



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A COLANGITIS BILIAR  
PRIMARIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS CENTROS DE  
REFERENCIA DE LIMA, PERÚ

AUTOIMMUNE DISEASES ASSOCIATED WITH PRIMARY BILIARY  
CHOLANGITIS: A RETROSPECTIVE STUDY IN TWO REFERENCE CENTERS  
IN LIMA, PERU

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR

JACKELINE LIZETH CADILLO APARICIO

ASESOR

ADELINA ZARELA LOZANO MIRANDA

LIMA - PERÚ

2026



**ASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**ASESOR**

**DRA. ADELINA ZARELA LOZANO MIRANDA**

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0002-4355-9643

**Fecha de aprobación:** 26/02/26

**Calificación:** Aprobado

## **DEDICATORIA**

A mi familia y amigos que me brindaron su apoyo incondicional  
para hacer realidad este sueño.

## **AGRADECIMIENTOS**

Un agradecimiento a la Universidad Peruana Cayetano Heredia por la  
excelente formación recibida y a mi asesora por ser mi guía y  
compañera para sacar adelante este trabajo.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CADILLO APARICIO JACKELINE LIZETH

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA**, autor del trabajo titulado: **ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS CENTROS DE REFERENCIA DE LIMA, PERÚ** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO** bajo la modalidad de **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	LOZANO MIRANDA ADELINA ZARELA	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **21 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3497829150**; fecha de entrega: **04-03-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 05 de marzo del 2026.**



Dr. ADELINA LOZANO MIRANDA  
GASTROENTEROLOGÍA-HEPATOLOGÍA  
C.M.P. 23438  
RNE 012094

Firma del asesor  
N° DNI: 17936897  
ORCID: 0000-0002-4355-9643



## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y métodos	5
IV. Resultados esperados	9
V. Referencias bibliográficas	10
VI. Presupuesto y cronograma	13
Anexos	15

## RESUMEN

**Introducción:** La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática colestásica crónica de origen autoinmune, caracterizada por la destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos de pequeño y mediano calibre, lo que conduce a colestasis persistente, fibrosis hepática y eventual progresión a cirrosis en ausencia de tratamiento. Presenta una incidencia global aproximada de 1.8 por 100 000 personas-año y una prevalencia cercana a 18.1 por 100 000 habitantes, con variaciones geográficas. Predomina en mujeres, con una relación mujer:hombre cercana a 10:1, y suele diagnosticarse entre la cuarta y sexta década de la vida. Puede ser asintomática al diagnóstico; sin embargo, cuando se manifiesta, la fatiga y el prurito son los síntomas más frecuentes. En fases avanzadas pueden aparecer ictericia, hiperpigmentación cutánea, xantelasmas, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis y varices esofágicas. Se ha descrito además su asociación con otras enfermedades autoinmunes, fenómeno interpretado como un “mosaico de autoinmunidad”. **Objetivo:** Describir la frecuencia y el tipo de enfermedades autoinmunes asociadas a la colangitis biliar primaria en pacientes atendidos en dos centros de referencia de Lima, Perú, durante el periodo de enero de 2020 a enero de 2026. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de CBP que cumplan con los criterios de inclusión, atendidos en consulta externa y el servicio hospitalización del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y la Clínica Ricardo Palma, durante el periodo de enero de 2020 a enero de 2026. Los datos obtenidos se registrarán en Excel y analizarán con IBM SPSS Statistics V.19. **Conclusiones:** Este estudio aportará evidencia local sobre las enfermedades autoinmunes asociadas a CBP, favoreciendo un reconocimiento clínico más oportuno, seguimiento adecuado y mejor enfoque integral, además de servir como base para futuras investigaciones.

**Palabras claves:** Colangitis Biliar Primaria, Enfermedades autoinmunes, Colestasis, Anticuerpos antimitocondriales, Comorbilidad autoinmune.

## ABSTRACT

**Introduction:** Primary biliary cholangitis (PBC) is a chronic autoimmune cholestatic liver disease characterized by the progressive destruction of small- and medium- sized intrahepatic bile ducts, leading to persistent cholestasis, progressive hepatic fibrosis, and eventual progression to cirrhosis in the absence of treatment. It has an estimated global incidence of approximately 1.8 per 100,000 person-years and a prevalence of about 18.1 per 100,000 inhabitants, with geographic variability. The disease predominantly affects women, with a female-to-male ratio close to 10:1, and is most commonly diagnosed between the fourth and sixth decades of life. Patients may be asymptomatic at diagnosis; however, when present, fatigue and pruritus are the most frequent symptoms. In advanced stages, jaundice, skin hyperpigmentation, xanthelasmas, hepatomegaly, splenomegaly, ascites, and esophageal varices may develop. An association with other autoimmune diseases has also been described, a phenomenon interpreted as a “mosaic of autoimmunity”. **Objective:** To describe the frequency and types of autoimmune diseases associated with primary biliary cholangitis in patients treated at two referral centers in Lima, Peru, between January 2020 and January 2026. **Materials and Methods:** An observational, analytical, cross-sectional, retrospective study will be conducted. Non-probabilistic convenience sampling will be used, including all patients diagnosed with PBC who meet the inclusion criteria and were treated in the outpatient clinics and hospitalization services of Hospital Nacional Arzobispo Loayza and Clinica Ricardo Palma during the study period. Data will be recorded in Excel and statistically analyzed using IBM SPSS Statistics V.19. **Conclusions:** This study will provide local evidence on autoimmune diseases associated with PBC, promoting earlier clinical recognition, appropriate follow-up, and a more comprehensive approach to a patient's care, while also serving as a foundation for future research.

**Keywords:** Primary Biliary Cholangitis, Autoimmune Diseases, Cholestasis, Antimitochondrial Antibodies, Autoimmune Comorbidity.

## I. INTRODUCCIÓN

La colangitis biliar primaria (CBP), denominada anteriormente cirrosis biliar primaria, es una enfermedad hepática colestásica crónica de origen autoinmune, caracterizada por la destrucción progresiva del epitelio de los conductos biliares de pequeño y mediano calibre interlobares y septales (1,2). Este proceso inflamatorio sostenido conduce a colestasis, fibrosis hepática progresiva y, eventualmente, en ausencia de tratamiento, puede evolucionar a cirrosis hepática (3). A nivel epidemiológico, la CBP muestra una incidencia global de 1.8 por 100 000 personas-año y una prevalencia aproximada de 18.1 por 100 000 habitantes, con variaciones geográficas significativas. Se ha descrito con mayor frecuencia en regiones de mayor latitud y países con mayor índice de desarrollo humano. Asimismo, presenta un marcado predominio en mujeres, con una proporción mujer:hombre cercana a 10:1, y el diagnóstico se establece con mayor frecuencia entre la cuarta y sexta década de la vida (1,4,5).

Desde el punto de vista clínico, una proporción considerable de casos puede ser asintomática al momento del diagnóstico, identificándose de forma incidental mediante alteraciones bioquímicas sugestivas de colestasis en análisis de rutina. Sin embargo, cuando se manifiesta clínicamente, la fatiga y el prurito son los síntomas más frecuentes, presentándose en un 80% y 20-70%, respectivamente, y pueden preceder a otras manifestaciones durante meses o años (1,5,6). Con la progresión de la enfermedad pueden aparecer ictericia, hiperpigmentación cutánea y depósitos de lípidos como xantelasmas, asociados a la colestasis crónica. En estadios avanzados, la evolución hacia fibrosis y cirrosis puede manifestarse con hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis y complicaciones derivadas de la hipertensión portal, como el desarrollo de varices

esofágicas, las cuales conllevan riesgo de hemorragia digestiva potencialmente mortal (6,7).

El diagnóstico de CBP se establece mediante una combinación de criterios bioquímicos, inmunológicos e histológicos. Se considera confirmado cuando se cumplen al menos dos de los siguientes tres criterios: a) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación de la fosfatasa alcalina (FA)  $\geq 1.5$  veces el límite superior normal; b) presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) con un título de 1:40 o mayor, o presencia de anticuerpos anti gp210 o anti sp100 positivos si el AMA fuera negativo; y/o c) biopsia hepática con evidencia histológica de colangitis destructiva no supurativa de los conductos interlobulares (8,9). La alteración inmunológica más característica de la CBP es la presencia de AMA, detectados en aproximadamente el 90-95% de los casos. En pacientes AMA negativos, los anticuerpos antinucleares (ANA) específicos, incluidos anti-gp210 y anti-sp100, pueden identificarse en alrededor del 30-50% de los casos, lo que los convierte en marcadores diagnósticos de gran utilidad. (1).

Además de las manifestaciones hepáticas, se ha descrito que una proporción significativa de pacientes con CBP presenta múltiples enfermedades autoinmunes asociadas, fenómeno que se ha interpretado clínicamente como un “*mosaico de autoinmunidad*”, donde múltiples procesos autoinmunes coexisten en un mismo individuo (10). En estudios de pacientes con síndrome de superposición entre CBP y hepatitis autoinmune, más de la mitad presentaron dos o más enfermedades autoinmunes concomitantes, lo que respalda la aplicabilidad de este concepto en la práctica clínica (11). Asimismo, en series clínicas y estudios epidemiológicos se ha

documentado que hasta un 73% de pacientes con CBP pueden presentar comorbilidades autoinmunes asociadas (12). Entre las más frecuentes se encuentran el síndrome Sjögren (21.4%), el fenómeno de Raynaud (12.3%), la artritis reumatoide (5%), la esclerosis sistémica (2.9%) y el lupus eritematoso sistémico (1.7%). También se ha descrito un mayor riesgo de enfermedades tiroideas autoinmunes (10.6%) y, en menor proporción, enfermedades inflamatorias intestinales (1.3%), como la enfermedad de Crohn y la enfermedad celíaca, entre otras (13,14,15).

En el Perú, la evidencia sobre la asociación entre CBP y otros trastornos autoinmunes es limitada, lo que resalta la necesidad de investigaciones que caractericen estas comorbilidades y su impacto clínico y demográfico en nuestra población. En consecuencia, y considerando la escasa evidencia nacional disponible, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los tipos de enfermedades autoinmunes asociadas a la colangitis biliar primaria en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y la Clínica Ricardo Palma durante el periodo de enero de 2020 a enero de 2026?

## **II. OBJETIVOS**

### **A. Objetivo general**

- a. Determinar la prevalencia y el tipo de enfermedades autoinmunes asociadas a la colangitis biliar primaria en pacientes atendidos en dos centros de referencia de Lima, Perú, durante el periodo de enero de 2020 a enero de 2026.

### **B. Objetivos específicos**

- a. Estimar la prevalencia individual de cada enfermedad autoinmune asociada a la colangitis biliar primaria.
- b. Describir las características demográficas de los pacientes con colangitis biliar primaria.
- c. Describir las características clínicas de los pacientes con colangitis biliar primaria.
- d. Describir las características bioquímicas de los pacientes con colangitis biliar primaria.
- e. Describir las características inmunológicas de los pacientes con colangitis biliar primaria.

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### A. Diseño de estudio

Estudio observacional, analítico, transversal, de tipo retrospectivo.

#### B. Población

Considerando la baja prevalencia de la colangitis biliar primaria, se incluirán todos aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión procedentes de consulta externa y el servicio de hospitalización del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y la Clínica Ricardo Palma, durante el periodo de enero de 2020 a enero de 2026.

En este contexto, se empleará un muestreo no probabilístico por exhaustividad, incorporando la totalidad de casos disponibles en los registros clínicos. No se procederá con un cálculo formal del tamaño muestral, dado que se trabajará con el universo accesible de pacientes identificados.

#### Criterios de inclusión

- Pacientes con el diagnóstico de CBP establecidos por la presencia de al menos dos de tres de los siguientes criterios: a) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación de la fosfatasa alcalina (FA)  $\geq 1.5$  veces el límite superior normal, b) presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) con un título de 1:40 o mayor, o presencia de anticuerpos anti gp210 o anti sp100 positivos si el AMA fuera negativo y/o c) biopsia hepática con evidencia histológica de colangitis destructiva no supurativa de los conductos interlobulares, consignado en la historia clínica.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con estudios de ecografía o colangiografía que mostraron dilatación de las vías biliares.
- Pacientes con historia de consumo de fármacos que pudieran causar colestasis.
- Pacientes con serología positiva para hepatitis B y/o C.

### **C. Definición operacional de variables**

Las variables clínicas presentadas en este estudio se midieron como cualitativas dicotómicas, utilizando una escala nominal, que se registraron según la presencia o ausencia del diagnóstico consignado en la historia clínica de cada paciente. Las definiciones conceptuales y operacional se presentan en el Anexo N°01.

### **D. Procedimientos y técnicas**

Se gestionará el acceso a los registros clínicos de los pacientes para la obtención de los datos necesarios para el presente estudio, previa autorización de los comités de ética tanto del Hospital Nacional Arzobispo Loayza como de la Clínica Ricardo Palma.

La identificación de los casos se realizará a partir de los registros institucionales, seleccionando a los pacientes con el diagnóstico de colangitis biliar primaria. Posteriormente, se verificará el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión mediante una revisión detallada de la información consignada en las historias clínicas.

La recolección de los datos se ejecutará mediante una ficha diseñada específicamente para el estudio (Anexo N°02), la cual incluirá las variables demográficas, clínicas, laboratoriales e inmunológicas previamente definidas. La información obtenida será organizada en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Previo al análisis estadístico, se efectuará una revisión de consistencia para identificar posibles omisiones o errores de registro. Finalmente, la base de datos correspondiente será exportada al programa estadístico IBM SPSS Statistics V.19 para su procesamiento y análisis.

#### **E. Aspectos éticos del estudio**

La investigación se desarrollará tanto en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y la Clínica Ricardo Palma utilizando información obtenida de las historias clínicas de los pacientes, para lo cual se solicitará autorización al comité de ética. Asimismo se asegurará la privacidad de la información que proporcione el historial médico de cada paciente. Los datos recolectados se ejecutarán en una matriz del programa Excel, a la que los investigadores tendrán acceso. No se requerirá la firma de consentimientos informados por parte de los pacientes para este estudio, ya que se realizará una exploración documental de fuentes secundarias (historias clínicas).

#### **F. Plan de análisis**

Para el análisis estadístico, las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), las cuales se presentarán en tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barras para facilitar su visualización. Las variables cuantitativas se resumirán utilizando medidas de

tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar); adicionalmente, se estimarán rangos y/o intervalos de confianza al 95%. El procesamiento y análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics V.19, previamente se realizará la depuración y validación de la base de datos para asegurar la consistencia de la información recolectada.

### **G. Limitaciones**

Aunque el presente estudio ha sido diseñado con criterios metodológicos adecuados para alcanzar sus objetivos, es importante reconocer ciertas limitaciones inherentes a su desarrollo que deben considerarse al momento de interpretar sus hallazgos. El diseño retrospectivo conlleva una dependencia a la calidad y precisión de la información registrada en las historias clínicas, lo que podría generar sesgos de información y la presencia de datos incompletos en algunas variables de interés. Asimismo, la falta de estandarización en los métodos de registro y la disponibilidad de pruebas serológicas o histopatológicas podría introducir variabilidad entre los centros de referencia incluidos. Adicionalmente, es posible que algunas enfermedades autoinmunes asociadas no hayan sido diagnosticadas o registradas, lo que podría subestimar su frecuencia real. Finalmente, el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia y la realización del estudio en dos centros de referencia de Lima limitan la generalización de los resultados a otras poblaciones.

#### **IV. RESULTADOS ESPERADOS**

Se espera que el presente estudio permita estimar la prevalencia de enfermedades autoinmunes asociadas en pacientes con colangitis biliar primaria atendidos en los centros incluidos durante el periodo de estudio. Asimismo, se pretende identificar cuáles son las enfermedades autoinmunes que se presentan con mayor frecuencia y describir las características demográficas, clínicas, bioquímicas e inmunológicas de estos pacientes.

La información obtenida contribuirá a ampliar el conocimiento sobre el comportamiento de la colangitis biliar primaria en nuestro medio, particularmente en relación con la coexistencia de otras patologías autoinmunes. Se espera que los hallazgos sirvan como referencia para mejorar la sospecha clínica, el abordaje diagnóstico y el seguimiento integral de estos pacientes, además de constituir una base para futuras investigaciones en el ámbito nacional.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trivella J, John BV, Levy C. Primary biliary cholangitis: epidemiology, prognosis, and treatment. *Hepatol Commun.* 2023;7(6):e0179.
2. Floreani A, Gabbia D, De Martin S. Primary biliary cholangitis: primary autoimmune disease or primary secretory defect. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2023;17(9):863–870. doi:10.1080/17474124.2023.2242771. PMID:37515436.
3. Parés A. Primary biliary cholangitis. *Med Clin (Barc).* 2018 Sep 21;151(6):242–249. PMID:29526309.
4. Tan JJ, Chung AH, Loo JH, Quek JW, Sharma S, Singh CL, et al. Global epidemiology of primary biliary cholangitis: an updated systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025;S1542-3565(25)00418-5.
5. Sarcognato S, Sacchi D, Grillo F, Cazzagon N, Fabris L, Cadamuro M, et al. Autoimmune biliary diseases: primary biliary cholangitis and primary sclerosing cholangitis. *Pathologica.* 2021;113(3):170–184. PMID:34294935; PMCID:PMC8299325.
6. You H, Ma X, Efe C, Wang G, Jeong S-H, Abe K, et al. APASL clinical practice guidance: the diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *Hepatol Int.* 2022;16(1):1–23. doi:10.1007/s12072-021-10276-6. PMID:35119627; PMCID:PMC8843914.

7. Pérez-Alvarez I, García-Borreguero D, González-Huix F, et al. *Guía clínica española sobre diagnóstico y manejo de enfermedades hepáticas colestásicas, incluyendo colangitis biliar primaria. Gastroenterol Hepatol.* 2025 Nov 11. PMID:41232665.
8. Pandit S, Samant H. Primary biliary cholangitis. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Feb 12. PMID: 29083627; PMCID: PMC459209.
9. Efe C, Wahlin S, Ozaslan E, Berlot AH, Purnak T, Muratori L, et al. Autoimmune hepatitis/primary biliary cirrhosis overlap syndrome and associated extrahepatic autoimmune diseases. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012 May;24(5):531–534. doi:10.1097/MEG.0b013e328353f657. PMID:22465972.
10. Abdo-Aguiar LS, Castro CCS. Association between three autoimmune diseases: vitiligo, primary biliary cirrhosis, and Sjögren’s syndrome. *An Bras Dermatol.* 2019;94(6):710–712. doi:10.1016/j.abd.2018.07.002. PMID:31789250; PMCID:PMC6939187.
11. Del Barrio M, Díaz-González Á, Alonso-Peña M. Primary biliary cholangitis: immunopathogenesis and the role of bile acid metabolism in disease progression. *Int J Mol Sci.* 2025;26(16):7905. doi:10.3390/ijms26167905.
12. Ma G, Yang J, Wang X, Xia E, Yu J, Zhang M, et al. Dissecting causal relationships between primary biliary cholangitis and extrahepatic autoimmune diseases based on Mendelian randomization. *Sci Rep.*

2024;14(1):11528. doi:10.1038/s41598-024-62509-x.

PMID:38773317.

13. Chalifoux SL, Munoz-Martin AJ, Kowdley KV, Angulo P, Muir AJ. Extrahepatic manifestations are frequent in patients with primary biliary cholangitis: a national database study. *Liver Int.* 2020 Mar;40(3):721–729. doi:10.1111/liv.14239. PMID:32790935.
14. Liu Y, Zhong R, Liu X, Yang J, Wang J, Zhang M, et al. Extrahepatic conditions of primary biliary cholangitis: a systematic review and meta-analysis of prevalence and risk. *J Gastroenterol Hepatol.* 2024;39(5):1123–1134. doi:10.1111/jgh.15987. PMID:38518985.
15. Liang Y, Li J, Zhang Z, Jiang T, Yang Z. Extrahepatic conditions of primary biliary cholangitis: a systematic review and meta-analysis of prevalence and risk. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2024 May;48(5):102321. doi:10.1016/j.clinre.2024.102321. PMID:38518985.

## VI. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### PRESUPUESTO DETALLADO

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Costo Unitario (S/)</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Total (S/)</b>
<b>Recursos Humanos</b>	Investigador principal (tiempo/ dedicación)	S/ 0.00	1	S/ 0.00
	Asesor estadístico	S/ 800.00	1	S/ 800.00
<b>Recursos informáticos</b>	Uso de computadora, almacenamiento digital, software (propio)	S/ 0.00	1	S/ 0.00
	Acceso a internet y base de datos	S/ 80.00	6 meses	S/ 240.00
	IBM SPSS Statistics V.19	S/ 700.00	3 meses	S/ 210.00
<b>Logística</b>	Movilidad local (visitas a las instituciones)	S/30.00	30 días	S/ 900.00
<b>Total estimado</b>				<b>S/ 2150.00</b>

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
<b>Fase 1: Planificación y Aprobación</b>						
Elaboración y ajuste del protocolo de tesis	X					
Revisión por el Comité de Ética (HNAL/ Clínica Ricardo Palma/ UPCH)	X	X				
<b>Fase 2: Recolección de datos</b>						
Acceso al sistema de historias clínicas del HNAL/ Clínica Ricardo Palma		X				
Llenado de fichas de recolección de datos		X				
<b>Fase 3: Análisis de datos</b>						
Control de calidad y limpieza de la base de datos		X				
Procesamiento estadístico en IBM SPSS Statistics V.19		X	X			
<b>Fase 4: Redacción de resultados</b>						
Elaboración de tablas, gráficos y discusión				X	X	
Redacción de conclusiones y recomendaciones					X	
<b>Fase 5: Finalización y sustentación</b>						

## ANEXO N°01: DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Colangitis biliar primaria</b>	Enfermedad colestásica crónica de origen autoinmune que se caracteriza por la destrucción progresiva del epitelio de los conductos biliares de pequeño y mediano calibre interlobares y	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes cumplieron al menos 2 de 3 de los siguientes criterios: a) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación de la fosfatasa alcalina (FA) $\geq$ 1.5 veces el límite superior normal, b) presencia de	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

	septales	anticuerpos antimitocondriales (AMA) con un título de 1:40 o mayor, o presencia de anticuerpos anti gp210 o anti sp100 positivos si el AMA fuera negativo y/o c) biopsia hepática con evidencia histológica de colangitis destruktiva no supurativa de los conductos interlobulares			
	Trastorno autoinmune crónico caracterizado por un infiltrado	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes cumplieron	Diagnóstico clínico consignado en la historia	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p style="text-align: center;"><b>Síndrome de Sjögren</b></p>	<p>inflamatorio de las glándulas exocrinas que conlleva a un “síndrome seco”, una combinación de xeroftalmia y xerostomía que puede estar asociado a manifestaciones extraglandulares (cutáneas, articulares, pulmonares, renales, gastrointestinales)</p>	<p>al menos 4 de los siguientes criterios del American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR):</p> <p>a) Glándula salival labial con sialoadenitis linfocítica focal y un puntuación en el foco <math>\geq 1/4</math> mm<sup>2</sup>, b) anticuerpos anti-SSA (anti-Ro) positivos, c) puntuación de tinción ocular <math>\geq 5</math> (o puntuación Van Bijsterveld <math>\geq 4</math>) en al menos 1 ojo, d)</p>	<p>clínica</p>		
---	--	--	----------------	--	--

		<p>prueba de Schirmer <math>\leq 5</math> mm/ 5 min en al menos 1 ojo, e) caudal de saliva total no estimulado <math>\leq 0.1</math> mL/min, y al menos 1 síntoma de sequedad bucal u ocular y ningún criterio de exclusión (antecedente de radioterapia en la cabeza y cuello, infección por hepatitis C activa confirmada por PCR, infección por VIH avanzada, sarcoidosis, amiloidosis, enfermedad injerto contra</p>			
--	--	--	--	--	--

		huésped, enfermedad relacionada con IgG4)			
<b>Artritis reumatoide</b>	Enfermedad inflamatoria crónica de etiología autoinmune caracterizada por inflamación articular, dolor a la palpación y destrucción de las articulaciones sinoviales que afecta predominantemente las articulaciones	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes obtuvieron una puntuación total $\geq 6$ puntos según los criterios establecidos por el American College of Rheumatology (ACR): a) Afectación articular, b) factor reumatoideo (FR) y/o anticuerpos anti-CCP (ACPA) positivos, c)	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

	periféricas de forma simétrica	reactantes de fase aguda (PCR o VSG) elevados, d) duración de síntomas $\geq 6$ <b>semanas</b>			
<b>Fenómeno de Raynaud</b>	Trastorno vasospástico caracterizado por episodios de cambio de coloración de palidez, cianosis a rubicundez en los dedos de las extremidades	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes presentaron episodios recurrentes de cambios de coloración digital desencadenados por la exposición al frío o estrés emocional caracterizados	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

	inducidos por el frío o estrés emocional	por al menos dos de las siguientes fases: palidez (blanco), cianosis (azul) y/o rubor (rojo), con resolución espontánea o tras el recalentamiento			
	Enfermedad autoinmune crónica del tejido conectivo que se caracteriza por el desarrollo de una fibrosis progresiva de la piel debido a la acumulacion	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes alcanzaron un puntaje total $\geq 9$ puntos según los criterios de clasificación del ACR/EULAR:	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p><b>Esclerosis sistémica</b></p>	<p>anormal de colágeno que afecta además vasos sanguíneos y órganos internos</p>	<p>a) Engrosamiento cutáneo proximal a las articulaciones metacarpofalángicas, b) engrosamiento cutáneo limitado a los dedos (esclerodactilia) o dedos edematosos, c) lesiones en pulpejos digitales (úlceras digitales o cicatrices puntiformes), d) telangiectasias, e) alteraciones capilarescópicas ungueales compatibles, f) compromiso pulmonar intersticial y/o</p>			
------------------------------------	--	--	--	--	--

		hipertensión arterial pulmonar, g) fenómeno de Raynaud, h) presencia de autoanticuerpos específicos (anti centrómero, anti-topoisomerasa I o anti-ARN polimerasa III)			
	Enfermedad autoinmune sistémica crónica que en un 90% de los casos corresponde a mujeres en edad reproductiva en la que los órganos,	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes alcanzaron un puntaje total $\geq 10$ puntos según los criterios de clasificación del	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p style="text-align: center;"><b>Lupus eritematoso sistémico</b></p>	<p>tejidos y células se dañan por adherencia de diversos anticuerpos y complejos inmunitarios</p>	<p>ACR/EULAR, incluyendo anticuerpos antinucleares (ANA) positivos con un título <math>\geq 1:80</math>:</p> <p>a) Manifestaciones cutáneas, que incluyeron lupus cutáneo agudo, subagudo o crónico, úlceras orales o alopecia no cicatricial b) compromiso articular, definido como sinovitis en dos o mas articulaciones o sensibilidad articular con rigidez matutina, c) compromiso renal,</p>			
---	---	--	--	--	--

		<p>evidenciado por proteinuria &gt; 500 mg/24 horas o biopsia renal compatible con nefritis lúpica, d) compromiso neurológico, que incluye convulsiones, psicosis, delirium o neuropatía atribuible a lupus, e) compromiso hematológico, manifestado como anemia hemolítica autoinmune, leucopenia, linfopenia o trombocitopenia, f) alteraciones inmunológicas, tales como anticuerpos anti-</p>			
--	--	---	--	--	--

		dsDNA, anti-Sm o anticuerpos antifosfolipídicos positivos, g) consumo de complemento, evidenciado por niveles bajos de C3, C4 o CH50			
	Enfermedad hepática necroinflamatoria crónica y progresiva que se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos tisulares e hipergammaglobulin	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes cumplieron los criterios del International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG), mediante la presencia de elevación de	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p style="text-align: center;"><b>Hepatitis autoinmune</b></p>	<p>emia que causan cambios histológicos característicos</p>	<p>aminotransferasas y un puntaje compatible según los criterios simplificados, sustentado por uno o mas de los siguientes criterios:</p> <p>a) Autoanticuerpos positivos, que incluyeron anticuerpos antinucleares (ANA), anti-músculo liso (SMA), anti-LKM-1 o anti-SLA/LP, en títulos diagnósticos, b) hipergammaglobulinemia, c) hallazgos histológicos compatibles, tales como</p>			
--	---	---	--	--	--

		hepatitis de interfase, infiltrado linfoplasmocitario portal y necrosis hepatocelular, d) exclusión de otras causas de enfermedad hepática, como hepatitis virales, consumo significativo de alcohol, hepatopatía metabólica o inducida por fármacos			
	Proceso inflamatorio crónico de la mucosa gástrica corporal asociada a autoanticuerpos	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes cumplieron los criterios clínicos,	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p style="text-align: center;"><b>Gastritis autoinmune</b></p>	<p>circulantes contra las células parietales y el factor intrínseco</p>	<p>serológicos y/o histológicos compatibles, mediante la presencia de uno o más de los siguientes criterios:</p> <p>a) Hallazgos histológicos compatibles, caracterizados por gastritis crónica atrofica del cuerpo y fondo gástrico, con infiltrado linfoplasmocitario y atrofia de glándulas oxínticas, b) anticuerpos anti-células parietales gástricas y/o anti-factor intrínseco positivos, c) Manifestaciones clínicas o</p>			
--	---	--	--	--	--

		bioquímicas asociadas, tales como anemia perniciosa, deficiencia de vitamina B12 o hipergastrinemia, en ausencia de infección activa por <i>Helicobacter pylori</i>			
	Trastorno autoinmune caracterizado por la infiltración linfocitaria progresiva de la glándula tiroides, la presencia de autoanticuerpos	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes presentaron criterios clínicos y serológicos compatibles, mediante la presencia de uno o más de los siguientes criterios:	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p><b>Tiroiditis de Hashimoto</b></p>	<p>antitiroideos, principalmente anti-peroxidasa tiroidea y anti-tiroglobulina, y la destrucción gradual del tejido tiroideo, que conduce frecuentemente a hipotiroidismo clínico o subclínico</p>	<p>a) Autoanticuerpos antitiroideos positivos, principalmente anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea (anti-TPO) y/o anti-tiroglobulina (anti-TG), en títulos diagnósticos, b) alteraciones funcionales tiroideas caracterizadas por la elevación de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) , con o sin disminución de la tiroxina libre (T4 libre), compatibles con hipotiroidismo clínico o</p>			
---------------------------------------	--	---	--	--	--

		subclínico, c) hallazgos ecográficos compatibles, tales como glándula tiroidea hipoecoica, heterogénea y de bordes irregulares			
	Trastorno autoinmune caracterizado por la producción de autoanticuerpos estimulantes dirigidos contra el receptor de la hormona estimulante de la tiroides (TSH),	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes presentaron criterios clínicos, bioquímicos e inmunológicos compatibles, mediante la presencia de uno o más de los siguientes criterios:	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p><b>Enfermedad de Graves</b></p>	<p>lo que conlleva a una hiperplasia tiroidea y una secreción excesiva de hormonas tiroideas, dando lugar a hipertiroidismo</p>	<p>a) Autoanticuerpos antitiroideos positivos, principalmente anticuerpos contra el receptor de la hormona estimulante de la tiroides (TRAb y/o TSI) en títulos diagnósticos, b) alteraciones funcionales tiroideas caracterizadas por la supresión de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), con elevación de la tiroxina libre (T4 libre) y/o triyodotironina libre (T3 libre), compatibles con</p>			
------------------------------------	---	---	--	--	--

		hipertiroidismo clínico o subclínico, c) hallazgos clínicos o imagenológicos compatibles, tales como bocio difuso, oftalmopatía tiroidea y/o ecografía tiroidea con aumento difuso del tamaño glandular y patrón de hipervascularización			
	Enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada de la piel que se caracteriza por una	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes presentaron criterios clínicos	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p style="text-align: center;"><b>Psoriasis</b></p>	<p>hiperproliferación de queratinocitos y una respuesta inmunitaria disfuncional que se manifiesta clínicamente por placas eritematoescamosas bien delimitadas, de distribución variable con un curso crónico y recurrente</p>	<p>y/o histopatología compatibles, mediante la presencia de uno o más de los siguientes criterios:</p> <p>a) Lesiones cutáneas características, consistentes en placas eritematoescamosas bien delimitadas, de distribución simétrica, con escamas blanquecinas o plateadas, localizadas preferentemente en superficies extensoras, cuero cabelludo, región lumbosacra y/o uñas, b)</p>			
---	--	---	--	--	--

		<p>antecedente clínico de diagnóstico realizado por el departamento de Dermatología, c) confirmación histopatológica, cuando estuvo disponible, mediante biopsia de piel con hallazgos compatibles, tales como hiperqueratosis con paraqueratosis, acantosis, elongación de crestas epidérmicas y microabscesos de Munro</p>			
--	--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;"><b>Vitiligo</b></p>	<p>Enfermedad cutánea crónica autoinmune caracterizada por la destrucción selectiva de los melanocitos, lo que ocasiona la aparición de máculas acrómicas bien delimitadas en la piel y, en algunos casos, en mucosas y anexos cutáneos</p>	<p>Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes presentaron criterios clínicos y/o histopatología compatibles, mediante la presencia de uno o más de los siguientes criterios:</p> <p>a) Lesiones cutaneas características, consistentes en maculas o parches acromicos bien delimitados, de color blanco nacarado, de tamaño y forma variables,</p>	<p>Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal dicotómica</p>
--	---	---	--	-------------------------------	---------------------------

		<p>con distribución simétricas o segmentaria, localizadas en cara, extremidades, tronco y/o áreas acrales, b) confirmación clínica especializada, mediante diagnóstico documentado por el departamento de Dermatología, c) hallazgos complementarios compatibles, cuando estuvieron disponibles, tales como acentuación de las lesiones bajo luz de Wood y/o confirmación</p>			
--	--	---	--	--	--

		histopatologica con ausencia o disminucion de melanocitos en la epidermis			
<b>Anemia hemolítica</b>	Enfermedad hematológica adquirida caracterizada por la producción de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos de la membrana de los eritrocitos, lo que provoca su destrucción	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes presentaron criterios clínicos, hematológicos e inmunológicos compatibles, mediante la presencia de uno o más de los siguientes criterios: a) Anemia documentada, caracterizada por valores de	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p><b>autoinmune</b></p>	<p>prematura y conduce a la anemia hemolítica</p>	<p>hemoglobina por debajo del rango estandarizado de acuerdo a edad y sexo, b) datos de hemolisis, tales como elevacion de lactato deshidrogenasa (LDH), aumento de bilirrubina indirecta, disminucion de haptoglobina y/o reticulocitos, c) prueba de antiglobulina directa (Coombs directo) positiva, compatible con mecanismo autoinmune,</p>			
--------------------------	---	--	--	--	--

		independientemente del tipo de anticuerpos identificado			
<b>Purpura trombocitopenica</b>	Enfermedad hematológica autoinmune adquirida caracterizada por la destruccion periférica acelerada de plaquetas mediada por autoanticuerpos, lo que ocasiona trombocitopenia aislada y un aumento	Se considerará el diagnóstico cuando en la historia clínica se registró que los pacientes presentaron criterios clínicos e hematológicos compatibles, mediante la presencia de uno o más de los siguientes criterios: a) Trombocitopenia aislada, definida por un recuento plaquetario < 100 000/ uL, sin alteraciones	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p><b>idiopática</b></p>	<p>del riesgo de sangrado</p>	<p>significativas en las demás series hematológicas, b) manifestaciones clínicas hemorrágicas compatibles, tales como púrpura, petequias, equimosis, epistaxis, gingivorragia u otros sangrados mucocutáneos, c) exclusión de otras causas secundarias de trombocitopenia, tales como enfermedades hematológicas, infecciones,</p>			
--------------------------	-------------------------------	--	--	--	--

		fármacos u otras enfermedades autoinmunes			
<b>Enfermedad autoinmune asociada</b>	Presencia de una o más enfermedades autoinmunes que coexisten en un paciente con diagnóstico de colangitis biliar primaria	Se considerará presente cuando exista diagnóstico de al menos una enfermedad autoinmune consignada en la historia clínica y esta haya sido confirmada por un médico especialista durante el periodo de estudio	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Cualitativa	Nominal dicotómica
<b>Número de enfermedades autoinmunes</b>	Cantidad total de enfermedades autoinmunes adicionales que	Conteo del número de diagnósticos de enfermedades autoinmunes consignados en la historia	Total de enfermedades autoinmunes registradas	Cuantitativa discreta	Escala de razón

<b>asociadas</b>	coexisten en un paciente con diagnóstico de colangitis biliar primaria	clínica y confirmados por un médico especialista durante el periodo de estudio	por paciente		
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento del diagnóstico	Edad registrada en años cumplidos según la historia clínica al momento del diagnóstico	Años en edad	Cuantitativa discreta	Razón
<b>Sexo</b>	Característica biológica que diferencia a los individuos según su	Sexo consignada en la historia clínica	Masculino/ Femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

	condición genética y anatómica				
<b>Prurito</b>	Sensación cutánea desagradable que provoca el deseo de rascarse	Presencia de prurito referida por el paciente y registrada en la historia clínica al momento del diagnóstico	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica
<b>Hiperpigmentación de la piel</b>	Oscurecimiento de la piel secundario al depósito de melanina	Registro clínico de hiperpigmentación cutánea en la historia clínica	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica
<b>Ictericia</b>	Coloración amarillenta de piel y mucosas causada por elevación de bilirrubina sérica	Presencia de ictericia descrita en el examen físico o diagnóstico clínico consignado en la historia clínica	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<b>Fatiga</b>	Sensación persistente de cansancio físico o mental no proporcional al esfuerzo realizado	Fatiga reportada por el paciente y registrada en la historia clínica	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica
<b>Esplenomegalia</b>	Aumento del tamaño del bazo	Esplenomegalia documentada en el examen físico o estudios de imagen consignados en la historia clínica	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica
<b>Hepatomegalia</b>	Incremento del tamaño del hígado detectable	Hepatomegalia documentada en el examen físico o estudios de imagen	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

	clínicamente o por imágenes	consignados en la historia clínica			
<b>Varices esofágicas</b>	Dilataciones venosas del esofago secundarias a hipertensión portal	Diagnóstico de varices esofágicas confirmado por endoscopia digestiva alta y consignado en la historia clínica	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica
<b>Xantelasma</b>	Depósitos lipídicos amarillentos en párpados	Presencia de xantelasma descrita en el examen físico y consignado en la historia clínica	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica
<b>Ascitis</b>	Acumulación patológica de líquido en la cavidad	Ascitis documentada en el examen físico o estudios de imagen (ecografía,	Presente/ Ausente	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

	peritoneal	tomografía) consignado en la historia clínica			
<b>Anticuerpos antinucleares (ANA)</b>	Autoanticuerpos dirigidos contra componentes del núcleo celular, asociados a diversas enfermedades autoinmunes	Presencia o ausencia de anticuerpos antinucleares registrada en la historia clínica del paciente, determinada mediante pruebas serológicas (inmunofluorescencia indirecta, ELISA u otro método disponible)	Positivo/ Negativo	Cualitativa politómica	Nominal dicotómica
<b>Anticuerpos</b>	Autoanticuerpos dirigidos contra antígenos de la	Presencia o ausencia de anticuerpos antimitocondriales	Positivo/ Negativo	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<p><b>antimitocondriales (AMA)</b></p>	<p>membrana interna de la mitocondria, principalmente el complejo piruvato deshidrogenasa</p>	<p>registrada en la historia clínica del paciente, determinada mediante pruebas serológicas (inmunofluorescencia indirecta, ELISA u otro método disponible)</p>			
<p><b>Anticuerpos anti-sp100</b></p>	<p>Anticuerpos dirigidos contra la proteína nuclear sp100, considerado marcador altamente específico de CBP</p>	<p>Presencia o ausencia de anticuerpos anti-sp100 registrada en la historia clínica del paciente, determinada mediante pruebas serológicas (inmunofluorescencia</p>	<p>Positivo/ Negativo</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Nominal dicotómica</p>

		indirecta, ELISA u otro método disponible)			
<b>Anticuerpos anti-gp200</b>	Autoanticuerpos dirigidos contra la glicoproteína gp210 del complejo del poro nuclear, asociados a CBP	Presencia o ausencia de anticuerpos anti-gp210 registrada en la historia clínica del paciente, determinada mediante pruebas serológicas (inmunofluorescencia indirecta, ELISA u otro método disponible)	Positivo/ Negativo	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica
<b>Anticuerpos</b>	Autoanticuerpos dirigidos contra proteínas del	Presencia o ausencia de anticuerpos antinucleares registrada en la historia	Positivo/ Negativo	Cualitativa dicotómica	Nominal dicotómica

<b>antimúsculo liso</b>  <b>(ASMA)</b>	músculo liso, frecuentemente asociados a hepatitis autoinmune	clínica del paciente, determinada mediante pruebas serológicas (inmunofluorescencia indirecta, ELISA u otro método disponible)			
--	--	---	--	--	--

ANEXO N°02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS CENTROS DE REFERENCIA DE LIMA, PERÚ**

**I. DATOS GENERALES**

- Código del paciente: \_\_\_\_
- Institución:  HNAL  Clínica Ricardo Palma
- Edad al diagnóstico: \_\_\_\_ años
- Sexo:  Femenino  Masculino

**II. DATOS CLÍNICOS RELACIONADOS A CBP**

- Forma de presentación:

- Asintomático

- Fatiga

- Prurito

- Ictericia

- Hepatomegalia

- Esplenomegalia

- Varices esofágicas

- Xantelasma

- Ascitis

- Otros: \_\_\_\_\_

- AMA:

- Positivo

- Negativo

- ANA específicos:

Anti-gp210

Anti-sp100

No aplica

No realizado

- Biopsia hepática realizada:

Sí

No

### **III. ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS**

- ¿Presenta enfermedad autoinmune asociada?

Sí

No

- Si la respuesta es Sí, marcar cual(es):

Síndrome de Sjögren

Artritis reumatoide

Fenómeno de Raynaud

- Esclerosis sistémica
- Lupus eritematoso sistémico
- Hepatitis autoinmune
- Gastritis autoinmune
- Tiroiditis de Hashimoto
- Enfermedad de Graves
- Psoriasis
- Vitiligo
- Anemia hemolítica autoinmune
- Púrpura trombocitopenica idiopatica
- Otras: \_\_\_\_

- Diagnóstico consignado por especialista en la historia clínica:

Sí

No

- Número total de enfermedades autoinmunes asociadas: \_\_\_\_