



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

TEMA:

Complicaciones obstétricas en pacientes con lupus eritematoso sistémico de 20 a 35 años atendidas Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2023.

AUTORES:

**Gómez Bone, Joselyn Doménica
Rodríguez Morán, María Alejandra**

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

TUTOR:

Vélez Nieto, Lenin Henry

**Guayaquil, Ecuador
04 de octubre de 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 **Gómez Bone, Joselyn Doménica y Rodríguez Morán, María Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
**LENIN HENRY VELEZ
NIETO**

f. _____

Dr Vélez Nieto, Lenin Henry

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 04 de octubre del año 2024



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Gómez Bone, Joselyn Doménica
Rodríguez Morán, María Alejandra**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones obstétricas en pacientes con lupus eritematoso sistémico de 20 a 35 años atendidas Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2023** previo a la obtención del título de **Médico**, 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 mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 04 de octubre de 2024

LOS AUTORES:



Firmado electrónicamente por:
**JOSELYN
DOMÉNICAGOMEZ
BONE**



Firmado electrónicamente por:
**MARIA ALEJANDRA
RODRIGUEZ MORAN**

f. _____
Gómez Bone, Joselyn Doménica

f. _____
Rodríguez Morán, María Alejandra



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

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Gómez Bone, Joselyn Doménica
Rodríguez Morán, María Alejandra**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones obstétricas en pacientes con lupus eritematoso Sistémico de 20 a 35 años atendidas Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 04 de octubre del 2024

AUTORES:



Firmado electrónicamente por:
JOSELYN
DOMENICAGOMEZ
BONE

f. _____
Gómez Bone, Joselyn Doménica



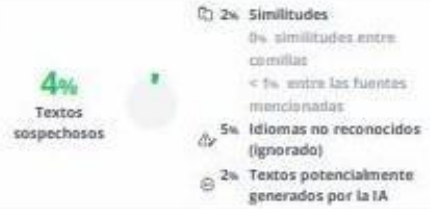
Firmado electrónicamente por:
MARIA ALEJANDRA
RODRIGUEZ MORAN

f. _____
Rodríguez Morán, María Alejandra

REPORTE ANTIPLAGIO



TT GOMEZ-RODRIGUEZ FINAL 20 sept 2024 revision



Nombre del documento: TT GOMEZ-RODRIGUEZ FINAL 20 sept 2024 revision.pdf
ID del documento: f9833ec8d0d70411c9b09e7dd1115e10e886c2ba
Tamaño del documento original: 740,36 kB
Autores: []

Depositante: Julio Adrian León Solorzano
Fecha de depósito: 20/9/2024
Tipo de carga: interfase
fecha de fin de análisis: 20/9/2024

Número de palabras: 11.176
Número de caracteres: 80.379

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/9317/11413/3/T-UCSG-PRE-MED-726.pdf?ot=14 Fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (298 palabras)
2	repositorio.ucsp.edu.ec http://repositorio.ucsp.edu.ec/bitstream/9317/2221/7/T-UCSG-PRE-MED-1561.pdf 11 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (293 palabras)
3	TRABAJO DE TITULACION CHAW Y PEREZ.pdf TRABAJO DE TITULACION ... #388810 El documento proviene de mi grupo 10 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (264 palabras)
4	TESIS FINAL.docx TESIS FINAL_ k2chxst El documento proviene de mi grupo 7 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (256 palabras)
5	TRABAJO DE TITULACIÓN KARLA ALVARADO Y GINA MACIAS.docx TR... #921548 El documento proviene de mi biblioteca de referencias 7 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (255 palabras)

TUTOR



Firmado electrónicamente con
LENIN HENRY VELEZ
NIETO

f. _____
Dr Vélez Nieto, Lenin Henry

AGRADECIMIENTO

Concluyendo esta etapa de formación académica a lo largo de estos años de carrera, quiero agradecer a todas las personas que me han ayudado a moldear a la persona que soy hoy en día.

Quiero agradecer a mis padres, Jaime y Verónica, por haber sido mis mayores pilares, los que me han guiado en todo momento, que creyeron en mí desde el principio y los que nunca me mostraron ningún lado negativo aconsejándome a combatir cualquier problema que se presentara.

A mis abuelas, Ma Rosita y Mercedes, que siempre me brindaron invaluable consejos y amor que se veía plasmado en cada una de sus palabras.

A mis amigas de la infancia, Alejandra e Ivanna que me han brindado su amistad incondicional, compañía y calidez, manteniéndose a mi lado en los momentos más difíciles brindándome todo su apoyo.

A unas de mis primeras amigas de la carrera, Gracia y Denisse, que me han enseñado tanto y acompañado por todos los ciclos de la carrera, manteniendo nuestra amistad a pesar de las adversidades, que me han encaminado en la profesional que me quiero convertir.

A nuestro tutor, Dr. Lenin Vélez, que con mucha paciencia nos guio y preparó para este trabajo, que siempre tuvo predisposición para ayudarnos a mejorar cada detalle.

Quiero agradecer a mis amigos que estuvieron junto a mí compartiendo el año de internado, personas valiosas con las que pude trabajar y aprender, que siempre estuvieron dispuestos a ayudar y que gracias a ellos culminé una etapa muy memorable de mi vida.

Por último, un agradecimiento muy especial a mi compañera de tesis y amiga personal, Joselyn, que ha estado junto a mí a pesar de todo, que con su dedicación y esfuerzo ha podido enseñarme a ser mejor cada día y que le agradezco de todo corazón ser mi guía y consejera durante todo este tiempo.

María Alejandra Rodríguez Morán

AGRADECIMIENTO

Es preciso agradecer con mucha admiración a mis queridos padres, José Hoover Gómez Motato y Marcia Maribel Bone Samaniego, quiénes me han impulsado durante toda mi vida a cumplir con cada una mis metas y sueños, sin duda alguna formaron cimientos para poder superar esta importante etapa como futura profesional, gracias por cada sacrificio amados padres, me enseñaron que todo es posible junto a ustedes.

Manuel Arturo, gracias por acompañarme durante toda mi vida, encaminarme y orientarme a continuar con mis estudios, cada acto servicial lo recuerdo y guardo con mucho cariño. Ariana Arturo, hermanita tu apoyo auténtico y compañía me han salvado más de lo que te imaginarías, te quiero

Abuelitos, Mamita Mariana y Papito Luis... su crianza marcada con tanto amor y cariño incondicional es el reflejo de mis mejores virtudes. Todas sus oraciones por mi bienestar han servido, y por ello guardo inmensa gratitud.

Querida Romina Reasco, por haber estado conmigo desde la duda hasta la certeza, paso a paso de toda mi carrera universitaria, no hizo falta estar juntas en la misma ciudad para sentir tu afecto ameno y apoyo incondicional hacia mí en todo momento, eres la mejor amiga que cualquiera desearía tener.

Apreciado Kevin Becerra, gracias por favorecer a mi enriquecimiento personal, por inspirarme a superar adversidades, siempre mostrar tu amistad invaluable cuando más necesitaba de motivación y darme los consejos más asertivos para seguir con mi carrera profesional, te quiero hoy y siempre.

Finalmente agradezco a mi entrañable compañera de trabajo de titulación María Alejandra Rodríguez Morán, por brindarme siempre su amistad sincera, su compañía a lo largo de estos años y ser una verdadera luz en mi vida, me complace compartir cada logro, crecimiento personal y profesional contigo.

Joselyn Doménica Gómez Bone

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, Jaime y Verónica, que han hecho posible se cumpla este sueño.

A mis hermanos Daniel y Emilio, que me han brindado su apoyo y cariño incondicional.

A mis amigos de la carrera, que les atribuyo una gran parte de la persona que me he convertido y que me enseñaron a luchar por cumplir las metas que me he propuesto.

A todos los que han puesto su tiempo, dedicación y paciencia en mi para poder lograr este objetivo.

Gracias por su gran compañía que atesoro todos los días de mi vida, sin ustedes nada de esto fuera posible.

María Alejandra Rodríguez Morán

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a Dios, por permitirme culminar una importante etapa de mi vida bajo su firme protección y forjarme con mucha fortaleza en estos seis años de estudios.

A mis apreciados padres Marcia y José, a mi familia, en especial a mis tíos Katty y Jimmy Bone Samaniego, que durante toda mi vida han sido atentos y considerados con mi formación y crecimiento como persona, espero retribuirles sinceramente todo su afecto brindado.

A mis amigos de la carrera e internado, me emociona haber tenido la dicha encontrar buenas amistades que fomentaron a dar lo mejor de mí, me llenaron de alegría y motivación cuando las adversidades parecían consumirme, que afortunada he sido para conservar amistades desde el día uno como Alice Mindiola y Ernesto Villamarín.

A mis amigas Alejandra Rodríguez, Denisse Castro y Katherine Briones, que se convirtieron en mi familia y siempre estuvieron para mí, gracias por enseñarme que puedes sentir el cariño de un hogar, aunque estés lejos de casa.

A mis amigos: Alejandro Rodríguez, Jessica Peláez, Daniel Betancourth, Grace Márquez y Gary Valarezo, por hacer de un año de internado y formación inolvidable, son un capítulo que merece ser atesorado siempre y que ansiosa espero continuar siendo testigo y partícipe de logros y metas juntos.

A los docentes y doctores que verdaderamente me motivaron y enseñaron para brindar como profesional una atención llena de calidad y calidez en un futuro.

Joselyn Doménica Gómez Bone



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
Oponente

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.4. JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	5
2.1.1. ETIOLOGÍA.....	5
2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	5
2.1.3. FISIOPATOLOGÍA.....	6
2.1.4. FACTORES DE RIESGO.....	6
2.1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	8
2.1.6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	10
2.1.7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	12
2.2. EMBARAZO Y LES.....	14
2.2.1. DEFINICIÓN	14
2.2.2. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.....	14
2.2.3. COMPLICACIONES FETALES	16
2.2.4. MANEJO DEL LES Y EL EMBARAZO.....	16
2.2.5. RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PRONÓSTICOS MATERNO-FETAL 19	
2.2.6. PREVENCIÓN	19
CAPITULO III.....	21
3. METODOLOGIA Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION.....	21
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	21
3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DTOS.....	21
3.3. ANALISIS DE LOS DATOS	21
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	21

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	22
CAPITULO IV	23
4. RESULTADOS Y DISCUSION	23
4.1. RESULTADOS	23
4.2. DISCUSION.....	28
CAPITULO V	31
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
5.1. CONCLUSIONES.....	31
5.2. RECOMENDACIONES.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXOS	37

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Manifestaciones clínicas más comunes del LES y su porcentaje de presentación (2-8,14,15).....	8
Tabla 2 Criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 para el LES, (1,4,6)...	12
Tabla 3 Medicamentos para el LES y su riesgo en el embarazo	17
Tabla 4 Complicaciones obstétricas en pacientes con LES.....	23
Tabla 5 Características sociodemográficas de las pacientes con LES	24
Tabla 6 Relación entre la preeclampsia y la condición de egreso de las pacientes con LES	25
Tabla 7 Relación entre la eclampsia y la condición de egreso de las pacientes con LES	25
Tabla 8 Relación entre la colestasis intrahepática y la condición de egreso de las pacientes con LES.....	26
Tabla 9 Relación entre la ruptura prematura de membranas y la condición de egreso de las pacientes con LES.....	26
Tabla 10 Relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y la condición de egreso de las pacientes con LES.....	27
Tabla 11 Relación entre la enfermedad renal crónica y la condición de egreso de las pacientes con LES.....	27
Tabla 12 Relación entre la artritis reumatoidea y la condición de egreso de las pacientes con LES	28
Tabla 13 Mortalidad entre las gestantes con LES y sin LES	28

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de los antecedentes patológicos personales en las gestantes con LES.....	37
---	----

RESUMEN

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune que afecta múltiples sistemas del cuerpo y aumenta las complicaciones en el embarazo, como parto pretérmino, preeclampsia y muerte fetal. En Ecuador no existen registros específicos sobre embarazadas con LES a diferencia de otros países de la región. El pronóstico mejora si la enfermedad está controlada antes del embarazo, y es esencial un monitoreo constante en centros de alto riesgo, ya que la mortalidad en estos casos puede alcanzar hasta el 79%. Este estudio tuvo como objetivo identificar las complicaciones obstetricas en pacientes con LES atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo del 2021 al 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y observacional, con recolección de datos retrospectiva, utilizó historias clínicas y bases de datos de Ginecología. Los datos se extrajeron del sistema AS400 y se almacenaron en Microsoft Excel. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 26,0, utilizando frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar, junto con la prueba de chi cuadrado para el análisis bivariado, con un valor $p < 0,05$. **Resultados:** El estudio incluyó a 142 pacientes con LES, las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron aborto (50.6%) y preeclampsia (40.4%). La preeclampsia, la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad renal crónica se asociaron significativamente con una mayor mortalidad ($p = 0.013$, $p = 0.001$ y $p = 0.003$, respectivamente). Los antecedentes patológicos más comunes en la población estudiada incluyeron hipertensión arterial (41.7%) y enfermedad renal crónica (41.7%). La mortalidad fue mayor en pacientes con estas condiciones comparadas con aquellas que no las padecían. **Conclusión:** El aborto y la preeclampsia destacan como las complicaciones obstétricas más comunes en gestantes con LES, lo que resalta la importancia de optimizar el manejo clínico en esta población.

Palabras claves: complicaciones obstetricas, lupus eritematoso sistémico, mortalidad, enfermedades autoinmunes, materno-fetal, factores de riesgo, epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease that affects multiple body systems and increases complications in pregnancy, such as preterm delivery, preeclampsia and fetal death. In Ecuador there are no specific registries on pregnant women with SLE, unlike other countries in the region. The prognosis improves if the disease is controlled before pregnancy, and constant monitoring is essential in high-risk centers, since mortality in these cases can reach up to 79%. The aim of this study was to identify obstetric complications in patients with SLE treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital from 2021 to 2023. **Methodology:** This descriptive, cross-sectional, observational study, with retrospective data collection, used medical records and gynecology databases. Data were extracted from the AS400 system and stored in Microsoft Excel. Analysis was performed with SPSS version 26.0 software, using frequencies, percentages, means and standard deviation, along with the chi-square test for bivariate analysis, with a p-value < 0.05. **Results:**

The study included 142 patients with SLE, the most frequent obstetric complications were miscarriage (50.6%) and preeclampsia (40.4%). Preeclampsia, type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease were significantly associated with increased mortality ($p = 0.013$, $p = 0.001$ and $p = 0.003$, respectively). The most common pathologic antecedents in the study population included arterial hypertension (41.7%) and chronic kidney disease (41.7%). Mortality was higher in patients with these conditions compared to those without. **Conclusion:** Abortion and preeclampsia stand out as the most common obstetric complications in pregnant women with SLE, which highlights the importance of optimizing clinical management in this population.

Key words: obstetric complications, systemic lupus erythematosus, mortality, autoimmune diseases, maternal-fetal, risk factors, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune que puede afectar a múltiples sistemas del organismo humano que se caracteriza por la producción de diferentes tipos de autoanticuerpos que son la base de la fisiopatología de esta enfermedad (1). Estudios epidemiológicos a nivel internacional han demostrado un aumento de la incidencia del LES en los últimos 30 años, que puede atribuirse a un diagnóstico más temprano. Lo sufren 1 de cada 1000 mujeres, las cuales tienen 2 - 4 veces más probabilidades de complicaciones en el embarazo que aquellas que no padecen la enfermedad (2). En el Ecuador no se registra un control epidemiológico referente a las pacientes con LES en embarazo, solo se toman las cifras globales de países de la región que si llevan una estadística de este grupo de pacientes. Las embarazadas con LES pueden presentar diversas complicaciones entre las cuales se encuentran el parto pretérmino, muerte fetal, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, hemorragia obstétrica, mayor riesgo de aborto (3), prematuridad y lupus neonatal, además de mayor tasa de infecciones, anemia, trombocitopenia, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, accidente vascular cerebral y muerte (4-6).

El pronóstico para la madre es mejor cuando la enfermedad se encuentra controlada por lo menos 6 meses antes de ocurrido el embarazo, por lo tanto, la anticoncepción y la evaluación preconcepcional son especialmente importantes para las mujeres con esta patología (7,8). La salud materna y el desarrollo fetal deben monitorizarse frecuentemente durante el embarazo en centros que tengan unidades de alto riesgo obstétrico. Aproximadamente el 10 a 25% de las pacientes que acuden a valoración a un servicio de urgencias, requieren ser hospitalizadas y la mortalidad de estas pacientes varía de 47 hasta 79%, a pesar del incremento de la supervivencia en pacientes con LES (9,10).

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta múltiples sistemas del cuerpo, con consecuencias significativas para la salud materno-fetal durante el embarazo. A pesar del incremento en el diagnóstico temprano de LES, las mujeres que padecen esta condición enfrentan un mayor riesgo de complicaciones obstétricas en comparación con la población general (2,3,5). A nivel mundial, se ha observado un aumento en la incidencia de LES en los últimos 30 años, lo que puede atribuirse a un mejor acceso a los servicios de salud y a diagnósticos más precisos (1,4). Sin embargo, en el Ecuador no se cuenta con estadísticas específicas sobre las complicaciones relacionadas con LES en embarazadas, lo que limita el desarrollo de estrategias clínicas focalizadas. Las complicaciones obstétricas en mujeres con LES son variadas e incluyen partos prematuros, restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia y mayor riesgo de abortos. Además, las pacientes enfrentan un mayor riesgo de sufrir complicaciones tromboticas, como tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda, así como infecciones y anemia.

El pronóstico materno-fetal mejora cuando la enfermedad está bien controlada antes del embarazo, destacando la importancia del manejo preconcepcional y la monitorización continua en unidades especializadas de alto riesgo obstétrico. A pesar de los avances en el manejo de LES, la mortalidad de las pacientes hospitalizadas sigue siendo alta, oscilando entre un 47% y 79% en los casos más severos (9,10). Esto resalta la necesidad de contar con datos epidemiológicos y clínicos más precisos particularmente en hospitales de alta complejidad como el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, donde la falta de un control específico sobre embarazadas con LES representa una importante brecha en la atención integral de esta población vulnerable.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico de 20 a 35 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021 al 2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones obstétricas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico de 20 a 35 años atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2023.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes.
2. Relacionar los antecedentes patológicos personales y las complicaciones obstétricas con la condición de egreso de las pacientes con LES
3. Establecer la tasa de mortalidad materna en embarazadas con LES en relación con las embarazadas sin LES.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna en el LES es hasta 20 veces mayor que la tasa general debido a las numerosas complicaciones de la enfermedad durante la gestación por cambios fisiológicos y hormonales, lo que conlleva a una superproducción de estrógenos, progesterona y citoquinas (2,3). En nuestro país no contamos con datos suficientes sobre la frecuencia de complicaciones obstétricas en pacientes con LES y considerando que las pacientes con LES que planifican sus embarazos pueden controlar de mejor manera las complicaciones en el transcurso de la gestación, es importante determinar si este tipo de criterio ha sido considerado por nuestros profesionales de salud en las pacientes investigadas es este estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

2.1.1. ETIOLOGÍA

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune en la que se producen diferentes tipos de autoanticuerpos considerados la base de la fisiopatología de esta enfermedad que pueden afectar a múltiples sistemas del organismo humano. La etiología de esta patología es incierta, pero dada la evidencia actual se postula que es de origen multifactorial, confluendo condiciones genéticas, ambientales y comorbilidades (1-3)

La Lupus Foundation of America define a esta patología como una enfermedad autoinmune crónica en la que el sistema inmunitario ataca por error los tejidos saludables del cuerpo, causando inflamación, dolor y daños en los tejidos, articulaciones, riñones, corazón, y otros órganos. Además, la categorizan como una de las enfermedades más crueles, más impredecibles y devastadoras del mundo (1-3).

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del LES oscila en un rango de 20 a 150 casos por cada 100 000 habitantes con una razón 3:1 a favor de las mujeres. Se ha descrito una mayor incidencia entre los 16 y 55 años con una media de entre 37 y 50 (2-5).

El LES no afecta a todas las personas por igual, ya que varía según la etnia y el grupo racial. Es así que suele ser más común y severo en mujeres afroamericanas, latinas y asiáticas en comparación con las mujeres blancas. Esto indica que tanto la genética como el medio ambiente pueden influir de manera directa en quiénes desarrollan LES y la severidad que puede presentar (4).

2.1.3. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del lupus eritematoso sistémico se basa en la formación de anticuerpos que promueven la producción de complejos inmunes que a su vez activan el complemento para causar daño celular en los distintos tejidos. Estos anticuerpos combaten antígenos de la superficie celular en todos los órganos del cuerpo, lo que confiere a esta enfermedad la característica de ser sistémica e inmunológica y su fisiopatología se puede resumir en las siguientes etapas (3,6-9):

1. Alteración del Sistema Inmunológico: esta alteración ocasiona que el sistema inmune ataque al cuerpo en lugar de protegerlo debido a una disfunción en su regulación (3,6-9).
2. Formación de Complejos Inmunitarios: En esta enfermedad se forman complejos inmunitarios que se depositan en diversos tejidos y órganos del cuerpo generando una respuesta inflamatoria que los lleva al deterioro (3,6-9).
3. Activación del complemento: Los complejos inmunitarios activan unas proteínas plasmáticas denominadas sistema de complemento que tienen como función eliminar las células dañadas y todo microorganismo detectado como extraño para el cuerpo (3,6-9).
4. Inflamación crónica: Cuando la respuesta inflamatoria se vuelve persistente puede destruir progresivamente los tejidos y órganos.
5. Respuestas autoinmunitarias: Hay autoanticuerpos que cumplen un rol fundamental en el LES, que dan paso a la formación de complejos y al daño tisular, estos autoanticuerpos son: anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos antifosfolípidos y los anti-DNA de doble cadena (3,6-9).

2.1.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la aparición del lupus eritematoso sistémico son múltiples, la genética y fenómenos inmunitarios juegan un rol importante.

Factores genéticos: Existen alrededor de 100 genes con mutaciones que podrían generar una mayor susceptibilidad al LES, pero esto no incide en el resultado final para que se presente. Solo el 30% del material genético

estudiado ha demostrado participación en el desarrollo del LES, por lo que se infiere que los componentes ambientales y los polimorfismos genéticos aun no conocidos tienen un mayor alcance en cuanto a la predisposición (4,7,8). Los genes más representativos son los derivados del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), que poseen agentes presentadores de antígenos como es el antígeno leucocitario humano I (HLA-A, B y C), además de otras moléculas HLA (DR, DQ y DP) (7,8)

Factores hormonales: Algunas hormonas como el estradiol, la testosterona, progesterona, dehidroepiandrosterona y las hipofisarias como la prolactina, cumplen una función de regulación en la respuesta inmune del organismo. Se cree que en las pacientes que tuvieron una menarquia temprana o reciben estrógenos o progestágenos tienen 1.5 a 2.1 veces mayor riesgo de desarrollar LES, pero esto se mantiene como una teoría que no cuenta con los suficientes estudios que la avalen (9,10).

Infecciones virales y bacterianas

- **Virales:** Las infecciones por virus producen una sobreexpresión de células inmunitarias, en especial, las infecciones por el virus de Epstein-Barr que induce a la producción anticuerpos anti-ADN, posterior a lo cual puede aparecer la sintomatología del LES (24).
- **Bacterianas:** Las infecciones de tipo bacterianas tienen un efecto parecido a las virales, pero la intensidad es mayor al generar una respuesta inflamatoria e inmune de activación de los linfocitos autorreactivos (23).

Factores ambientales:

- **Luz ultravioleta:** El efecto de la luz ultravioleta es la estimulación de las células queratinocítica para la producción de: interleucinas, factor estimulante de colonias de granulocitos, macrófagos y factor de necrosis tumoral alfa, que su vez estimula la producción de anticuerpos por medio de las células B. Este mecanismo también se suma al hecho de que aumenta la autoinmunidad sistémica (25).

- Sílice: El polvo de sílice, encontrado en productos de limpieza, materiales de construcción, pueden aumentar el riesgo de presentación del LES.
- Anafilaxia: Los procesos anafilácticos producto de medicamentos, en especial los antibióticos han demostrado en ciertos estudios que se encuentran en pacientes enfermos en comparación a los sanos (8,11-14).

2.1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Al ser una enfermedad inmunológica, sistémica y compleja, produce manifestaciones clínicas de todos los órganos del cuerpo humano, aunque con mayor frecuencia en ciertos sistemas por el patrón heterogéneo de la enfermedad (2-8,14).

Tabla 1

Manifestaciones clínicas más comunes del LES y su porcentaje de presentación (2-8,14,15)

Órganos	Manifestaciones	Porcentaje
Generales	Fatiga	80-100%
	Fiebre	50%
	Mialgia	45%
	Pérdida de peso	35%
Musculoesquelético	Artritis y artralgas	90%
Mucocutánea	Eritema malar	60-80%
	Lesiones discoides	10%
	Fotosensibilidad	70-90%
	Úlceras orales y nasales	50-60%
	Alopecia	65%
Cardiovascular y vascular	Pericarditis	25%
	Fenómeno de Raynaud	40%
	Vasculitis	35%
	Enfermedad tromboembólica	23%

Renal	Hematuria	45%
	Síndrome nefrótico	30%
	Glomerulonefritis rápidamente progresiva	15%
Gastrointestinal	Esofagitis	10%
	Pseudoobstrucción intestinal	18%
	Enteropatía	8%
	Hepatitis	16%
	Pancreatitis aguda	20%
	Isquemia mesentérica	5%
	Peritonitis	9%
Pulmonar	Pleuritis	45-60%
	Neumonitis	30%
	Enfermedad pulmonar intersticial	20%
	Hipertensión pulmonar	5%
	Síndrome de contracción pulmonar	14%
	Hemorragia alveolar	36%
Neurológico y psiquiátrico	Infartos cerebrales	15%
	Convulsiones	10%
	Cefaleas	50%
	Disfunción cognitiva	56%
	Delirio	20%
	Psicosis	11%
	Neuropatía periférica	7%
	Mielitis	5%
	Meningitis	9%
Hematológico	Anemia de enfermedades crónicas	50%
	Leucopenia	50%
	Linfopenia	40%
	Trombocitopenia	60%
	Anemia hemolítica autoinmune	10%
	Queratoconjuntivitis	15%
	Vasculopatía retiniana	8%

Oftalmológico	Neuropatía óptica	6%
	Coroidopatía	3%
	Epiescleritis	25%
	Escleritis	13%
	Uveítis anterior	10%

2.1.6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes complementarios en el LES determinan la actividad de la enfermedad y la afectación de los diversos órganos comprometidos en la historia natural de esta patología. A continuación, se presentan el panel de laboratorio más utilizado (10,11):

- Hemograma completo: El hallazgo más usual es la leucopenia y es proporcional a un periodo de actividad de la enfermedad, además de la anemia y trombocitopenia.
- Reactantes de fase aguda: Estos marcadores inflamatorios no son específicos para el LES, debido a que se elevan en otras condiciones, pero su estado aumentado de forma persistente puede indicar actividad.
- EMO: El análisis elemental y microscópico de orina puede revelar proteinuria, cilindruria y hematuria que son indicadores de lesión renal.
- Perfil renal: Urea, creatinina sérica y tasa de filtrado glomerular: Este estudio es un indicador inicial de nefritis lúpica, por lo que al disminuir la tasa de filtrado nos indica la presencia de un mal funcionamiento renal.
- Complemento (C3 y C4): La hipocomplementemia es el parámetro más usado para medir la actividad de la enfermedad en general (8,10,12- 15)

Anticuerpos

- El examen de la presencia de los anticuerpos antinucleares (ANA) positiva, es la entrada referencial para el diagnóstico del LES, por lo que es 100% sensible.

- Otros anticuerpos a estudiar son el anti-dsDNA, anti-Smith, Ro/SSA, La/SSB y ribonucleoproteína U1, que están presentes en el 20-30% del total de pacientes con LES.
- El factor reumatoide (FR) y los anticuerpos contra el péptido citrulinado cíclico (anti CCP) se utilizan en pacientes con artritis reumatoidea y su presencia permite excluir los diagnósticos de artritis psoriásica y reactiva, que en ocasiones se los analiza para detectar la presencia de enfermedad reumatológica. (2,3,8,12-15).

Los exámenes de imágenes se utilizan para estudio de las manifestaciones clínicas propias del LES:

- Radiografía simple: Se indica su realización en pacientes con artralgiás, artritis, es decir articulaciones que evidencian inflamación.
- Ecografía musculoesquelética: Se indica en pacientes con articulaciones dolorosas, con el fin de detectar sinovitis y tenosinovitis
- Ecografía renal: Se indica para evaluar la morfología renal y procesos obstructivos.
- Radiografía de tórax: Se indica ante síntomas respiratorios, especialmente en derrame pleural y enfermedad pulmonar intersticial.
- Ecocardiografía: Se indica cuando se evidencia lesión del pericardio o presencia de émbolos.
- Tomografía computarizada: Es el método de elección ante sospecha de compromiso más profundo como en la pancreatitis o enfermedad pulmonar intersticial.
- Resonancia Magnética de cerebro: Usualmente se indica para la evaluación de focalización neurológica o deterioro cognitivo progresivo (6,7,16)

2.1.7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos se basan en la correlación de la diversidad de manifestaciones clínicas que presentan estos pacientes, con el apoyo de los exámenes complementarios, en especial de los anticuerpos que forman parte de los criterios de clasificación por parte del American College of Rheumatology y de la Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología.

Tabla 2

Criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 para el LES, (1,4,6)

Criterio de entrada	
<ul style="list-style-type: none"> ANA con título de $\geq 1:80$ en células HEp-2 	
Se requiere al menos de 1 criterio clínico para clasificación del LES.	
<p>Criterios aditivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> No cuenta como criterio si existe una explicación más probable que el LES. Es suficiente que un criterio se presente en más de 1 ocasión No es necesario que los criterios se produzcan de forma simultánea. En cada dominio, solo el criterio con mayor ponderación se cuenta para la puntuación total si hay más de uno presente. 	
Dominios y criterios	Puntaje
Constitucional	
Alza térmica ($> 38^{\circ} \text{C}$)	2
Hematológico	
Leucopenia ($< 4000/\text{mCL}$)	3
Trombocitopenia grave $< 100.000/\text{mCL}$	4
Hemolisis autoinmune	4
Neuropsiquiátrico	
Delirio	2
Psicosis	3
Convulsión	5
Mucocutáneo	
Alopecia no cicatricial	2
Úlceras orales	2

Lupus cutáneo o discoide subagudo	4
Lupus cutáneo agudo	6
Serositis	
Derrame pleural o pericárdico	5
Pericarditis aguda	6
Musculoesquelético	
Participación conjunta	6
Renal	
Proteinuria mayor a 0,5 g en 24 horas	4
Biopsia renal Nefritis lúpica clase II o V	8
Biopsia renal Nefritis lúpica clase III o IV	10
Dominios y criterios inmunológicos	
Anticuerpos antifosfolípidos	
Anticuerpos anticardiolipina o anticuerpos anti-beta-2GP1 o anticoagulante lúpico	2
Proteínas del complemento	
C3 bajo o C4 bajo	3
C3 bajo y C4 bajo	4
Anticuerpos específicos de LES	
Anticuerpo anti-dsDNA o anticuerpo anti-Smith	6
Se requiere una puntuación total mayor o igual de 10 y de 1 criterio para clasificar a LES.	

¿Cuándo se considera positivo para LES?

Se considera positivo para LES si el paciente presenta ANA positivo como criterio de entrada (indispensable) y luego un total de mayor > ó igual a = 10 puntos, considerando que debe tener al menos 1 criterio clínico y 1 inmunológico.

2.2. EMBARAZO Y LES

2.2.1. DEFINICIÓN

Considerando que el LES tiene predilección por el sexo femenino con una razón 3:1, la situación de una paciente con LES y embarazo debe ser abordada de forma integral y especializada porque existe una mayor frecuencia de agudización de la enfermedad, abortos, muertes fetales, partos prematuros y otras complicaciones relacionadas con la presencia de anticuerpos (26).

Las mujeres que cursan un embarazo y tienen un diagnóstico de LES, poseen un riesgo mayor de complicaciones para la madre y para el feto en comparación al embarazo de mujeres sanas (16). Por esta razón, una mujer con LES debe tener una consulta preconcepcional especializada para una adecuada planificación, ya que se considera muy importante que estas pacientes estén en estado de remisión de la enfermedad por un periodo mínimo de siete meses antes de su embarazo (4,6,14-17).

En el caso de comorbilidades la actividad del LES en estado de gestación sumado a los cambios fisiológicos en el embarazo, pueden exacerbar los síntomas de la enfermedad base.

Es importante la planificación del embarazo en mujeres en edad fértil con LES y que desean un embarazo, varios estudios han demostrado que más del 80% de los embarazos planificados en un estado de enfermedad inactiva o leve al momento de la concepción, han terminado sin complicaciones (12,14,18). En contraste a esto, los embarazos que se dieron en un periodo de actividad tuvieron complicaciones en el primero y segundo trimestre con un incremento de abortos espontáneos, muerte fetal, insuficiencia placentaria, hipertensión, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y del peso inferior al quinto percentil al nacer (16,18,19).

2.2.2. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

La exacerbación del lupus eritematoso sistémico en el embarazo y en el periodo posparto se ha asociado con una mayor tasa de periodos de actividad

de la enfermedad, existiendo diversos factores que contribuyen a esta situación como:

- LES activo en los últimos seis meses previa a la concepción
- Presencia de nefritis lúpica.
- Interrupción del tratamiento con hidroxicloroquina y otros medicamentos.
- Primigestas
- Hipocomplementemia (14-17)

Entre las principales complicaciones se incluyen:

Trastornos hipertensivos: Los trastornos hipertensivos entre ellos la preeclampsia, es una de las complicaciones más frecuentes en las gestantes con LES y su frecuencia oscila entre el 15 al 30%. Los factores de riesgo que se asocian a esta complicación son: nuliparidad, edad mayor a 40 años o menos de 18, historia familiar de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, obesidad entre los principales y a estos se suman los que se relacionan a la actividad del LES como el antecedente de nefritis lúpica, hipocomplementemia y trombocitopenia (9,14,16,18).

Prematuridad: El parto prematuro es la complicación obstétrica más común en gestantes con lupus eritematosos sistémico, alrededor del 15 al 50%, con una mayor incidencia en aquellas madres con nefritis lúpica o un periodo activo de esta patología (17,19,20)

Trombosis: Debido a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) las gestantes con LES tienen un mayor riesgo de desarrollar trombosis, ya que estos anticuerpos están asociados a la formación de coágulos sanguíneos. Además, el Síndrome antifosfolípido (SAP) aumenta el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar durante la etapa de gestación (32).

2.2.3. COMPLICACIONES FETALES

Las complicaciones fetales también se relacionan a un periodo activo de la enfermedad, tanto previa a la anticoncepción como en el transcurso de la misma.

Perdida fetal: En estudios de embarazadas con LES, demuestran que se pueden dar abortos hasta la semana 10 de gestación y muerte fetal pasada las 20 semanas. Los factores que influyen para que se desencadene esta complicación son los mismos que en las otras complicaciones, tales como; nefritis lúpica, periodo activo del LES, presencia del síndrome antifosfolípido (SAF) (14,15,19).

Restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer: Se ha demostrado que hasta el 30% de los embarazos en madres con LES presentan esta complicación, se suma a su aparición la presencia de trastornos hipertensivos como la preeclampsia (17,18).

Lupus neonatal: El lupus neonatal es una patología de carácter autoinmune que puede ocurrir cuando la madre posee anticuerpos anti-Ro/SSA o anti-La/SSD y estos son transferidos al bebé. La gravedad de esta situación está marcada por las complicaciones cardiovasculares, hematológicas y hepáticas (17,21,22).

Muerte fetal intrauterina (MFIU): En embarazadas con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) puede producirse MFIU, debido a complicaciones relacionadas con la disfunción del sistema de coagulación, como el síndrome antifosfolípido, que aumenta el riesgo de formación de coágulos en la placenta, reduciendo el suministro de oxígeno y nutrientes al feto. La inflamación crónica y la insuficiencia placentaria asociadas con el LES también pueden afectar la salud fetal (31).

2.2.4. MANEJO DEL LES Y EN EMBARAZO

Se debe realizar seguimiento de la actividad del LES y control del crecimiento fetal mediante ecografía cada cuatro u ocho semanas, dependiendo de las características de cada paciente.

Es recomendable mantener un tratamiento del LES ajustado a su actividad y siguiendo la clasificación de seguridad de la Food and Drug Administration (FDA), equilibrando los riesgos de la enfermedad y del medicamento tanto para la madre como para el feto, y utilizando la dosis mínima efectiva para maximizar los beneficios para ambos (27).

Se pueden clasificar a fármacos según su riesgo en su riesgo en el embarazo mediante 5 categorías representadas por las letras A, B C, D X, respectivamente.(28)

- La letra A corresponde a no presentarse riesgo durante el primer trimestre.
- La letra B corresponde a bajo riesgo, con le excepción de no contarse estudios contralados en embarazadas.
- La letra C corresponde a posible aparición de efectos adversos en el feto, con la valoración previa del riesgo-beneficio.
- La letra D corresponde a los fármacos que se consideran con riesgo fetal, por aparición de efectos adversos y que se emplean cuando no existe otra alternativa,
- La letra X corresponde a fármacos contraindicados en el embarazo.

Los principales fármacos son:

Tabla 3

Medicamentos para el LES y su riesgo en el embarazo

Fármaco	Riesgo en el embarazo
Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	B
Glucocorticoides	B
Antimaláricos	C
Azatioprina	D
Ciclofosfamida	D

Micofenolato de mofetil	D
Ciclosporina A	D
Inmunoglobulina intravenosa	C
Rituximab	C
Metotrexato	X
Leflunomida	X

Guía de Práctica clínica Lupus Eritematoso Sistémico (LES) – MSP
(27)

- Los AINES son recomendables usarlos durante los 2 primeros trimestres del embarazo, posterior a este tiempo no es aconsejable debido a que inhibe el cierre del ductus arteriosus en el feto, que si no se cierra después del nacimiento requerirá intervención quirúrgica. Algunos fármacos de esta familia también pueden estar asociados a ictericia o kernicterus (27).
- Los glucocorticoides se pueden usar en el embarazo a una dosis inferior a 20 mg/día para evitar otras condiciones como la preeclampsia o la diabetes gestacional. Al ser seguras atravesando la barrera placentaria, la dexametasona y betametasona están indicadas en afecciones cardiacas fetales (miocarditis y pericarditis) (27).
- Los antimaláricos como la Hidroxicloroquina, son seguros en el embarazo con pacientes con LES, ya que disminuye la reactivación de esta enfermedad y mejora la nefritis (27).
- Azatioprina su uso siempre y cuando sea necesario, de lo contrario, este medicamento no debe usarse por el riesgo de provocar parto prematuro, bajo peso al nacer, ictericia y distrés respiratorio (27).
- Micofenolato de mofetil prohibido usarse en el embarazo por causar malformaciones en el feto
- Metotrexato prohibido su uso en el embarazo por su alto efecto teratogénico.

Un embarazo planificado en pacientes con LES debe llevarse a término de forma natural siempre que sea posible. La decisión sobre la vía de parto debe basarse en criterios obstétricos, ya que el LES por sí solo no justifica una cesárea. Es fundamental evaluar cada caso de manera individual para garantizar el bienestar tanto de la madre como del bebé, considerando siempre las condiciones clínicas específicas del embarazo (27).

La lactancia va a estar contraindicada únicamente si se está usando fármacos citotóxicos, AINES o corticoides con dosis mayores a 20 mg/día (27).

En cuanto a la anticoncepción, se recomienda optar por métodos de barrera en pacientes con LES, ya que los dispositivos intrauterinos pueden aumentar el riesgo de infecciones y sangrados. Los anticonceptivos orales con bajas dosis de estrógenos o solo progestágenos son opciones viables, pero deben evitarse si la enfermedad está activa, si hay anticuerpos antifosfolípidos, antecedentes de trombosis, síndrome antifosfolípido o síndrome nefrótico(27).

2.2.5. RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PRONÓSTICOS MATERNO-FETAL

En mujeres que padecen lupus eritematoso sistémico, el embarazo obtendrá diversas respuestas y consecuencias en función al manejo y control de la enfermedad. Así mismo, la patología eleva el riesgo de posibles complicaciones como un parto pretérmino, bajo peso al nacer y el desarrollo de trastornos hipertensivos en contraste con mujeres que no tengan LES. A pesar de esto, si el personal de salud realiza un seguimiento adecuado y un control riguroso de la enfermedad con ayuda de la paciente, muchas mujeres pueden tener embarazos saludables y dar a luz a bebés sanos (30).

El pronóstico para la madre y el bebé es mucho mejor cuando el LES está bien controlado antes y durante el embarazo. Si la enfermedad está bajo control, es más probable que todo transcurra sin complicaciones. Sin embargo, si la enfermedad está activa o hay otras condiciones como nefritis lúpica o síndrome antifosfolípido, los riesgos pueden ser mayores. Por esta razón, es importante que las gestantes con LES reciban cuidados

especializados y seguimiento oportuno para asegurar la mejor salud posible tanto para ellas como para sus bebés (30).

2.2.6. PREVENCIÓN

El manejo integral del embarazo en mujeres con LES requiere atención multidisciplinaria, donde la colaboración entre reumatólogos, obstetras y otros especialistas es clave para un tratamiento eficaz, seguro y de calidad. Este enfoque permite una evaluación completa y la implementación de medidas preventivas esenciales, como la administración de anticoagulantes en presencia de síndrome antifosfolípido y un control estricto de la presión arterial y la función renal, para optimizar los resultados del embarazo y minimizar

CAPITULO III

3. METODOLOGIA Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo descriptivo longitudinal retrospectivo. Los datos para la medición de las variables fueron obtenidos de las historias clínicas y de la base de datos del área de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período del 2021 al 2023.

3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos de las pacientes se recolectaron considerando las variables del estudio y fueron del sistema operativo AS400 del Hospital de Especialidades "Teodoro Maldonado Carbo" del 2021 al 2023. El registro de la información se realizó en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

3.3. ANALISIS DE LOS DATOS

En relación con el manejo estadístico de los datos, se utilizaron frecuencias y porcentaje para las variables de tipo cualitativas nominales y para las cuantitativas las medidas de tendencia central como media y desviación estándar. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de chi cuadrado, tomando como valor p significativo el valor menor a 0,05. Todo este procesamiento fue por medio del programa estadístico SPSS versión 26,0.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Embarazadas de 20 a 35 años con diagnóstico establecido de Lupus Eritematoso Sistémico atendidas desde enero 2021 a diciembre del 2023 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historia clínica incompleta.

- Pacientes con patologías asociadas que ocasionan complicaciones obstétricas.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	MEDICIÓN	TIPO	RESULTADO
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Categórica nominal dicotómica	Masculino/Femenino
Antecedentes patológicos personales	Enfermedades que presentó o presenta actualmente un paciente	Cualitativa nominal	Artritis Reumatoidea Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Enfermedad pulmonar, etc.
Complicaciones Obstétricas	Complicaciones que surgen en el paciente producto del estado de gestación en el que se encuentra.	Cualitativa nominal	Abortos Óbito fetal Trastornos Hipertensivos del embarazo Prematuridad Colestasis intrahepática Ruptura prematura de membrana Oligohidramnios Polihidramnios Restricción del crecimiento uterino Desprendimiento prematuro de placenta, etc.
Años desde el diagnóstico inicial de LES	Años desde el diagnóstico inicial de LES	Cuantitativa discreta	Años
Mortalidad materna	Si falleció o no la paciente gestante.	Categórica nominal dicotómica	Si / No

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

Se incluyó un total de 142 pacientes en el estudio, que cumplían los criterios de inclusión, con el diagnóstico establecido de Lupus Eritematoso Sistémico atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021 al 2023.

Tabla 4

Complicaciones obstétricas en pacientes con LES.

Complicaciones obstétricas	Nro.	%
Aborto	79	50,6%
Óbito fetal	31	19,9%
Preeclampsia	63	40,4%
Eclampsia	14	9,0%
Colestasis intrahepática	44	28,2%
Ruptura prematura de membranas	34	21,8%
Oligohidramnios	35	22,4%
Polihidramnios	28	17,9%
Restricción del crecimiento intrauterino	41	26,3%
Desprendimiento prematuro de placenta	44	28,2%
Placenta previa	44	28,2%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 4, se observan las complicaciones obstetricas de las pacientes con LES atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo del periodo 2021 al 2023. Las complicaciones obstétricas más frecuentes encontradas fueron el aborto (50.6%), la preeclampsia (40.4%) y la restricción del crecimiento intrauterino (26.3%). Asimismo, la colestasis intrahepática, el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa presentan una incidencia similar (28.2%). Otras complicaciones a destacar son el óbito fetal (19.9%) y la ruptura prematura de membranas (21.8%).

Tabla 5

Características sociodemográficas de las pacientes con LES

Variables	Nro.	%
Antecedentes patológicos personales		
Hipertensión arterial	65	41,7%
Diabetes mellitus tipo 2	28	17,9%
Enfermedad renal crónica	65	41,7%
Artritis Reumatoide	43	27,6%
Antecedentes Gineco-Obstetricos		
Gestas		
0 – 2	89	62,7%
3 - 4	46	32,4%
> 5	7	4,9%
Partos		
0 – 2	34	23,9%
3 - 4	18	12,7%
> 5	11	7,7%
Abortos		
0 – 2	59	41,5%
3 - 4	12	8,5%
> 5	4	2,8%
Cesáreas		
0 – 2	74	52,1%
3 - 4	23	16,2%
> 5	2	1,4%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo**Elaborado por:** Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 5, se presenta las características sociodemográficas de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), abarcando antecedentes patológicos personales y antecedentes gineco-obstétricos. Entre los antecedentes médicos, la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica son las más prevalentes, afectando al 41.7% de las pacientes, mientras que la diabetes mellitus tipo 2 afecta al 17.9%. También se destaca la coexistencia de artritis reumatoide en el 27.6% de las pacientes. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, la mayoría de las pacientes ha tenido entre 0 y 2 gestas (62.7%), con una proporción menor con más de 5 gestas (4.9%). Similarmente, en cuanto a partos, la mayor parte de las pacientes ha tenido entre 0 y 2 partos (23.9%), y un número reducido ha tenido más de 5 partos (7.7%). En cuanto a abortos, el 41.5% ha tenido entre 0 y 2, y solo el 2.8% más de 5. En relación con las cesáreas, el 52.1% de las pacientes ha tenido entre 0 y 2, mientras que más de 5 cesáreas solo han sido reportadas en el 1.4%.

Tabla 6

Relación entre la preeclampsia y la condición de egreso de las pacientes con LES.

Preeclampsia		Mortalidad		Total
		No	Si	
No	Frecuencia	89	4	93
	%	95,7%	4,3%	100%
Si	Frecuencia	53	10	63
	%	84,1%	15,9%	100%
Total		142	14	156
		83,6%	16,4%	100%
Prueba de χ^2 : $p = 0.013^{**}$				

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la table 6, se describe una asociación significativa entre preeclampsia y mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). El 15.9% de las pacientes con preeclampsia falleció, frente al 4.3% sin preeclampsia. En general, el 16.4% de las pacientes falleció, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.013$).

Tabla 7

Relación entre la eclampsia y la condición de egreso de las pacientes con LES.

Eclampsia		Mortalidad		Total
		No	Si	
No	Frecuencia	131	11	142
	%	92,3%	7,7%	100%
Si	Frecuencia	11	3	14
	%	78,6%	21,4%	100%
Total		142	14	335
		91%	9%	100%
Prueba de χ^2 : $p = 0.087$				

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 7, se detalla que la mortalidad fue mayor en pacientes con eclampsia (21.4%) en comparación con aquellas sin eclampsia (7.7%). Sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0.087$).

Tabla 8

Relación entre la colestasis intrahepática y la condición de egreso de las pacientes con LES.

Colestasis intrahepática		Mortalidad		Total
		No	Si	
No	Frecuencia	102	10	112
	%	91,1%	8,9%	100%
Si	Frecuencia	40	4	44
	%	90,9%	9,1%	100%
Total		142	14	156
		91,0%	9%	100%
Prueba de χ^2 : p = 0.975				

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 8, se analiza la relación entre la colestasis intrahepática y mortalidad en pacientes con LES. De las 112 pacientes que no presentaron esta condición, el 91.1% sobrevivió y el 8.9% falleció. En aquellas con colestasis intrahepática, el 90.9% sobrevivió y el 9.1% falleció. La diferencia en la mortalidad entre los dos grupos es mínima, y el valor p de 0.975 indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la colestasis intrahepática y la mortalidad.

Tabla 9

Relación entre la ruptura prematura de membranas y la condición de egreso de las pacientes con LES.

Ruptura prematura de membranas		Mortalidad		Total
		No	Si	
No	Frecuencia	111	11	122
	%	91,0%	9%	100%
Si	Frecuencia	31	3	34
	%	91,2%	8,8%	100%
Total		142	14	156
		91%	9%	100%
Prueba de χ^2 : p = 0.972				

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 9, se describe se muestra que no hay una diferencia significativa en la mortalidad entre pacientes con LES con o sin ruptura prematura de membranas (RPM). El 91.0% de las pacientes sin RPM sobrevivió, al igual que el 91.2% de las que presentaron RPM. El valor p de 0.972 confirma que la asociación entre RPM y mortalidad no es estadísticamente significativa.

Tabla 10

Relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y la condición de egreso de las pacientes con LES.

Diabetes mellitus tipo 2		Mortalidad		Total
		No	Si	
No	Frecuencia	123	5	128
	%	96,1%	3,9%	100%
Si	Frecuencia	19	9	28
	%	67,9%	32,1%	100%
Total		142	14	156
		91%	9%	100%
Prueba de χ^2 : p = 0.001				

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 10, se observa la relación entre la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). De las 128 pacientes sin DM2, el 96.1% sobrevivió y el 3.9% falleció. En contraste, de las 28 pacientes con DM2, el 67.9% sobrevivió y el 32.1% falleció. El valor p de 0.001 indica que existe una diferencia estadísticamente significativa,

Tabla 11 Relación entre la enfermedad renal crónica y la condición de egreso de las pacientes con LES.

Enfermedad renal crónica		Mortalidad		Total
		No	Si	
No	Frecuencia	88	3	91
	%	96,7%	3,9%	100%
Si	Frecuencia	54	11	65
	%	67,9%	16,9%	100%
Total		142	14	156
		91%	9%	100%
Prueba de χ^2 : p = 0.003				

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 11, se describe la relación entre la enfermedad renal crónica y la mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Entre las 91 pacientes sin ERC, el 96.7% sobrevivió y el 3.9% falleció. En contraste, de las 65 pacientes con ERC, el 67.9% sobrevivió y el 16.9% falleció. El valor p de 0.003, detalla una relación altamente significativa.

Tabla 12 Relación entre la artritis reumatoidea y la condición de egreso de las pacientes con LES

Artritis Reumatoidea		Mortalidad		Total
		No	Si	
No	Frecuencia	105	8	113
	%	92,9%	7,1%	100%
Si	Frecuencia	37	6	43
	%	86%	14%	100%
Total		142	14	156
		91%	9%	100%

Prueba de χ^2 : p = 0.180

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 12, se observa que las pacientes con artritis reumatoidea tienen una mayor tasa de mortalidad en comparación con aquellas sin AR en el contexto de lupus eritematoso sistémico. El 92.9% de las pacientes sin AR sobrevivió, frente al 86% de las pacientes con AR. Aunque la mortalidad es más alta en el grupo con AR, el valor p de 0.180 indica que la diferencia en la mortalidad entre los grupos no es estadísticamente significativa.

Tabla 13

Mortalidad entre las gestantes con LES y sin LES.

Mortalidad	Gestantes con LES		Gestantes sin LES	
	Fr	%	Fr	%
Si	10	7.0%	4	25%
No	132	93%	12	75%
Total	142	100%	16	100%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.

En la tabla 13, se compara la mortalidad entre gestantes LES y gestantes sin LES. En el grupo de gestantes con LES, el 7% (10 de 142) falleció, en cambio, en el grupo sin LES, el 25% (4 de 12) experimentó mortalidad. En resumen, se observa una mayor tasa de mortalidad en gestantes con LES en comparación con aquellas sin LES, en relación con el tamaño de las muestras.

4.2. DISCUSION

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar las complicaciones obstetricas en las pacientes con LES, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde el 2021 al 2023. El aborto (50.6%) y la

preeclampsia (40.4%) fueron las complicaciones más frecuentes en pacientes con LES en nuestro estudio. Estos resultados contrastan con los hallazgos de Ocampo-Ramirez et al (34), quienes en Colombia reportaron que la preeclampsia (25.6%) era la complicación obstétrica más común y el aborto fue menos frecuente. Otros estudios, como los de Hernández A et al. y Phadungkiatwattana P et al., también identificaron la preeclampsia como la principal complicación materna, con porcentajes de 48.6% y 20.6%, respectivamente (35,36). De manera similar, Clowse EB et al. en Estados Unidos confirmaron que los trastornos hipertensivos, incluida la preeclampsia, son las complicaciones obstétricas más comunes en gestantes con LES, atribuida a mecanismos de desregulación endotelial e inmunológica (37).

Entre las características sociodemográficas, la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica, con un porcentaje similar del 41,7% cada una. Esto es contrastado por la investigación de Clowse EB et al (36), en el que describen a la hipertensión como una de las principales enfermedades comórbida, además de la diabetes pregestacional. El estudio de Hernández A et al (34) menciona que, en su población, la hipertensión ocupó la segunda comorbilidad más frecuente, por detrás de la enfermedad tiroidea. Indistintamente de la posición de frecuencia, la hipertensión es una de las principales patologías prevalentes en este grupo de pacientes. En base a los antecedentes gineco-obstétricos, el porcentaje de aborto en nuestro estudio fue del 41,5%, similar al estudio de Hernández A (34) con un 42,9%.

En cuanto a la mortalidad relacionada con antecedentes patológicos y complicaciones obstétricas, se identificó que la preeclampsia, junto con comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad renal crónica, fueron los principales factores clínicos significativamente asociados a la mortalidad en pacientes con LES. Esta asociación, en particular con la preeclampsia, también fue destacada por Chakravarty et al. (37), quienes señalaron que la presencia de este trastorno hipertensivo se relaciona de manera significativa con un desenlace clínico desfavorable.

Se comparó la mortalidad entre pacientes con y sin LES, y se observó que, a

pesar de la heterogeneidad de la muestra, las gestantes con lupus eritematoso sistémico presentaron una mayor tasa de mortalidad. Este hallazgo es similar al de Hernández et al. (34), donde las pacientes con LES mostraron una mayor mortalidad en comparación con aquellas sin la enfermedad. Este resultado se refuerza por la naturaleza de las complicaciones asociadas al LES, que, sumadas a los brotes de la patología, aumentan significativamente la morbimortalidad.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, destaca el diseño retrospectivo, lo que impidió realizar un seguimiento continuo de las pacientes y, por ende, no se pudieron analizar algunas variables relevantes. Además, el tamaño reducido de la muestra en el grupo de pacientes sin LES limita la generalización de los resultados. Sin embargo, una de las fortalezas de esta investigación radica en que aporta datos estadísticos actuales sobre las complicaciones obstétricas que inciden en un indicador clave de salud en nuestro país: la mortalidad materna. Estos hallazgos pueden contribuir a mejorar los protocolos de atención para esta población específica.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. El aborto y la preeclampsia se identificaron como las principales complicaciones obstétricas en las pacientes con LES, coincidiendo con lo reportado en estudios previos.
2. La hipertensión arterial y antecedentes de abortos espontáneos destacaron como características principales en la población estudiada, relacionadas tanto con las complicaciones obstétricas como con la patología de base.
3. La preeclampsia, la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad renal crónica fueron los factores significativamente asociados a la mortalidad en gestantes con LES.
4. Las gestantes con LES presentaron una mayor tasa de mortalidad en comparación con aquellas sin esta enfermedad.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Es necesario llevar a cabo estudios multicéntricos y prospectivos que incluyan seguimiento a las gestantes con LES, controlando los factores de confusión para obtener una evaluación más precisa de los desenlaces clínicos.
2. Se debe reforzar la protocolización del manejo de las pacientes con LES desde los controles prenatales, con el objetivo de prevenir complicaciones posteriores y reducir el riesgo de morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Firestein GS, Neuberger MS, Gabriel SE, Koretzky G, McInnes IB, O'Dell JR. Firestein y Kelley. Tratado de reumatología. Elsevier Health Sciences; 2022. 2707 p.
2. Guerrero, J. A. M., Uguña, P. C. S., & Orellana, V. M. C. (2023). Lupus eritematoso sistémico en el embarazo. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 258-258.
3. Sabat A S, Vinet M M, Sanhueza F C, Galdames G A, Castro E I, Caballero E A. Embarazadas con lupus eritematoso sistémico en el hospital Clínico Regional de Concepción, Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014;79(1):21–6.
4. Stuht López D, Santoyo Haro S, Lara Barragán I. Lupus eritematoso sistémico en el embarazo. *Acta médica Grupo Ángeles*. diciembre de 2018;16(4):331–8.
5. Tan Y, Yang S, Liu Q, Li Z, Mu R, Qiao J, et al. Pregnancy-related complications in systemic lupus erythematosus. *J Autoimmun*. octubre de 2022;132:102864.
6. Do SC, Druzin ML. Systemic lupus erythematosus in pregnancy: high risk, high reward. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019 Apr;31(2):120-126. doi: 10.1097/GCO.0000000000000528.
7. Baer AN, Witter FR, Petri M. Lupus and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. octubre de 2011;66(10):639–53.
8. Dao KH, Bermas BL. Systemic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. *International Journal of Women's Health*. el 15 de febrero de 2022;14:199–211.
9. Pastore DEA, Costa ML, Parpinelli MA, Surita FG. A Critical Review on Obstetric Follow-up of Women Affected by Systemic Lupus Erythematosus. *Rev Bras Ginecol Obstet*. abril de 2018;40:209–24.
10. Madazli R, Yuksel MA, Oncul M, Imamoglu M, Yilmaz H. Obstetric outcomes and prognostic factors of lupus pregnancies. *Arch Gynecol Obstet*. enero de 2014;289(1):49–53.

11. He WR, Wei H. Maternal and fetal complications associated with systemic lupus erythematosus: An updated meta-analysis of the most recent studies (2017-2019). *Medicine (Baltimore)*. abril de 2020;99(16):e19797.
12. Hera Madrazo, M. D. L, Embarazo y lupus eritematoso sistémico, 2019.
13. Zambrano-Salguero, K. B., & Belalcázar-Sánchez, Y. M. (2023). Complicaciones materno-fetales en mujeres gestantes con lupus eritematoso sistémico. *MQRInvestigar*, 7(3), 379-401.
14. Almaraz, M. R., Rubio, E. R., & Lozano, F. Protocolo de manejo del lupus eritematoso sistémico en el embarazo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2017, 12(25), 1474-1477.
15. Emperiale, V., Hajkhan, A. M., Heras, C. B., & Gómez, A. P. Protocolo de tratamiento: embarazo y lupus eritematoso sistémico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2021, 13(31), 1783-1788.
16. Barberán Martínez, Guía de práctica clínica del embarazo en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, 2021.
17. de Jesus, G. R., Mendoza-Pinto, C., de Jesus, N. R., dos Santos, F. C., & Mendes, E. Comprensión y manejo del embarazo en pacientes con lupus.
18. PEÑARANDA, L. F. P. Lupus eritematoso sistémico y embarazo: implicaciones clínicas en la madre y el feto. In Congreso Internacional de la Clínica Universitaria Bolivariana (p. 163).
19. López-Jiménez, S., Noguera-Sánchez, I., & Ruiz-Fernández, R. Lupus eritematoso sistémico y embarazo: revisión bibliográfica. *Matronasprof*, 2020, e10-e15.
20. Carballé García, D., Martínez González, E., Mesa Fernández, L., Espinosa Machado, R., Pérez Carballé, N. T., & Morales Nerey, M. G. . Complicaciones materno-fetales en gestantes con lupus eritematoso sistémico. *Acta Médica del Centro*, 2023, 17(2), 301-309.
21. Zucchi D, Fischer-Betz R, Tani C. Pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2023 Aug 16:101860. doi: 10.1016/j.berh.2023.101860

22. Erazo-Martínez V, Nieto-Aristizábal I, Ojeda I, González M, Aragon CC, Zambrano MA, Tobón GJ, Arango J, Echeverri A, Aguirre-Valencia D. Systemic erythematosus lupus and pregnancy outcomes in a Colombian cohort. *Lupus*. 2021 Dec;30(14):2310-2317. doi: 10.1177/09612033211061478.
23. Jung JY, Suh CH. Infection in systemic lupus erythematosus, similarities, and differences with lupus flare. *Korean J Intern Med*. 2017 May;32(3):429-438. doi: 10.3904/kjim.2016.234. Epub 2017 Apr 28. PMID: 28490724; PMCID: PMC5432804.
24. Delfino Marcos, García Sofía, Suárez Rodrigo, Gutiérrez Stella. Infección por virus de epstein barr y debut de lupus eritematoso sistémico (LES) en un adolescente. *Anfamed*. 2022; 9(2): e404
25. Leandro-Sandí V, López-Sáenz JG, Quesada-Musa C. Lupus eritematoso cutáneo: una revisión bibliográfica. *Rev Hisp Cienc Salud [Internet]*. 6 de septiembre de 2020 [citado 21 de agosto de 2024];6(3):117-24.
26. Ucara E, Ora G, Grande MP, Marco F, Imaz M, López-Valverde M, Aranburu JM. Manejo del lupus eritematoso sistémico durante el embarazo. *Rev Esp Reumatol*. 2005;32(3):91-8.
27. Ministerio de Salud Pública. *Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Guía de Práctica Clínica*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
28. Gallego Úbeda M, Delgado Téllez de Cepeda L, Campos Fernández de Sevilla Ma de los A, Lorenzo Pinto A de, Tutau Gómez F. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo.
29. Lupus Foundation of America. *Adiós al lupus*. Lupus Foundation of America. [Accedido el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.lupus.org/es/adioslupus>
30. Knight CL, Nelson-Piercy C. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. *Open Access Rheumatol*. 2017;9:37-53. <https://doi.org/10.2147/OARRR.S87828>
30. Sangah AB, Jabeen S, Hunde MZ, Devi S, Mumtaz H, Shaikh SS. Maternal and fetal outcomes of SLE in pregnancy: a literature review. *J Obstet Gynaecol*. 2023 Dec;43(1):2205513. doi:

10.1080/01443615.2023.2205513. PMID:
37154805.

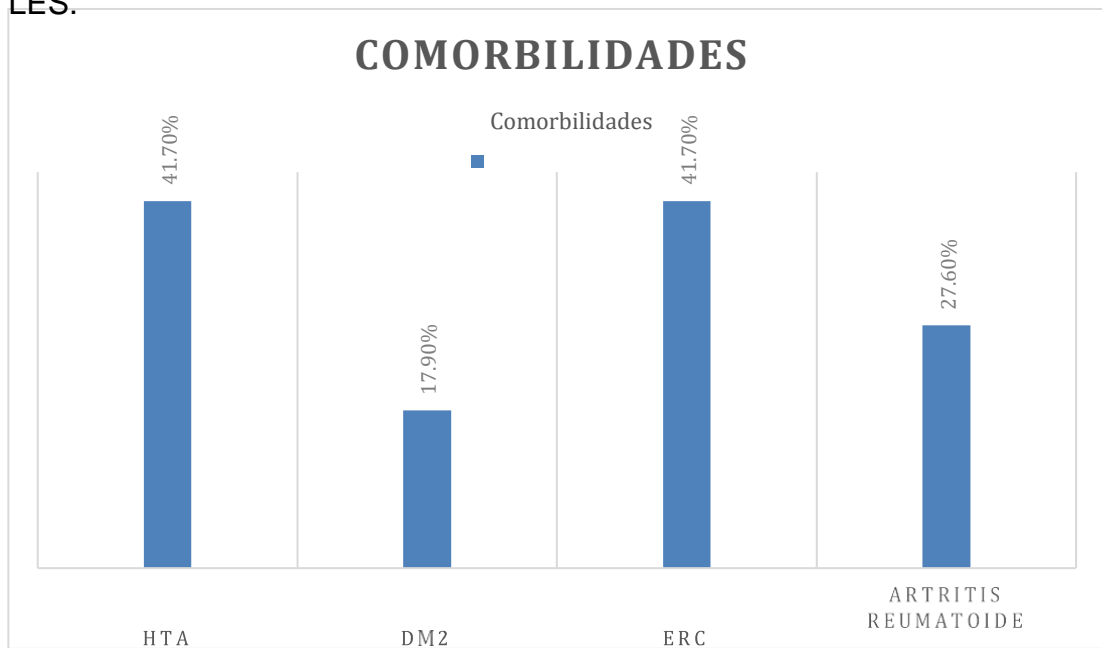
31. Al-Riyami N, Salman B, Al-Rashdi A, Al-Dughaishi T, Al-Haddabi R, Hassan B. Pregnancy outcomes in systemic lupus erythematosus women: A single tertiary centre experience. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2021 May;21(2)
32. Sangah AB, Jabeen S, Hunde MZ, Devi S, Mumtaz H, Shaikh SS. Maternal and fetal outcomes of SLE in pregnancy: a literature review. *J Obstet Gynaecol*. 2023 Dec;43(1):2205513
33. Ocampo-Ramírez Sara Manuela, Hoyos-Patiño Simón, Lambertino-Montaña José Raúl, Gutiérrez-Marín Jorge Hernán, Campo-Campo María Nazareth, Sanín-Blair José Enrique et al . Caracterización de mujeres embarazadas con lupus eritematoso sistémico y resultados materno-fetales en el noroeste de Colombia. Estudio descriptivo. *Iatreia* [Internet]. 2019 Dec [cited 2024 Sep. 11] ; 32(4): 266-275. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932019000400266&lng=en. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.25>.
34. Hernández Á, Malle SG, Rodríguez LM, Velásquez CJ, Campo MN, Yassin LM. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes con lupus: Estudio de casos y controles. *Obstet Ginecol*. 2024;84(3):250-60.
35. Phadungkiatwattana P, Sirivatanapa P, Tongsong T. Outcomes of pregnancies complicated by systemic lupus erythematosus (SLE). *J Med Assoc Thai*. 2007 Oct;90(10):1981-5
36. Chakravarty EF, Colón I, Langen ES, Nix DA, El-Sayed YY, Genovese MC, Druzin ML. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jun;192(6):1897-904. doi: 10.1016/j.ajog.2005.02.063.
37. Clowse ME, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the

complications of lupus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008
Aug;199(2):127.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.012.

ANEXOS

Figura 1

Distribución de los antecedentes patológicos personales en las gestantes con LES.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Rodríguez Alejandra y Gómez Joselyn.



**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

Yo, **Gómez Bone, Joselyn Doménica** con C.C 0803265552 # y **Rodríguez Morán, María Alejandra** con C.C 0951525823 # autoras del trabajo de titulación: **Complicaciones obstétricas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico de 20 a 35 años atendidas Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2023** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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 su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo 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, 04 de octubre del 2024



Firmado electrónicamente por:
**JOSELYN
DOMENICAGOMEZ
BONE**

f. _____

Gómez Bone, Joselyn Doménica
C.C: 0803265552



Firmado electrónicamente por:
**MARIA
ALEJANDRA
RODRIGUEZ
MORAN**

f. _____

Rodríguez Morán, María Alejandra
C.C: 0951525823

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Complicaciones obstétricas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico de 20 a 35 años atendidas Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2023.		
AUTOR(ES)	Gómez Bone, Joselyn Doménica Rodríguez Morán, María Alejandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Vélez Nieto, Lenin Henry		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica Santiago De Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias De La Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 de octubre del 2024	No. DE PÁGINAS:	36 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Reumatología, Salud Pública.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	complicaciones obstétricas, lupus eritematoso sistémico, mortalidad, enfermedades autoinmunes, materno-fetal, factores de riesgo, epidemiología.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune que afecta múltiples sistemas del cuerpo y aumenta las complicaciones en el embarazo, como parto pretérmino, preeclampsia y muerte fetal. En Ecuador no existen registros específicos sobre embarazadas con LES, a diferencia de otros países de la región. El pronóstico mejora si la enfermedad está controlada antes del embarazo, y es esencial un monitoreo constante en centros de alto riesgo, ya que la mortalidad en estos casos puede alcanzar hasta el 79%. Este estudio tuvo como objetivo identificar las complicaciones obstétricas en pacientes con LES atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo del 2021 al 2023. Metodología: Este estudio descriptivo, transversal y observacional, con recolección de datos retrospectiva, utilizó historias clínicas y bases de datos de Ginecología. Los datos se extrajeron del sistema AS400 y se almacenaron en Microsoft Excel. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 26,0, utilizando frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar, junto con la prueba de chi cuadrado para el análisis bivariado, con un valor $p < 0,05$. Resultados: El estudio incluyó a 142 pacientes con LES, las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron aborto (50.6%) y preeclampsia (40.4%). La preeclampsia, la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad renal crónica se asociaron significativamente con una mayor mortalidad ($p = 0.013$, $p = 0.001$ y $p = 0.003$, respectivamente). Los antecedentes patológicos más comunes en la población estudiada incluyeron hipertensión arterial (41.7%) y enfermedad renal crónica (41.7%). La mortalidad fue mayor en pacientes con estas condiciones comparadas con aquellas sin ellas. Conclusión: El aborto y la preeclampsia destacan como las complicaciones obstétricas más comunes en gestantes con LES, lo que resalta la importancia de optimizar el manejo clínico en esta población.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 991275168 Teléfono: +593- 98691888 0	E-mail: maría.rodriuez@cu.ucsg.edu.ec E-mail: joselyn.gomez@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño Teléfono: +593-98-274-2221 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):			