dL
VSG	20.3	20	5.5	11	31	
Hombres	22.9	23	4.1	12	31	0-10 mm/h
Mujeres	21.0	22	5.3	11	31	0-20 mm/h
Glicemia	98.5	98	21.8	70	161	70-100 mg/dL
<b>Imagen</b>	<b>Frecuencia</b>					<b>%</b>
Radiografía simple de rodilla y codo izquierdo	91					47.4
Radiografía simple de pie derecho	51					26.6
Radiografía simple de pie izquierdo	25					13

En lo referente a los datos laboratoriales al momento del diagnóstico de AG, los leucocitos (cel/mm<sup>3</sup>) mostraron una media de 8767.4 mm<sup>3</sup>, con un intervalo de 4800 a 13100 mm<sup>3</sup>.

Con respecto a los neutrófilos, la media se situó en el 55,1%, con un intervalo que osciló entre el 39% y el 98%.

Los niveles de ácido úrico sérico fueron particularmente elevados, alcanzando un promedio de 8.3 mg/dL, un indicador característico de la hiperuricemia detectada en los pacientes con AG.

En relación con la creatinina sérica, se registró una media de 1.1 mg/dL. No obstante, ciertos pacientes manifestaron valores superiores, lo que sugiere un potencial peligro de insuficiencia renal, una complicación observada en la AG, particularmente cuando los episodios son recurrentes. En última instancia, los valores de la Proteína C reactiva (PCR) manifestaron una media de 6.3 mg/dL.

Respecto a los exámenes de imágenes solicitados al momento de emitir un diagnóstico para AG, los hallazgos revelan una marcada preferencia por las radiografías simples de las extremidades, especialmente las articulaciones que son más frecuentemente afectadas por los episodios de la AG. Dentro del conjunto de pacientes evaluados, la radiografía simple de rodilla y codo izquierdo se destacó como el examen de imagen más solicitada, con un 47.4%. La radiografía simple del pie derecho también se evidencia como la imagen solicitada al momento de emitir un diagnóstico para AG, con una frecuencia del 26.6%.

Además, se solicitaron evaluaciones de pie izquierdo y otros requisitos (sin especificar detalles) en un 13% cada caso.

**Tabla 4.** Tratamiento farmacológico de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa según evolución de la enfermedad en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022

<b>Episodio</b>	<b>Tratamiento farmacológico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Agudo	Colchicina 0.5 mg	74	30.6
	Diclofenaco 75 mg/3mL	61	25.2
	Indometacina 25 mg	50	20.7
	Dexametasona 4 mg	38	15.7
	Otros	19	7.8
Intercrítica	Indometacina 25 mg	32	21.9
	Alopurinol 100 mg	30	20.6
	Naproxeno 250 mg	29	19.9
	Colchicina 0.5 mg	21	14.4
	Otros	18	12.3
	Diclofenaco 75 mg/3mL	16	10.9
Agudo e intercrítica	Colchicina 0.5 mg	59	28.8
	Alopurinol 100 mg	44	21.5
	Diclofenaco 75 mg/3mL	39	19.0
	Indometacina 25 mg	22	10.7
	Dexametasona 4 mg	21	10.3
	Otros	20	9.7
Intercrítica y articular	Otros	3	100

En lo referente al tratamiento farmacológico que recibieron los pacientes adultos diagnosticados con AG según evolución de la enfermedad, se encontró que los fármacos más comunes en el episodio agudo fueron la colchicina 0.5 mg en 30.6% y el diclofenaco 75 mg/3mL en 25.2%, con prescripción de 01 tableta cada 24 horas por 30 días y 1 ampolla cada 24 horas por 4 días, respectivamente.

Así mismo, en relación al episodio intercrítica los más comunes fueron la indometacina 25 mg en 21.9% y el alopurinol 100 mg en 20.6%, con prescripción de 01 tableta cada 12 horas por 30 días para ambos fármacos. Del mismo modo, en relación al episodio agudo e intercrítica predominaron la colchicina 0.5 mg en 28.8% y el alopurinol 100 mg en 21.5%, con prescripción de 01 tableta cada 12 horas por 30 días para ambos fármacos. En relación al episodio intercrítica y articular, predominó el alopurinol 100 mg, recibiendo los pacientes 1 tableta cada 24 horas por 60 días.

## 4.2. Discusión

En relación a las características epidemiológicas, se evidenció una media de 60 años, con una mínima de 20 años y una máxima de 93 años, lo que sugiere que la AG predomina en individuos de edad avanzada, información que tiene cierta relación con la obtenida por Cabrera et al. (17) en Guatemala quienes indican que la mayor frecuencia de AG se da entre los 51 y 70 (30%), del mismo modo, los resultados obtenidos por Carrasco y Maya (19) en Ecuador, sostienen que las edades más comunes se sitúan entre 59 y 65 (37%), evidencia que se alinea con la prevalencia de la AG en población avanzada. Estos hallazgos destacan la extensión de la incidencia de la AG en diversos segmentos demográficos, aunque la concentración más elevada persiste en los pacientes adultos de mediana edad.

Sobre el sexo de los pacientes se encontró que en su mayoría pertenecen al género masculino (84.9%), dato que guarda relación con el encontrado por Kampe et al. (35), quienes en su estudio desarrollado en Países Bajos concretan que el 83% de estos pacientes son masculinos, de igual forma, se coincide con Liang et al. (36), quienes determinaron que en China el 84.7% de estos pacientes es masculino. El presente estudio frente a otros, respaldan la evidencia del género masculino a padecer AG.

El 81.8% de los pacientes procedían de zona urbana, el 85.4% de los mismos no presenta antecedentes familiares respecto a la enfermedad y un 82.8% manifestó tener como antecedente personal no patológico al alcoholismo, coincidiendo con las cifras obtenidas en países Bajos por Kampe et al. (35), quienes sostienen que un 72% de estos pacientes presenta antecedentes de elevado consumo de alcohol, mismos datos difieren en proporción con los obtenidos por Carrasco y Maya (19), que en Ecuador manifiestan que un 33% de pacientes con AG tiene antecedente personal no patológico haber sido alcohólicos. Estos datos demuestran que, a pesar de no presentar una tendencia tan elevada, el

alcoholismo es el antecedente más frecuente en los pacientes estudiados.

En referencia a las comorbilidades el 44.8% de la muestra estudiada presenta hipertensión, información que coinciden con la presentada por Cabrera et al. (17), quienes sostienen que el 52.5% de los pacientes con AG padecen de hipertensión, pero difiere con Kampe et al. (35), quienes determinaron que en Países Bajos la comorbilidad más frecuente es la obesidad (54%), mismo que a pesar de encontrarse diferencias, la hipertensión es la comorbilidad más frecuente en los pacientes estudiados.

Sobre las características clínicas, el estudio reveló un promedio de 2.86 años, con una mínima de 1.23 y una máxima de 4.23 en referencia al tiempo de la enfermedad, lo que sugiere que los pacientes de estudio han presentado una enfermedad que se aproxima a los tres años, información que tiene cierta relación con los obtenidos por Lumintang et al. (37), en indonesia, explican que un 50.4% de pacientes tiene menos de 5 años padeciendo la enfermedad, mientras los por Cabrera et al. (17), sostienen una duración de la enfermedad de entre 1 y 10 años para el 50% de los pacientes con AG, resultados que indican que la patología no solo está presente en los primeros cinco años, sino también en los próximos, lo cual podría ser una señal de un incremento en el daño articular.

En relación a las manifestaciones articulares y extraarticulares, se pone en evidencia que el 40.6% de los pacientes estudiados manifestaron ataques monoarticulares (1° metatarsfalángica o podagra), una característica de los primeros episodios de la enfermedad, en ese sentido estos resultados guardan relación con los obtenidos por Luna et al. (27), quienes afirman que el 55.6% de su población estudiada manifiestan una crisis de inflamación del dedo gordo del pie (podagra), puesto en contraste con, Cabrera et al. (17), quienes describen que el 70% de los pacientes presenta tofos en las superficies extensoras, mientras que un 42% lo hace en el dedo gordo del pie (podagra). Esta evidencia indica que la AG no solo afecta en zonas extensoras, sino

también en otras, lo cual podría ser una señal de una evolución hacia manifestaciones más crónicas de la enfermedad.

Respecto a los laboratorios clínicos que presentaron los pacientes al momento de emitir un diagnóstico para AG, se destaca la presencia de ácido úrico sérico, con una media de 8.3 mg/dL, dato que guarda relación con los obtenidos por Kampe et al. (35), quienes determinaron niveles medios de 8.2 mg/dL para las mujeres y 8.1 mg/dL para los hombres, y también guardan relación con los presentados por Liang et al. (36), quienes encontraron una media de 9.2 mg/dL de ácido úrico sérico para los pacientes con AG. Estos hallazgos respaldan la tendencia de un alto riesgo de formación de cristales de urato monosódico en las articulaciones, lo cual se asociaría con la intensidad de la inflamación.

Sobre los exámenes de imágenes solicitadas al momento de emitir un diagnóstico para AG, en los resultados destacan la radiografía de rodilla y codo izquierdo (47.4%), seguido de la radiografía del pie derecho e izquierdo (39.6%), este último hallazgo evidencia la elevada prevalencia de la AG en las extremidades inferiores, que suelen ser las más impactadas en los primeros episodios de la enfermedad. En ese sentido, Xie et al. (21), propone a la ecografía articular en la rodilla como el método más eficiente de detección, del mismo modo, Chen et al. (28), manifiestan que los métodos imagenológicos más eficientes para el diagnóstico son la ecografía articular y la tomografía computarizada de energía dual, respecto al tema, Luna et al. (27), sostiene que con el desarrollo de la enfermedad se evidencia un incremento de tejidos blandos de hasta un 47.2% que puede ser observado a través de cualquiera de las técnicas imagenológicas mencionadas. Este estudio frente a otros, enfatiza la relevancia de la radiografía simple en el diagnóstico y monitorización de la AG, en especial, en las articulaciones más afectadas.

El tratamiento farmacológico más común en el episodio agudo se basa en colchicina 0.5 mg en 30.6%, con prescripción de 1 tableta cada 24 horas por 30 días; asimismo, en relación al episodio intercrítica el fármaco más frecuente fue la indometacina 25 mg en 21.9%, recibiendo

los pacientes 1 tableta cada 12 horas por 30 días; en ese sentido, en el episodio agudo e intercrítica predominó la colchicina 0.5 mg en 28.8%, recibiendo los pacientes 1 tableta cada 12 horas por 30 días; para el episodio intercrítica y articular, el fármaco que predominó fue el alopurinol 100 mg, recibiendo los pacientes 1 tableta cada 24 horas por 60 días, así mismo, es notable constatar que la colchicina 0.5 mg constituye la intervención terapéutica predominante en todas las categorías de episodios, con una prevalencia del 30.6% en los episodios agudos, 28.8% en los episodios aguda e intercrítica y 14.4% en los episodios intercríticos. Respecto a ello, Machado–Duque et al. (22), sostiene que el antigotoso por excelencia utilizado en Colombia es el alopurinol 100 mg en 82.3%, seguido de la colchicina 0.5 mg en 17.4%, donde este último fármaco, también evidencia su potencial para prevenir episodios adicionales en pacientes que sufren AG recurrente. Por su parte Lee et al. (18), sostienen que iniciar un tratamiento de reducción de ácido úrico con febuxostat 40 mg, ayuda a reducir la incidencia de ataques de AG en los episodios agudos de la enfermedad. Los hallazgos del presente estudio frente a otros ponen en manifiesto la necesidad de una estrategia terapéutica multifacética que tenga en cuenta tanto la manifestación de los síntomas como la prevención de episodios futuros.

### **Limitaciones del estudio**

No se pudo establecer el tipo de alimentación predominante en este grupo de pacientes, ya que este dato no suele registrarse en las historias clínicas y teniendo en cuenta que el departamento de Tumbes es una región con consumo preferente de mariscos; podría constituirse en un determinante para la generación de AG.

## V. CONCLUSIONES

1. Los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital EsSalud Tumbes tienen  $60 \pm 11.45$  años, con mayor prevalencia en el sexo masculino (84.9%), proceden de zona urbana (81.8%), sin antecedente familiar (85.4%), el antecedente personal no patológico más determinante fue el alcoholismo (82.8%), la comorbilidad más común fue la hipertensión (44.8%).
2. Las características clínicas encontrados en los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital EsSalud Tumbes sostienen que el tiempo de enfermedad fue de 2.86 años, la localización articular más frecuente fue la podagra (40.1%), las manifestaciones articulares y extraarticulares que predominaron fueron los ataques monoarticulares (40.6%).
3. El ácido úrico sérico en promedio fue relavado (8.3 mg/dL), el examen de imagen más solicitado fue la radiografía de rodilla y codo izquierdo (47.4%).
4. La colchicina (0.5 mg a dosis de 1 tableta cada 24h por 30 días) fue el tratamiento más común en el episodio agudo; la indometacina (25 mg a dosis de 1 tableta cada 12 horas por 30 días) se utilizó de forma más frecuente en el episodio intercrítica; la colchicina (0.5 mg a dosis de 1 tableta cada 12 horas por 30 días) se utilizó predominantemente en el episodio agudo e intercrítica; el alopurinol (100 mg a dosis de 1 tableta cada 24 horas por 60 días) fue el tratamiento más frecuente en el episodio intercrítica y articular.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Socializar los resultados del estudio a los tomadores de decisión del Hospital EsSalud Tumbes, a fin de organizar los servicios de salud, teniendo en consideración la asignación de especialistas en el área, el abastecimiento con medicamentos e insumos para el diagnóstico y tratamiento, además, de fortalecer los servicios de rehabilitación para la mejora de la calidad de vida del paciente.
2. Desarrollar nuevos estudios descriptivos a partir de lo observado, en busca de considerar otras variables que permitan ampliar los conocimientos y lograr la identificación de otros factores patológicos y no patológicos a la artritis gotosa.
3. Se recomienda a los estudiantes de pregrado y postgrado de la localidad extender el campo de estudio a través de estudios analíticos relacionados a la artritis gotosa, sus causas y consecuencias.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corral SG, Guillén-Astete C, Martínez MR, Martos JL, Díaz MV. Artritis microcristalinas. *Med* [Internet]. 2021;13(30):1702–13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.03.030>
2. Gamboa DR, Medina M, Acevedo E, Pastor C, Cucho J, Gutiérrez C, et al. Prevalencia de enfermedades reumatológicas y discapacidad en una comunidad urbano-marginal: resultados del primer estudio COPCORD en el Perú. *Rev Per Reum* [Internet]. 2009;15(1):40–6. Available from: <http://www.socreuma.org.pe/images/publicaciones/copcord.pdf>
3. (ENAHO). Reporte informativo Tumbes [Internet]. 2014. Available from: [https://www.acomerpescado.gob.pe/wp-content/uploads/2015/08/PNACP\\_Report-Infom-TUMBES.pdf](https://www.acomerpescado.gob.pe/wp-content/uploads/2015/08/PNACP_Report-Infom-TUMBES.pdf)
4. EsSalud. Principales indicadores de salud y series estadísticas 2005-2021 [Internet]. 2021. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/PPT\\_Series\\_Estadisticas\\_2005\\_2021.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/PPT_Series_Estadisticas_2005_2021.pdf)
5. Cando Ger AE, Valencia Catacta EE, Segovia Torres GA, Tullillo León JA, Paucar Tipantuña LE, Zambrano Carrión MC. Avances en la atención de salud a los pacientes con enfermedades reumáticas. *Rev Cuba Reum* [Internet]. 2018;20(3):e32. Available from: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/622/pdf>
6. Lozano J. Hiperuricemia y gota. *OFFARM* [Internet]. 2004;23(5):82–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-hiperuricemia-gota-13061799>
7. ANMM. Gota. *Rev la Fac Med la UNAM* [Internet]. 2014;57(4):58–60. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n4/0026-1742-FACMED-57-04-00058.pdf>
8. Chalès G, Coiffier G, Albert JD. Gota. *EMC - Apar Locomot* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 27];50(4):1–21. Available from: <https://www.em-consulte.com/es/article/1173324/gota>
9. Clebak KT, Morrison A, Croad JR. Gout : Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician* [Internet]. 2020;102(9):533–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33118789/>
10. Carvajal Carvajal C. El ácido úrico: De la gota y otros males. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2016;33(1):182–9. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00182.pdf>
11. Pérez Ruiz F, Loza E, García de Yébenes MJ. Guía de práctica clínica para el manejo de la gota [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GPCGota13.pdf>
12. Beatriz Vargas-Santos A, Taylor WJ, Neogi T. Criterios de clasificación de la artritis gotosa-actualización e implicaciones. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2016;18(7). Available from:

- [https://smiba.org.ar/curso\\_medico\\_especialista/lecturas\\_2022/Criterios de clasificación de la gota - actualización e implicaciones.pdf](https://smiba.org.ar/curso_medico_especialista/lecturas_2022/Criterios_de_clasificación_de_la_gota_-_actualización_e_implicaciones.pdf)
13. Keyßer G. [Gout arthritis: Pathogenesis, diagnostics and treatment]. *Dtsch medizinische Wochenschrift* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 27];145(14):991–1005. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668471/>
  14. Uhlig T, Eskild T, Hammer HB. Urinsyregikt: nytt innen diagnostikk og behandling. *Tidsskr Den Nor legeförening* [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 6];136(21):1804–7. Available from: <https://tidsskriftet.no/2016/11/klinisk-oversikt/urinsyregikt-nytt-innen-diagnostikk-og-behandling>
  15. Genova Maleras R, Brito García N, Campo Fontecha P, Calvo Aranda E, Prado Ojeda A. Guía de practica clinica para el manejo de pacientes con gota [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2020/07/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Gota-1.pdf>
  16. Sivera F, Andrés M, Quilis N. Diagnóstico y tratamiento de la Gota. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2017;148(6):271–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775316305280?via%3Dihub>
  17. Cabrera González AC, Meneses Velez E, Amado Fernandez RB, Magnani Quiñonez AE. Caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica de los pacientes con artritis gotosa [Internet]. 2017. Available from: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2017/013.pdf>
  18. Lee J, Kim J, Ghang B, Jeong W. A retrospective observational study of the appropriate starting dose of febuxostat in patients with gout. *Korean J Intern Med* [Internet]. 2023;38(3):427–33. Available from: <https://www.kjim.org/journal/view.php?doi=10.3904/kjim.2022.190>
  19. Carrasco Espinoza HV, Maya Piñuelos LS. Frecuencia de artritis gotosa en pacientes ambulatorios de la consulta externa del área de Reumatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo de enero a diciembre 2019 [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2022. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18538/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-735.pdf>
  20. Zhang Y, Di A, Yuan H. Characteristics of monosodium urate crystal deposition in the foot in the different stages of gout by dual-energy computed tomography. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 1];25(2):147–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1756-185X.14249>
  21. Xie Y, Li L, Luo R, Xu T, Yang L, Xu F, et al. Diagnostic efficacy of joint ultrasonography, dual-energy computed tomography and minimally invasive arthroscopy on knee gouty arthritis, a comparative study. *Br J Radiol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 1];94(1121). Available from: <https://www.birpublications.org/doi/10.1259/bjr.20200493>
  22. Machado-Duque ME, Montes-Montoya MC, Serna-Echeverri LS,

- Manrique-Castaño S, Machado-Alba JE. Estudio de utilización de fármacos antigotosos en población colombiana, 2016. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 18];28(1):11–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0121812320300773>
23. Yu Y, Wang D, Zhou Q, Wang C, Ma X, Gao Y, et al. Recommendations in clinical practice guidelines on gout: Systematic review and consistency analysis. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 1];38(5):964–72. Available from: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=14349>
  24. Suárez MCL, Ferrín REM, Cunalata EFA, Mosquera LFV, Ramírez MIT. Diagnóstico, tratamiento y prevención de la Gota. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2020;24(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201o.pdf>
  25. Valdés Gonzales JL, Paca Gualla MJ, González Benitez S, Freire Ramos E del R. Patrón nutricional en pacientes con gota. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2020;22(3):e780. Available from: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/780>
  26. Triantafyllias K, Clasen M, Cavagna L, De Blasi M, Klonowski A, Schwarting A. Realität der Versorgungssituation der Gicht: Daten zur Klinik, Epidemiologie und Komorbiditäten von 4016 Patienten in Rheinland-Pfalz. *DMW - Dtsch Medizinische Wochenschrift* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 1];144(08):e51–7. Available from: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0755-1341>
  27. Luna YV, Luna YV, Marrero WMB, Marrero WAB, Mesa JLE, Domínguez TC, et al. Gout Arthritis. Ten years of follow up. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2019;21(3):e105. Available from: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/717>
  28. Chen J, Liao M, Zhang H, Zhu D. Diagnostic accuracy of dual-energy CT and ultrasound in gouty arthritis: Systematic review. *Z Rheumatol* [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 1];76(8):723–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-016-0250-8>
  29. Villa A, Moreno L, Garcia G. *Epidemiología y Estadística en Salud Pública* [Internet]. 2012. p. 352. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1464>
  30. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2019;30(1):36–49.
  31. Quispe A, Cortez-Soto A, Banda-Salas C, Sedano C. Serie de Redacción Científica: Diseño y publicación de reportes de casos y series de casos. *Rev Cuerpo Med HNAAA* [Internet]. 2021;14(2):229–35. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2227-47312021000200019](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000200019)

32. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol* [Internet]. 2017;35(1):227–32. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
33. Prieto Castellanos BJ. El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *Cuad Contab* [Internet]. 2017;18(46). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuco/v18n46/0123-1472-cuco-18-46-00056.pdf>
34. Vera TP. Etapas del análisis de la información documental. *Rev Interam Bibliotecol* [Internet]. 2022;45(3):e340545. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rib/v45n3/2538-9866-rib-45-03-e4.pdf>
35. Kampe R, Janssen M, van Durme C, Jansen TL, Boonen A. Sex differences in the clinical profile among patients with gout: Cross-sectional analyses of an observational study. *J Rheumatol* [Internet]. 2021;48(2):286–92. Available from: <https://www.jrheum.org/content/48/2/286.tab-figures-data>
36. Liang J, Jiang Y, Huang Y, Huang Y, Liu F, Zhang Y, et al. Comorbidities and factors influencing frequent gout attacks in patients with gout: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2021;40:2873–80. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-021-05595-w#Abs1>
37. Lumintang CT, Oroh CTM, Langelo W. Profile of Individual Characteristics Regarding the Quality of Life of People With Gout Arthritis. *Klabat J Nurs* [Internet]. 2023;5(1):85–9. Available from: <https://ejournal.unklab.ac.id/index.php/kjn/article/view/922/765>
38. MINSA. Protocolos de vigilancia epidemiología Parte I [Internet]. Dirección General de Epidemiología. 2015. p. 3–8. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1382-1.pdf>
39. Linares M, Pérez I, Bermejo M, Olry A, Plazaola J. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2006;79(6):683–95. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000600008#:~:text=Características clínicas%3A síntomas iniciales y,%2C mala%2C muy mala\).](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600008#:~:text=Características clínicas%3A síntomas iniciales y,%2C mala%2C muy mala).)
40. Díaz Novás J, Gallego Machado B, León González A. El diagnóstico médico: Bases y procedimientos. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2006;22(1). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100007)
41. NCI. Definición de terapia farmacológica [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 31]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-farmacologica>

## ANEXO

### Anexo 1. Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA	TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
<p>¿Cuál es el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022?</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>- Determinar el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>1. Identificar las características epidemiológicas (edad, sexo, procedencia, antecedente familiar, antecedente personal no patológico, comorbilidades y alimentación) de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital de EsSalud Tumbes, 2015-2022.</p>	<p>Las variables del estudio son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Características epidemiológicas</li> <li>2. Características clínicas</li> <li>3. Antecedentes laboratoriales y de imágenes</li> <li>4. Tratamiento farmacológico</li> </ol>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> La investigación es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> El diseño empleado corresponde a serie de casos.</p>	<p>En este estudio se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos confeccionada, el cual ha sido validado por juicio de expertos y el cual sirvió para obtener la información necesaria de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa.</p> <p>En cada historia clínica seleccionada se aplicó la ficha de recolección de datos. La ficha de recolección de datos está integrado por cuatro partes; en la primera parte se recogió los datos de las características epidemiológicas del paciente: edad, sexo, procedencia,</p>

	<p>2. Identificar las características clínicas (tiempo de enfermedad, localización articular y manifestaciones articulares y extraarticulares) de la artritis gotosa de pacientes adultos diagnosticados en el Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022.</p> <p>3. Identificar los antecedentes laboratoriales y de imágenes (laboratorio clínico, estudio microscópico y de Imagen) de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022.</p> <p>4. Describir el tratamiento farmacológico de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa según evolución de la enfermedad en el Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022.</p>			<p>antecedente familiar, antecedente personal no patológico, comorbilidades y alimentación, en el siguiente ítem se recogió sus características clínicas: tiempo de enfermedad, localización articular y manifestaciones articulares y extraarticulares, en la tercera parte se incluyó los antecedentes laboratoriales y de imágenes: laboratorio clínico, estudio microscópico e imagen, y en la última parte se registró el tratamiento farmacológico.</p>
--	--	--	--	---

## Anexo 2. Operacionalización de variables

Variable.	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Tipo por su naturaleza	Escala de medición	Categoría y valores	Instrumento de medición
Características epidemiológicas	Describe a las características generales e inherentes de la persona (38).	Dimensiones de las características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, antecedente familiar, antecedente no patológico, comorbilidades y alimentación, registradas en la ficha de recolección de	Edad	Cuantitativo	razón	18 a 100 años	Ficha de recolección de datos
			Sexo	Cualitativo	Nominal	- Masculino - Femenino	
			Procedencia	Cualitativo	Nominal	- Urbano - Rural	

datos de cada paciente.

Antecedente familiar	Cualitativo	Nominal	- Sí - No
Antecedente personal no patológico	Cualitativo	Nominal	- Alcoholismo - Tabaquismo
Comorbilidades	Cualitativo	Nominal	- Obesidad - Hipertensión - Diabetes mellitus - Insuficiencia renal crónica - Enfermedad cardiaca isquémica - Enfermedad cerebrovascular - Nefrolitiasis - Otros

			Alimentación	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mollejas</li> <li>- Pavo</li> <li>- Gallina</li> <li>- Anchoveta</li> <li>- Trucha</li> <li>- Salmón</li> <li>- Caballa</li> <li>- Lenguado</li> <li>- Atún</li> <li>- Carne de ternera</li> <li>- Hígado de ternera</li> <li>- Lomo de ternera</li> <li>- Carne de cerdo</li> <li>- Carne de vacuno</li> <li>- Caldo de carne de vacuno</li> <li>- Extracto de carne de vacuno</li> <li>- Hígado de vacuno</li> <li>- Riñón de vacuno</li> <li>- Pato</li> <li>- Costilla de vaca</li> <li>- Hígado de vaca</li> </ul>
--	--	--	--------------	-------------	---------	--

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choros a la chalaca (mejillones)</li> <li>- Cangrejo</li> <li>- Pollo</li> <li>- Camarón</li> <li>- Langostino</li> <li>- Langosta</li> <li>- Ostras</li> <li>- Merluza</li> <li>- Mero</li> <li>- Conejo</li> <li>- Otros</li> </ul>
Características clínicas	Describe los síntomas iniciales y actuales de la enfermedad, estos síntomas perjudican al desarrollo de su vida diaria	Dimensiones de las características clínicas: tiempo de enfermedad, localización articular y manifestaciones articulares y extraarticulares, registradas en la	Tiempo de enfermedad	Cuantitativo	Razón	- 1 a más años
			Localización articular	Cualitativo	Nominal	- Según articulación afectada, registrada en las historias clínicas

	del individuo (39).	ficha de recolección de datos de cada paciente.				
			Manifestaciones articulares y extraarticulares	Cualitativo	Nominal	- Ataques monoarticulares - Ataques oligo o poliarticulares
Antecedentes laboratoriales y de imágenes	Se caracteriza a la proporción de datos clínicos sobre las condiciones inobservables del individuo (40).	Dimensiones de los antecedentes laboratoriales y de imágenes: laboratorio clínico, estudio microscópico e imagen, registradas en la ficha de recolección de datos de cada paciente.	Laboratorio clínico	Cuantitativa	Razón	- Hemograma - Ácido úrico sérico - Creatinina sérica - PCR - Colesterol - VSG - Glicemia Resultado normal o anormal
			Estudio microscópico	Cuantitativo	Razón	- Análisis del líquido sinovial

			Imagen	Cualitativo	Nominal	- Según examen de imagen pedido, registradas en las historias clínicas
Tratamiento farmacológico	Aliviar o tratar los síntomas de una afección en el individuo (41).	Dimensión del tratamiento farmacológico: tratamiento farmacológico, registrada en la ficha de recolección de datos de cada paciente	Tratamiento farmacológico	Cualitativo	Nominal	- Tratamiento recibido según evolución de la enfermedad, registradas en las historias clínicas

### **Anexo 3. Ficha de recolección de datos**

#### **“Perfil clínico-epidemiólogo y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022”**

**INSTRUCCIONES:** El llenado de la ficha de recolección de datos será en base al registro que se encuentre en la historia clínica del paciente incluido en la investigación. Del mismo modo, no se permitirá borrar, cambiar o modificar datos.

Los resultados nos permitirán obtener información relacionada al perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de los pacientes adultos con artritis gotosa en el Hospital EsSalud Tumbes a fin de contribuir para posteriores investigaciones que se realicen en entornos al tema.

**OBJETIVO:** Determinar el perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022.

**Ficha N°:** .....

**N° de historia clínica:** .....

#### **1. Características epidemiológicas:**

**Edad (en años):** .....

**Sexo: Marcar con un aspa (X)**

- Masculino ( )      - Femenino ( )

**Procedencia: Marcar con un aspa (X)**

- Urbano ( )      - Rural ( )

**Antecedente familiar: Marcar con un aspa (X)**

- Si ( )      - No ( )

**Antecedente personal no patológico: Marcar con un aspa (X)**

- Alcoholismo ( )      - Tabaquismo ( )

**Comorbilidades: Marcar con un aspa (X)**

- Obesidad ( )                      - Hipertensión ( )                      - Diabetes mellitus ( )
- Insuficiencia renal crónica ( )                      - Enfermedad cardiaca isquémica ( )
- Enfermedad cerebrovascular ( )                      - Nefrolitiasis ( )
- Otros: ..... ( )

**Alimentación: Según el tipo de alimentación que consumió con más frecuencia en el último año. Marcar con un aspa (X)**

- Mollejas ( )                      - Pavo ( )                      - Gallina ( )
- Anchoveta ( )                      - Trucha ( )                      - Salmón ( )
- Caballa ( )                      - Lenguado ( )                      - Atún ( )
- Carne de ternera ( )                      - Hígado de ternera ( )                      - Lomo de ternera ( )
- Carne de cerdo ( )                      - Carne de vacuno ( )                      - Caldo de carne de vacuno ( )
- Extracto de carne de vacuno ( )                      - Hígado de vacuno ( )
- Riñón de vacuno ( )                      - Pato ( )                      - Costilla de vaca ( )
- Hígado de vaca ( )                      - Chorros a la chacala (mejillones) ( )
- Cangrejo ( )                      - Pollo ( )                      - Camarón ( )
- Langostino ( )                      - Langosta ( )                      - Ostras ( )
- Merluza ( )                      - Mero ( )                      - Conejo ( )
- Otros: ..... ( )

**2. Características clínicas:**

**Tiempo de enfermedad (en años):** .....

**Localización articular: Según la articulación afectada**

.....  
.....  
.....

**Manifestaciones articulares y extraarticulares: Marcar con un aspa (X)**

- Ataques monoarticulares ( )                      - Ataques oligo o poliarticulares ( )

**3. Antecedentes de laboratoriales y de imágenes:**

**Laboratorio clínico: Valores al momento del diagnóstico**

- Hemograma:

Leucocitos (cel/mm<sup>3</sup>): ..... Neutrófilos (%): .....

- Ácido úrico sérico (mg/dL): .....

- Creatinina sérica (mg/dL): .....

- PCR (mg/dL): .....

- Colesterol:

LDL (mg/dL): ..... HDL (mg/dL): .....

Colesterol total (mg/dL): .....

- VSG (mm/h): .....

- Glicemia (mg/dL): .....

**Estudio microscópico: Valores al momento del diagnóstico**

- Análisis del líquido sinovial:

Leucocitos (mm<sup>3</sup>): ..... Neutrófilos (%): .....

Gram y cultivo: .....

Microcristal: .....

**Imagen: Según exámenes de imágenes solicitados al momento del diagnóstico**

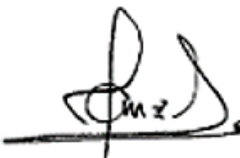
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4. Tratamiento farmacológico: Tratamiento recibido según evolución de la enfermedad: Tipo, dosis, intervalo y duración**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### Anexo 4. Validación de instrumento

##### Validación experto 1

<b>Nombre y apellidos</b>	JUAN CARLOS GOMEZ CHECALLA
<b>Filiación</b> (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	MEDICO CIRUJANO CMP:29681 ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA RNE: 19072 Magister Ciencias de la Educación con mención Docencia y Gestión Universitaria  LUGAR TRABAJO: Hospital Regional "JAMO" II – 2 Tumbes Docente Auxiliar Universidad Nacional de Tumbes
<b>E-mail</b>	jcarlosgomezch@gmail.com
<b>Teléfono o celular</b>	942985433
<b>Fecha de la validación</b> (día, mes y año)	05 - 02 - 2023
<b>Firma</b>	

## Validación experto 2

<b>Nombre y apellidos</b>	Daniel Aarón Fernández Guzmán
<b>Filiación</b> (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico cirujano, Investigador Renacyt (CONCYTEC) – V – P0089724 Docente de diseño de tesis en Carrera de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú Docente en Evidencias en Salud (EviSalud)
<b>E-mail</b>	danferguz@gmail.com
<b>Teléfono o celular</b>	949389809
<b>Fecha de la validación</b> (día, mes y año)	13/02/2023
<b>Firma</b>	 <p>Dr. Daniel Aarón Fernández Guzmán MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 94528</p>

### Validación experto 3

<b>Nombre y apellidos</b>	Néstor Víctor Linares Terán
<b>Filiación</b> (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico Internista Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental (Estudios concluidos) Hospital Regional JAMO-II-2-Tumbes Universidad Nacional de Tumbes
<b>E-mail</b>	nlinarest@untumbes.edu.pe
<b>Teléfono o celular</b>	971-754-811
<b>Fecha de la validación</b> (día, mes y año)	15 - 02 - 2023
<b>Firma</b>	

## Anexo 5. Aprobación de comité de ética de investigación del Hospital EsSalud Tumbes



HOSPITAL CARLOS ALBERTO CORTEZ JIMENEZ

ESSALUD TUMBES

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe presidente del COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL CARLOS ALBERTO CORTEZ JIMENEZ ESSALUD DE TUMBES expide la siguiente:

### CONSTANCIA

A los investigadores: **Est. De Medicina Luis Jeferson Castillo Peña**

Quiénes desarrollará el Proyecto de Investigación titulado:

**"Perfil clínico – epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa ; Hospital Essalud Tumbes 2015-2022"**

La presente constancia acredita que el citado Proyecto, en su aspecto ético, no viola ninguna normatividad institucional, nacional o internacional.

Por lo expuesto se entrega esta Constancia a solicitud del investigador.

Tumbes, 18 de julio 2023

**Dra. Miriam Arredondo Nental**  
C.M.P. N° 34497  
Presidente del Comité de Ética  
EsSalud Red Asistencial  
TUMBES

Datos del Autor: Luis Jeferson Castillo Peña Telf : 906285568

Constancia Nro. 006/2023 CEI-HCACJ-ESSALUTUMBES

C.C.-Archivo.

## Aprobación de comité de ética de investigación del Hospital EsSalud Tumbes



HOSPITAL CARLOS ALBERTO CORTEZ  
JIMENEZ

ESSALUD TUMBES

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

La que suscribe presidenta del COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL CARLOS ALBERTO CORTEZ JIMENEZ ESSALUD DE TUMBES expide la siguiente:

### CONSTANCIA

A la investigador: BACHILLER EN MEDICINA HUMANA LUIS CASTILLO PEÑA

Autor del Trabajo de Investigación: "PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO Y TERAPEUTICO EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS GOTOSA, HOSPITAL ESSALUD TUMBES 2015-2022"

La presente constancia acredita que el citado Trabajo, en su aspecto ético, no viola ninguna normatividad institucional, nacional o internacional.

Por lo expuesto se entrega esta Constancia a solicitud del investigador.

Tumbes, 13 DE FEBRERO 2025

.....  
DRA. MIRIAM ARREDONDO NONTOL.  
Presidenta CEI

Constancia Nro. 002/2025 CEI-HCACJ-ESSALUTUMBES

C.C.-Archivo.

## Anexo 6. Solicitud al director ejecutivo del Hospital EsSalud Tumbes



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Creada por Ley N° 24894-11 de octubre de 1988.  
DIRECCION ESCUELA DE MEDICINA HUMANA  
Ciudad Universitaria – Pampa Grande – Tumbes



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Tumbes, 22 de junio del 2023

**OFICIO N.° 327-2023/UNTUMBES-FCS-DEMH-D.**

**SEÑOR:**

Dr. Víctor Manuel Pérez Silva  
Director de la Red Asistencial ESSALUD – Tumbes

**Presente. -**

**ASUNTO : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES A ESTUDIANTE DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle que; se le brinde los datos de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el servicio de hospitalización de medicina y consulta externa periodo 2015-2022 y acceso a las historias para su revisión respectivo y recolección de los datos. Toda la información alcanzada servirá la ejecución del proyecto de investigación: "PERFIL CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS GOTOSA, HOSPITAL ESSALUD TUMBES, 2015-2022".

Así mismo solicito brinde las facilidades del caso al estudiante Luis Jeferson Castillo Peña; para el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. María Edith Soto Castro  
Escuela Profesional de Medicina Humana  
Directora

C.A.  
Luis  
MISOCAS

Av. Universitaria S/n – Pampa Grande – Tumbes

## Solicitud al director ejecutivo del Hospital EsSalud Tumbes

HOSPITAL CARLOS ALBERTO CORTEZ JIMENEZ  
ESSALUD TUMBES

ÁREA Salud  
Hosp. Carlos A. Cortez Jiménez  
Red Asistencial Tumbes  
Mesa de O-ros  
10 ENE 2025  
HOR: 15-51

"Año de la recuperación y la consolidación de la economía peruana"

Solicitud: Segundo acceso, revisión y recolección de data de las historias clínicas de los pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el servicio de hospitalización de Medicina y consulta externa

A: DR. ROBERTO RAMOS MENESES  
DIRECTOR DEL HOSPITAL ESSALUD TUMBES.

Yo, Luis Jeferson Castillo Peña, bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Tumbes, con DNI N° 77104116, por medio del presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y digo:

Que, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes habiéndome aprobado con fecha: 19-01-2024, para ejecutar mi proyecto de investigación con Resolución Decanal N° 036-2024/UNTUMBES – FC5, y teniendo el permiso correspondiente del Hospital EsSalud con NIT: 1278-2023-2061 para ejecutar la investigación, previa resolución de aprobación por parte de la Universidad Nacional de Tumbes, y debido a que en 2024 falto completar información en **antecedentes laboratoriales**, la cual no estaban en físico en las historias clínicas, y si en el sistema, solicito a usted me pueda brindar las facilidades de realizar el segundo acceso, revisión y la recolección de data de las historias clínicas para completar la información correspondiente con un tamaño muestral de 192 pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa en el servicio de hospitalización de Medicina y consulta externa, para el proyecto titulado: "Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes adultos diagnosticados con artritis gotosa, Hospital EsSalud Tumbes, 2015-2022".

Por lo tanto, agradezco a usted acceda a mi solicitud, para lo cual anexo a la presente los requisitos que exige, tales como:


- Permiso correspondiente del Hospital EsSalud
- Resolución Decanal de aprobación del proyecto de investigación
- Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación

Por lo expuesto:

Es justicia que espero alcanzar se me conceda la petición

Tumbes, 10 de enero del 2025

Atentamente,

  
Luis Jeferson Castillo Peña  
DNI N° 77104116

# Anexo 7. Autorización del Hospital EsSalud Tumbes para realizar el trabajo de investigación



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Unidad, la paz y el desarrollo"

**OFICIO N° 269 -DR-RATU-ESSALUD-2023**

Tumbes, 21 JUL 2023



Señora:  
**DRA. MARIA EDITH SOLIS CASTRO**  
DIRECTORA  
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES  
**PRESENTE.**



**ASUNTO : AUTORIZACION REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION**

Me dirijo a usted para saludarla y en virtud al documento de la referencia, alcanzo el resultado de la evaluación del trabajo de investigación, que solicita el señor Luis Jeferson Castillo Peña, estudiante de la Universidad Nacional de Tumbes, que fue revisado por el Comité de Ética de la Red Asistencial Tumbes, dando como respuesta LA AUTORIZACION DE LA INVESTIGACION, a través de una constancia de aprobación.

Sin otro particular, me despido de usted, no sin antes expresar muestras de especial consideración.

Atentamente,

**Dr. Victor Manuel Perez Silva**  
DIRECTOR DE RED  
C.M.P. 31364 R.M.E. 24418  
Red Asistencial TUMBES  
**EsSalud**



VMPS/TAR/lex  
C.c  
Archivo  
NIT: 1278-2023-2061



## Autorización del Hospital EsSalud Tumbes para realizar el trabajo de investigación



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
EsSalud



Firmado digitalmente por  
RAMOS MENESES Roberto EMJ  
20121257150 kart  
Módulo: Say H Autor del documento  
Fecha: 25.02.2025 12:17:09 -0500

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**CARTA N° 000034-DR - RATU-ESSALUD-2025**

Tumbes, 25 de Febrero del 2025

JOVEN.

**CASTILLO PEÑA LUIS JEFERSON**

**BACHILLER DE MEDICINA UNT**

Presente. –

**Asunto:** AUTORIZACION REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION.

**Expediente:** 0064520250000661.

De mi especial consideración:

Me dirijo a usted, para saludarlo y en virtud a la **CARTA N° 001-CEE-RATU-ESSALUD-2025**, alcanzo el resultado de la evaluación del Trabajo de Investigación, que fue revisado por el **Comité de Ética de la Red Asistencial Tumbes**, dando como respuesta **LA AUTORIZACION DE LA INVESTIGACIÓN**, a través de un Acta del mencionado Comité.

Hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

*Firmado digitalmente por*  
**ROBERTO RAMOS MENESES**  
DIRECTOR  
DIRECCION DE RED ASISTENCIAL TUMBES

## Anexo 8. Principios del manejo de la artritis gotosa por el American College of Rheumatology

	Recomendación
Indicaciones para la terapia de reducción de uratos	Diagnóstico establecido de gota y tanto tofos (detectados por examen físico o imágenes), ataques agudos de gota (>1 por año), enfermedad renal crónica estadio 2 o mayor, o historia de urolitiasis.
Meta de urato sérico	<360 $\mu\text{mol/L}$ (6 mg/dL) mínimo; para enfermedad severa o tofácea, pueden ser necesarias concentraciones <300 $\mu\text{mol/L}$ (5 mg/dL)
Monitoreo de urato sérico	Mensualmente hasta alcanzar meta de urato sérico; 6 meses después para asegurar el mantenimiento de la meta
Tratamiento farmacológico de ataques agudos	Fármaco antiinflamatorio no esteroideo, colchicina o corticoesteroide
Profilaxis antiinflamatoria durante el inicio de terapia de reducción de uratos	Colchicina o fármaco antiinflamatorio no esteroideo a dosis bajas (tercera línea: corticoesteroides a dosis bajas) por al menos 6 meses, o hasta 3 meses después de haber alcanzado la meta de urato sérico si no hay tofos presentes, o hasta 6 meses después de haber alcanzado la meta si hay tofos presentes - cualquiera que sea más largo
Opciones de tratamiento de reducción de uratos	Los inhibidores de la xantina-oxidasa (por ejemplo, alopurinol, febuxostat) son la primera línea; los uricosúricos (por ejemplo, probenecid) son la segunda línea; las uricasas (por ejemplo, pegloticasa) son la tercera línea si la terapia oral de reducción de uratos no es exitosa.
Educación	Los pacientes deben ser educados sobre las razones para la terapia de reducción de uratos a largo plazo y los riesgos de ataques durante el inicio de la terapia de reducción de uratos, y deben de ser provistos con un plan de acción para el manejo de los ataques agudos y consejería sobre estilos de vida saludable.
El cribado de comorbilidades	Se debe hacer cribado para diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, hipertensión, dislipidemia, enfermedad renal crónica, obesidad, y apnea del sueño

Basado en las guías del 2012 sobre manejo de gota del Colegio Americano de Reumatología y adaptado de la tabla presentada en el artículo Gout, publicado en *The Lancet* por Dalbeth y cols.