

**Formulario para Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico
Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)**

Nombres y Apellidos

Doc. Identidad:

Edad de Inicio de Síntomas:

Edad al Diagnóstico:

Forma de Inicio:

Dermatológico
 Articular
 Hematológico

Constitucional
 Renal
 Ravnaud-Vasculitis

Serositis
 Neurológico
 Edema

Criterios Clasificación ACR 1997

1. Eritema Malar
2. Fotosensibilidad
3. Úlceras Orales
4. Lupus Discoide
5. Artritis
6. Serositis
 ___ Derrame Pleural
 ___ Pericarditis
7. Compromiso hematológico
 ___ Anemia Hemolítica
 ___ Linfopenia
 ___ Leucopenia
 ___ Trombocitopenia

8. Compromiso Renal
9. Compromiso Neurológico
 ___ Convulsiones
 ___ Psicosis
10. Compromiso Inmunológico
 ___ DNA
 ___ Sm
 ___ ACLA IgG e IgM
 ___ Ac Lúpico
 ___ VDRL Falso +.
11. ANA positivos

**1. Músculoesqueletico –
Constitucional**

Artralgias
 Artropatía de Jaccoud
 Fiebre
 Mialgias

2. Manifestaciones en piel

Alopecia
 Calcinosis
 Lupus Cutáneo Subagudo
 Urticaria
 Raynaud
 Vasculitis
 Livedo Reticularis

3. SNC y SNP

Neuropatía
 Pares Craneales
 Cefalea
 Depresión

4. Pulmonar/Cardiovascular

Hipertensión Pulmonar
 Embolismo Pulmonar
 Hemorragia Pulmonar
 Miocarditis

5. Compromiso Renal

Compromiso Criterio Dx
 Compromiso Sin criterio
 No
 Nefrótico Nefrítico

**6. Biopsia
Renal**

Sí
 No

7. Patrón Histológico

Tipo I Tipo II
Tipo III Tipo IV
Tipo V Tipo VI
Otro

Hospitalizaciones

Hospitalizaciones Previas por SLE

Número de Hospitalizaciones por SLE

Observaciones Hospitalizaciones

Cumple criterios: Si__ No__ Cuantos ____

Compromiso: Limitado__ Difuso. __ CREST __

Fecha de Registro:

Pág.1/4

**FORMULARIO PARA PACIENTES CON ESCLERODERMIA
CENTRO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES (CREA)**

Nombres y Apellidos:

Doc. Identidad:

Edad de inicio de los síntomas:

Forma de inicio:

Edad al diagnóstico:

ITEM	SUB-ITEM	PUNTAJE	
Engrosamiento de la piel de los dedos, que se extienda mínimo hasta región metacarpofalángica (criterio diagnóstico)	-	9	
Engrosamiento de la piel de los dedos	"Puffy fingers"	2	
	Esclerodactilia de los dedos (distal a la articulación metacarpofalángica pero proximal a la articulación interfalángica proximal)	4	
Lesiones en la punta de los dedos	Ulceras en la punta de los dedos	2	
	Cicatriz en la punta de los dedos (pitting scars)	3	
Telangiectasias	-	2	
Anormalidad en la capilaroscopia	-	2	
Hipertensión pulmonar y/o enfermedad intersticial pulmonar	Hipertensión pulmonar *	2	
	Enfermedad intersticial pulmonar *	2	
Fenómeno de Raynaud	-	3	
Autoanticuerpos relacionados con SSC (anticentromero, anti-topoisomerasa I (anti-Scl-70), anti-RNA polimerasa III)	ANA Patrón cnetromérico (Anticentromero)	3	
	Anti-topoisomerasa I (anti-Scl-70)	3	
	Anti-RNA polimerasa III	3	
	PUNTAJE TOTAL	28	

Nota: para el diagnóstico debe tener mínimo 9 puntos, y si cumple más de un criterio de la categoría, solo se suma el de mayor puntaje

* Si está presente alguno de los 2 compromisos pulmonares dirijase al formulario de **"Hallazgos Radiológicos en Enfermedad Pulmonar de Pacientes con Esclerodermia"**.

1. Manifestaciones en piel

Calcinosis	<input type="checkbox"/>
Morfea	<input type="checkbox"/>
Microstomía	<input type="checkbox"/>
Hipopigmentación	<input type="checkbox"/>
Hiperpigmentación	<input type="checkbox"/>
Alopecia	<input type="checkbox"/>
Distrofia ungueal	<input type="checkbox"/>
Lupus discoide	<input type="checkbox"/>

2. Enfermedad renal

Crisis renal	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>
Proteinuria	<input type="checkbox"/>
Hematuria	<input type="checkbox"/>

3. Gastrointestinal

Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>
Disfagia	<input type="checkbox"/>
Vólvulo	<input type="checkbox"/>

Pruebas de función esofágica

Vías digestivas altas: Si ___ No ___

Endoscopia VDA: Si ___ No ___

pHmetría: Si ___ No ___

4. Pulmonar

Año de inicio

Tos	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>
Clase funcional NYHA	<input type="checkbox"/>

4.1 Pruebas de función pulmonar

Espirometría: Si ___ No ___

Normal ___ Restr. ___ Obstr ___

CVF ___ % VEF1 ___ %

VEF1/CVF ___ %

DLCO: Si ___ No ___ % ___

Normal ___ Anormal. ___

5. Ecocardiograma: Si ___ No ___

Normal ___ Anormal. ___

HTP: Si ___ No ___

PSAP: ___ mm Hg

FEVI: ___ %

EKG: Si ___ No ___

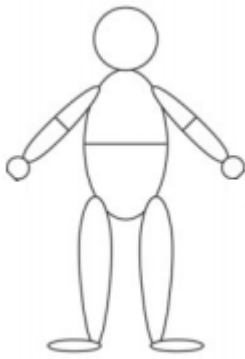
Arritmia: Si ___ No ___ Tipo: ___

6. Biopsia

Piel ___ Pulmón ___ Renal ___

Lectura: _____

7. Rodnan skin score

Cara ___		Mano I ___
Mano D ___		Dedos I ___
Dedos D ___		MS proximal I ___
MS proximal D ___		MS distal I ___
MS distal D ___		Tórax ___
Abdomen ___		MI proximal I ___
MI proximal D ___		MI distal I ___
MI distal D ___		Pie I ___
Pie D ___		

Puntaje total: _____

Observaciones:

Cumple criterios	Si	No	Cuantos	
------------------	----	----	---------	--

Fecha: _____

**FORMULARIO PARA PACIENTES CON SINDROME SJOGREN
CENTRO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES (CREA)**

Nombres:	Apellidos:
Documento de identidad:	Edad inicio de síntomas:
Forma de inicio:	Edad de diagnóstico:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios subjetivos (mínimo 2) Si__ No__

Criterios objetivos (mínimo 2) Si__ No__

SINTOMAS OCULARES: AL MENOS 1 DE 3	
1. Xeroftalmia persistente por más de 3 meses	
2. Sensación de cuerpo extraño en el ojo	
3. Uso de gotas artificiales > de 3 veces al día	

HISTOPATOLOGIA GLANDULA SALIVAL MENOR		
CHISHOLM MASON	Chisholm-Mason Grado 0	
	Chisholm-Mason Grado 1	
	Chisholm-Mason Grado 2	
	Chisholm-Mason Grado 3	
	Chisholm-Mason Grado 4	
GREENSPAN		

SINTOMAS ORALES: AL MENOS 1 DE 3	
1. Xerostomía persistente por más de 3 meses	
2. Inflamación recurrente o persistente de las glándulas salivales	
3. Necesidad de líquidos para tragar la comidas	

AUTOANTICUERPOS: AL MENOS 1 DE 2		
1. Anti RO		
2. Anti LA		

TEST DE SCHIRMER		
Ojo Derecho	_____ mm	Positivo __ Negativo__
Ojo Izquierda	_____ mm	Positivo __ Negativo__

COMPROMISO DE GLANDULA SALIVAL: AL MENOS 1 DE 3	
1. Flujo salival no estimulado (1.5ml en 15 minutos)	
2. Sialografía parotídea con evidencia de sialectasias difusas (puntiformes, cavitarias o patrón destructivo) en ausencia de obstrucción del conducto mayor	
3. Gammagrafía salival que evidencia absorción retardada, disminución de la concentración y/o retraso en la excreción del trazador.	

OTRAS MANIFESTACIONES

COMPROMISO VIAS AEREAS		
Vía aérea superior	Xeromicteria	
Traqueobronquial	Xerotraquea	
Intersticio pulmonar	Neumonitis intersticial linfocítica	
	Fibrosis pulmonar	
Linfoproliferativo	Linfoma	
Pleural	Engrosamiento pleural	
Vascular	Vasculitis pulmonar	
	Hipertensión pulmonar	

MANIFESTACIONES CUTANEAS	
Urticaria	
Fotosensibilidad	
Raynaud	
Vasculitis	
Ulceras	

COMPROMISO RENAL	
Tubulointerstial	
Glomerulonefritis	

COMPROMISO SNC Y SNP	
Neuropatía	
Compromiso central	

MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELETICAS-CONSTITUCIONALES	
Artralgias	
Artritis	
Mialgias	
Parotidomegalia	
Linfadenopatía	

MANIFESTACION GASTROINTESTINAL	
Disfagia	
Gastritis	
Hepatitis	
Linfoma tipo MALT	

Observaciones: