



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con Lupus
Eritematoso Sistémico en Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021 -
2023.**

AUTORAS:

Contreras Moreira, Gabriela Carolina

Noboa Asencio, Nathaly Michelle

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Sánchez Giler, Sunny Eunice, Phd

Guayaquil- Ecuador

14 de mayo del 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Contreras Moreira, Gabriela Carolina** y **Noboa Asencio, Nathaly Michelle**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
**SUNNY EUNICE
SANCHEZ GILER**

f. _____
Dra. Sánchez Giler, Sunny Eunice, Phd

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 14 del mes de mayo del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Nosotras, Contreras Moreira, Gabriela Carolina
Noboa Asencio, Nathaly Michelle**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico en Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021 - 2023**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de mayo del año 2024.

Los autores:



Firmado electrónicamente por:
GABRIELA CAROLINA
CONTRERAS
MOREIRA

f. _____

Contreras Moreira, Gabriela Carolina



Firmado electrónicamente por:
NATHALY MICHELLE
NOBOA ASENCIO

f. _____

Noboa Asencio, Nathaly Michelle



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Contreras Moreira, Gabriela Carolina

Noboa Asencio, Nathaly Michelle

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico en Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021 - 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de mayo del año 2024.

Los autores:



firmado electrónicamente por:
GABRIELA CAROLINA
CONTRERAS MOREIRA

f. _____

Contreras Moreira, Gabriela Carolina



firmado electrónicamente por:
NATHALY MICHELLE
NOBOA ASENCIO

f. _____

Noboa Asencio, Nathaly Michelle

REPORTE DE COMPILATIO

 **CERTIFICADO DE ANÁLISIS**
magister

TERCER AVANCE

2%
Textos sospechosos

1% Similitudes
< 1% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas

< 1% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: TERCER AVANCE.docx
ID del documento: 73d81f16e9f526a8e2cb315e76f8ec11346e2bc2
Tamaño del documento original: 298,42 kB

Depositante: Sunnı Eunicę Sánchez Giler
Fecha de depósito: 18/4/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 18/4/2024

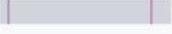

Número de palabras: 6568
Número de caracteres: 46.754






Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 scielo.isciii.es La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficie... https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002 9 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (180 palabras)
2	 ceucauv.g.blogspot.com Talleres CEUCA - UVG: POBLACIONES ESPECIALES (vulner... https://ceucauv.g.blogspot.com/2013/02/poblaciones-especiales-en-investigacion.html 2 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (103 palabras)
3	 www.scielo.org.pe Factores asociados a infecciones serias en pacientes hospitali... http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000100025	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (50 palabras)
4	 eurjrheumatol.org https://eurjrheumatol.org/443/Content/files/sayilar/195/EJR_20230068_nim_new_indd.pdf 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (42 palabras)
5	 www.medigraphic.com https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/min223d.pdf 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (42 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 revcocmed.sld.cu Parámetros hematológicos en pacientes con Lupus Eritematoso... https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4714/2323	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (40 palabras)
2	 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Predictive Factors of Hospital-Acquired Bacterial Infect... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/443/37092894/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (40 palabras)
3	 www.doi.org https://www.doi.org/10.1016/j.RCREUE.2020.07.003	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
4	 repositorio.unapiquitos.edu.pe https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/20.500.12737/5623/1/Marlon_Tesis_Titulo_2018.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
5	 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov The risk of infections in adult patients with systemic L... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33099651/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

1	 https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-lupus-eritematoso-sistmico-2020-S0025775320303250
2	 https://doi.org/10.1007/978-3-030-73303-2_3
3	 http://www.reumatologiaclinica.org/es-linkresolver-infecciones-enfermedades-autoinmunes-sistemicas-S1699258X20301625
4	 https://scholar.archive.org/work/2irbom7lv5gi5a3kq6x46wcyti
5	 https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2013/

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
SUNNY EUNICE SANCHEZ GILER

f. _____
Dra. Sánchez Giler, Sunny Eunice, Phd

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme brindado salud, paciencia y sabiduría en estos años. A mi familia, por todas las palabras certeras que me dieron al momento que quise desistir de tan hermosa carrera, por la motivación al solo ver su felicidad por saber que su hija y hermana “la negrita” será doctora. A mi enamorado Carlos, por acompañarme en cada momento difícil y buscar una solución cuando yo no la veía.

Gracias a todo mi “team” y a mis compañeros del internado, por los buenos e inolvidables momentos. A mis docentes y tutora, por guiarme y formarme como profesional.

Contreras Moreira Gabriela Carolina

Al terminar este largo camino, agradezco a Dios y a la mujer más fuerte, hermosa e importante en mi vida; mi madre. Estoy muy agradecida con ella por el apoyo económico, emocional que muy constante lo necesitaba en el este camino. También agradecer a mi papá porque me acompaño, llevo y enseño a defender en la ciudad. Quedó infinitamente agradecido con todos mis familiares por la confianza y el amor que me brindaron en todo este tiempo

Además, agradecida con todos mis amigos, quienes también fueron un pilar, me dieron apoyo emocional para lograr nuestros objetivos.

Noboa Asencio Nathaly Michelle

DEDICATORIA

Dedico primero a Dios este trabajo, ya que él puso todo en su lugar para que “medicina” sea amena y llena de aprendizaje.

Con todo mi cariño, a mi amado papi John, por protegerme, enseñarme a ser fuerte y a siempre ser perseverante, a mi mami Mirella por darme de su tiempo y guiarme con buenos valores, a mis hermanos, Ervin, Cynthia y Karlita que son mi ejemplo a seguir, a mi pequeño motor, Austin por ser mi motivación.

Esta tesis es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que me han brindado a lo largo de mi carrera.

Contreras Moreira Gabriela Carolina

Con mucho amor, deseo dedicar este trabajo a mis padres, quienes me apoyaron y brindaron confianza desde el día 0 en este largo camino que es estudiar medicina. A mis abuelos paternos que se encuentran en el cielo que también me apoyaron y creyeron en mi hasta mi Dios, ahora iluminan mi camino para seguir todos mis proyectos. Y a mi sobrina ADALINE, quien fue luz cuando me sentía agobiado durante el internado

Noboa Asencio Nathaly Michelle



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

f. _____

JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ

DECANO DE CARRERA

f. _____

DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL AREA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

1.	INTRODUCCIÓN	2
1.1.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	2
1.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.3.	JUSTIFICACIÓN	4
1.4.	OBJETIVOS	5
1.4.1.	OBJETIVO GENERAL	5
1.4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.5.	HIPÓTESIS	5
2.	MARCO TEÓRICO	6
2.1.	CAPÍTULO I: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	6
2.1.1.	GENERALIDADES	6
2.1.2.	FISIOPATOLOGIA	7
2.1.3.	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	7
2.1.4.	CRITERIOS DIAGNOSTICOS	8
2.1.5.	TRATAMIENTO FARMACOLIGICO	9
2.2.	CAPITULO II: COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL LES	12
2.2.1.	FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES EN PACIENTES CON LES	12
2.2.2.	TIPOS DE INFECCIONES EN PACIENTES CON LES	12
2.2.3.	ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO	13
3.	MATERIALES Y MÉTODOS	14
3.1.	TIPO DE ESTUDIO	14
3.2.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	14
3.3.	FORMA DE ELECCIÓN	14
3.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	14
3.3.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	14
3.3.3.	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	14
3.4.	VARIABLES	14
3.5.1.	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:	15
3.5.2.	MÉTODO DE MUESTREO:	15
3.5.3.	MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:	15
3.6.	PROCEDIMIENTO PARA INTERPRETAR INFORMACIÓN	16
3.6.1.	ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS:	16
3.6.2.	ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	16
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS	16
4.	RESULTADOS	18
4.1.	DETERMINAR LA PREVALENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA DIRECCIÓN HOSPITALARIA GUAYAQUIL PERIODO 2021-2023.	18
4.1.1.	DETERMINAR LOS AGENTES MICROBIOLÓGICOS PRINCIPALMENTE INVOLUCRADOS Y SU SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA.	19
4.1.2.	OBJETIVO ESPECIFICO 2: ESTABLECER LA SEVERIDAD DEL LUPUS EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.	20
4.1.3.	OBJETIVO ESPECÍFICO 3: IDENTIFICAR LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE COMPLICACIÓN INFECCIOSA Y LA SEVERIDAD DEL LUPUS EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.	20
4.2.	DISCUSIÓN	23
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
5.1.	CONCLUSIONES	26
5.2.	RECOMENDACIONES	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes con LES	18
Tabla 2 Tratamiento farmacológico antibiótico y respuesta al tratamiento.....	19
Tabla 3 Índice de actividad SLEDAI en la muestra de estudio.....	20
Tabla 4 cruzada síndromes infecciosos vs índice de SLEDAI.....	20
Tabla 5 Chi-cuadrado de Pearson	21
Tabla 6 cruzada: presentación de la infección vs índice de SLEDAI	21
Tabla 7 Chi-cuadrado de Pearson	22

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Microorganismos identificados en las infecciones en pacientes con LES	19
--	----

RESUMEN

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una patología autoinmune, multisistémica y crónica caracterizada por la producción excesiva de autoanticuerpos generando un daño tisular; su clínica es heterogénea con una dificultad de diagnóstico y alta morbimortalidad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en la Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021-2023. **Metodología:** El diseño del trabajo investigativo fue no experimental observacional trasversal y retrospectivo con un análisis bivariado correlacional; se tomo como población a Pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico, atendidos en la Dirección hospitalaria Guayaquil durante los años 2021 a 2023, siendo un total de 86 pacientes cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** El estudio incluyó a 86 pacientes con LES, con una distribución de género de 74.4% mujeres y 25.6% hombres. El 68.6% de los pacientes presentaron síntomas agudos, mientras que el 30.2% recibió tratamiento con hidroxicloroquina e inmunosupresores. La mayoría de las infecciones identificadas fueron de origen bacteriano, con el virus Herpes zóster siendo el microorganismo más frecuentemente identificado (16.7%). El 100% de los pacientes respondieron positivamente al tratamiento empírico para las complicaciones infecciosas, y la mayoría no requirió hemocultivos con antibiograma. En cuanto a la severidad del LES, el 38.4% de los pacientes tuvieron actividad leve, seguido por el 30.2% con actividad moderada y el 27.9% con actividad severa. **Conclusiones:** Los resultados indican una alta prevalencia de síntomas agudos en los pacientes con LES estudiados. Las infecciones bacterianas fueron las más comunes, la efectividad del tratamiento empírico fue alta, sin embargo, se observó una distribución significativa de la severidad del LES en la muestra estudiada, con una proporción considerable de pacientes con actividad leve, moderada y severa.

Palabras claves: Lupus Eritematoso Sistémico, Complicaciones Infecciosas, Hospitalización

SUMMARY

Introduction: Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune, multisystemic, and chronic disease characterized by excessive production of autoantibodies leading to tissue damage; its clinical presentation is heterogeneous with difficulty in diagnosis and high morbidity and mortality. **Objective:** To determine the prevalence of infectious complications in patients diagnosed with systemic lupus erythematosus at the Hospital Direction in Guayaquil during the period 2021-2023. **Methodology:** The research design was non-experimental, observational, cross-sectional, and retrospective with a bivariate correlational analysis; the population consisted of patients diagnosed with systemic lupus erythematosus, treated at the Hospital Direction in Guayaquil from 2021 to 2023, totaling 86 patients meeting the inclusion and exclusion criteria. **Results:** The study included 86 patients with SLE, with a gender distribution of 74.4% females and 25.6% males. 68.6% of the patients presented acute symptoms, while 30.2% received treatment with hydroxychloroquine and immunosuppressants. Most of the identified infections were of bacterial origin, with the Herpes zoster virus being the most frequently identified microorganism (16.7%). 100% of the patients responded positively to empirical treatment for infectious complications, and the majority did not require blood cultures with antibiograms. Regarding the severity of SLE, 38.4% of the patients had mild activity, followed by 30.2% with moderate activity and 27.9% with severe activity. **Conclusions:** The results indicate a high prevalence of acute symptoms in the studied SLE patients. Bacterial infections were the most common, and the effectiveness of empirical treatment was high; however, a significant distribution of SLE severity was observed in the studied sample, with a considerable proportion of patients having mild, moderate, and severe activity.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, Infectious Complications, Hospitalization.

1. INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una patología autoinmune, multisistémica y crónica caracterizada por la producción excesiva de autoanticuerpos generando un daño tisular; su clínica es heterogénea con una dificultad de diagnóstico y alta morbimortalidad; los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) 2019 son actualmente utilizados en el diagnóstico, pero no son exactos al 100% contando con una sensibilidad de 93% y especificidad del 96%. (1–3)

En Latinoamérica, las investigaciones sobre las infecciones asociadas en pacientes con LES han abordado diversos enfoques. Algunos estudios se han centrado en el tratamiento y las características de la enfermedad en pacientes de consulta externa. (4) Por otro lado, Beltrán-Ostos realizó un estudio en pacientes hospitalizados, analizando la relación entre las infecciones, la terapia corticoesteroide sistémica y la actividad concomitante del LES. (5) En la misma línea, Noriega-Zapata se centró en la asociación entre las infecciones y los días de hospitalización. (6) En Colombia se desarrolló un modelo de predicción de riesgo pronóstico de infecciones nosocomiales compuesto por datos clínicos y de laboratorio simples. (7)

En Ecuador, la investigación sobre las infecciones en pacientes con LES durante los últimos 5 años ha sido limitada. Un estudio se ha centrado en la encefalitis por virus herpes tipo 6, siendo este un caso aislado. Los datos adicionales se obtienen de estudios generales que reportan infecciones de vías urinarias asociadas a catéter urinario o derrames pleurales en pacientes adultos. (8–10)

1.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El trabajo investigativo “*Infection detection in patients with systemic lupus erythematosus using a hospital administrative database*”; realizado en Bogotá, Colombia (2023) evaluó la frecuencia y el patrón de infecciones en pacientes con LES; El estudio descriptivo incluyó a 237 pacientes con LES, todos en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Los resultados indicaron una frecuencia de infecciones del 9,4%, con una

edad media de 44,3 años en el grupo afectado. El sexo femenino predominó con un 80%. Las infecciones bacterianas fueron las más frecuentes (72,7%), seguidas por las virales (9,1%). Se observó una relación significativa entre las infecciones y la presencia de leucopenia, tratamiento con corticosteroides sistémicos y actividad concomitante de la enfermedad. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un manejo integral del LES para prevenir y tratar eficazmente las infecciones en esta población. (5)

En Manchester (2021) se llevó a cabo un metaanálisis titulado “The risk of infections in adult patients with systemic lupus erythematosus: systematic review and meta-analysis” ; fueron realizadas búsquedas en MEDLINE y Embase desde el año 2018 siendo tomado en cuentas aquellos estudios observacionales que evaluaran el riesgo de infecciones entre pacientes con LES y aquellos en no poseerlo, se tuvo como resultado que los pacientes con LES poseen los siguientes índices de riesgo (IR) a comparación de la población general; infecciones graves IR: 2,96 (IC 95% 1,28 : 6,83) , neumonía IR: 2,58 (IC 95% 1,80 : 3,70), tuberculosis IR: 2,50 (IC 95% 2,36 : 2,65) y herpes zoster IR: 6,11 (IC 95% 3,61 : 10,33); Se concluyó que los pacientes con LES poseen un riesgo mayor a la población general en presentar infecciones.(11)

En China (2020) se realizó el metaanálisis “*Clinical characteristics and risk factors of infection in patients with systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis of observational studies*”, comparó las características clínicas y los factores de riesgo de infección en pacientes con LES mediante una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos PubMed, Embase y Cochrane, incluyendo estudios hasta septiembre de 2019. Se seleccionaron 39 estudios con un total de 14235 pacientes (3709 con infección y 10526 sin ella). Los pacientes con LES más infección tenían mayor frecuencia de trombocitopenia, anemia, hipoproteinemia, hipocomplementemia, hipoalbuminemia, niveles elevados de PCR, puntuación SDI más alta, afectación renal y diabetes mellitus. Además, el uso de glucocorticoides (dosis altas) e inmunosupresores (ciclofosfamida) se asoció con un mayor riesgo de infección, mientras que la administración de

antipalúdicos (hidroxicloroquina) se identificó como un factor protector. Las características clínicas y los factores de riesgo identificados en esta revisión sistemática pueden ayudar a la identificación temprana de la infección en pacientes con LES, lo que podría contribuir a un mejor pronóstico. (12)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El LES es una enfermedad autoinmune crónica que afecta a múltiples órganos y sistemas del cuerpo. Su diagnóstico puede ser complejo debido a la variedad de síntomas y la similitud con otras enfermedades. Las personas con LES tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, debido a la propia naturaleza de la enfermedad y al tratamiento inmunosupresor y corticoesteroide que se utiliza para controlarla. Estas infecciones pueden ser graves y, en algunos casos, fatales. En nuestro medio, la investigación sobre las infecciones en pacientes con LES es limitada. Existe la necesidad de comprender mejor la epidemiología, los factores de riesgo y las características clínicas, agentes microbiológicos y resistencia microbiana de estas infecciones en nuestra población, que presenta características diferentes a las poblaciones de países desarrollados donde se han realizado la mayoría de los estudios.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El LES es una enfermedad autoinmune crónica de alta prevalencia global, que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva. La enfermedad puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y generar una alta carga económica para los sistemas de salud. En las últimas décadas, se ha observado un aumento en la prevalencia del LES a nivel mundial. Este aumento se ha atribuido a diversos factores, como los cambios en el estilo de vida, la exposición a ciertos agentes ambientales y la mejora en las técnicas de diagnóstico.

En Ecuador, el LES también se considera una enfermedad rara o huérfana. Sin embargo, la información sobre la epidemiología y el impacto de la enfermedad en el país es limitada. Esta tesis tiene como objetivo contribuir al conocimiento sobre el LES en Ecuador, mediante los factores de riesgo, las características clínicas, agentes microbiológicos y resistencia microbiana de

estas infecciones en nuestra población. La información generada por esta investigación permitirá mejorar el desarrollo de estrategias para la prevención y el control de la enfermedad. (13)

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en la Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021-2023.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los agentes microbiológicos principalmente involucrados y su susceptibilidad antimicrobiana.
- Establecer la severidad del lupus en los pacientes del estudio.
- Identificar la relación entre la presencia de complicación infecciosa y la severidad del lupus en los pacientes del estudio.

1.5. HIPÓTESIS

¿Cuál es la prevalencia de las complicaciones infecciosas en pacientes con lupus eritematoso sistémico en la Dirección Hospitalaria Guayaquil durante el período 2021-2023?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CAPÍTULO I: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

2.1.1. GENERALIDADES

El LES es una enfermedad autoinmune de etiología aún desconocida, caracterizada por una disfunción del sistema inmunológico que desencadena la producción de autoanticuerpos dirigidos contra los tejidos del organismo. Esta enfermedad presenta una variedad amplia de manifestaciones clínicas y puede afectar múltiples sistemas corporales. El diagnóstico del LES representa un desafío debido a la ausencia de una prueba específica y a la diversidad de síntomas presentes. (14)

Para diagnosticar el LES, se basa en la evaluación de los síntomas clínicos y los resultados de pruebas de laboratorio, una vez descartadas otras posibles enfermedades. Los criterios de clasificación del LES son herramientas útiles en este proceso, identificando las manifestaciones más comunes de la enfermedad. Estos criterios han evolucionado con el tiempo para mejorar su sensibilidad y especificidad. Inicialmente establecidos por la Asociación Americana de Reumatismo en 1971 y posteriormente actualizados en 1997 para incrementar su precisión, los criterios de diagnóstico se han refinado aún más con la publicación en 2012 por parte del Grupo Internacional de Clínicas de Colaboración del Lupus Eritematoso Sistémico (SLICC), lo que ha facilitado el diagnóstico temprano del LES y ha mejorado la gestión y el tratamiento de los pacientes. (14)

Impacta a una población global de más de cinco millones de individuos, con aproximadamente un millón y medio de casos solo en los Estados Unidos. Cada año, alrededor de 16,000 personas reciben el diagnóstico de LES en todo el mundo. Este trastorno afecta predominantemente a mujeres en edad fértil, con una proporción de 9 mujeres por cada 10 adultos diagnosticados, aunque también puede manifestarse en hombres, adolescentes y niños. La aparición del LES es más común entre los 15 y los 44 años. En las mujeres de 5 a 64 años, el LES figura entre las 20 principales causas de muerte, con una incidencia destacada entre mujeres afroamericanas e hispanas en los grupos de edad de 15 a 24 años (quinto lugar en muertes) y de 25 a 34 años (sexto lugar en muertes). Se estima que entre el 10% y el 15% de los

individuos diagnosticados con LES experimentarán una muerte prematura debido a complicaciones asociadas con la enfermedad. (15)

2.1.2. FISIOPATOLOGIA

La investigación sobre la causa del LES ha avanzado considerablemente, analizando tanto el papel de los anticuerpos que atacan al propio cuerpo como el papel de ciertos tipos de glóbulos blancos llamados linfocitos T, y también la respuesta del sistema inmunitario innato. Se han estudiado diferentes factores ambientales como posibles desencadenantes del LES, como ciertos virus y la exposición a la luz ultravioleta, además de ciertos medicamentos. La genética también juega un papel importante en esta enfermedad, con varios genes identificados como asociados al LES, incluidos los que afectan al sistema de defensa del cuerpo y los que están involucrados en la respuesta inflamatoria. La epigenética, que involucra cambios en la forma en que se expresan los genes, también se ha considerado relevante en el desarrollo del LES. Por ejemplo, se ha observado que ciertos receptores y estructuras en las células del sistema inmunitario, como los receptores tipo Toll y las trampas extracelulares de neutrófilos, pueden contribuir a la respuesta inmunitaria alterada en el LES. Además, se han observado cambios en la función de los linfocitos B y T, células clave del sistema inmunitario, que pueden contribuir a la producción excesiva de anticuerpos y citocinas que se encuentran en el LES. Estos anticuerpos pueden dañar los tejidos del cuerpo y pueden estar presentes incluso antes de que los síntomas del LES se manifiesten clínicamente. En resumen, se cree que el LES es causado por una combinación compleja de factores genéticos, ambientales e inmunológicos que interactúan entre sí y conducen a la autoinmunidad y al daño a los tejidos del cuerpo característicos de esta enfermedad. (16)

2.1.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es una enfermedad caracterizada por su variabilidad en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo, con periodos de mayor o menor actividad. Afecta múltiples sistemas del cuerpo, lo que significa que prácticamente todos los órganos y tejidos pueden ser impactados, con algunos efectos que pueden ser graves y limitar las capacidades del individuo. (16,17)

La afectación pulmonar es común en el LES, presentándose síntomas como tos, dificultad para respirar y dolor pleurítico, los cuales pueden surgir en cualquier etapa de la enfermedad. Es importante destacar que las anomalías pulmonares no siempre se correlacionan con los indicadores séricos del LES, y es crucial descartar infecciones debido al riesgo de insuficiencia respiratoria aguda. La afectación pleuropulmonar puede ser clasificada según la estructura afectada, incluyendo el parénquima, la pleura y los vasos sanguíneos. (15,18)

Se recomienda realizar evaluaciones regulares de la función pulmonar en pacientes con LES para detectar y abordar oportunamente cualquier irregularidad. Las complicaciones cardíacas son una causa importante de mortalidad en pacientes con LES, pudiendo manifestarse de diversas formas, como miocarditis, pericarditis, hipertensión pulmonar y endocarditis. (19–21)

Las alteraciones gastrointestinales y hematológicas son comunes en pacientes con LES, así como las manifestaciones mucocutáneas, el compromiso renal y las manifestaciones neuropsiquiátricas. Se requiere un enfoque multidisciplinario y evaluaciones especializadas para el diagnóstico y tratamiento adecuado de estas complicaciones. (22,23)

2.1.4. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Los Criterios de Diagnóstico del LES de la ACR/EULAR en 2019 establecen parámetros para identificar pacientes con esta enfermedad. El criterio de entrada requiere que los pacientes tengan niveles de a ANA iguales o superiores a 1:80, detectados en células HEp-2 o un equivalente. Además, se consideran criterios clínicos específicos en varias áreas:

- Artritis: Se evalúa la presencia de artritis, distinguiendo entre no erosiva (afectación de al menos dos articulaciones con rigidez matutina de al menos 30 minutos) (2 puntos) y erosiva (2 puntos).
- Dermatológico: Se analiza la presencia de eritema malar (erupción facial en forma de mariposa) (2 puntos), fotosensibilidad (2 puntos), úlceras orales (1 punto) y alopecia no cicatricial (1 punto).
- Serositis: Se busca evidencia de pleuritis o pericarditis. (2 puntos)

- Renal: Se considera la presencia de proteinuria igual o mayor a 0.5 g/24 horas, cilindros hemáticos (2 puntos) y la presencia de nefritis lúpica clase III o IV (4 puntos).
- Neurológico: Se investiga la presencia de convulsiones, psicosis (2 puntos) y accidente cerebrovascular. (2 puntos)
- Hematológico: Se observa la presencia de anemia hemolítica (2 puntos), leucopenia (recuento de leucocitos menor a 4.000/ μ L) (1 punto) y trombocitopenia (recuento de plaquetas menor a 100.000/ μ L) (1 punto).
- Inmunológico: Se evalúa la presencia de anticuerpos anti-ADN de doble cadena (2 puntos) y anticuerpos anti-Sm (1 punto).

El diagnóstico de LES se clasifica en tres categorías:

- LES definitivo: Puntuación igual o mayor a 10 con al menos un criterio clínico.
- LES probable: Puntuación igual o mayor a 10 sin criterios clínicos.
- LES posible: Puntuación entre 6 y 9.

2.1.5. TRATAMIENTO FARMACOLIGICO

Los medicamentos para tratar el LES provienen de diferentes familias farmacológicas y tienen diversos mecanismos de acción. Principalmente, reducen la inflamación y suprimen o modifican la respuesta inmune. Los fármacos inmunosupresores de primera línea o citotóxicos tienen efectos generales, actuando sobre varias dianas potenciales, mientras que los nuevos inmunosupresores o inmunomoduladores están dirigidos a dianas específicas. (19)

Antiinflamatorios no esteroideos y salicilatos

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los salicilatos se prescriben a pacientes con lupus eritematoso sistémico que experimentan síntomas como dolor en las articulaciones, inflamación articular leve, dolores musculares, dolores de cabeza, inflamación de las membranas serosas, inflamación de los ganglios linfáticos y fiebre. Aunque no se han realizado estudios exhaustivos sobre su eficacia o seguridad en este contexto específico, es importante tener en cuenta sus posibles efectos adversos, que incluyen retención de líquidos y sodio, toxicidad renal y síntomas

gastrointestinales. Se recomienda su uso a corto plazo, especialmente en pacientes con enfermedad renal, hipertensión arterial o enfermedad cardíaca, debido a la posibilidad de efectos secundarios graves. Estos medicamentos pueden provocar un aumento en las enzimas hepáticas y, en algunos casos, pueden causar meningitis aséptica. Se debe ser cauteloso al administrarlos a mujeres embarazadas, especialmente en el caso de los inhibidores de la COX-

2. Además, el ácido acetilsalicílico (AAS) desempeña un papel importante en la prevención y el tratamiento del síndrome antifosfolípido. (19)

Corticoides

Los corticoides son ampliamente empleados en la práctica médica debido a su eficacia en el control de la inflamación y la supresión del sistema inmunológico, lo que los hace útiles para tratar una variedad de condiciones médicas, incluyendo el LES. Aunque se pueden administrar de diferentes formas, como por vía oral, parenteral o tópica, su uso prolongado conlleva riesgos de efectos adversos como retención de líquidos, hipertensión arterial, aumento del riesgo de infecciones y deterioro óseo. Por lo tanto, se recomienda utilizar las dosis mínimas necesarias y realizar un seguimiento regular para detectar posibles complicaciones, especialmente en pacientes con LES. (25)

Antipalúdicos:

Los medicamentos antipalúdicos son fundamentales en el tratamiento a largo plazo del LES, ya que ofrecen importantes propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladores. Estos fármacos tienen una variedad de efectos beneficiosos, como la reducción de los síntomas y la frecuencia de brotes, la protección contra eventos trombóticos y la mejora del perfil lipídico. La hidroxicloroquina es el antipalúdico más comúnmente utilizado debido a su buen perfil de seguridad, a diferencia de la cloroquina, que puede tener efectos adversos en los ojos. La mepacrina se reserva para casos específicos de lupus cutáneo subagudo y lupus discoide, y en ocasiones se combina con hidroxicloroquina para mejorar su eficacia terapéutica. Es importante monitorizar la salud ocular de los pacientes que reciben estos medicamentos para evitar posibles efectos secundarios. (26)

Tratamientos inmunosupresores de primera línea o fármacos citotóxicos

En situaciones de afectación grave de órganos o sistemas y en casos de enfermedad moderada que no responden a otros tratamientos, se emplean fármacos inmunosupresores de primera línea, también conocidos como fármacos citotóxicos. Estos medicamentos se utilizan en pacientes con LES para reducir la producción de autoanticuerpos y suprimir la actividad de células del sistema inmunitario. Entre los fármacos utilizados se encuentran la azatioprina, la ciclofosfamida y el micofenolato de mofetilo. (27)

La azatioprina se utiliza para inducir la remisión y reducir la dependencia de corticoides en pacientes con enfermedad grave, mientras que la ciclofosfamida se administra en pulsos intravenosos mensuales para inducir la remisión en casos graves de enfermedad renal. Por otro lado, el micofenolato de mofetilo se considera una opción terapéutica viable en el tratamiento de la nefritis lúpica y ha demostrado eficacia en diversas manifestaciones del LES, aunque persisten controversias sobre su eficacia en las manifestaciones neuropsiquiátricas. (27)

Otros fármacos inmunosupresores como el metotrexato, la leflunomida y la ciclosporina también se utilizan en el tratamiento del LES, cada uno con mecanismos de acción específicos y efectos secundarios asociados. Es importante tener en cuenta que estos medicamentos pueden tener efectos adversos significativos, como supresión de la médula ósea, riesgo de infecciones y toxicidad gonadal, por lo que su uso debe ser cuidadosamente evaluado y monitoreado en cada paciente. (27)

2.2. CAPITULO II: COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL LES

2.2.1. FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES EN PACIENTES CON LES

Inmunosupresión

Los pacientes con LES están frecuentemente expuestos a tratamientos inmunosupresores, como glucocorticoides, antipalúdicos, inmunosupresores convencionales y biológicos, para controlar la actividad de la enfermedad y prevenir daño orgánico. Estos medicamentos suprimen la respuesta inmune del paciente y aumentan su susceptibilidad a las infecciones. (28)

Disfunción del Sistema Inmunitario

La disfunción del sistema inmunitario en el LES también contribuye al riesgo de infección. Los trastornos en la regulación de las células inmunes y la producción de autoanticuerpos pueden comprometer la capacidad del organismo para combatir patógenos invasores de manera eficaz. (28)

Daño Orgánico

El daño orgánico causado por la enfermedad subyacente, como la nefritis lúpica o la afectación pulmonar, puede predisponer a los pacientes con LES a infecciones secundarias. La disfunción de los órganos afectados compromete su capacidad para resistir las infecciones. (28)

2.2.2. TIPOS DE INFECCIONES EN PACIENTES CON LES

Infecciones Bacterianas

Las infecciones bacterianas son una de las complicaciones más comunes en pacientes con LES. Las bacterias pueden afectar una variedad de sistemas, incluidos el respiratorio, el gastrointestinal y el urinario. La neumonía, la pielonefritis y la sepsis son ejemplos de infecciones bacterianas que pueden ser graves en estos pacientes. Entre los microorganismos implicados se encuentran *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, y *Escherichia coli*, entre otros. (29)

Infecciones Virales

Las infecciones virales también representan un riesgo significativo para los pacientes con LES. La disminución de la inmunidad mediada por células y la presencia de anticuerpos autoinmunes pueden aumentar la susceptibilidad a virus como el virus de la influenza, el virus del herpes simple, el virus de la varicela-zóster y el virus de la hepatitis B que pueden causar infecciones graves. (29)

Micosis

Las micosis son más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos, como aquellos con LES que reciben tratamiento inmunosupresor. Estas infecciones pueden afectar la piel, las mucosas y los órganos internos, y pueden ser difíciles de tratar en pacientes con un sistema inmunitario debilitado. Los hongos más comunes implicados incluyen *Candida spp.*, *Aspergillus spp.* y *Cryptococcus spp.* (30)

2.2.3. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO

Vacunación

La vacunación adecuada es fundamental para prevenir infecciones en pacientes con LES. Sin embargo, se debe tener precaución con las vacunas vivas atenuadas en pacientes inmunocomprometidos debido al riesgo de reactivación de la enfermedad. (14)

Terapia Antibiótica Profiláctica

En algunos casos, se puede considerar la terapia antibiótica profiláctica para reducir el riesgo de infecciones bacterianas en pacientes con LES que están recibiendo altas dosis de glucocorticoides u otros inmunosupresores. (14)

Monitorización y Tratamiento Temprano

Es crucial una vigilancia estrecha para detectar signos de infección en pacientes con LES, especialmente aquellos que reciben terapia inmunosupresora. El tratamiento temprano de las infecciones es fundamental para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados clínicos. (14)

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se utilizó un diseño de investigación no experimental, observacional, transversal y retrospectivo.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico, atendidos en la Dirección hospitalaria Guayaquil durante los años 2021 a 2023.

3.3. FORMA DE ELECCIÓN

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes en un rango de edad de 18 a 90 años.
- Pacientes que presentaron historias clínicas completas.

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados de HIV asociado.

3.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Historias clínicas duplicadas.

3.4. VARIABLES

NOMBRE VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Sexo	Sexo biológico	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino
Edad	Años	Cuantitativa continua	18 a 90 años
Raza	Autoidentificación étnica	Cualitativa nominal politómica	Mestizo Afrodescendiente Indígena Blanco Montubio Otro.
Escala de actividad lúpica de SLEDAI	Actividad de la enfermedad lúpica	Cualitativa nominal politómica	Inactividad Leve Moderada Severa o grave
Tratamiento de LES	Estrategia que se toman para el	Cualitativa nominal politómica	AINES Corticoides a dosis bajas

	control de la enfermedad		Corticoides a dosis altas Corticoides tópicos Hidroxicloroquina Inmunosupresores
Síndromes infecciosos	Conjunto de signos y síntomas que sugieren una infección	Cualitativa nominal politómica	Respiratorias Urinarias Piel y partes blandas Gastrointestinales Ginecológicas Otros
Presentación de infecciones	Afección causada por microorganismos	Cualitativa nominal politómica	Bacterianas Virales Micóticas Oportunistas
Microorganismo aislado	Microorganismos aislados mediante métodos de cultivos, tinciones u otras pruebas de microbiología.	Cualitativa nominal politómica	Gram positivo Gram Negativo Hongos Virus BAAR
Resistencia a tratamiento microbiano	Capacidad de para resistir la acción de los medicamentos que se utilizan para combatirlos.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No

3.5. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN

3.5.1. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se evaluó a la totalidad de la población como muestra.

3.5.2. MÉTODO DE MUESTREO:

El muestreo fue a conveniencia, incluyendo a todos aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5.3. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:

Se elaboró mediante la información obtenida de las historias clínicas de la unidad hospitalaria una matriz de consolidación.

3.6. PROCEDIMIENTO PARA INTERPRETAR INFORMACIÓN

3.6.1. ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS:

Se creó una hoja de cálculo en Excel en la cual se procedió con el llenado de datos con la información obtenida de las historias clínicas del hospital.

3.6.2. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Todos los datos fueron ingresados y analizados con el software estadístico de IBM SPSS Statistics 26 ®, mediante estadística descriptiva, a través de frecuencia, porcentaje y tasa; en los casos de asociaciones se utilizó estadística inferencial, mediante test de asociación de chi cuadrado para las variables cualitativas. Las variables cuantitativas, se categorizaron como normal o anormal, para su inclusión en el análisis estadístico como variables cualitativas.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Respeto a la vulnerabilidad:

- La investigación debe respetar la dignidad y los derechos de todos los participantes, especialmente de aquellos en situación vulnerable.
- Se debe prestar atención especial a las necesidades de quienes tienen desventajas socioeconómicas o médicas, así como a quienes no pueden otorgar su consentimiento de forma autónoma.
- Se debe evitar la explotación y la coerción en la investigación.
- La investigación debe tener un beneficio potencial para la población estudiada.

Confidencialidad:

- Se debe proteger la privacidad de los participantes y la confidencialidad de su información personal.
- Se deben tomar medidas para minimizar los riesgos para la integridad física y mental de los participantes.

Beneficencia:

- La investigación solo se justifica si existe una posibilidad razonable de que sus resultados beneficien a la población estudiada.
- Los riesgos y beneficios de la investigación deben ser cuidadosamente evaluados y equilibrados.
- Los participantes deben estar informados de los riesgos y beneficios de la investigación antes de dar su consentimiento.

4. RESULTADOS

4.1. DETERMINAR LA PREVALENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA DIRECCIÓN HOSPITALARIA GUAYAQUIL PERIODO 2021-2023.

La población total fue de 87 pacientes; La muestra fue de 86 pacientes (98,85% de la población) que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, con una edad mínima de 19 años y máxima de 87 años, media de 47,16 años y mediana de 43 años.

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes con LES

Características de los pacientes con LES		Número de pacientes	Porcentaje
Sexo	Femenino	64	74,4%
	Masculino	22	25,6%
Raza	Mestizo	86	100,0%
Manifestaciones clínicas tiempo de evolución	Agudas	59	68,6%
	Crónicas	24	27,9%
	Subagudas	3	3,5%
Tratamiento farmacológico de LES	Hidroxiquina	26	30,2%
	Inmunosupresores	26	30,2%
	Corticoides dosis bajas	16	18,6%
	AINES	12	14,0%
	Corticoides dosis altas	5	5,8%
	Corticoides tópicos	1	1,2%
	Total	86	100%

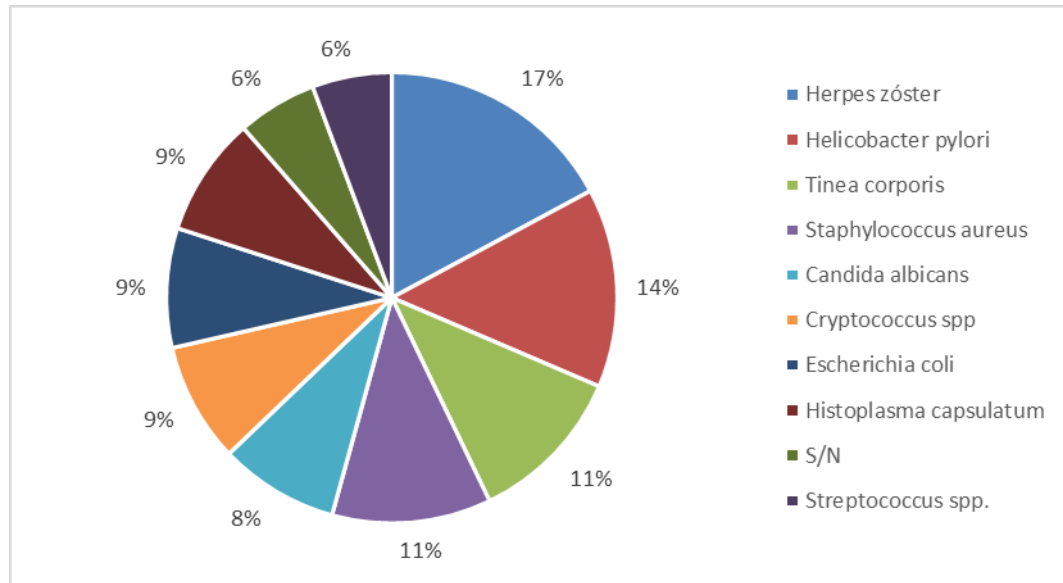
Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: El 74.4% fueron mujeres, la raza mestiza fue un 100%, lo que sugiere una homogeneidad étnica en la muestra estudiada. El 68.6% indica una prevalencia significativa de síntomas agudos en la población estudiada. La hidroxiquina y los inmunosupresores son los tratamientos más comunes, ambos utilizados por el 30.2% de los pacientes.

4.1.1. DETERMINAR LOS AGENTES MICROBIOLÓGICOS PRINCIPALMENTE INVOLUCRADOS Y SU SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA.

Ilustración 1 Microorganismos identificados en las infecciones en pacientes con LES



Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: La mayoría de las infecciones son de origen bacteriano, presentándose diversas variedades. Sin embargo, el virus *Herpes zóster* fue el microorganismo más frecuentemente identificado de forma independiente, representando el 16.7% de los casos, seguido por *Helicobacter pylori*, identificado en el 13.9%. *Tinea Corporis* junto con *Staphylococcus aureus* comparten el tercer lugar, siendo identificados en un 11.1% de los casos cada uno.

Tabla 2 Tratamiento farmacológico antibiótico y respuesta al tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Respuesta a tratamiento empírico	Si	36	100%
Realización de antibiograma	No	35	97,2%
	Si	1	2,8%
Microorganismo sensible a tratamiento farmacológico de primera línea	Sensible	1	100%
Total		36	100%

Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: El 100% de los pacientes con LES y complicaciones infecciosas respondieron positivamente al tratamiento empírico, cuyos detalles no se especifican en las historias clínicas de la institución. En cuanto al análisis de hemocultivos con antibiograma, el 97.2% de los pacientes no requirió esta medida. Solamente el 2.8% (1 paciente) se sometió a hemocultivo con antibiograma, bajo el criterio de un médico especialista, aunque este criterio no está detallado en la historia clínica. Es importante destacar que todos los microorganismos analizados mostraron sensibilidad al tratamiento farmacológico empírico empleado.

4.1.2. OBJETIVO ESPECIFICO 2: ESTABLECER LA SEVERIDAD DEL LUPUS EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.

Tabla 3 Índice de actividad SLEDAI en la muestra de estudio

Índice de actividad SLEDAI	Frecuencia	Porcentaje
Sin actividad	3	3,5%
Actividad leve	33	38,4%
Actividad moderada	26	30,2%
Actividad severa	24	27,9%
Total	86	100%

Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: La actividad leve la categoría más común con el 38.4% de los pacientes, seguido de la actividad moderada con el 30.2% de la muestra, con 26 pacientes y la actividad severa el 27.9%. Los pacientes sin actividad de la enfermedad fueron 3.5%.

4.1.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3: IDENTIFICAR LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE COMPLICACIÓN INFECCIOSA Y LA SEVERIDAD DEL LUPUS EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.

Tabla 4 cruzada síndromes infecciosos vs índice de SLEDAI

Síndromes infecciosos	Índice de actividad SLEDAI				Total
	Sin actividad	Actividad leve	Actividad moderada	Actividad grave	
Gastrointestinales	0	2	4	4	10
Ginecológicas	0	0	2	0	2
Sin proceso infeccioso	3	28	15	4	50

Otros	0	0	0	3	3
Piel y partes blandas	0	1	3	8	12
Respiratorias	0	1	2	3	6
Urinarias	0	1	0	2	3
Total	3	33	26	24	86

Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: Gastrointestinales: 10 casos en total. La mayoría (8 de 10) están en los grupos de actividad moderada y grave, las ginecológicas: Solo 2 casos. Ambos están en el grupo de actividad moderada. Los pacientes sin proceso infeccioso: La mayoría de los casos (28 de 50) están en el grupo de actividad leve, seguido por 15 en el grupo de actividad moderada.

Tabla 5 Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,958 ^a	,002
Razón de verosimilitudes	44,314	,001
N de casos válidos	86	

Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: El valor del chi-cuadrado de Pearson obtenido es de 40.958 con un nivel de significancia de 0.002. Esto indica que hay una asociación significativa entre los síndromes infecciosos y la actividad del lupus en los pacientes del estudio. Además, la razón de verosimilitudes también muestra una asociación significativa (44.314 con un valor p de 0.001), lo que refuerza la evidencia de que la relación entre los síndromes infecciosos y la actividad del lupus no es aleatoria.

Tabla 6 cruzada: presentación de la infección vs índice de SLEDAI

Presentación infección	Índice de actividad SLEDAI				Total
	Sin actividad	Actividad leve	Actividad moderada	Actividad grave	
Bacterianas	0	3	3	9	15
Micóticas	0	0	5	5	10
Sin proceso infeccioso	3	28	15	4	50

Oportunistas	0	1	2	1	4
Virales	0	1	1	5	7
Total	3	33	26	24	86

Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: Bacterianas hay 15 casos en total. La mayoría de ellos (9 de 15) están en el grupo de actividad grave, las micóticas: Hay 10 casos en total. La mitad de ellos están en los grupos de actividad moderada y grave, Sin proceso infeccioso la mayoría de los casos (28 de 50) están en el grupo de actividad leve, seguido por 15 en el grupo de actividad moderada. Las oportunistas y virales tienen una distribución similar, con la mayoría de los casos en los grupos de actividad leve y grave.

Tabla 7 Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,678 ^a	,001
Razón de verosimilitudes	39,306	,000
N de casos válidos	86	

Fuente: historias clínicas departamento de Dirección Hospitalaria Guayaquil

Elaborado por: Contreras G. y Noboa N.

Descripción: El valor del chi-cuadrado de Pearson obtenido es de 34.678 con un nivel de significancia de 0.001. Esto indica que hay una asociación significativa entre la presentación de la infección y la actividad del lupus en los pacientes del estudio. Dado que el valor p (0.001) es menor que el nivel de significancia típicamente utilizado (0.05). Además, la razón de verosimilitudes también muestra una asociación significativa (39.306 con un valor p de 0.000), lo que refuerza la evidencia de que la relación entre la presentación de la infección y la actividad del lupus no es aleatoria.

4.2. DISCUSIÓN

El análisis realizado en Bogotá, Colombia, a partir de datos hospitalarios, examinó a fondo a 237 pacientes diagnosticados con lupus eritematoso sistémico (LES), de los cuales el 9.4% (22 pacientes) cumplían con los criterios para ser catalogados como casos de infección. Es relevante señalar que aproximadamente el 80% de los pacientes afectados eran mujeres. Dentro de este grupo, las infecciones bacterianas predominaron, representando el 72.7% de los casos, seguidas por las virales, que constituyeron el 9.10%, incluyendo una proporción relacionada con el virus SARS-CoV-2. Se observó que un número significativo de pacientes infectados (36.4%) estaban recibiendo tratamiento con esteroides sistémicos. A pesar de la gravedad de estas infecciones, no se registró mortalidad atribuida a las mismas. Estos datos sugieren que, aunque los pacientes con LES enfrentan un mayor riesgo de infecciones, la mortalidad asociada puede mantenerse baja con una atención médica adecuada. (12)

En el estudio, se encontró que el 38.4% de los pacientes tenía actividad leve de LES, seguido de un 30.2% con actividad moderada y un 27.9% con actividad severa. Esto contrasta con el análisis de Bogotá, donde se identificó una relación significativa entre las infecciones, la leucopenia, el tratamiento con corticosteroides sistémicos y la actividad de la enfermedad. La frecuencia de infecciones en este estudio fue del 9.4%, predominando las bacterianas, seguidas de las virales. (12)

Al analizar los resultados obtenidos en la muestra estudiada, se evidencia una asociación significativa entre el género y la prevalencia de infecciones bacterianas. El 74.4% de los participantes fueron mujeres, y todos pertenecían a la raza mestiza, lo que refleja una homogeneidad étnica en la población estudiada. Entre los microorganismos detectados, destacan *Helicobacter pylori* y *Staphylococcus aureus*, representando el 16.7% y el 13.9% de los casos, respectivamente. Por otro lado, el virus *Herpes zóster* fue el microorganismo más frecuentemente identificado de forma independiente, en contraste con el referente donde predominó el SARS-CoV-2, abarcando el 16.7% de los casos. Aunque no se reportaron infecciones micóticas, se observó un 11.1% de casos de *Tinea Corporis*. (12)

El metaanálisis, que integró datos de múltiples estudios, incluyó un amplio conjunto de 469,570 pacientes con LES y 6,528,441 individuos sin la enfermedad. Los resultados revelaron una asociación significativa entre el LES y un mayor riesgo de diversas infecciones graves, como neumonía, herpes zóster y tuberculosis, con un riesgo relativo combinado para la infección grave general de 2.96 (IC del 95%: 1.28-6.83). Este análisis destaca la importancia de considerar al LES como un factor de riesgo independiente para varias complicaciones infecciosas. El estudio realizado en Manchester también encontró que los pacientes con LES tenían un mayor riesgo de desarrollar infecciones graves, incluyendo neumonía, tuberculosis y herpes zóster, en comparación con la población general. Estos hallazgos subrayan la importancia de un enfoque integral en el manejo del LES para prevenir y tratar eficazmente las infecciones en esta población. (11)

El estudio realizado en China destaca una mayor incidencia de complicaciones como trombocitopenia, anemia e hipoproteinemia en pacientes con LES que presentan infección. Además, se observó un uso más frecuente de glucocorticoides y ciclofosfamida en esta población. En cuanto a los síntomas, se reportó una prevalencia significativa de manifestaciones agudas, particularmente sistémicas y musculoesqueléticas, afectando al 30.2% y al 25.6% de los pacientes, respectivamente. Este metaanálisis no solo identificó las características clínicas asociadas con la infección en pacientes con LES, sino que también reveló que el uso de glucocorticoides e inmunosupresores se relacionó con un mayor riesgo de infección, mientras que el uso de antipalúdicos, como la hidroxicloroquina, se identificó como un factor protector. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar los tratamientos farmacológicos en la gestión de pacientes con LES y la necesidad de un enfoque integral para prevenir y tratar las complicaciones infecciosas en esta población. (12)

En cuanto al tratamiento, se observó que todos los microorganismos analizados fueron sensibles a los fármacos de primera línea, y el 100% de los pacientes con LES estudiados mostraron una respuesta positiva al tratamiento empírico. (5)

Los hallazgos obtenidos de diversas fuentes corroboran la hipótesis de que los pacientes con LES enfrentan un riesgo aumentado de infecciones graves en comparación con la población general. Esta constatación subraya la necesidad de una vigilancia minuciosa y un manejo adecuado de las infecciones en este grupo de pacientes, con el fin de mejorar los resultados clínicos y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas. Sin embargo, se requiere de una investigación más profunda para comprender completamente los mecanismos subyacentes y optimizar las estrategias de prevención y tratamiento de las infecciones en esta población vulnerable, especialmente con respecto a la resistencia y sensibilidad bacteriana en las complicaciones infecciosas asociadas al LES.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Prevalencia de infecciones en pacientes con LES: Se encontró que el 9.4% de los pacientes con LES presentaron complicaciones infecciosas en la población estudiada en Dirección Hospitalaria Guayaquil durante el periodo 2021-2023. Las infecciones bacterianas fueron las más comunes, seguidas por el virus *Herpes zóster*, *Helicobacter pylori*, *Tinea Corporis* y *Staphylococcus aureus*.
- Respuesta al tratamiento empírico: Todos los pacientes con LES y complicaciones infecciosas respondieron positivamente al tratamiento empírico. La mayoría de los microorganismos analizados mostraron sensibilidad al tratamiento farmacológico de primera línea.
- Características clínicas de los pacientes: Se observó una predominancia de mujeres y una homogeneidad étnica en la muestra estudiada, con un mayor porcentaje de pacientes con manifestaciones clínicas agudas, siendo las sistémicas y musculoesqueléticas las más comunes. La hidroxiclороquina y los inmunosupresores fueron los tratamientos más utilizados.
- Asociación entre tratamiento empleado y tipo de infección: Se identificó una asociación significativa entre el tipo de tratamiento empleado en pacientes con LES y el tipo de complicación infecciosa experimentada. Los pacientes que recibieron inmunosupresores mostraron una mayor prevalencia de complicaciones infecciosas.

- Severidad del LES en la Muestra Estudiada: La actividad del LES varió, con un 38.4% de casos de actividad leve, seguido por un 30.2% de actividad moderada y un 27.9% de actividad severa.
- Asociación entre Complicaciones Infecciosas y Severidad del LES: Se observó una asociación significativa entre complicaciones infecciosas y severidad del LES. Las infecciones gastrointestinales fueron más comunes en pacientes con actividad moderada y grave (80%), mientras que aquellos sin infecciones tenían predominantemente actividad leve (56%).

5.2. RECOMENDACIONES

- Los médicos generales deben recibir capacitación continua sobre el LES además del llenado completo de historias clínicas y sus complicaciones infecciosas para mejorar el reconocimiento temprano y el manejo adecuado de estos pacientes en la atención primaria.
- Es fundamental establecer protocolos de detección y monitoreo de las complicaciones infecciosas en pacientes con LES que se implementen en la práctica clínica diaria de los médicos generales. Esto podría incluir la realización regular de análisis de laboratorio y la evaluación sistemática de signos y síntomas de infección durante las visitas de seguimiento.
- Ante la sospecha o confirmación de complicaciones infecciosas graves en pacientes con LES, los médicos generales deben remitir de manera oportuna a los pacientes a especialistas en reumatología, infectología u otras disciplinas pertinentes para una evaluación y manejo especializado.
- La comunicación interdisciplinaria entre médicos generales y especialistas para garantizar una atención integral y coordinada de los pacientes con

LES y complicaciones infecciosas. Esto puede facilitar la implementación de estrategias de tratamiento y seguimiento más efectivas.

- Los médicos generales juegan un papel crucial en la promoción de la adherencia al tratamiento, especialmente en lo que respecta a la terapia inmunosupresora y los medicamentos utilizados para controlar la actividad del LES. Brindar información clara y educación a los pacientes sobre la importancia de seguir el régimen terapéutico prescrito puede ayudar a prevenir infecciones y mejorar los resultados clínicos a largo plazo.
- Además del tratamiento específico del LES, los médicos generales deben enfatizar la importancia de las medidas preventivas generales, como la vacunación según las pautas recomendadas y las prácticas de higiene adecuadas, para reducir el riesgo de infecciones en esta población vulnerable.
- Se sugiere realizar más investigaciones para comprender mejor los mecanismos subyacentes de las complicaciones infecciosas en pacientes con LES, así como para evaluar la eficacia de nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

REFERENCIAS

1. Soto DR, Mercado U. Características clínicas e inmunológicas de lupus eritematoso sistémico aplicando los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2019. *Med Interna México*. 15 de junio de 2022;38(3):507-13.
2. Lupus eritematoso sistémico 2020 | Medicina Clínica [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-lupus-eritematoso-sistemico-2020-S0025775320303250>
3. Johnson SR, Aringer M. Diagnosis and Classification of Systemic Lupus Erythematosus. En: Touma Z, editor. *Outcome Measures and Metrics in Systemic Lupus Erythematosus* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [citado 3 de febrero de 2024]. p. 51-66. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-73303-2_3
4. Infecciones en enfermedades autoinmunes sistémicas [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es-linkresolver-infecciones-enfermedades-autoinmunes-sistemicas-S1699258X20301625>
5. Beltrán-Ostos A, Moreno S, Vega-Hoyos D, Daza Lesmes A, Marriaga Calderón OJ, Daza Uribe S, et al. Infection detection in patients with systemic lupus erythematosus using a hospital administrative database. *Rev Colomb Reumatol*. septiembre de 2022;29(3):171-6.
6. Noriega-Zapata EJ, Ugarte Gil MF, Pimentel Quiroz VR, Gamboa Cárdenas RV, Reátegui Sokolova C, Medina Chinchón M, et al. Factores asociados a infecciones serias en pacientes hospitalizados con lupus eritematoso sistémico. *An Fac Med*. enero de 2022;83(1):25-33.
7. Restrepo-Escobar M, Castaño-González P, Galvis-García M, Morales-Maya L, Urrego T, Sandoval-Álvarez S, et al. Development and internal validation of a clinical prediction model of the risk of nosocomial bacterial infection in patients with systemic lupus erythematosus. *Rev Colomb Reumatol Engl Ed*. 1 de abril de 2021;28(2):95-103.

8. Colocalisation of subacute cutaneous lupus erythematosus and vitiligo in a woman with thyroid autoantibodies: An intriguing association - Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ijdvl.com/colocalisation-of-subacute-cutaneous-lupus-erythematosus-and-vitiligo-in-a-woman-with-thyroid-autoantibodies-an-intriguing-association/>
9. Vilca JG, Montesinos DC, Merizalde WM, Jaira LH, Villacis VDP. Encefalitis por virus Herpes Humano tipo 6 en una adolescente con LUPUS Eritematoso Sistémico. Primer caso reportado en el Ecuador. Rev Medica Vozandes [Internet]. 6 de enero de 2021 [citado 3 de febrero de 2024];31(2). Disponible en: <https://scholar.archive.org/work/2irbom7lv5gi5a3kq6x46wcyti>
10. Moran GAB, Martin LE, Espinosa HM, Torres ZKS, Hinostroza KAA. Derrame pleural en adultos del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador, 2018. Rev Latinoam Hipertens. 2019;14(2):137-41.
11. Pego-Reigosa JM, Nicholson L, Pooley N, Langham S, Embleton N, Marjenberg Z, et al. The risk of infections in adult patients with systemic lupus erythematosus: systematic review and meta-analysis. Rheumatology. 5 de enero de 2021;60(1):60-72.
12. Yuan Q, Xing X, Lu Z, Li X. Clinical characteristics and risk factors of infection in patients with systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Semin Arthritis Rheum. 1 de octubre de 2020;50(5):1022- 39.
13. Guías de práctica Clínica 2013 – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2013/>
14. Jiménez DG, Bonilla SM, Fallas MC. Lupus eritematoso sistémico: enfoque general de la enfermedad. Rev Medica Sinerg. 1 de enero de 2021;6(1):e630-e630.
15. Epidemiología y patogénesis del lupus eritematoso sistémico - UpToDate [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-systemic-lupus-erythematosus>

16. Garcés JPS, Guerra MCO, Siado JÁS, Marengo JJM. Lupus Eritematoso Sistémico: generalidades sobre su fisiopatología, clínica, abordaje diagnóstico y terapéutico. *Rev Paraguaya Reumatol.* 2023;9(1):25-32.
17. Amarnani R, Yeoh SA, Denny EK, Wincup C. Lupus and the lungs: the assessment and management of pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. *Front Med.* 2021;7:610257.
18. Triminio JOM, Aguilar DGR, Rodríguez EOI. Miocarditis como manifestación inicial de Lupus Eritematoso Sistémico: Reporte de caso. *Rev Médica Hondureña.* 2020;88(2):110-4.
19. Sarmiento LF, Sánchez DJG, Ramírez PCB, Ospina LTK. Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. *Rev Neuronum.* 2020;7(1):210-29.
20. Camaño Carballo L, Camaño Carballo L, González Aguilar V, Carcasés Carcasés E, Tite Andi ST, Pimienta Concepción I, et al. Manifestaciones digestivas en el curso de enfermedades reumáticas, estudio de 5 años. *Rev Cuba Reumatol.* 2022;24(1).
21. Hornia LGV, Berlanga AMP, Pifferrer GH, Rivero KT. Parámetros hematológicos en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. *Correo Científico Méd.* 2023;27(2).
22. Hernández Vega M. Manifestaciones neuropsiquiátricas de Lupus eritematoso sistémico: Revisión sistemática de la literatura. 2023;
23. Moriano C, Pastrana DB, Gutiérrez CSR, Rodríguez E. Evolución del diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica en España. *nefrología.* 2023;43(6):668-75.
24. Soto DR, Mercado U. Características clínicas e inmunológicas de lupus eritematoso sistémico aplicando los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2019. *Med Interna México.* 2022;38(3):507-13.
25. Narváez J. Lupus eritematoso sistémico 2020. *Med Clínica.* 2020;155(11):494-501.

26. Chavarría-Tapia A, Fernández-Corella A, Marenco-Acosta H, Shen Zhou Y, Ugalde-Zumbado M, Mora-Román JJ. Anticuerpos monoclonales y el tratamiento del lupus eritematoso sistémico. *Rev Tecnol En Marcha*. 2021;34(1):25-39.
27. González-García A, Cusácovich I, Ruiz-Irastorza G. Tratamiento del lupus eritematoso sistémico: nuevas opciones terapéuticas. *Rev Clínica Esp*. 2023;
28. Dorgham DA, Anwar S. Infection in systemic lupus erythematosus patients. *Egypt Rheumatol*. 2021;43(2):115-8.
29. Kunzler ALF, Tsokos GC. Infections in patients with systemic lupus erythematosus: the contribution of primary immune defects versus treatment- induced immunosuppression. *Eur J Rheumatol*. 2023;10(4):148.
30. Su CF, Lai CC, Li TH, Chang YF, Lin YT, Chen WS, et al. Epidemiology and risk of invasive fungal infections in systemic lupus erythematosus: a nationwide population- based cohort study. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2021;13:1759720X211058502.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



senescyt
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Contreras Moreira, Gabriela Carolina**, con C.C **0950428987** y **Noboa Asencio, Nathaly Michelle**, con C.C **0968645915** autoras del trabajo de titulación; **Prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico en Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021 - 2023**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de mayo del 2024



Firmado electrónicamente por:
GABRIELA
CAROLINA
CONTRERAS
MOREIRA

f. _____

Contreras Moreira, Gabriela Carolina

C.C: 0950428987



Firmado electrónicamente por:
NATHALYMICHELLE
NOBOA ASENCIO

f. _____

Noboa Asencio, Nathaly Michelle

C.C:0924587231

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico en Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021 - 2023.		
AUTOR(ES)	Contreras Moreira, Gabriela Carolina Noboa Asencio, Nathaly Michelle		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Sánchez Giler, Sunny Eunice, Phd		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de mayo del 2024	No. DE PÁGINAS:	31
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Lupus Eritematoso Profundo, Paniculitis de Lupus, Enfermedad de Libman-Sacks, Lupus Eritematoso Diseminado		
PALABRAS CLAVES	Lupus Eritematoso Sistémico, Hospitalización infecciosas, Complicaciones		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una patología autoinmune, multisistémica y crónica caracterizada por la producción excesiva de autoanticuerpos generando un daño tisular; su clínica es heterogénea con una dificultad de diagnóstico y alta morbimortalidad. Objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en la Dirección hospitalaria Guayaquil periodo 2021-2023. Metodología: El diseño del trabajo investigativo fue no experimental observacional transversal y retrospectivo con un análisis bivariado correlacional; se tomó como población a Pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico, atendidos en la Dirección hospitalaria Guayaquil durante los años 2021 a 2023, siendo un total de 86 pacientes cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: El estudio incluyó a 86 pacientes con LES, con una distribución de género de 74.4% mujeres y 25.6% hombres. El 68.6% de los pacientes presentaron síntomas agudos, mientras que el 30.2% recibió tratamiento con hidroxicloroquina e inmunosupresores. La mayoría de las infecciones identificadas fueron de origen bacteriano, con el virus Herpes zóster siendo el microorganismo más frecuentemente identificado (16.7%). El 100% de los pacientes respondieron positivamente al tratamiento empírico para las complicaciones infecciosas, y la mayoría no requirió hemocultivos con antibiograma. En cuanto a la severidad del LES, el 38.4% de los pacientes tuvieron actividad leve, seguido por el 30.2% con actividad moderada y el 27.9% con actividad severa. Conclusiones: Los resultados indican una alta prevalencia de síntomas agudos en los pacientes con LES estudiados. Las infecciones bacterianas fueron las más comunes, la efectividad del tratamiento empírico fue alta, sin embargo, se observó una distribución significativa de la severidad del LES en la muestra estudiada, con una proporción considerable de pacientes con actividad leve, moderada y severa.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +5939996859222 +593968645917	E-mail: gabriela.contreras02@cu.ucsg.edu.ec nathaly.noboa@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			