



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

**TEMA:**

**Perfil clínico-epidemiológico y los desenlaces de mortalidad de los pacientes con diagnóstico de sepsis, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor**

**AUTORES:**

**Chávez Soledispa Víctor Alfonso  
Laínez Ramírez Ximena Graciela**

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

**TUTORA:**

**Lcda. Yépez Mancero Violeta de las Mercedes. PhD**

**Guayaquil, Ecuador**

**1 de mayo del 2026**



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 **VÍCTOR ALFONSO CHÁVEZ SOLEDISPA** y **XIMENA GRACIELA LAÍNEZ RAMÍREZ**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

### **TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Yépez Mancero, Violeta de las Mercedes. PhD**

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis**

**Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Víctor Alfonso Chávez Soledispa** y **Ximena Graciela Laínez Ramírez**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, ***Perfil clínico-epidemiológico y los desenlaces de mortalidad de los pacientes con diagnóstico de sepsis, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor***, 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 nuestra total autoría.

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

**Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2026**

**LOS AUTORES**

f. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_  
**VÍCTOR ALFONSO CHÁVEZ SOLEDISPA XIMENA GRACIELA LAÍNEZ RAMÍREZ**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

## AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Víctor Alfonso Chávez Soledispa y Ximena Graciela Laínez  
Ramírez**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, ***Perfil clínico-epidemiológico y los desenlaces de mortalidad de los pacientes con diagnóstico de sepsis, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor***, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, al 1 del mes de mayo del año 2026**

**LOS AUTORES:**

f. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_  
**VÍCTOR ALFONSO CHÁVEZ SOLEDISPA XIMENA GRACIELA LAÍNEZ RAMÍREZ**

# RESULTADO DE SIMILITUD



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

FINAL CHAVEZ LAINEZ

ID : 656ce5bda8496a4a1f6983e6e25c75abaf7dcb6c

*Violeta Yépez M*



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : FINAL CHAVEZ LAINEZ.txt  
Tamaño del archivo original : 1,04 MB  
Número de palabras : 9213  
Número de caracteres : 63764

Depositante : Violeta de las Mercedes Yépez Mancero  
Fecha de depósito : 22 de abril de 2026  
Tipo de carga : interface  
fecha de fin de análisis : 22 de abril de 2026

**Lcda. Yépez Mancero, Violeta de las Mercedes. PhD**

**TUTORA**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser fuente de fe y la fortaleza espiritual que ha guiado nuestro camino y nuestra superación personal y profesional.

A mi madre, Dra.C. Betty Soledispa Cañarte, pilar de mi vida, por cultivar en mí, con amor infinito, los valores de integridad y sabiduría que me definen.

A la Dra. Violeta Yépez Mancero, tutora de esta investigación, por su guía esclarecedora y el rigor intelectual que permitió la culminación de este trabajo.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, mi alma mater, por el invaluable legado de conocimientos recibido en mi formación doctoral.

Al Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, con especial distinción, por la apertura institucional y la valiosa contribución de quienes compartieron sus testimonios. Su colaboración no solo nutrió esta tesis, sino que representa un aporte tangible al avance de la ciencia y el bienestar social.

*VÍCTOR ALFONSO CHÁVEZ SOLEDISPA*

## **AGRADECIMIENTO**

A mi padre, el hombre más importante de mi vida, hoy y siempre: Lcdo. Antonio Efraín Laínez Mateo.

Cada escalón que alcanzo tiene como base su nombre, su esfuerzo y su amor incondicional.

*“Todas mis victorias pertenecen a mi amado padre”, todos mis errores son solo míos”*

Empezamos este camino juntos, y hoy lo culminamos de la misma manera.

*Gracias, papá.*

***XIMENA GRACIELA LAÍNEZ RAMÍREZ***

## **DEDICATORIA**

Hoy, ante la culminación de esta meta, elevo mi gratitud a Dios por iluminar mi sendero a través de seres excepcionales, cuyo conocimiento me permitió comprender que el éxito es proporcional a la constancia frente a los retos.

Dedico este logro a mi madre, Dra.C. Betty Soledispa Cañarte, por ser la persona que me permitió cumplir una meta más en mi vida, su esfuerzo, sacrificio y perseverancia se reflejan en este trabajo.

A mis abuelos, Cipriano Florentino Soledispa Rodríguez y Stelly Gardemia Cañarte Cantos, quienes me pudieron llenar de valores, educación y resiliencia, su guía desde el cielo siempre será mi compañía.

A mis mejores amigos, por sus consejos, su paciencia, motivación y apoyo incondicional.

Esta investigación sobre el perfil clínico y la mortalidad en sepsis no es solo un dato estadístico, sino el reflejo de mi filosofía de vida: "Lo más importante son los seres humanos y cómo influye en su bienestar aquello que logramos comprender".

***VÍCTOR ALFONSO CHÁVEZ SOLEDISPA***

## **DEDICATORIA**

A mi padre, el Lcdo. Antonio Efraín Laínez Mateo, y a mi madre, la Tnlga. Shirley Mariuxi Ramírez Cedeño, por ser el pilar fundamental en cada uno de mis pasos; por su amor incondicional, sus sacrificios y por enseñarme que, con honestidad y perseverancia, todo es posible.

A mi hermana, Abg. Naizeth Antonella Laínez Ramírez, por su compañía y su paciencia incondicional.

A mi querida amiga, la Lcda. Doménica Rafaela Campodonico Villavicencio, por su apoyo constante y por acompañarme en este camino, incluso en silencio.

A mi tío, Lcdo. Carlos Luis Santana González, por su lealtad y por estar presente en los mejores y en los momentos más difíciles de nuestra familia.

A mi amada abuela, Lcda. Violeta Graciela Mateo Alotomo de Laínez, por su amor infinito y sus enseñanzas; tu amor vivirá siempre en mi corazón. Te extraño profundamente; sé que hubieras sido la más feliz.

A todos ustedes, con profundo amor y gratitud, les dedico este logro, del cual siempre formarán parte.

***XIMENA GRACIELA LAÍNEZ RAMÍREZ***



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. JOSÉ LUIS JOUVIN MARTILLO  
DECANO**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ  
DIRECTOR DE CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. ANDRÉS MAURICIO AYÓN GENKUONG  
COORDINADOR DE TITULACIÓN**

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS .....	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XIV
RESUMEN (ABSTRACT) .....	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN .....	5
OBJETIVOS .....	6
MARCO TEÓRICO .....	7
1.1 SEPSIS: CONCEPTO GENERAL .....	7
1.2 EPIDEMIOLOGIA GLOBAL, REGIONAL Y LOCAL DE SEPSIS .....	8
1.3 ETIOLOGÍA DE LA SEPSIS: FOCOS INFECCIOSOS .....	11
1.3.1 ETIOLOGÍA PULMONAR .....	11
1.3.2 ETIOLOGÍA URINARIA .....	12
1.3.3 ETIOLOGÍA ABDOMINAL .....	12
1.3.4 MICROORGANISMOS ASOCIADOS A SEPSIS .....	13
1.4 CUADRO CLÍNICO DE LA SEPSIS.....	13
1.5 ESCALAS DE SEVERIDAD EN SEPSIS .....	15
1.5.1 ESCALA SOFA .....	15
1.5.2 ESCALA DE PUNTUACIÓN QSOFA (QUICK SOFA) .....	15
1.5.3 LACTATO COMO MARCADOR DE SEVERIDAD .....	16

1.5.4	UTILIDAD DE ESCALAS Y MARCADORES DE SEVERIDAD	16
1.6	FISIOPATOLOGIA DE LA SEPSIS.....	16
1.7	TRATAMIENTO DE LA SEPSIS.....	19
1.7.1	MEDIDAS INICIALES .....	19
1.7.2	USO DE ANTIMICROBIANOS .....	19
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..		21
3.1.	MÉTODOS.....	21
3.2.	TIPO DEL ESTUDIO.....	21
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	21
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	22
3.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	22
3.5.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	22
3.5.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	22
3.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	23
3.7.	REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS .....	24
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		34
4.1.	CONCLUSIONES.....	34
4.2.	RECOMENDACIONES .....	35
BIBLIOGRAFÍA.....		36

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. MEDIDAS DE RESUMEN PARA LA EDAD .....	24
TABLA 2. PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL SEXO DEL PACIENTE.....	25
TABLA 3. PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON LA PROCEDENCIA .....	26
TABLA 4. PREVALENCIA DE COMORBILIDADES EN MUESTRA EN ESTUDIO .....	27
TABLA 5. PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL FOCO INFECCIOSO REPORTADO.....	28
TABLA 6. PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON PUNTUACIÓN QSOFA.....	29
TABLA 7. PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON TIEMPO DE ESTANCIA EN EMERGENCIA .....	30
TABLA 8. PREVALENCIA DE ACUERDO CON MORTALIDAD EN MUESTRA EN ESTUDIO .....	30
TABLA 9. CORRELACIÓN ENTRE PUNTUACIÓN QSOFA Y MORTALIDAD	32
TABLA 10. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD .....	33

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. HISTOGRAMA DE DISTRIBUCIÓN PARA LA EDAD.....	24
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON EL SEXO DEL PACIENTE.....	25
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA PROCEDENCIA .....	26
GRÁFICO 4. COMORBILIDADES REPORTADAS EN MUESTRA EN ESTUDIO .....	27
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE PREVALENCIA DE FOCO INFECCIOSO REPORTADO.....	28
GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ACUERDO CON PUNTUACIÓN QSOFA.....	29
GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA .....	30
GRÁFICO 8. MORTALIDAD REPORTADA EN MUESTRA EN ESTUDIO ...	31

## RESUMEN

**Introducción:** La sepsis representa una de las principales causas de mortalidad hospitalaria a nivel global debido a su progresión hacia la disfunción orgánica, lo que exige herramientas de detección rápidas en los servicios de urgencias para mejorar el pronóstico de los pacientes.

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo y correlacional y diseño no experimental de corte transversal, analizando una muestra de 104 pacientes con diagnóstico de sepsis atendidos entre enero de 2022 y enero de 2024 mediante la revisión de historias clínicas y la aplicación de la escala qSOFA.

**Resultados:** La investigación determinó que la mayoría de los pacientes eran hombres (54.8%) con una edad media de 53 años y comorbilidades como hipertensión y diabetes; clínicamente, predominó el foco infeccioso respiratorio (36.5%) y se registró una tasa de mortalidad del 56.7%, evidenciando una relación estadísticamente significativa entre puntuaciones altas en qSOFA y el fallecimiento.

**Conclusiones:** El perfil del paciente con mayor riesgo incluye factores como la edad avanzada y enfermedades crónicas, confirmando que la escala qSOFA es un predictor de mortalidad eficaz y accesible para la estratificación de riesgo inmediata en el área de emergencia del hospital.

**Palabras Clave:** Sepsis – Mortalidad - Perfil Clínico - Perfil Epidemiológico – qSOFA – Emergencia.

## (ABSTRACT)

**Introduction:** Sepsis is one of the leading causes of hospital mortality globally due to its progression to organ dysfunction, which necessitates rapid detection tools in emergency departments to improve patient prognosis.

**Materials and Methods:** A quantitative, descriptive, and correlational study with a non-experimental, cross-sectional design was conducted, analyzing a sample of 104 patients diagnosed with sepsis treated between January 2022 and January 2024 through review of medical records and application of the qSOFA scale.

**Results:** The research determined that the majority of patients were male (54.8%) with a mean age of 53 years and comorbidities such as hypertension and diabetes; clinically, respiratory infection predominated (36.5%), and a mortality rate of 56.7% was recorded, demonstrating a statistically significant relationship between high qSOFA scores and death. **Conclusions:** The profile of the highest-risk patient includes factors such as advanced age and chronic diseases, confirming that the qSOFA score is an effective and accessible predictor of mortality for immediate risk stratification in the hospital emergency department.

**Keywords:** Sepsis – Mortality – Clinical Profile – Epidemiological Profile – qSOFA – Emergency Department.

## INTRODUCCIÓN

La sepsis continúa siendo una de las entidades de mayor impacto en la práctica clínica hospitalaria y en la medicina de emergencias, no solo por su elevada frecuencia, sino también por la rapidez con la que puede progresar hacia falla orgánica múltiple, shock séptico y muerte. En la actualidad, se reconoce como una urgencia médica tiempo-dependiente, en la que el retraso diagnóstico y terapéutico influye de manera directa en el pronóstico del paciente. Su importancia no radica únicamente en la gravedad del cuadro infeccioso subyacente, sino en la respuesta desregulada del huésped, capaz de desencadenar alteraciones hemodinámicas, metabólicas, inmunológicas y microculatorias con repercusión sistémica (1,2).

Desde una perspectiva epidemiológica, la sepsis constituye un problema mayor de salud pública. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que, con base en datos globales publicados en 2020, ocurrieron aproximadamente 48,9 millones de casos y 11 millones de muertes relacionadas con sepsis en 2017. Esta magnitud refleja que la sepsis no es un problema restringido a las unidades de cuidados intensivos, sino un síndrome transversal que afecta múltiples niveles de atención y que con frecuencia se origina o se detecta en el servicio de emergencia (1,3).

En América Latina, la sepsis continúa siendo un problema relevante de salud pública, con tasas elevadas de mortalidad hospitalaria que oscilan entre el 25 % y el 50 %, dependiendo de la severidad del cuadro clínico y la oportunidad del tratamiento instaurado. Factores como el retraso en la identificación, la automedicación, la presencia de comorbilidades y las condiciones socioeconómicas influyen directamente en estos desenlaces.

En Ecuador, aunque existen guías clínicas para el manejo de la sepsis, la información epidemiológica local es limitada, especialmente en lo que respecta al perfil clínico de los pacientes y los factores asociados a la mortalidad en servicios de emergencia. En el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, la sepsis constituye una causa frecuente de ingreso y manejo en el área de emergencia, sin embargo, no se dispone de estudios locales que caractericen esta población.

En el servicio de emergencia, la sepsis representa un reto diagnóstico porque su presentación clínica es variable, puede iniciar con manifestaciones inespecíficas y

coexistir con múltiples comorbilidades, especialmente en adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas.

El médico de emergencia debe integrar datos clínicos, signos de disfunción orgánica, biomarcadores como lactato y escalas de severidad, a fin de identificar a los pacientes con mayor riesgo de muerte y priorizar intervenciones tempranas. En este escenario, el tiempo de estancia en emergencia, la severidad inicial y el foco infeccioso adquieren relevancia no solo clínica, sino también pronóstica (2,4).

Bajo esta premisa, el objetivo de la investigación es caracterizar el perfil clínico-epidemiológico y evaluar los desenlaces de mortalidad de los pacientes con diagnóstico de sepsis atendidos en el servicio de emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La sepsis continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en los servicios de emergencia a nivel mundial. A pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento, la identificación temprana y el manejo oportuno siguen representando un desafío clínico, especialmente en hospitales de segundo nivel.

En el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, se atienden con frecuencia pacientes con diagnóstico de sepsis, muchos de los cuales evolucionan a formas graves como choque séptico o disfunción multiorgánica, incrementando el riesgo de mortalidad. Sin embargo, no existe información sistematizada que permita conocer las características clínicas, epidemiológicas y los factores asociados a estos desenlaces.

La ausencia de datos locales limita la capacidad del personal de salud para identificar oportunamente a los pacientes de alto riesgo, optimizar protocolos de manejo y mejorar la toma de decisiones clínicas.

Por todo lo descrito, surge la necesidad de responder la pregunta de cuál es el perfil clínico-epidemiológico y cuáles son los desenlaces de mortalidad en los pacientes con diagnóstico de sepsis que son atendidos en el servicio de emergencia en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena.

## **JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación se justifica por su relevancia científica, clínica, institucional y académica. A nivel científico, permitirá generar evidencia local sobre el comportamiento de la sepsis en un hospital de segundo nivel, contribuyendo al conocimiento epidemiológico en el contexto ecuatoriano.

En el ámbito clínico, identificar el perfil de los pacientes y los factores asociados a la mortalidad permitirá mejorar la detección temprana, optimizar el manejo terapéutico y reducir complicaciones.

A nivel institucional, los resultados podrán ser utilizados para fortalecer protocolos de atención, mejorar la calidad del servicio en el área de emergencia y orientar estrategias de intervención.

Desde la perspectiva académica, contribuirá a la formación investigativa y al desarrollo de competencias en análisis clínico y epidemiológico. Esto debido a que a través de esta línea de investigación se aporta insumos para la planificación clínica y de salud pública, priorizando una atención integral y de forma oportuna para los pacientes que ingresan a emergencias bajo este diagnóstico y cuyo riesgo de mortalidad se encuentra elevado.

Finalmente, el estudio es factible debido a la disponibilidad de historias clínicas y registros hospitalarios, lo que permite su ejecución sin requerir recursos adicionales significativos, este estudio es factible y plenamente justificado para mejorar la atención en la emergencia del paciente con sepsis en la provincia de Santa Elena.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico y los desenlaces de mortalidad en pacientes con diagnóstico de sepsis, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, durante el período enero 2022 a enero 2024.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características sociodemográficas y los antecedentes patológicos de los pacientes con diagnóstico de sepsis, con el fin de identificar los grupos de mayor vulnerabilidad.
2. Identificar las principales características clínicas al ingreso, los focos infecciosos más frecuentes y la severidad inicial de la sepsis, evaluada mediante escalas de puntuación clínica.
3. Determinar la tasa de mortalidad hospitalaria en pacientes con sepsis y analizar su relación con el tiempo de estancia en el área de emergencia, así como con el estado al ingreso, para establecer el impacto del manejo inicial en el pronóstico del paciente.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1.1 Sepsis: Concepto General

La sepsis es actualmente entendida como una disfunción orgánica potencialmente mortal ocasionada por una respuesta desregulada del huésped frente a una infección. Esta definición, adoptada en la práctica contemporánea, desplazó progresivamente conceptos previos centrados principalmente en la presencia de respuesta inflamatoria sistémica, debido a que los criterios de inflamación aislados resultaban insuficientes para identificar con precisión a los pacientes con mayor riesgo de deterioro clínico y mortalidad. La definición actual enfatiza que el rasgo central no es solo la infección, sino la pérdida de la homeostasis biológica y la aparición de daño orgánico agudo secundario a una respuesta inmunitaria, inflamatoria, metabólica y circulatoria anómala (1,2,4).

Desde el punto de vista clínico, la disfunción orgánica en sepsis se operacionaliza mediante el aumento de la puntuación en la escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Este sistema permite cuantificar objetivamente la severidad del fallo orgánico a través de la evaluación de seis sistemas: respiratorio, cardiovascular, hepático, hematológico, neurológico y renal.

En la práctica, un incremento de dos o más puntos en la puntuación SOFA en un paciente con sospecha o confirmación de infección se asocia con un aumento significativo del riesgo de mortalidad. Aunque la escala SOFA fue concebida inicialmente para pacientes críticos, su adopción en el contexto de sepsis permitió pasar de un modelo meramente inflamatorio a uno centrado en el impacto funcional sobre órganos vitales (2,4).

El shock séptico constituye la forma más grave dentro del espectro clínico de la sepsis, caracterizándose por la presencia de alteraciones profundas a nivel circulatorio, celular y metabólico, lo que se traduce en un riesgo de mortalidad considerablemente mayor en comparación con la sepsis sin shock. Desde una perspectiva operativa, las guías actuales establecen su diagnóstico cuando, a pesar

de una adecuada reposición de líquidos, el paciente requiere el uso de vasopresores para mantener una presión arterial media igual o superior a 65 mmHg, acompañado de niveles elevados de lactato sérico, habitualmente por encima de 2 mmol/L. Este enfoque integra la persistencia de la inestabilidad hemodinámica con la evidencia de hipoperfusión tisular (2,5).

Por otra parte, es fundamental diferenciar la sepsis de otros conceptos relacionados, como bacteriemia, septicemia o infección grave no complicada. En este sentido, la presencia de una infección severa no implica necesariamente el diagnóstico de sepsis en ausencia de disfunción orgánica; de igual forma, la bacteriemia no constituye un requisito indispensable para establecer dicho diagnóstico.

Esta precisión conceptual adquiere especial relevancia en el ámbito de la investigación clínica, ya que permite evitar la sobreinclusión de casos y contribuye a mejorar la validez de los análisis epidemiológicos y pronósticos. En particular, en estudios retrospectivos hospitalarios, como el presente, la correcta definición de los criterios de inclusión resulta esencial para garantizar la calidad metodológica y la solidez de los resultados obtenidos (1,2,4).

## **1.2 Epidemiología Global, Regional y Local de Sepsis**

La sepsis continúa representando una carga epidemiológica de gran magnitud a nivel mundial. El informe global de la Organización Mundial de la Salud sobre epidemiología y carga de la sepsis, publicado en 2020, estimó que en 2017 se registraron aproximadamente 48,9 millones de casos y cerca de 11 millones de muertes asociadas a esta condición. Posteriormente, la misma organización señaló en 2024 que estas cifras corresponden a alrededor de una quinta parte de todas las muertes a nivel global, posicionando a la sepsis como una de las principales causas de mortalidad potencialmente prevenible. No obstante, se reconoce que la magnitud real del problema podría ser mayor, debido a limitaciones en los sistemas de vigilancia, variabilidad en los procesos de codificación y falta de criterios diagnósticos uniformes entre países (1,3).

Por otro lado, la distribución de la sepsis a nivel mundial es heterogénea y refleja importantes inequidades en los sistemas de salud. Los países de ingresos bajos y medios enfrentan mayores barreras para el diagnóstico oportuno, el acceso a

pruebas de laboratorio, el uso adecuado de antimicrobianos y la disponibilidad de soporte hemodinámico y cuidados críticos. Estas limitaciones se traducen en tasas de mortalidad más elevadas y evidencian el impacto de factores estructurales en los desenlaces clínicos. En este contexto, tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de la Salud han enfatizado que la sepsis debe ser abordada no solo como una complicación infecciosa individual, sino como un problema transversal que involucra la salud pública, la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria (1,5).

En América Latina, la sepsis también representa una carga importante, con particular impacto en hospitales públicos y servicios de emergencia. La evidencia regional muestra que la mortalidad puede ser muy elevada en contextos de recursos limitados. Un análisis comparativo reciente entre hospitales de altos y bajos recursos encontró mortalidad hospitalaria de 6,1% frente a 42,4%, respectivamente, lo que ilustra de forma contundente el efecto del contexto asistencial sobre el desenlace. Si bien esta comparación no puede extrapolarse de manera directa a todos los países, sí demuestra que la oportunidad diagnóstica, la capacidad resolutoria y la disponibilidad terapéutica influyen decisivamente en la supervivencia del paciente séptico (13).

En 2024, los países de las Américas aprobaron en el marco de la OPS una estrategia regional 2025–2029 para reducir la carga de sepsis. Esta decisión política y técnica reconoce que el problema sigue siendo prioritario en la región y que es necesario mejorar la vigilancia, la formación del personal de salud, la respuesta comunitaria, el diagnóstico precoz y la implementación estandarizada de paquetes de manejo. En términos de tesis, esta realidad regional refuerza la importancia de los estudios hospitalarios locales, porque la reducción de la mortalidad por sepsis depende, en gran medida, de la comprensión de cómo se presenta y evoluciona en cada entorno específico (5).

En Ecuador, la disponibilidad de información específica sobre sepsis en población adulta continúa siendo limitada. Los reportes nacionales de mortalidad elaborados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos presentan las principales causas de defunción; sin embargo, la sepsis no siempre se identifica de manera explícita como causa primaria agregada en adultos. Esta situación probablemente responde

a limitaciones inherentes al sistema de registro, a la priorización de la enfermedad subyacente en la codificación o a su clasificación dentro de focos infecciosos específicos. A pesar de ello, en los registros correspondientes al año 2023 se evidencia la presencia de “septicemia” entre las principales causas de muerte en población infantil, lo que sugiere que la carga de infección severa está presente en el país, aunque su visibilidad estadística dependa tanto del grupo etario como de los criterios de codificación utilizados (12).

Ante la ausencia de estadísticas nacionales consolidadas para sepsis en adultos, los estudios hospitalarios adquieren especial relevancia en el contexto ecuatoriano. En este sentido, investigaciones realizadas en centros de referencia han aportado información valiosa sobre el comportamiento clínico y los desenlaces de esta patología. Un estudio desarrollado entre 2018 y 2019 en un hospital público de Quito, que incluyó 154 pacientes, reportó una mortalidad del 27,3 % en unidades de cuidados intensivos y del 33,8 % a nivel hospitalario, identificándose una mayor letalidad en aquellos pacientes que presentaban un grado más avanzado de disfunción multiorgánica al momento del ingreso. Estos hallazgos son clínicamente relevantes, ya que evidencian que la mortalidad asociada a sepsis continúa siendo elevada incluso en instituciones de alta complejidad, y respaldan la necesidad de estudios retrospectivos orientados a caracterizar la población afectada, estimar la mortalidad y analizar factores pronósticos (11).

Más allá del desenlace fatal, la sepsis implica una carga asistencial considerable para los sistemas de salud, reflejada en el incremento de la estancia hospitalaria, el uso intensivo de camas críticas, la necesidad de administración de antimicrobianos de amplio espectro y el requerimiento de soporte hemodinámico. Adicionalmente, los pacientes sobrevivientes pueden presentar secuelas a mediano y largo plazo que impactan su calidad de vida. Por esta razón, el análisis de la sepsis no debe limitarse exclusivamente a la mortalidad, aunque en el contexto de estudios realizados en servicios de emergencia, la mortalidad intrahospitalaria continúa siendo uno de los indicadores más sólidos, objetivos y clínicamente relevantes para la evaluación de resultados (2,4,5).

### **1.3 Etiología de la sepsis: Focos infecciosos**

La sepsis puede tener origen en diversos focos infecciosos; no obstante, la frecuencia de presentación de estos no es homogénea. De acuerdo con revisiones recientes sobre sepsis y shock séptico en población adulta, el foco más común corresponde al tracto respiratorio o al parénquima pulmonar, representando aproximadamente el 43 % de los casos. En segundo lugar, se ubican las infecciones del sistema urinario, con cerca del 16 %, seguidas por los procesos infecciosos de origen abdominal, que alcanzan alrededor del 14 %. Esta distribución resulta consistente con la experiencia clínica en el ámbito hospitalario y adquiere particular relevancia para el presente estudio, dado que las variables analizadas incluyen precisamente los focos pulmonar, urinario y abdominal como categorías principales (4).

#### **1.3.1 Etiología Pulmonar**

El foco pulmonar se reconoce de manera consistente como el origen más frecuente de sepsis en la población adulta. Esta predominancia se explica, en gran medida, por la alta carga epidemiológica de las diferentes formas de neumonía, incluyendo la adquirida en la comunidad, la asociada a la atención en salud y la intrahospitalaria. La progresión desde una infección pulmonar hacia sepsis puede ocurrir a través de múltiples mecanismos, entre los que destacan la amplificación de la respuesta inflamatoria local, el desarrollo de hipoxemia, la diseminación hematógena de microorganismos y la activación sistémica de mediadores inflamatorios. Este proceso adquiere especial relevancia en grupos vulnerables, como los adultos mayores y pacientes con comorbilidades, entre ellas enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, estados de inmunosupresión o deterioro funcional (4,8).

En relación con los agentes etiológicos, la neumonía grave de origen comunitario en adultos se asocia con mayor frecuencia a *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*; sin embargo, en determinados contextos clínicos también pueden involucrarse *Staphylococcus aureus* y bacilos gramnegativos de origen entérico. Por otro lado, en pacientes hospitalizados, con antecedentes de comorbilidad, broncoaspiración o exposición previa a antibióticos, se incrementa la

probabilidad de infección por patógenos resistentes, lo que añade complejidad al abordaje terapéutico. Desde el punto de vista pronóstico, el origen pulmonar se relaciona con una mayor necesidad de soporte ventilatorio y con el riesgo de desarrollar síndrome de distrés respiratorio agudo, factores que contribuyen a un incremento en la mortalidad asociada (7,8).

### **1.3.2 Etiología Urinaria**

El tracto urinario constituye otro foco relevante en la génesis de sepsis, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad clínica, como adultos mayores, mujeres, pacientes con diabetes mellitus, portadores de sondas vesicales, así como en aquellos con obstrucción urinaria, litiasis, anomalías urológicas o enfermedad renal crónica. En este contexto, las infecciones urinarias complicadas y la pielonefritis pueden evolucionar hacia bacteriemia y, posteriormente, a sepsis, particularmente cuando existe retraso en el diagnóstico, persistencia de la obstrucción o presencia de microorganismos multirresistentes (4,9).

Desde el punto de vista microbiológico, *Escherichia coli* se mantiene como el principal agente etiológico en las infecciones del tracto urinario; sin embargo, en escenarios más complejos es frecuente el aislamiento de otros patógenos, como *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus spp.* y diversos uropatógenos con perfiles de resistencia antimicrobiana. En términos pronósticos, el foco urinario suele asociarse con una evolución más favorable en comparación con los focos pulmonar o abdominal, siempre que el diagnóstico y el tratamiento se instauren de manera oportuna y se logre un adecuado control del foco. No obstante, este comportamiento puede modificarse en presencia de factores como obstrucción persistente, bacteriemia, desarrollo de shock séptico o retraso en la instauración del tratamiento, condiciones que incrementan el riesgo de complicaciones y mortalidad (7,9).

### **1.3.3 Etiología Abdominal**

Las infecciones intraabdominales constituyen un foco de especial relevancia en el contexto de la sepsis debido a su elevada carga bacteriana, su capacidad de progresión rápida y la frecuente necesidad de intervenciones quirúrgicas o procedimientos para el control del foco. Dentro de este grupo se incluyen entidades

como la peritonitis, la apendicitis complicada, la colecistitis complicada, la colangitis, los abscesos intraabdominales, las perforaciones viscerales y la sepsis de origen postoperatorio abdominal. La severidad de estos cuadros no depende exclusivamente del agente etiológico, sino también de factores como el grado de contaminación peritoneal, el tiempo de evolución del proceso infeccioso, la respuesta inmunológica del huésped y la oportunidad en el control anatómico del foco infeccioso (10).

En cuanto al perfil microbiológico, los patógenos más frecuentemente implicados incluyen *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. y *Enterococcus* spp.; sin embargo, en situaciones de mayor complejidad clínica, como antecedentes de cirugía, exposición previa a antimicrobianos o evolución prolongada, pueden intervenir microorganismos multirresistentes y especies del género *Candida*. A diferencia de otros focos infecciosos, las infecciones intraabdominales suelen presentar un carácter polimicrobiano, lo que tiene implicaciones terapéuticas relevantes, particularmente en la selección del tratamiento empírico inicial y en la posterior adecuación del esquema antimicrobiano según la evolución clínica y los resultados microbiológicos (7,10).

#### **1.3.4 Microorganismos asociados a Sepsis**

En términos generales, la mayoría de episodios de sepsis son de origen bacteriano. Entre los patógenos más frecuentemente implicados se encuentran *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Streptococcus pyogenes*, además de especies de *Candida* en determinados contextos.

El agente causal es importante no solo desde la microbiología, sino también desde el pronóstico, porque la virulencia, la resistencia antimicrobiana, el sitio anatómico de origen y la posibilidad de control del foco modifican la evolución clínica y la mortalidad (7).

#### **1.4 Cuadro Clínico de la Sepsis**

La sepsis se caracteriza por una presentación clínica variable, que puede oscilar desde manifestaciones típicas de infección sistémica hasta cuadros con signos

inespecíficos, especialmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores, pacientes inmunocomprometidos o con comorbilidades crónicas. En este contexto, la sospecha diagnóstica debe plantearse ante cualquier paciente con infección probable o confirmada que evidencie signos de compromiso sistémico o deterioro orgánico agudo. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se incluyen fiebre o hipotermia, taquicardia, taquipnea, hipotensión, alteraciones del estado de conciencia, oliguria, hipoxemia, cianosis periférica, intolerancia a la vía oral y signos de hipoperfusión tisular (1,2,4).

Dentro de estas manifestaciones, la alteración del estado mental posee un valor clínico particularmente relevante, ya que puede constituir una de las primeras evidencias de hipoperfusión cerebral o disfunción sistémica, incluso antes de que se establezca una hipotensión franca. De manera similar, la taquipnea debe interpretarse con un alto grado de sospecha, dado que puede reflejar hipoxemia, acidosis metabólica o una respuesta compensatoria inicial del organismo. En el entorno de los servicios de emergencia, la combinación de aumento de la frecuencia respiratoria, hipotensión relativa y deterioro del estado de conciencia representa un patrón clínico de alarma de gran utilidad (2,4).

Desde el punto de vista de laboratorio, la sepsis se asocia con múltiples alteraciones hematológicas, bioquímicas y gasométricas. Es frecuente encontrar leucocitosis o leucopenia, trombocitopenia, elevación de creatinina, hiperbilirrubinemia, alteraciones en las pruebas de coagulación, acidosis metabólica y aumento de los niveles de lactato. No obstante, ningún marcador aislado sustituye la evaluación clínica integral. En este sentido, el lactato sérico adquiere especial relevancia como indicador de hipoperfusión tisular y gravedad, por lo que su determinación es recomendada en pacientes con sospecha de sepsis, así como el seguimiento de su evolución durante la reanimación, siempre en correlación con el cuadro clínico (2).

En etapas más avanzadas, la sepsis puede progresar hacia shock séptico, caracterizado por hipotensión persistente a pesar de la reposición de líquidos, necesidad de soporte con vasopresores, alteraciones en la perfusión periférica — como piel moteada y relleno capilar enlentecido—, oliguria progresiva y deterioro metabólico. Esta evolución puede presentarse de forma acelerada, particularmente en casos de sepsis de origen abdominal, neumonía grave o infecciones urinarias

obstructivas. Por ello, la ausencia inicial de hipotensión no descarta un cuadro grave, lo que justifica el uso de sistemas de puntuación clínica y la medición de lactato como herramientas clave para la estratificación del riesgo y la toma de decisiones en el área de emergencia (2,4).

## **1.5 Escalas de Severidad en Sepsis**

La evaluación de la severidad inicial de la sepsis es fundamental en el servicio de emergencia porque orienta la priorización del manejo, el nivel de monitorización y el pronóstico. Ninguna escala reemplaza el juicio clínico, pero su uso sistematizado mejora la detección de pacientes de alto riesgo y homogeniza la valoración entre observadores (2,4).

### **1.5.1 Escala SOFA**

La escala SOFA valora seis sistemas: respiratorio, coagulación, hepático, cardiovascular, neurológico y renal. Su utilidad principal radica en cuantificar disfunción orgánica y en permitir seguimiento evolutivo. En sepsis, el aumento de dos o más puntos se asocia con incremento significativo del riesgo de muerte. En entornos hospitalarios, una puntuación SOFA más alta al ingreso suele correlacionarse con mayor necesidad de soporte avanzado y peor desenlace. Para una tesis como la presente, la inclusión de SOFA como variable resulta metodológicamente sólida porque conecta definición diagnóstica, severidad y pronóstico (2,4,11).

### **1.5.2 Escala de Puntuación qSOFA (quick SOFA)**

El qSOFA fue propuesto como una herramienta simple de cabecera para pacientes con sospecha de infección fuera de UCI. Incluye tres criterios: frecuencia respiratoria de 22 o más por minuto, presión arterial sistólica de 100 mmHg o menos y alteración del estado mental. Una puntuación de 2 o más sugiere alto riesgo de mal desenlace. No obstante, las guías de la Surviving Sepsis Campaign 2021 recomiendan no utilizar qSOFA como única herramienta de tamizaje, y lo consideran inferior a otros sistemas cuando se emplea de manera aislada. Por ello, su mayor utilidad es como señal de alarma clínica rápida, no como sustituto de una valoración integral ni del SOFA (2).

### **1.5.3 Lactato como marcador de severidad**

Aunque no es una escala en sentido estricto, el lactato es uno de los marcadores pronósticos más empleados en sepsis. Su elevación refleja, en muchos casos, hipoperfusión tisular, alteraciones del metabolismo celular y gravedad sistémica. Las guías recomiendan medirlo desde la evaluación inicial y orientar la reanimación a su descenso cuando se encuentra elevado, sin perder de vista que existen causas alternativas de hiperlactatemia. En shock séptico, un lactato persistente por encima de 2 mmol/L pese a reanimación adecuada se integra en los criterios diagnósticos de mayor gravedad (2,5).

### **1.5.4 Utilidad de escalas y marcadores de Severidad**

La literatura clínica y la experiencia hospitalaria coinciden en que la estratificación pronóstica mejora cuando se combinan datos clínicos, hemodinámicos, de laboratorio y escalas de órgano. En la literatura ecuatoriana reciente se ha destacado que SOFA, APACHE II y SAPS II ayudan a predecir mortalidad en pacientes críticos con sepsis. No obstante, para el escenario de emergencia y para un estudio retrospectivo centrado en variables clínicas y de egreso, el SOFA conserva una ventaja práctica por su relación directa con la definición moderna de sepsis y por su valor como marcador de severidad inicial (11).

## **1.6 Fisiopatología de la Sepsis**

La fisiopatología de la sepsis se caracteriza por su naturaleza compleja y multifactorial, en la que no existe un único mecanismo patogénico responsable, sino una interacción continua entre el agente infeccioso y la respuesta del huésped. Este proceso involucra la participación coordinada —y en ocasiones desregulada— del sistema inmune innato y adaptativo, la activación del endotelio vascular, alteraciones en la cascada de la coagulación, disfunción de la microcirculación y trastornos en el metabolismo energético celular. Esta perspectiva integradora resulta fundamental para comprender la heterogeneidad clínica de la sepsis, ya que permite explicar por qué pacientes con infecciones aparentemente similares pueden presentar evoluciones marcadamente diferentes (4,6).

El inicio de este proceso ocurre cuando componentes derivados de los microorganismos, conocidos como patrones moleculares asociados a patógenos, son identificados por receptores específicos del sistema inmunológico innato. Este reconocimiento desencadena una cascada de eventos que incluye la activación de macrófagos, neutrófilos, monocitos y células endoteliales, con la consecuente liberación de citocinas proinflamatorias, quimiocinas y diversos mediadores vasoactivos. En condiciones fisiológicas, esta respuesta cumple un papel esencial en el control de la infección; sin embargo, en el contexto de la sepsis, dicha activación puede volverse excesiva, persistente o inadecuadamente regulada, lo que favorece la amplificación del daño tisular y la progresión hacia disfunción orgánica (4,6).

### **Disfunción endotelial**

Uno de los mecanismos centrales en la fisiopatología contemporánea de la sepsis es el daño endotelial. El endotelio vascular debe entenderse como un órgano dinámico, con funciones clave en la regulación del tono vascular, la hemostasia, la permeabilidad capilar, la interacción con leucocitos y el mantenimiento de la homeostasis microcirculatoria. En el contexto séptico, la activación inflamatoria conduce a la alteración de la glicocálix endotelial y a la disrupción de las uniones intercelulares, lo que incrementa la permeabilidad vascular y favorece la extravasación de líquidos hacia el espacio intersticial. Este proceso genera edema tisular y contribuye tanto a la hipotensión como al compromiso orgánico, incluso en situaciones en las que la presión arterial sistémica puede mantenerse transitoriamente dentro de rangos aceptables (6).

De manera paralela, la pérdida de integridad vascular se acompaña de alteraciones en la perfusión microcirculatoria, caracterizadas por una distribución heterogénea del flujo sanguíneo. En lugar de una perfusión uniforme, se desarrollan áreas con hipoperfusión o ausencia de flujo, junto con la formación de cortocircuitos arteriovenosos y fenómenos de microtrombosis. Como consecuencia, la entrega de oxígeno a los tejidos se vuelve ineficiente, generando hipoxia celular localizada y favoreciendo la progresión de la disfunción orgánica. Este fenómeno explica por qué algunos pacientes pueden presentar valores aparentemente adecuados de presión

arterial sistémica y, aun así, desarrollar complicaciones como insuficiencia renal aguda, encefalopatía séptica o acidosis láctica (6).

### **Alteraciones Hemodinámicas**

En las etapas iniciales de la sepsis puede predominar un estado de vasodilatación sistémica mediado, entre otros factores, por el óxido nítrico y diversos mediadores inflamatorios, lo que condiciona una disminución de la resistencia vascular periférica y una tendencia a la hipotensión. Conforme progresa el cuadro, o incluso de manera concomitante, puede desarrollarse depresión miocárdica de origen séptico, acompañada de una menor respuesta vascular a las catecolaminas y un deterioro progresivo de la perfusión tisular. Este componente hemodinámico sustenta la indicación de reanimación con líquidos y, en situaciones más severas, el uso de agentes vasopresores.

Sin embargo, es importante considerar que la hipotensión puede constituir una manifestación tardía en determinados pacientes, por lo que su ausencia en fases iniciales no excluye la presencia de hipoperfusión tisular ni la gravedad del cuadro clínico (2,4,6).

### **Respuesta Inmunológica**

Aunque tradicionalmente la sepsis se ha interpretado como un proceso predominantemente inflamatorio, la comprensión actual reconoce la coexistencia de respuestas proinflamatorias y antiinflamatorias que se desarrollan de manera simultánea. En este contexto, algunos pacientes progresan hacia un estado de inmunosupresión adquirida, caracterizado por apoptosis de células del sistema inmune, disminución de su capacidad funcional y mayor susceptibilidad a infecciones secundarias. Este fenómeno tiene implicaciones clínicas relevantes, ya que contribuye a explicar la recurrencia de infecciones, la aparición de sobreinfecciones, la prolongación de la estancia hospitalaria y la persistencia de complicaciones posteriores.

En consecuencia, la sepsis no debe considerarse como un proceso inflamatorio unidireccional, sino como un síndrome complejo de desregulación inmuno-

metabólica, en el que interactúan múltiples mecanismos que condicionan la evolución clínica del paciente (4,6).

## **1.7 Tratamiento de la Sepsis**

El tratamiento de la sepsis se basa en el principio de intervención precoz y simultánea. Las guías de la Surviving Sepsis Campaign 2021 son claras al establecer que la sepsis y el shock séptico constituyen emergencias médicas y que el tratamiento y la reanimación deben iniciarse de inmediato. Esto es especialmente importante en el servicio de emergencia, donde la ventana terapéutica temprana puede modificar de forma sustancial el desenlace (2).

### **1.7.1 Medidas Iniciales**

Ante la sospecha clínica, deben realizarse de forma temprana la valoración ABC, monitorización, identificación del foco probable, obtención de muestras microbiológicas cuando ello no retrase el inicio terapéutico y medición de lactato. Las guías recomiendan para hospitales y sistemas de salud implementar programas de mejora del desempeño con tamizaje y procedimientos operativos estandarizados para sepsis. Esto subraya que el manejo efectivo no depende solo del médico tratante, sino también de procesos institucionales organizados. (14)

### **1.7.2 Uso de Antimicrobianos**

La terapia antimicrobiana temprana es uno de los pilares del tratamiento. Las guías recomiendan administrar antimicrobianos de manera inmediata, idealmente dentro de la primera hora del reconocimiento, en pacientes con posible shock séptico o alta probabilidad de sepsis. En pacientes sin shock, se recomienda una evaluación rápida del origen infeccioso y, si la sospecha persiste, iniciar antimicrobianos dentro de las primeras tres horas desde el reconocimiento. Esta diferenciación busca equilibrar la urgencia terapéutica con la necesidad de evitar uso innecesario de antibióticos cuando la probabilidad de infección sea baja (2).

La selección empírica del antibiótico debe considerar foco infeccioso, gravedad, riesgo de microorganismos resistentes, exposición previa a antimicrobianos y epidemiología local. Una vez identificado el agente causal o aclarado el perfil microbiológico, debe realizarse ajuste o de escalamiento. En términos pronósticos,

la adecuación del tratamiento empírico inicial influye de forma importante sobre la mortalidad, lo que justifica que en este estudio el agente causal sea analizado en relación con el desenlace (2,7).

La fisiopatología de la sepsis es compleja y multifactorial. No responde a un único eje patogénico, sino a la interacción dinámica entre el microorganismo, la respuesta inmune innata y adaptativa del huésped, la activación endotelial, la alteración de la coagulación, la disfunción microcirculatoria y el fracaso bioenergético celular. Esta visión integradora es importante porque explica por qué dos pacientes con infecciones aparentemente similares pueden evolucionar de manera muy diferente (4,6).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **3.1. MÉTODOS**

La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo, debido a que utiliza datos clínicos y epidemiológicos medibles obtenidos a partir de historias clínicas, los cuales serán organizados y analizados mediante procedimientos estadísticos. Su finalidad será describir el comportamiento de determinadas variables en pacientes con diagnóstico de sepsis y explorar la relación existente entre dichas variables y el desenlace de mortalidad.

Para el desarrollo del presente estudio, se tomó como fuente de información la base de datos provista por parte del área de estadística del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena, en la cual se encontraban descritos los números de historias clínicas de todos los pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia y fueron registrados bajo el diagnóstico final de Sepsis, así como las evoluciones de sus casos. Se procede a revisar dicha base de datos para posteriormente tabular los datos preestablecidos de acuerdo con los objetivos planteados, para su posterior análisis estadístico.

### **3.2. TIPO DEL ESTUDIO**

Consiste en un trabajo de investigación de corte transversal, retrospectivo, con análisis de tipo observacional y descriptivo, correlacional de los datos.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

La técnica de recolección de información consistió en la revisión de forma inicial de todas las historias clínicas provistas por el nosocomio, de todos los pacientes que hayan sido atendidos en el servicio de emergencias bajo el diagnóstico final de sepsis, al igual que los productos obtenidos del mismo, dentro del periodo de tiempo establecido. A partir de esta revisión documental se recopila la información detallada en las variables de investigación, con el objetivo de tabularse y consolidarse en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico.

En lo correspondiente al análisis de la información recabada se empleará por medio de la utilización del programa informático IBM SPSS Statistics Versión 22. Al ser

todas las variables de tipo cualitativas, se realizarán en todas las variables un análisis de frecuencia por medio de porcentajes y, en el caso de necesitarse una determinación de correlación entre algunas de las variables, se realizará Test de Chi Cuadrado o Correlación de Pearson.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

#### **Población**

La población en estudio estuvo conformada por todos los pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia bajo el Diagnóstico Final de Sepsis durante el periodo determinado de estudio en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor de la ciudad de Santa Elena.

#### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión durante el período seleccionado. En consecuencia, se aplicó un muestreo no probabilístico, por conveniencia y de casos consecutivos, al incluir la totalidad de registros clínicos elegibles disponibles. La muestra estuvo conformada por 104 pacientes posterior a la aplicación de los mismos.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.5.1. Criterios de Inclusión:**

- Pacientes mayores a 18 años
- Diagnóstico de sepsis registrado en la historia clínica
- Atención en el Servicio de Emergencia durante el período de estudio
- Historias clínicas completas con datos clínicos y de laboratorio

#### **3.5.2. Criterios de Exclusión:**

- Historias clínicas incompletas
- Pacientes referidos a otras unidades sin información completa
- Reingresos hospitalarios (se considerará solo el primer ingreso).

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>Nombre Variables</b>	<b>Definición de la variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>RESULTADO</b>
Edad del Paciente	Edad del paciente de acuerdo con Historia Clínica y cédula de identidad	Cuantitativa Discreta	18 – 40 años
Sexo del paciente	Edad del paciente de acuerdo con Historia Clínica y cédula de identidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hombre, mujer
Lugar de procedencia	Sector de procedencia del paciente de acuerdo con Historia Clínica	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Rural, Urbana
Comorbilidades	Enfermedades previas registradas del paciente	Cualitativa Nominal	Diabetes, Hipertensión, Tuberculosis, VIH, Obesidad, ERC.
Foco infeccioso	Sitio de origen de la infección	Cualitativa Nominal	Pulmonar, urinaria, abdominal.
qSOFA	Escala de severidad clínica bajo puntuación en escala qSOFA	Cualitativa Ordinal	0,1,2,3
Niveles de Lactato en sangre	Lactato Sérico	Cuantitativa Discreta	0.5 o > 2.2 mmol/L
Estancia en Emergencia	Tiempo de permanencia	Cualitativa Nominal Dicotómica	<24 horas o > 24 horas
Mortalidad	Estado al egreso	Cualitativa Ordinal	Vivo / Muerto

### 3.7. REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS

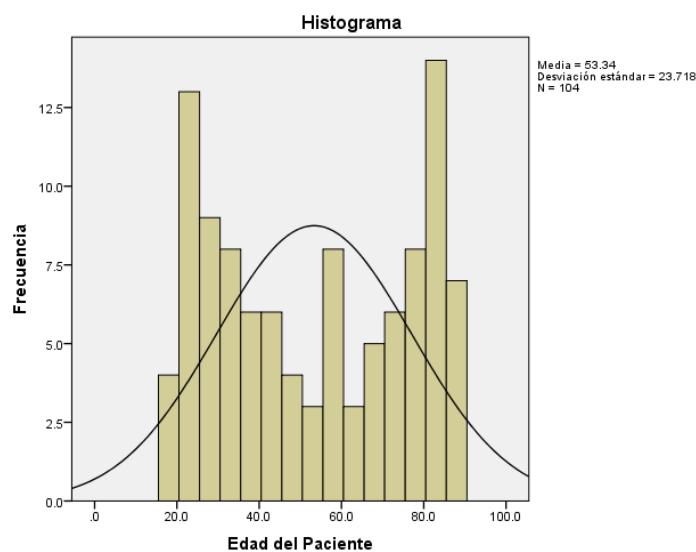
Se realiza el análisis de la información recabada para el presente trabajo de investigación, donde se inicia por el análisis de las características epidemiológicas de los pacientes, donde se observa que la media en edad fue de 53 años, con una desviación estándar de 23 años, manteniendo un amplio rango de edad desde los 30 a 76 años. (Ver Tabla 1)

**Tabla 1. Medidas de Resumen para la edad**

Estadísticos		
Edad del Paciente		
N	Válido	104
	Perdidos	0
Media		53.337
Mediana		54.000
Moda		21.0 <sup>a</sup>
Desviación estándar		23.7183

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 1. Histograma de distribución para la edad**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

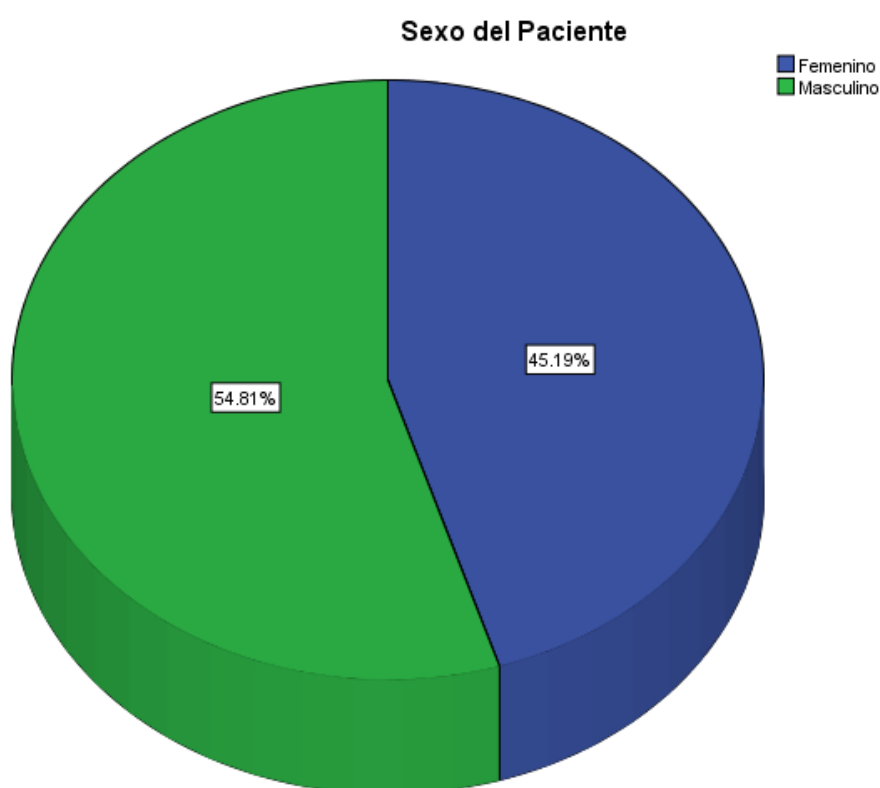
De la misma manera, se realiza el análisis de la prevalencia de casos de acuerdo con el sexo del paciente, donde se observa que el sexo femenino represento el 45.2% de los casos (n=47) y el 54.8% restante correspondieron a pacientes de sexo masculino (n=57). (Ver Tabla 2)

**Tabla 2. Prevalencia de casos de acuerdo con el sexo del paciente**

		Sexo del Paciente			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	47	45.2	45.2	45.2
	Masculino	57	54.8	54.8	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 2. Distribución de casos de acuerdo con el sexo del paciente**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

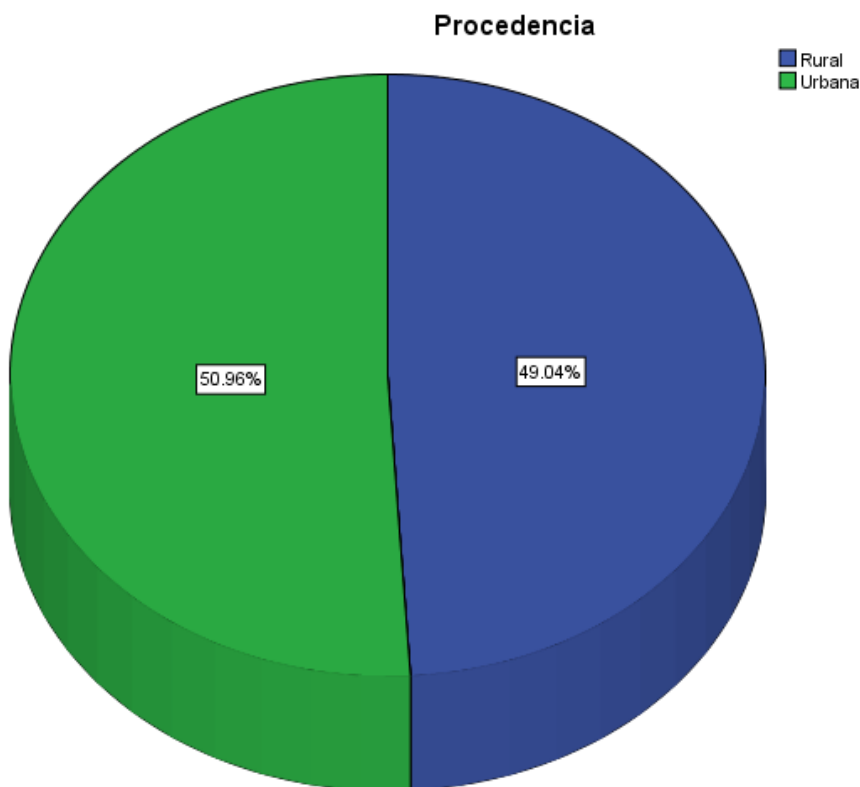
En el análisis de la prevalencia de casos según la procedencia del paciente, se observa que la procedencia rural ocupó el 49% de los casos (n=51), mientras que el 51% restante correspondieron a casos de pacientes de procedencia urbana (n=53). (Ver Tabla 3)

**Tabla 3. Prevalencia de casos de acuerdo con la procedencia**

		Procedencia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	51	49.0	49.0	49.0
	Urbana	53	51.0	51.0	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 3. Distribución de casos según la procedencia**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

Se lleva a cabo el análisis de las comorbilidades reportadas en los pacientes que formaron parte del estudio, enfatizando que un solo paciente pudo haber tenido más de una comorbilidad reportada. Se observa que la diabetes fue reportada en el 41.5% de los casos (n=44), la hipertensión arterial en el 45.3% (n=48), la

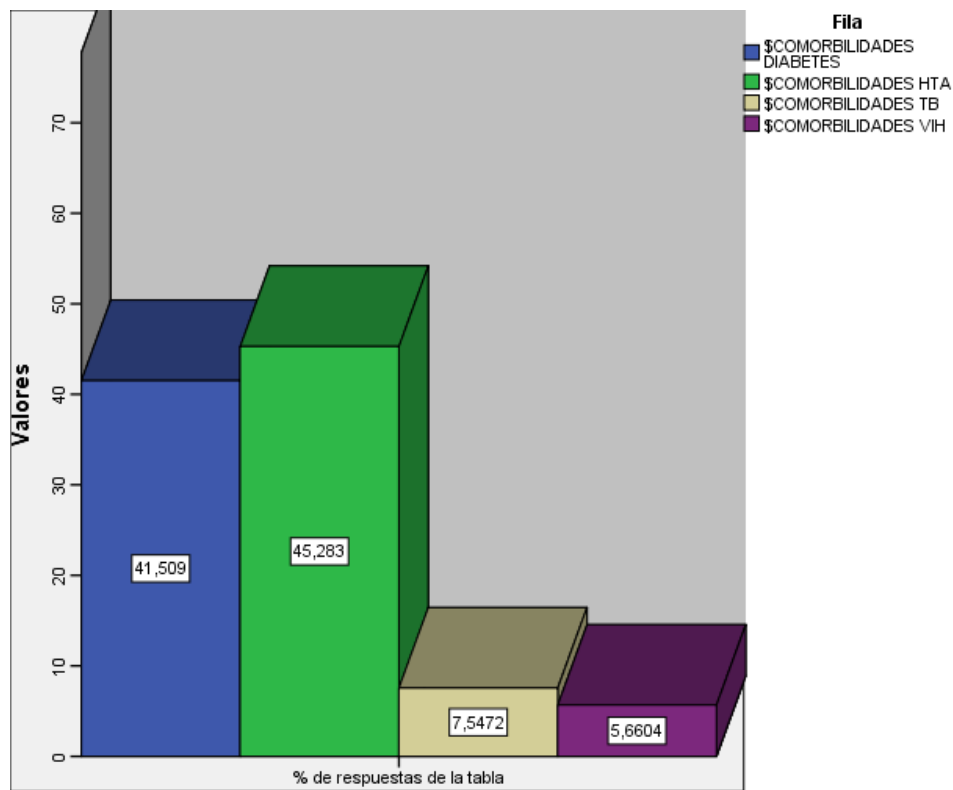
tuberculosis en el 7.5% (n=8) y finalmente el VIH en el 5.7% de los casos (n=6). (Ver Tabla 4)

**Tabla 4. Prevalencia de comorbilidades en muestra en estudio**

		Recuento	% de respuestas de la tabla
\$COMORBILIDADES	DIABETES	44	41.5%
	HTA	48	45.3%
	TB	8	7.5%
	VIH	6	5.7%

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 4. Comorbilidades reportadas en muestra en estudio**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

En el análisis de la prevalencia de casos de acuerdo con el foco infeccioso reportado al momento del ingreso hospitalario, se evidencia que el foco abdominal fue reportado en el 29.8% de los casos (n=31), el respiratorio fue reportado en el

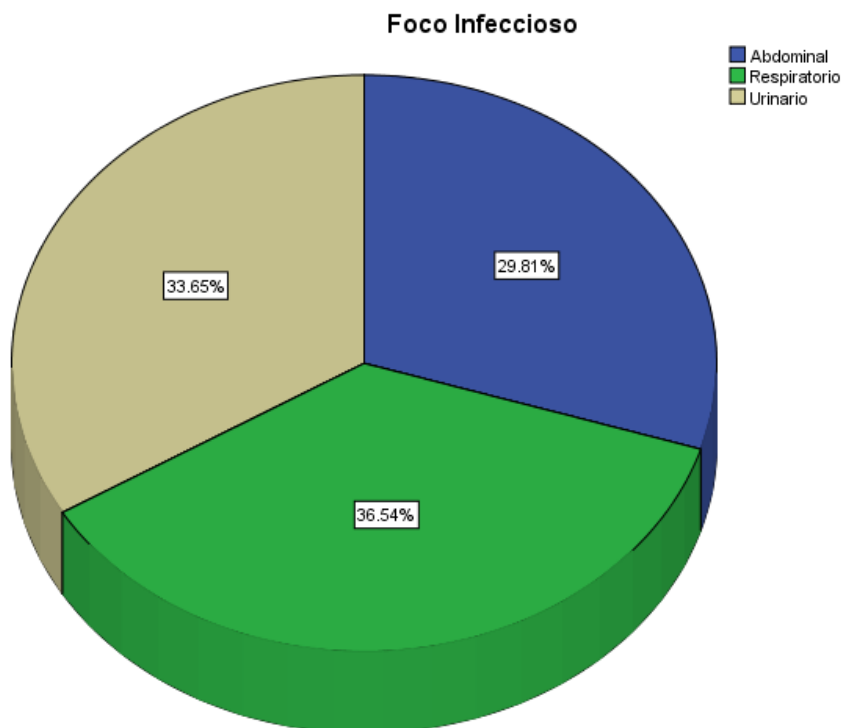
36.5% de los casos (n=38) y finalmente el foco urinario fue reportado en el 33.7% de los casos (n=35). (Ver Tabla 5)

**Tabla 5. Prevalencia de casos de acuerdo con el foco infeccioso reportado**

		Foco Infeccioso			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abdominal	31	29.8	29.8	29.8
	Respiratorio	38	36.5	36.5	66.3
	Urinario	35	33.7	33.7	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 5. Distribución de prevalencia de foco infeccioso reportado**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

Para la evaluación de la gravedad, se lleva a cabo el análisis de la distribución de casos de acuerdo con la puntuación qSOFA, donde se observa que el 16.3% de los casos tuvo una puntuación de 0 (n=17), el 30.8% tuvo una puntuación de 1 (n=32),

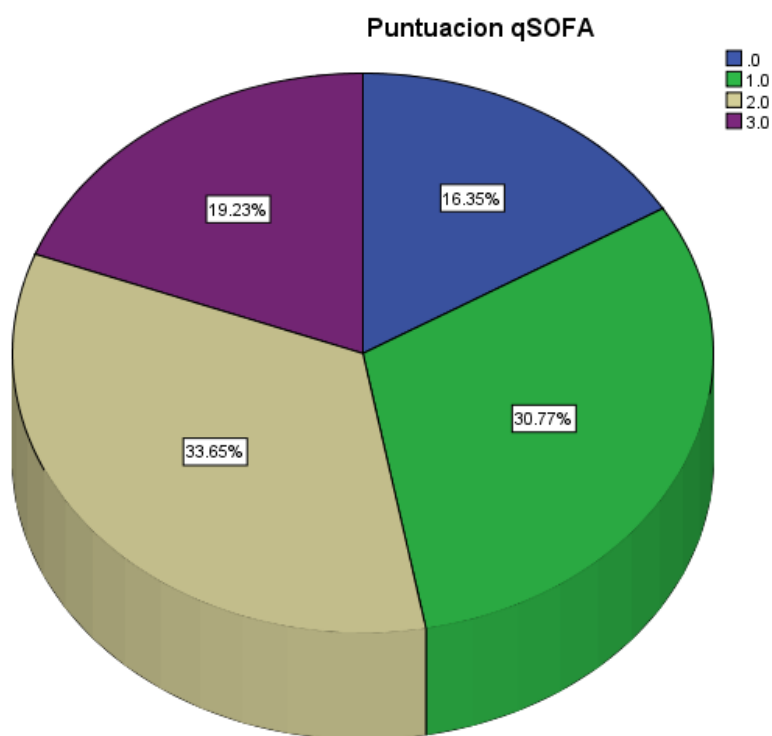
el 33.7% de los pacientes tuvo una puntuación de 2 (n=35) y finalmente el 19.2% restante tuvo una puntuación de 3 (n=20). (Ver Tabla 6)

**Tabla 6. Prevalencia de casos de acuerdo con puntuación qSOFA**

		Puntuación qSOFA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	.0	17	16.3	16.3	16.3
	1.0	32	30.8	30.8	47.1
	2.0	35	33.7	33.7	80.8
	3.0	20	19.2	19.2	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 6. Distribución de casos de acuerdo con puntuación qSOFA**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

Se lleva a cabo el análisis de la prevalencia de casos de acuerdo con la estancia hospitalaria en emergencias, donde se dividen en dos grandes grupos: mayor a 24 horas y menor a 24 horas. Se observa que el 47.1% de los casos fueron pacientes que tuvieron más de 24 horas en emergencia (n=49) y el 52.9% restante

correspondieron a una estancia menor a 24 horas en emergencia (n=55). (Ver Tabla 7)

**Tabla 7. Prevalencia de casos de acuerdo con tiempo de estancia en emergencia**

		Tiempo Estancia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mayor 24 horas	49	47.1	47.1	47.1
	Menor 24 horas	55	52.9	52.9	100.0
Total		104	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 7. Distribución de casos según estancia hospitalaria**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

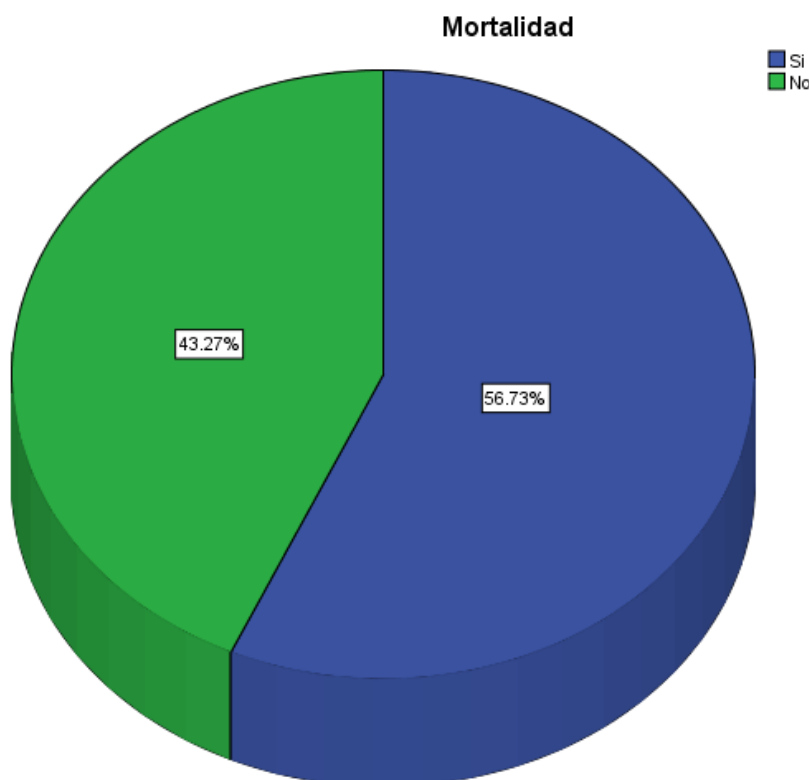
Se analiza el desenlace de los casos de acuerdo con la mortalidad reportada, donde se observa que la mortalidad alcanzó el 56.7% de los casos (n=59), mientras que el 43.3% restante fueron reportados al egreso como vivos (n=45). (Ver Tabla 8)

**Tabla 8. Prevalencia de acuerdo con mortalidad en muestra en estudio**

		Mortalidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	59	56.7	56.7	56.7
	No	45	43.3	43.3	100.0
Total		104	100.0	100.0	

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

**Gráfico 8. Mortalidad reportada en muestra en estudio**



Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

Finalmente, se lleva a cabo el análisis de la correlación entre la puntuación QSOFA y la mortalidad de los pacientes, donde se observa que, del total de pacientes fallecidos, el 42.4% correspondieron a una puntuación de 2 y el 28.8% a una puntuación de 3, por lo cual se establece una correlación entre una puntuación elevada en este cuestionario con la mortalidad en pacientes con sepsis ( $p < 0,05$ ). (Ver Tabla 9)

**Tabla 9. Correlación entre puntuación QSOFA y mortalidad**

**Puntuacion qSOFA\*Mortalidad tabulación cruzada**

			Mortalidad		Total
			Si	No	
Puntuacion qSOFA .0	Recuento	4	13	17	
	% dentro de Mortalidad	6.8%	28.9%	16.3%	
1.0	Recuento	13	19	32	
	% dentro de Mortalidad	22.0%	42.2%	30.8%	
2.0	Recuento	25	10	35	
	% dentro de Mortalidad	42.4%	22.2%	33.7%	
3.0	Recuento	17	3	20	
	% dentro de Mortalidad	28.8%	6.7%	19.2%	
Total	Recuento	59	45	104	
	% dentro de Mortalidad	100.0%	100.0%	100.0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	20.607 <sup>a</sup>	3	.012
Razón de verosimilitud	21.717	3	.008
Asociación lineal por lineal	19.767	1	.000
N de casos válidos	104		

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

De la misma manera, se analiza la correlación entre el tiempo de estancia en emergencia y la mortalidad de los pacientes, donde se observa que del total de fallecidos, el 45.8% tuvo una estancia mayor a 24 horas y el 54.2% restante una estancia menor a 24 horas. No se estableció una relación entre estas dos variables ( $p=0.752$ ). (Ver Tabla 10)

**Tabla 10. Análisis de correlación entre tiempo estancia hospitalaria y mortalidad**

**Tiempo Estancia\*Mortalidad tabulación cruzada**

			Mortalidad		Total
			Si	No	
Tiempo Estancia	Mayor 24 horas	Recuento	27	22	49
		% dentro de Mortalidad	45.8%	48.9%	47.1%
	Menor 24 horas	Recuento	32	23	55
		% dentro de Mortalidad	54.2%	51.1%	52.9%
Total		Recuento	59	45	104
		% dentro de Mortalidad	100.0%	100.0%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.100 <sup>a</sup>	1	.752
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	.014	1	.906
Razón de verosimilitud	.100	1	.752
Prueba exacta de Fisher			
N de casos válidos	104		

Fuente: Base de Datos Hospital Liborio Panchana Sotomayor. 2026

## **CAPÍTULO IV:**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

Finalizando el análisis y evaluación de la información recabada para el presente trabajo investigativo, se llegan a las siguientes conclusiones:

- Los pacientes de sexo masculino, de procedencia rural y con una edad en un amplio rango entre 30 a 76 años de edad corresponden a las principales características epidemiológicas presentes en los pacientes ingresados con sepsis
- La Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial constituyen las principales comorbilidades reportadas en los pacientes con ingreso por emergencia con diagnóstico de sepsis. Existe una distribución equitativa en la prevalencia por foco infeccioso, siendo ligeramente mayor el foco urinario.
- El tiempo de estancia hospitalaria tuvo una distribución equitativa dentro de los pacientes que formaron parte del estudio. Las puntuaciones QSOFA 2 y 3 fueron las de mayor prevalencia en los pacientes que ingresan con diagnóstico de sepsis.
- Existe una correlación directa entre la puntuación QSOFA de severidad y la mortalidad de los pacientes con ingreso por sepsis a emergencias.

## 4.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda replicar el presente trabajo de investigación en diferentes centros hospitalarios de todo el país, con la finalidad de obtener datos que permitan identificar la realidad nacional en torno a este topico investigativo.
- Se recomienda profundizar esta línea de investigación, incluyendo posibles variables como parámetros vitales, terapia recibida y curso evolutivo, que permita identificar otros factores posteriores al infgreso en emergencia que influyan en el desenlace de los pacientes on sepsis.
- Se recomienda utilizar los datos obtenidos en este estudio como base de información que permita concientizar en el desarrollo de esquemas de protocolo y manejo integral del paciente con sepsis desde el momento del ingreso hospitalario por emergencia, con la finalidad de obtener un impacto positivo en su evolución y desenlace.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Sepsis [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Apr 8].
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Crit Care Med.* 2021;49(11):e1063-e1143.
3. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Geneva: WHO; 2020.
4. Guarino M, Cegolon L, Fragkou PC, Christaki E, Bassetti M, Rello J, et al. 2023 update on sepsis and septic shock in adult patients: management in the emergency department. *J Clin Med.* 2023;12(9):3188.
5. Pan American Health Organization. The Americas advance towards a coordinated regional response to reduce sepsis [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2024 [cited 2026 Apr 8].
6. McMullan RR, McAuley DF, O’Kane CM, Silversides JA. Vascular leak in sepsis: physiological basis and potential therapeutic advances. *Crit Care.* 2024;28:97.
7. Gatica S, Bravo-Sagua R, Parra V, Troncoso R, Ibarra C, Quest AFG, et al. Novel evidence on sepsis-inducing pathogens. *Front Microbiol.* 2023;14:1198200.
8. Vaughn VM, Gandhi T, Petty LA, Patel PK, Prescott HC, Malani AN, et al. Community-acquired pneumonia: a review. *JAMA.* 2024.
9. Al Lawati H, Blair D, Cariello P, et al. Urinary tract infections: Core Curriculum 2024. *Am J Kidney Dis.* 2024.
10. Sartelli M, Coccolini F, Kluger Y, et al. Management of intra-abdominal infections: recommendations by the WSES/GAIS/SIS-E/WSIS/AAST global clinical pathways. *World J Emerg Surg.* 2024.
11. Hidalgo JA, Cobeña JG, Guzñay DA, Rivera LS, Defaz PG, Zúñiga LA, et al. Mortalidad de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos. *CAMBios.* 2023;22(1):e865.
12. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Boletín técnico: Registro Estadístico de Defunciones Generales 2023. Quito: INEC; 2024.
13. Simon E, Ferrer R, Ranzani OT, et al. Comparative analysis between high-resource and low-resource hospitals to identify factors associated with sepsis mortality. *Emergencias.* 2026.
14. Chuchuca Carrión GL, Peñaloza Piña BM, Guevara Hernández MS, et al. Asociación del índice lactato-albúmina y mortalidad en adultos mayores con

- sepsis y choque séptico en un servicio de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador. *Ciencia Latina*. 2024.
15. del Rey de Cabo C. Definición y tratamiento actual de la sepsis [Internet]. *Biomedicina en Cuidados Críticos*; 2020 [citado 2026 Abr 9].
  16. Rianza Gómez M, Pérez-Lescure J. Sepsis en urgencias [Internet]. *Guía-ABE*; 2020 Abr 24 [citado 2026 Abr 9].
  17. Gómez Cortés B; Hospital Universitario Cruces. Sepsis. Protoc diagnóstico y terapéutico en Pediatría [Internet]. *AEPed*; 2020.
  18. Font MD, Thyagarajan B, Khanna AK. Sepsis and septic shock – Basics of diagnosis, pathophysiology and clinical decision making. *Med Clin (Barc)*. 2020 Jul;104(4):573–85.
  19. Gu X, Zhou F, Wang Y, et al. Respiratory viral sepsis: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Eur Respir Rev*. 2020;29(157):200038.
  20. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021 Oct;47(11):1181–247.
  21. Global Burden of Disease Sepsis Collaborators. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2021: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025 Dec;13(12):e2013–26.
  22. Sangla F, Verissimo T, Faivre A, et al. Thiamine as a metabolic resuscitator in septic shock: a meta-analysis of randomized controlled trials with trial sequential analysis. *Front Med*. 2023 Sep;10:1223862.
  23. Kox M, Bauer M, Bos LDJ, et al. The immunology of sepsis: translating new insights into clinical practice. *Nat Rev Nephrol*. 2026 Sep;22:30–49.
  24. La Via L, Sangiorgio G, Stefani S, et al. The global burden of sepsis and septic shock. *Epidemiologia*. 2024 Jul;5(3):456–78.
  25. Carvey MMT, Glauser J. The management of severe sepsis and septic shock: a novel update and bedside reference guide. *Curr Emerg Hosp Med Rep*. 2025 Mar;13:7. doi:10.1007/s40138-025-00310-4



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Chávez Soledispa, Víctor Alfonso** con C.C: # **0950640268** y **Lainez Ramírez, Ximena Graciela**, con C.C: # **2450112939**, autores del trabajo de titulación, ***Perfil clínico-epidemiológico y los desenlaces de mortalidad de los pacientes con diagnóstico de sepsis, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor***, 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 su 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, 1 de mayo de 2026

f. \_\_\_\_\_

**Chávez Soledispa, Víctor Alfonso**

**C.C: 0950640268**

f. \_\_\_\_\_

**Nombre: Laínez Ramírez, Ximena Graciela**

**C.C: 2450112939**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Perfil clínico-epidemiológico y los desenlaces de mortalidad de los pacientes con diagnóstico de sepsis, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor		
<b>AUTOR(ES)</b>	Chávez Soledispa, Víctor Alfonso y Láinez Ramírez, Ximena Graciela		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Lcda. Yépez Mancero, Violeta de las Mercedes. PhD		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA PUBLICACIÓN:</b>	1 de mayo de 2026	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	36
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Perfil Clínico, Epidemiología clínica, Sepsis, mortalidad		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Sepsis – Mortalidad - Perfil Clínico - Perfil Epidemiológico – qSOFA – Emergencia.		
<p><b>Introducción:</b> La sepsis representa una de las principales causas de mortalidad hospitalaria a nivel global debido a su progresión hacia la disfunción orgánica, lo que exige herramientas de detección rápidas en los servicios de urgencias para mejorar el pronóstico de los pacientes.</p> <p><b>Materiales y Métodos:</b> Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo y correlacional y diseño no experimental de corte transversal, analizando una muestra de 104 pacientes con diagnóstico de sepsis atendidos entre enero de 2022 y enero de 2024 mediante la revisión de historias clínicas y la aplicación de la escala qSOFA.</p> <p><b>Resultados:</b> La investigación determinó que la mayoría de los pacientes eran hombres (54.8%) con una edad media de 53 años y comorbilidades como hipertensión y diabetes; clínicamente, predominó el foco infeccioso respiratorio (36.5%) y se registró una tasa de mortalidad del 56.7%, evidenciando una relación estadísticamente significativa entre puntuaciones altas en qSOFA y el fallecimiento.</p> <p><b>Conclusiones:</b> El perfil del paciente con mayor riesgo incluye factores como la edad avanzada y enfermedades crónicas, confirmando que la escala qSOFA es un predictor de mortalidad eficaz y accesible para la estratificación de riesgo inmediata en el área de emergencia del hospital.</p> <p>Palabras Clave: Sepsis – Mortalidad - Perfil Clínico - Perfil Epidemiológico – qSOFA – Emergencia.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-95984448 / +593-993098183	<b>E-mail:</b> ventragos2209@gmail.com / gracielaramirez99@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)</b>	<b>Nombre:</b> Lcda. Yépez Mancero, Violeta de las Mercedes. PhD		
	<b>Teléfono:</b> +593-994710952		
	<b>E- mail:</b> violeta.yopez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			