

Original

Características clínicas de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico internados del Hospital Nacional de Itauguá del año 2022 al 2024

Celeste Figueroa¹, Marcelo Servin¹, Laura Silvana Aria Zaya¹,
María Eugenia Acosta de Hetter¹

¹Universidad del Pacífico, Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Fecha de envío

09/04/2025

Fecha de aprobación

18/05/2025

Palabras clave

Lupus eritematoso sistémico (LES), Características clínicas, Paraguay

Autor para correspondencia

Correo electrónico:
celeste.figueroa.roldan@gmail.com
(C. Figueroa)

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) puede llevar a complicaciones que requieran de hospitalización.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de pacientes con LES internados en el Hospital Nacional de Itauguá entre 2022 y 2024.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 97 fichas clínicas de pacientes adultos diagnosticados con LES, hospitalizados en el servicio de clínica médica. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades, motivos de ingreso, actividad de la enfermedad (SLEDAI), tratamiento y estancia hospitalaria. Las variables fueron analizadas mediante estadística descriptiva utilizando el software Epi Info v7.2.

Resultados: La mediana de edad fue 30 años, con predominio del grupo de 18-29 años (49,48%) y el sexo femenino (84,54%). La dificultad respiratoria fue el motivo principal de internación y la hipertensión arterial la comorbilidad más común. Según la escala SLEDAI, el 50,52% presentó actividad severa de la enfermedad. Las infecciones fueron la complicación más frecuente (55,67%), y el 48,5% estuvo internado menos de 10 días. Los corticoides fueron los fármacos más utilizados (91,75%), seguidos de inmunosupresores (85,57%).

Conclusión: La mayoría de los pacientes presentaron una actividad severa y complicaciones infecciosas, resaltando la necesidad de un enfoque integral y un seguimiento estrecho.

Clinical Characteristics of Patients with Systemic Lupus Erythematosus Hospitalized at the Hospital Nacional de Itauguá from 2022 to 2024

ABSTRACT

Keywords

Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Clinical Characteristics, Paraguay

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) can lead to complications requiring hospitalization.

Objective: to evaluate the clinical characteristics of patients with SLE admitted to the National Hospital of Itaugua between 2022 and 2024,

Material and Methods: a retrospective observational descriptive study. Ninety-seven clinical records of adult patients diagnosed with SLE, hospitalized in the medical clinic service were reviewed. Sociodemographic variables, comorbidities, reasons for admission, disease activity (SLEDAI), treatment and hospital stay were analyzed. The variables were analyzed by descriptive statistics using Epi Info v7.2 software.

Editor Responsible: Zoilo Morel¹

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.
Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Instituto de Previsión Social, Hospital Central, Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Corresponding author

Email:
celeste.figueroa.rolدان@gmail.com
(C. Figueroa)

Results: The median age was 30 years, with a predominance of the 18-29 years age group (49.4%) and female sex (84.54%). Respiratory distress was the main reason for hospitalization and arterial hypertension the most common comorbidity. According to the SLEDAI scale, 50.52% presented severe disease activity. Infections were the most frequent complication (55.67%), and 48.5% were hospitalized for less than 10 days. Corticosteroids were the most commonly used drugs (91.75%), followed by immunosuppressants (85.57%).

Conclusion: Most patients presented severe activity and infectious complications, highlighting the need for a comprehensive approach and close follow-up.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de causa desconocida, caracterizada por alteraciones en la respuesta inmunológica y la producción de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos celulares. Se distingue por su amplia variedad de manifestaciones clínicas, con afectación multisistémica¹. La incidencia en la población general varía entre 4 y 250 casos por cada 100.000 habitantes, siendo más frecuente en personas de raza negra e hispana. Además, la relación según sexo es de 9:1, con predominio en mujeres, y alrededor del 65% de los casos inicia entre la segunda y cuarta década de vida².

El LES suele presentarse en ciclos de brotes y remisión, con grados de actividad que van de leve a severo, pudiendo comprometer la vida del paciente. En las últimas décadas, la esperanza de vida ha mejorado significativamente, alcanzando tasas de supervivencia del 95% en países desarrollados. No obstante, en regiones en desarrollo, la mortalidad sigue siendo elevada³. En países como Paraguay, las infecciones son una causa frecuente de hospitalización, tanto por la enfermedad en sí como por el uso de medicamentos inmunosupresores.

Estudios en Sudamérica indican que la actividad del LES es la principal causa de internación. Factores como cobertura médica, etnicidad, nivel educativo y socioeconómico, acceso a servicios básicos de salud y adherencia a los controles médicos influyen en el pronóstico de la enfermedad. La falta de seguimiento adecuado se asocia a un mayor riesgo de complicaciones graves⁴.

Las manifestaciones más prevalentes incluyen alteraciones articulares, mucocutáneas y el fenómeno de Raynaud, aunque las de mayor impacto en el pronóstico son el daño renal, así como las complicaciones neurológicas, cardíacas y pulmonares. Además, los pacientes con LES presentan un mayor riesgo de infecciones, arteriosclerosis, arteriopatía coronaria, osteoporosis y necrosis avascular ósea en comparación con la población general⁵.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas se estiman entre el 30-40% de los casos, con una frecuencia reportada entre 14-80% en adultos y 22-95% en niños. Estas complicaciones se asocian con el grado de actividad del LES y con el uso acumulativo de corticoides⁶.

Se ha observado que hasta el 50% de los pacientes con LES, que reciben atención en centros especializados son hospitalizados anualmente. Este grupo representa a los pacientes con enfermedades autoinmunes que más frecuentemente requieren internación, debido a la gravedad de sus cuadros, que pueden ser potencialmente mortales. Diversos estudios han identificado la actividad de la enfermedad y las infecciones como las principales causas de hospitalización, mientras que otros también han señalado el embarazo como un factor de riesgo para la internación⁴.

El índice SLEDAI es la herramienta utilizada para medir la actividad del LES. Evalúa 24 variables clínicas y laboratoriales en 9 órganos y sistemas, con versiones como SELENA-SLEDAI y SLEDAI-2K⁷.

El diagnóstico del LES suele representar un desafío debido a la diversidad y variabilidad de sus manifestaciones iniciales. No existe una prueba específica para su confirmación, por lo que ante la sospecha se recomienda una evaluación integral con estudios laboratoriales y exploración clínica sistemática⁸. Entre los análisis más relevantes se encuentran los hemogramas, estudios de orina y biopsias, destacando la prueba de anticuerpos antinucleares (ANA) como el test de elección para la detección del LES, esta se basa en la extracción de una muestra de sangre y luego es examinada en el laboratorio en busca de la presencia de anticuerpos antinucleares⁹.

El diagnóstico diferencial depende de las manifestaciones clínicas y el sistema afectado, incluyendo una amplia gama de patologías dentro de la medicina interna¹⁰.

El tratamiento se basa en altas dosis de corticoides, inmunosupresores y antiinflamatorios no esteroideos

(AINES), mostrando alta eficacia en el control de la inflamación y la actividad de la enfermedad⁹. El objetivo de este trabajo es determinar los tipos de complicaciones más frecuentes que experimentan los pacientes con LES que reciben atención en el Hospital Nacional de Itauguá.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, con muestreo no probabilístico por criterio, en el Hospital Nacional de Itauguá. La población accesible estuvo conformada por fichas de pacientes adultos con LES internados del servicio de clínica médica en el periodo de enero del 2022 a diciembre del 2024. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades, motivos de consulta, clasificación de actividad de la enfermedad (SLE-DAI), tratamiento y estancia hospitalaria. Se excluyeron fichas médicas incompletas o con letras no legibles. Nuestro tamaño de muestra fue determinado considerando un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 5% y una proporción esperada del 6% de insuficiencia renal crónica como comorbilidad crónica del LES, según lo reportado por Torres et al.³, se obtiene un tamaño mínimo de 87 fichas médicas a ser estudiadas según EpiDat V.3.1, donde finalmente se estudiaron 97 fichas médicas. Para el análisis de las variables cualitativas, se calcularon distribuciones de frecuencia y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas fueron evaluadas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Todos los procedimientos estadísticos se efectuaron utilizando el software Epiinfo versión 7.2. Además, para el presente estudio se adoptaron las declaraciones de Helsinki 2024¹⁰. Toda la información recaudada fue manejada con confidencialidad y respeto ante la autonomía de los pacientes. Posterior a esto, el protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Pacífico y finalmente autorizado por los directivos del Hospital Nacional de Itauguá.

RESULTADOS

La mediana de edad de los pacientes internados por LES fue de 30 años (RIQ: 22-46), con un rango de edad entre 18 y 77 años. El grupo etario más frecuente fue el de 18 a 29 años con el 49,48% (48/97). El 84,54% (82/97) de los pacientes eran mujeres. En cuanto al estado civil, la mayoría eran solteros con el 59,88% (58/97). Respecto al nivel educativo, el 24,70% (24/97) alcanzó la educación primaria, aunque en el 60,82% (69/97) de los casos no se registró este dato. El 18,56% (18/97) de los pacientes realizaba labores

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio. n: 97

Variables	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
18-29	48	49,48
30-39	10	10,31
40-49	19	19,59
50-59	9	9,28
60-69	9	9,28
70-74	2	2,06
SEXO		
Femenino	82	84,54
Masculino	15	15,46
NIVEL DE ESTUDIO		
Primaria	24	24,70
Secundaria	12	12,37
Terciaria	2	2,03
No se menciona	59	60,82
ESTADO CIVIL		
Soltero	58	59,88
Casado	22	22,68
Unido	1	1,03
Viudo	1	1,03
Sin datos	15	15,46
SITUACIÓN LABORAL		
Ama de casa	18	18,56
Estudiante	5	5,15
Empleada domestica	2	2,06
Abogada	1	1,03
Agricultor	1	1,03
Comerciante	1	1,03
No trabaja	23	23,71
Sin datos	46	47,42
LUGAR DE RESIDENCIA		
Central	46	47,42
Cordillera	16	16,49
Caaguazú	11	11,34
Paraguarí	6	6,18
Alto Paraná	4	4,12
Alto Paraguay	3	3,09
Neembucú	3	3,09
San pedro	2	2,06
Amambay	1	1,03
Boquerón	1	1,03
Caazapá	1	1,03
Concepción	1	1,03
Guaira	1	1,03
Pedro Juan Caballero	1	1,03

del hogar, y casi la mitad (47,42%) no tenía datos sobre su ocupación. El departamento Central fue la zona de residencia más frecuente (47,42%), seguido de Cordillera (16,49%) y Caaguazú (11,34%), como se puede observar en la Tabla 1.

El Gráfico 1 muestra que la dificultad respiratoria es el motivo de internación más frecuente, representando el 19,59% (19/97) de los casos, seguida de las lesiones en la piel con un 10,31% (10/97) y la debilidad generalizada con un 9,28% (9/97). También se observan síntomas como síndrome emético, edema, fiebre y dolor articular en menor proporción.

Los pacientes presentan una gran variedad de comorbilidades, siendo la más frecuente la hipertensión arterial, con un 43,3% (42/97). Por otro lado, el 42,27%

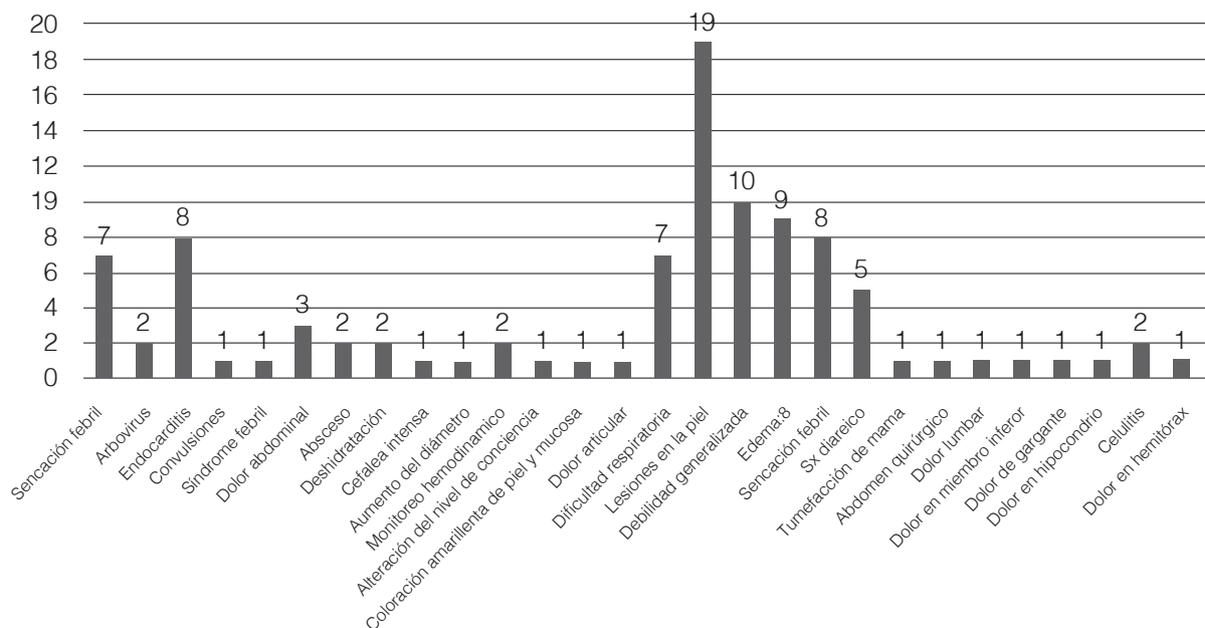


Gráfico 1 Distribución de los motivos de internación más frecuente.

(41/97) no presentó ninguna comorbilidad. En menor proporción, se observaron enfermedades cardiovasculares, renales, diabetes, hipotiroidismo, epilepsia y otras afecciones, como se muestra en la Tabla 2.

La Tabla 3 muestra la frecuencia de actividad y complicaciones en pacientes con lupus. Según el SLEDAI, la mayoría presentó actividad severa (50,52%).

Tabla 2 Comorbilidades presentes en la población de estudio. n:97

Variables	Frecuencia	Porcentaje
HTA	42	43,3
Ninguna	41	42,27
Enfermedad cerebrovascular	7	7,22
Enfermedad renal	6	6,19
Diabetes mellitus	5	5,15
Hipotiroidismo	5	5,15
Epilepsia	4	4,12
Nefritis lúpica	3	3,09
Esclerodermia	3	3,09
Enfermedades mentales	3	3,09
Obesidad	2	2,06
Hepatitis autoinmune	2	2,06
Artritis	2	2,06
Hipertensión pulmonar	2	2,06
Anemia	2	2,06
Pacientes ginecológicas	2	2,06
Desnutrición	2	2,06
Onicomicosis	1	1,03
Síndrome convulsivo	1	1,03
Dermatomiositis	1	1,03
Adicciones	1	1,03
Síndrome antifosfolípido	1	1,03
Asma	1	1,03
EPOC	1	1,03
Neuro lupus	1	1,03
Síndrome Sjögren	1	1,03
Hiperplasia prostática benigna	1	1,03
CA de mama	1	1,03

Algunos pacientes presentaron más de una complicación, siendo las más frecuentes los trastornos hematológicos (20,62%), seguidos de manifestaciones autoinmunes, nefropatías y cardiovasculares (16,49% cada una). También se registraron derrame pleural (10,31%) y afecciones gastrointestinales (8,25%), mientras que otras complicaciones, como las hepáticas, endocrinas, neurológicas y psiquiátricas, tuvieron una frecuencia menor al 5%.

Tabla 3 Frecuencia de actividad y complicaciones del lupus. n:97

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Actividad por SLEDAI		
LEVE	25	25,77
MODERADA	23	23,71
SEVERA	49	50,52
COMPLICACIONES		
TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	20	20,62
TRASTORNOS AUTOINMUNES	16	16,49
NEFROPATÍAS	16	16,49
CARDIOVASCULARES	16	16,49
DERRAME PLEURAL	10	10,31
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES	8	8,25
TRASTORNOS HEPATICOS	4	4,12
SEROSITIS	3	3,09
TRASTORNOS ENDOCRINOS	3	3,09
SÍNDROME CONSTITUCIONAL	3	3,09
SÍNDROME FEBRIL AGUDO	3	3,09
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	2	2,06
ABDOMEN QUIRÚRGICO	2	2,06
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	2	2,06
SÍNDROME VERTIGINOSO	1	1,03
LITIASIS VESICULAR	1	1,03
PARÁLISIS FACIAL	1	1,03
TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO	1	1,03
ÁCIDO-BASE	1	1,03
SHOCK HIPOVOLÉMICO	1	1,03

El tratamiento más utilizado en los pacientes con LES fue el uso de corticoides en el 91,75% (89/97), con mayor frecuencia en aquellos con actividad severa según SLEDAI (44/49). Los inmunosupresores fueron administrados en el 85,57% (81/97) de los casos, predominando también en pacientes con actividad severa (43/49). Los antimaláricos fueron utilizados en el 82,47% (80/97). Además, el 50,52% (50/97) recibió antibióticos, principalmente en pacientes con actividad severa (22/49), y el 41,24% (39/97) de los casos recibió antipiréticos. Otros tratamientos como anticoagulantes, AINES y antifúngicos fueron menos frecuentes, con porcentajes entre el 20 y 30%. Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes tuvieron una combinación de fármacos. En cuanto al tiempo de internación la mediana fue de 10 días (RIC: 6-18 días). El 48,5% (47/97) de los pacientes estuvo hospitalizado menos de 10 días, observándose esta estancia principalmente en quienes presentaron actividad leve (17/25) y moderada (13/23). En cambio, el 51,5% (50/97) de todos los casos tuvo una hospitalización mayor a 10 días, con un 51,02% (25/49) de los pacientes con actividad severa internados entre 10 y 20 días y un 10,2% (5/49) con estancias superiores a 40 días (Tabla 4).

Tabla 4 Tratamiento y días de internación según actividad del LES. n: 97

Variables	Leve (n:25)	Moderada (n:23)	Severa (n:49)	Total
Tratamiento				
CORTICOIDES	23	22	44	89
INMUNOSUPRESORES	20	18	43	81
ANTIHIPERTENSIVOS	12	13	28	53
ATB	16	12	22	50
ANTIPIRÉTICOS	8	12	19	39
ANTICOAGULANTES	7	5	15	27
AINES	10	8	6	24
ANTIFÚNGICOS	3	5	12	20
ANTIPIRÉTICO	0	1	7	8
OPIOIDES	0	3	5	8
ANTIDEPRESIVOS	2	1	3	6
ANTIVIRALES	0	0	5	5
ANTIDIABÉTICOS	0	1	3	4
ANTIPSICÓTICO	0	0	3	3
ANTIHISTAMÍNICOS	0	0	2	2
Días de internación				
Menor a 10	17	13	17	47
10 a 20 días	8	4	25	37
21 a 30 días	0	2	1	3
31 a 40 días	1	2	2	5
Mayor a 40 Días	0	0	5	5

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar las características clínicas de pacientes con LES internados en el Hospital Nacional de Itauguá, con la finalidad de aportar nuevos datos. Dado que es una patología multisistémica con gran variabilidad clínica y múltiples

escenarios, la identificación de esta población permitiría optimizar la calidad de la atención.

Conforme a lo esperado, la mediana de edad fue de 30 años^{3-5,11}, con un claro predominio del sexo femenino (84,5%)^{3,4,6,12-14}. La mayoría de los pacientes procedía del interior del país (52,58%), resultado similar al de Montiel³, quien reportó un 60% en la misma región.

El principal motivo de ingreso fue la dificultad respiratoria (19,59%), mientras que Manadan et al.¹³, en su estudio con 180.975 pacientes, encontró que las causas respiratorias representaban el 10%, siendo las cardiovasculares las más frecuentes (16%). Estas diferencias podrían explicarse por el mayor tamaño muestral, el período de estudio más extenso y la inclusión de datos de distintos servicios médicos en lugar de un único centro.

La identificación precoz de la dificultad respiratoria como el principal motivo de hospitalización evidencia la necesidad de un reconocimiento temprano de los trastornos respiratorios y considerar esta afección como una de las complicaciones frecuentes en pacientes lúpicos podría agilizar dicho tratamiento, similar a lo reportado por Melgarejo⁴.

En cuanto a las comorbilidades, la hipertensión arterial fue la más frecuente, en concordancia con otros estudios^{2,4-6,11,15}.

Según la escala SLEDAI, la mayoría de los casos presentaron actividad severa de la enfermedad, lo que concuerda con los hallazgos de Montiel³ y Selvananda et al.¹².

Las infecciones fueron la complicación más común, destacándose las infecciones respiratorias, en especial la neumonía adquirida en la comunidad. También se identificaron casos de neumonía nosocomial y tuberculosis, entre otras. Resultados similares han sido reportados por diversos autores^{4,7,14-16}. La elevada susceptibilidad a infecciones en pacientes con LES podría atribuirse a la disfunción linfocitaria, la producción de autoanticuerpos y el estado inflamatorio crónico, sumado al uso prolongado de glucocorticoides e inmunosupresores, que comprometen la respuesta inmune¹.

En relación con el tratamiento, los corticoides fueron los fármacos más utilizados (91,75%), seguidos de los antimaláricos, específicamente hidroxiclороquina (82,47%), en concordancia con los estudios de López Posada⁶ y Dorgham¹¹. De manera similar, Aragon et al.¹⁶ evaluaron pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos y encontraron un uso predomi-

nante de corticoides. Sin embargo, en su estudio, los antimaláricos fueron empleados en menor proporción, priorizándose los inmunosupresores como ciclofosfamida y azatioprina, posiblemente debido a su mayor disponibilidad y mejor relación costo-beneficio.

La estancia hospitalaria en la mayoría de los pacientes fue inferior a 10 días, con una mediana de 10 días. Este valor es ligeramente superior a lo reportado por Pérez-Correa et al.¹⁷ en Colombia, donde la mediana fue de 7 días. Esta diferencia podría deberse a variaciones en el manejo clínico, la disponibilidad de recursos hospitalarios o diferencias en la gravedad de los casos atendidos en cada centro.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la disponibilidad de fichas clínicas en el servicio, así como la falta de datos personales en algunos registros, lo que impidió identificar otros factores de riesgo y comorbilidades relevantes. Además, la inclusión exclusiva de pacientes del servicio de clínica médica restringe la generalización de los resultados a otros contextos o poblaciones.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió caracterizar las manifestaciones clínicas y el manejo de pacientes con lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional de Itauguá. Predominó el sexo femenino y la mediana de edad fue de 30 años. La dificultad respiratoria fue la principal causa de internación, y las infecciones, especialmente respiratorias, la complicación más frecuente, hallazgos consistentes con la literatura.

El tratamiento más utilizado fueron los corticoides y antimaláricos. La estancia hospitalaria fue en su mayoría inferior a 10 días, ligeramente mayor que en otros estudios, posiblemente debido a la gravedad de los casos y diferencias en el manejo clínico. Estos hallazgos resaltan la importancia de un diagnóstico temprano y un enfoque integral para optimizar la atención de estos pacientes.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés y que este trabajo no recibió apoyo financiero.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

CF y MS: desarrollo del diseño metodológico y la recolección de datos.

LA, CF y MS: análisis y visualización de datos.

LA, CF y MS: redacción del manuscrito.

MA y LA: supervisión y aprobación final del manuscrito.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

- González Jiménez D, Mejía Bonilla S, Cruz Fallas M. Lupus eritematoso sistémico: enfoque general de la enfermedad. *Rev Med Sinerg* [Internet]. 2021;6(1):e630. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.630>
- Montiel D, Cacace P. Mortalidad y causas de muerte en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Paraguaya Reumatol* [Internet]. 2019 Oct 25. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rpr/v5n2/2413-4341-rpr-5-02-51.pdf>
- Torres Boggino E, Taboada V, Montiel D, Velázquez G. Factores de riesgo de hospitalización y mortalidad de pacientes internados con lupus eritematoso sistémico en Paraguay. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2023 Aug 30 [citado 2024 Dec 6];5(1):1-1. Disponible en: https://www.upacifico.edu.py:8043/index.php/Publicaciones_UP_Salud/article/view/394
- Melgarejo Paniagua PA, Denis Doldán AE, Ferreira Gaona MI, Díaz Reissner CV. Complicaciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Nac (Itauguá)* [Internet]. 2015 Jun [citado 2024 Dec 6];7(1):28-31. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884809/v7n1a06.pdf>
- Vásquez González E, López MB, Cuchiparte D, Peláez K, Galarza Maldonado C, Cano Cevallos L, López Cortés A, Ortiz Prado E. Manifestaciones neurológicas del lupus eritematoso sistémico: revisión de literatura. *Rev Ecuat Neurol* [Internet]. 2021. Disponible en: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/neuro/v30n2/2631-2581-neuro-30-02-00076.pdf>
- López Posada J. Comportamiento del complemento sérico en pacientes con lupus eritematoso sistémico y enfermedad renal crónica en estadio 5 que se encuentran en hemodiálisis en los centros de cuidado renal de B. Braun Colombia durante el periodo julio 2019 - diciembre 2019 [Internet]. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; 2021. Disponible en: <https://repositorio.utp.edu.co/server/api/core/bitstreams/ed2b021d-139a-4b58-ba80-8e3eb0bf3c6f/content>
- Ruiz Blasco B. Lupus eritematoso sistémico: revisión bibliográfica [Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2022. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/125699/files/TAZ-TFG-2022-415.pdf>
- Hernández Gómez P. Atención urgente ante complicaciones del lupus eritematoso sistémico: revisión sistemática [Internet]. Madrid: Universidad Europea; 2023. Disponible en: https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/5355/TFM_Patricia%20Hernandez%20Gomez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Boteanu A. Lupus eritematoso sistémico pediátrico [Internet]. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica; 2020. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_lupus.pdf
- Oyarzún GM. Access to clinical records for biomedical research purposes. *Rev Chil Enferm Respir* [Internet]. 2015 Dec [citado 2024 Dec 8];31(4):212-216. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482015000400006>
- Dorgham DA, Anwar S, Khaled AS. Infection in systemic lupus erythematosus patients. *Egypt Rheumatol* [Internet]. 2021 Apr [citado 2025 Mar 27];43(2):115-118. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejr.2020.12.007>
- Selvananda S, Chong YY, Thundiyil RJ. Disease activity and damage in hospitalized lupus patients: a Sabah perspective. *Lupus* [Internet]. 2020 Feb 11. doi: <https://doi.org/10.1177/0961203320904155>
- Manadan AM. Reasons for hospitalization and in-hospital mortality in adult systemic lupus erythematosus [Internet]. 2020 Nov 8. doi: <https://doi.org/10.1002/acr2.11195>
- Dhital R. All-cause hospitalizations and mortality in systemic lupus erythematosus in the US: results from a national inpatient database. *Lupus* [Internet]. 2019 Nov 26. doi: <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04484-5>
- De La Cruz M. Características clínicas y comorbilidades en pacientes con lupus eritematoso sistémico en 2 hospitales de Lambayeque (2017-2022) [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2022. doi: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/8189>
- Aragón CC, Ruiz-Ordoñez I, Quintana JH, Suárez-Avellaneda A, Gallego LM, Gallego CN, Bolaños JD, Guerra MA, Ochoa ME, Granados M, Tobón GJ. Clinical characterization, outcomes, and prognosis in patients with systemic lupus erythematosus admitted to the intensive care unit. *Lupus* [Internet]. 2020 Jun 30. doi: <https://doi.org/10.1177/0961203320935176>
- Pérez-Correa JC, Ariza-Rodríguez DJ, Díaz-Jiménez MC, Fernández-Ávila DG, Gutiérrez JM, Rosselli D. Costo de atención hospitalaria en pacientes con lupus eritematoso sistémico en un hospital de alta complejidad en Colombia. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2024. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2024.06.002>