



Artículos de investigación y originales

Estancia hospitalaria en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

Hospital stay in patients with Systemic Lupus Erythematosus

Juan Gustavo Vázquez-Rodríguez,* Juan Antonio García-Bello, Juan Gustavo Vázquez-Arredondo*****

Citar como: Vázquez-Rodríguez JG, García-Bello JA, Vázquez-Arredondo JG. Estancia hospitalaria en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. Arch Med Urgen Mex. 2025;17(2-3):105-117.

RESUMEN

La presente revisión narrativa aborda el tema clínico de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y los aspectos más relevantes y más necesarios para la comunidad médica acerca de su historia, epidemiología, cuadro clínico, diagnóstico, la clasificación y actividad lúpica estimada desde el primer contacto, las causas más frecuentes de admisión al hospital, la duración de su estancia, las tasas de admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos, la mortalidad y los factores asociados a la hospitalización, estancia prolongada en hospital y mortalidad que se han reportado en investigaciones internacionales y mexicanas.

Se abandonó la profundidad de las revisiones de los expertos y de las agrupaciones internacionales y se adoptó por la narrativa sencilla, comprensible y rápida de cada uno de los subtemas con apoyo en las referencias más representativas ilustradas con tablas y figuras.

El médico general, el médico familiar, los especialistas en la Medicina de Urgencias y los diferentes subespecialistas tienen que atender pacientes con LES con cierta frecuencia porque se trata de la enfermedad autoinmune con la mayor incidencia y prevalencia en nuestro país y en el mundo. La intención de esta revisión narrativa es que los lectores, expertos o no capturen rápidamente y de primera vista el mensaje más importante de cada tópico con un enfoque práctico para facilitar la atención de sus enfermos con LES y responder con certeza a los cuestionamientos más cotidianos.

Palabras clave: Lupus Eritematoso Sistémico; clasificación SLEDAI-K2; causas de admisión hospitalaria en LES; estancia hospitalaria en LES; cuidados intensivos en LES; mortalidad en LES; factores asociados en LES.

ABSTRACT

This narrative review addresses the clinical topic of patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) and the most relevant but necessary aspects for the medical community, such as their medical history, key epidemiological data, clinical picture, diagnosis, SLE classification, and estimated lupus activity from the first contact, the most common causes of hospital admission, length of stay, rates of admission to the Intensive Care Unit, mortality, and associated factors reported in international and Mexican research.

The in-depth reviews of experts and international groups were abandoned in favor of a simple, understandable, and concise narrative of each of the subtopics, supported by the most representative references illustrated with tables and figures.

General practitioners, family physicians, emergency medicine specialists, and various subspecialists frequently have to care for patients with SLE because it is the autoimmune disease with the highest incidence and prevalence in the world and in our country. The intention of this narrative review is for readers, whether experts or not, to quickly grasp at first glance the most important message of each topic, using a practical approach to facilitate the care of their patients with SLE and accurately answer the most common questions.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus; SLEDAI-K2 classification; causes of hospital admission in SLE; hospital stay in SLE; intensive care in SLE; mortality in SLE; associated factors in SLE.

* Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Médica de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia N° 3, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Ciudad de México.

** Jefatura de Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia N° 3, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Ciudad de México.

*** Departamento de Medicina Interna, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, Ciudad de México.

INTRODUCCIÓN

La historia del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es muy extensa e interesante. *Herbervus de Tours* aplicó el término Lupus a una enfermedad de la piel en el año 916 DC. La palabra Lupus (término latino para referirse a un lobo) se utilizó indistintamente desde la edad media para describir varios tipos de enfermedades caracterizadas por lesiones ulcerosas, principalmente en los miembros inferiores. El dermatólogo francés Cazenave mencionó por primera vez el término "*Lupus érythémateux*" en un documento impreso que se publicó en "*La Lancette Francaise*" el 27 de julio de 1850.¹

LES es la enfermedad autoinmune que con mayor frecuencia afecta al ser humano. Se trata de un padecimiento difuso del tejido conectivo con predominio sobre un órgano o de tipo multisistémico. La etiopatogenia es compleja con una gran heterogeneidad en su presentación clínica, la evolución es incierta y se acompaña de tasas elevadas de morbilidad y mortalidad.²

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia del LES estimada para América del Sur y Europa oscila entre 1 y 23 casos por 100,000 habitantes por año. Se estima que la tasa de prevalencia de LES en sujetos adultos es de 150 casos por cada 100,000 personas en los Estados Unidos de Norteamérica. En Europa la tasa de prevalencia oscila entre 20 y 50 casos por cada 100,000 personas, aunque se han informado tasas tan altas como 112 a 207 casos por cada 100,000 personas en las poblaciones afrocaribeñas residentes en Europa. Las mujeres se ven afectadas con una frecuencia de 6 a 8 veces mayor que los hombres. Los datos generados en los Estados Unidos de Norteamérica han demostrado que las personas afroamericanas e hispanas se ven afectadas con mayor frecuencia que las personas blancas. Además, se les ha relacionado con una mayor morbilidad de la enfermedad.³

En México, Mendoza-Pinto y cols.,⁴ publicaron en 2022 un reporte epidemiológico de las tendencias de hospitalización de pacientes con LES utilizando los datos del año 2000 al 2019 de la Dirección General de Información en Salud sobre los egresos hospitalarios en México. Los autores encontraron una frecuencia significativamente mayor de las hospitalizaciones entre 2000 y 2011 seguida de una disminución importante entre 2011 y 2019, el porcentaje del cambio anual fue - 4.8%.

PANORAMA CLÍNICO

Las manifestaciones del LES pueden predominar en un órgano, aparato o sistema, aunque suele tener más bien una afectación sistémica. La severidad y el curso de la enfermedad son variables, pero tienen la característica de su tendencia hacia la actividad. En su etiopatogenia intervienen alteraciones tanto de la respuesta innata como de la inmunidad adquirida.⁵ La interacción de los genes con factores ambientales conduce a numerosos trastornos inmunológicos, las alteraciones culminan en respuestas inmunitarias persistentes frente a los ácidos nucleicos autólogos.

El daño tisular causado por autoanticuerpos o por el depósito de complejos inmunes ocurre en los riñones, corazón, vasos sanguíneos de pequeño calibre, sistema nervioso central, piel, pulmones, músculos y articulaciones. Las lesiones conducen a una morbilidad significativa con un aumento de la mortalidad.⁶

DIAGNÓSTICO Y CALIFICACIÓN DE LES

El primer paso para el diagnóstico y clasificación de LES es que el personal médico debe estar familiarizado con los criterios que se utilizan (**Cuadro 1**). El segundo paso es aplicar una escala diagnóstica que es totalmente necesaria en todos los casos (**Cuadro 2**). El tercer paso es evaluar la actividad de LES con la escala SLEDAI-2K¹¹ para dar inicio al manejo farmacológico dirigido. La utilización de una escala o índice de daño orgánico es obligada.²⁸ (**Cuadro 3**). El tema de la terapéutica con drogas no se aborda en la presente revisión porque no fue el motivo principal de la investigación.

Criterios para la clasificación de LES

El **cuadro 1** muestra las definiciones de los criterios clínicos, histopatológicos e inmunológicos para la clasificación de LES a partir de las conclusiones de expertos internacionales (*European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology*).⁷

Escala diagnóstica de LES

Para documentar el diagnóstico de LES se utilizan los criterios de la clasificación emitida en el año 2019 por el grupo de trabajo conjunto de la *European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology* (EULAR/ACR, por sus siglas en inglés).⁷ Los criterios se muestran en el **cuadro 2**, como se puede observar se requiere obligadamente de una prueba positiva de anticuerpos antinucleares (ANA, por sus siglas en inglés) para aplicar la clasificación de LES. Si bien las manifestaciones del LES son extremadamente variables, los 24 elementos diagnósticos ordenados en los 10 grupos de la escala funcionan bien para clasificar a la mayoría de los pacientes.

Cuadro 1. Definiciones de los criterios para la clasificación de Lupus Eritematoso Sistémico ⁷	
Criterio	Definición
Anticuerpos antinucleares (ANA)	ANA con un título $\geq 1:80$ en células HEp-2 o una prueba positiva equivalente al menos una vez. Se recomienda ampliamente realizar pruebas de inmunofluorescencia en células HEp-2 o un inmunoensayo de detección de ANA en fase sólida cuya utilidad sea al menos equivalente.
Fiebre	Temperatura $>38.3^{\circ}\text{C}$
Leucopenia	Cuenta de leucocitos $<4,000/\mu\text{L}$
Trombocitopenia	Cuenta plaquetaria $<100,000/\mu\text{L}$
Hemólisis autoinmune	Evidencias de hemólisis tales como reticulocitosis, haptoglobina reducida, bilirrubina indirecta elevada, enzima deshidrogenasa láctica (DHL) elevada y prueba de Coombs directa positiva (antiglobulina)
Delirio	Se caracteriza por (1) cambios en la consciencia o el nivel de excitación con reducción de la capacidad de concentración, (2) desarrollo de los síntomas durante horas o menos de 2 días, (3) fluctuación de los síntomas a lo largo del día, (4) (4a) cambios agudos o subagudos en la cognición (p. ej., déficit de memoria o desorientación) o (4b) cambios en el comportamiento, en el estado de ánimo o el afecto (p. ej., inquietud, inversión del ciclo sueño/vigilia).
Psicosis	Caracterizado por (1) delirios y/o alucinaciones sin introspección y (2) ausencia de delirio.
Convulsiones	Convulsión generalizada primaria o convulsión parcial/focal
Alopecia no cicatricial	Alopecia no cicatricial observada por un médico. Esto puede incluir un examen físico o la revisión de una fotografía.
Úlceras orales	Úlceras orales observadas por un médico. Esto puede incluir un examen físico o la revisión de una fotografía.
Lupus subagudo cutáneo o discoide	Lupus eritematoso cutáneo subagudo observado por un médico. Esto puede incluir un examen físico o la revisión de una fotografía. Erupción cutánea anular o papuloescamosa (psoriasiforme), generalmente con "foto-distribución".
Lupus agudo cutáneo	Erupción malar o erupción maculopapular generalizada observada por un médico. Si se realiza una biopsia cutánea, deben presentarse los cambios típicos: dermatitis vacuolar de interfase consistente en un infiltrado linfocítico perivascular, a menudo con mucina dérmica. El infiltrado neutrofílico perivascular puede estar presente al inicio de la evolución.
Derrame pleural o pericárdico	Evidencia de imágenes (como ecografía, radiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética) de derrame pleural o pericárdico, o ambos.
Pericarditis aguda	≥ 2 de (1) dolor torácico pericárdico (típicamente agudo, que empeora con la inspiración y mejora al inclinarse hacia adelante), (2) roce pericárdico, (3) electrocardiograma (ECG) con nueva elevación generalizada del segmento ST o depresión del segmento PR, (4) derrame pericárdico nuevo o empeorado en estudios de imagen como ecografía, radiografía, tomografía computarizada o resonancia magnética.
Compromiso articular	Cualquiera: (1) sinovitis que afecta dos o más articulaciones, caracterizada por hinchazón o derrame o bien (2) dolor en dos o más articulaciones y al menos 30 minutos de rigidez matutina.
Proteinuria >0.5 g/24 horas	Proteinuria >0.5 g en orina de 24 horas o índice proteína-creatinina equivalente en una muestra de orina.
Nefritis lúpica de clase II o V en la biopsia renal según la clasificación ISN/RPS 2003 ⁸	Consultar la descripción histopatológica detallada de ISN/RPS (<i>International Society of Nephrology/ Renal Pathology Society</i>) 2003 ⁸
Nefritis lúpica de clase III o IV en la biopsia renal según la clasificación ISN/RPS 2003 ⁸	
Anticuerpos antifosfolípidos	Anticuerpos anticardiolipina (IgA, IgG o IgM) con título medio o alto (>40 unidades de fosfolípidos A (APL), G (GPL) o M (MPL) o $>$ percentil 99) o anticuerpos anti- $\beta 2\text{GP1}$ positivos (IgA, IgG o IgM) o anticoagulante lúpico positivo.
C3 bajo o C4 bajo	C3 O C4 por debajo del límite inferior de lo normal
C3 bajo y C4 bajo	Tanto C3 como C4 están por debajo de sus límites inferiores de lo normal
Anticuerpos anti-DNA de doble cadena o anticuerpos anti-Smith (Sm).	Anticuerpos anti-ADN de doble cadena en un inmunoensayo con una especificidad demostrada $\geq 90\%$ para LES contra controles de enfermedad relevantes o anticuerpos anti-Sm

Cuadro 2. Dominios y criterios para la clasificación de Lupus eritematoso sistémico (LES) ⁷	
Criterio de entrada Anticuerpos antinucleares (ANA) con título ≥1:80 en células HEp-2 o una prueba positiva equivalente	
↓	
Si está ausente no clasifique como LES Si está presente aplique los criterios aditivos	
↓	
Criterios aditivos No cuente como criterio si existe una explicación más probable que LES Si ocurre un criterio al menos en una ocasión es suficiente La clasificación de LES requiere cuando menos un criterio clínico y ≥10 puntos Los criterios no necesitan ocurrir simultáneamente En cada dominio, el criterio de mayor puntuación es el que cuenta para calcular el puntaje total	
Dominio clínico y criterios	Valor
Constitucional Fiebre	2
Hematológico Leucopenia Trombocitopenia Hemólisis autoinmune	3 4 4
Neuropsiquiátrico Delirio Psicosis Convulsiones	2 3 5
Mucocutáneo Alopecia no cicatrizante Úlceras orales Lupus cutáneo subagudo o discoide Lupus cutáneo agudo	2 2 4 6
Serosas Derrame pericárdico o pleural Pericarditis aguda	5 6
Musculoesquelético Compromiso articular	6
Renal Proteinuria >0.5 g/24 horas Biopsia renal clase II o V de la nefritis lúpica Biopsia renal clase III o IV de la nefritis lúpica	4 8 10
Dominio inmunológico y criterios	Valor
Anticuerpos antifosfolípidos Anticuerpos anticardiolipinas o anticuerpos anti-B2GP1 o anticoagulante lúpico	2
Proteínas del complemento C3 bajo o C4 bajo C3 bajo y C4 bajo	3 4
Anticuerpos específicos para LES Anticuerpos anti-DNA de doble cadena o anticuerpos anti-Smith	6
Puntaje total	
↓	
Clasificar como Lupus Eritematoso Sistémico con un puntaje de 10 o mayor y si se cumplió con el criterio de entrada	

Cuadro 3. Índice de actividad del Lupus Eritematoso Sistémico SLEDAI-2K ¹¹		
Puntos	Datos	Definición
8	Convulsiones	De reciente inicio. Excluir causa metabólica, infecciosa o drogas
8	Psicosis	Capacidad alterada de funcionar en actividad normal debido a la perturbación severa en la percepción de la realidad. Incluye alucinaciones, incoherencia, marcada pérdida de asociaciones, contenido de pensamiento empobrecido, marcado pensamiento ilógico, extraño, desorganizado o comportamiento catatónico. Excluidos uremia y causado por drogas.
8	Síndrome orgánico cerebral	Función mental alterada con orientación deteriorada, memoria u otra función de inteligencia, con un rápido inicio de características clínicas fluctuantes. Incluye obnubilación de la conciencia con disminución de la capacidad para enfocar y la incapacidad para mantener la atención al medio ambiente además de al menos dos de los siguientes datos: alteraciones de la percepción, discurso incoherente, insomnio o somnolencia durante el día, o el aumento o disminución de la actividad psicomotora. Excluir causas metabólicas, infecciosas o por drogas.
8	Alteraciones visuales	Cambios retinianos del LES. Incluye cuerpos citoides, hemorragias retinianas, exudados importantes hemorragias en la coroides, o neuritis óptica. Excluir la hipertensión, infección o drogas.
8	Nervios craneales	Compromiso neuropático de pares craneales sensorial o motor de reciente comienzo.
8	Cefalea lúpica	Cefalea persistente severa, puede ser migrañosa, pero que no responde a analgésicos narcóticos.
8	Accidente vascular cerebral	Accidente(s) cerebrovascular nuevo. Excluir arteriosclerosis.
8	Vasculitis	Ulceración, gangrena, nódulos sensibles en dedos, infarto, hemorragias en astilla, o una biopsia o angiograma de vasculitis.
4	Artritis	Más de 2 articulaciones con dolor y signos de inflamación (es decir, hipersensibilidad, inflamación o supuración).
4	Miositis	Dolor/debilidad en músculos proximales, asociado a creatinfosfoquinasa elevada/aldolasa o cambios en el electromiograma o una biopsia que muestre miositis.
4	Cilindros urinarios	Cilindros hemáticos, hemo-granulares o rojos.
4	Hematuria	> 5 glóbulos rojos/campo de alto poder. Excluir cálculos, infección u otras causas.
4	Proteinuria	> 0.5 g/24 horas. De reciente aparición o aumento de más de 0.5 g/24 horas.
4	Piuria	> 5 glóbulos blancos/campo de alto poder. Excluir infección.
2	Erupción nueva	De reciente aparición o recurrencia de tipo inflamatorio.
2	Alopecia	De reciente aparición o recurrencia anormal, en parches o difusa del cabello.
2	Úlceras mucosas	De reciente aparición o recurrencia oral o nasal.
2	Pleuresía	Dolor torácico pleurítico con frote pleural, derrame o engrosamiento pleural.
2	Pericarditis	Dolor pericárdico con al menos uno de los siguientes datos: frote, derrame, o confirmación por electrocardiograma.
2	Disminución del complemento	Disminución de CH50, C3, C4 o por debajo del límite inferior de la normalidad para las pruebas de laboratorio.
2	Anti DNA	>25% mediante prueba de Farr o por encima del rango normal para las pruebas de laboratorio.
1	Fiebre	> 38°C. Excluir causa infecciosa.
1	Trombocitopenia	<100.000 plaquetas/μL Excluir efecto de drogas.
1	Leucopenia	<3,000 glóbulos blancos/μL. Excluir efecto de drogas.
	PUNTUACIÓN TOTAL	Suma de los puntos de los datos identificados

Cuadro 4. Causas de admisión hospitalaria de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	
Autor/país/año de la publicación/ año de los datos/tamaño de muestra	Causas de admisión
Pacheco y cols. ¹⁵ Chile 2001 Datos de 1998 a 1999 28 casos	• Enfermedad de reciente inicio 44% • Reactivación de la enfermedad 24.3% • Complicaciones de LES 17.1% • Necesidad de un procedimiento quirúrgico 9.7% • Reevaluación del tratamiento 4.9%
Lee y cols. ¹⁶ Canadá 2013 Datos de 2006 a 2009 96 casos	• Actividad lúpica 17.5% • Infección bacterial 16.2% • Embarazo y labor 9% • Reacción adversa por medicamentos 8.1% • Síndrome coronario agudo 2.6% • Tromboembolia venosa 1.9%
Busch y cols. ¹⁷ Dinamarca 2018 Datos de 2007 a 2012 155 casos	• Infección 45% • Complicaciones de LES o del tratamiento 41% • Complicaciones quirúrgicas 41% • Actividad lúpica 35% • Complicaciones médicas 26%
Levy y cols. ¹⁸ Israel 2018 Datos 2012 a 2016 61 casos	• Actividad lúpica 17.5% • Infección 16.2% • Embarazo y labor 9% • Reacción adversa a drogas 8.1% • Síndrome coronario agudo 2.6% • Tromboembolismo venoso 1.9%
Liang y cols. ¹⁹ China 2019 Datos de 2000 a 2017 526 casos	• Actividad lúpica 50.6% • Infecciones 36.1% • Morbilidades del embarazo 6.9% • Evento adverso vascular cardíaco/cerebral 3.8% • Insuficiencia renal 3.1% • Cáncer 2.1% • Reacción adversa a drogas 1.1% • Misceláneos 7.1%
Dhital y cols. ²⁰ Estados Unidos de Norteamérica 2020 Datos de 2016 174,235 hospitalizaciones	• Infección 15.80% • Manifestaciones cardíacas 7.03% • Actividad lúpica 5.85% • Enfermedades renales 4.91% • Desordenes gastrointestinales 3.14% • Complicaciones pulmonares 2.31% • Evento cerebrovascular 1.56% • Tromboembolismo venoso 1.51%
Aldarmaki y cols. ²¹ Emiratos Árabes Unidos 2021 Datos de 2016 a 2018 91 casos	• Actividad lúpica 24 a 32% • Embarazo 29% • Admisiones por complicaciones médicas, quirúrgicas o ginecológicas 26% • Infección 20% • Eventos adversos por drogas 1%
Perrotta y cols. ²² Argentina 2021 Datos de 2014 a 2017 72 casos	• Actividad lúpica 52.4% • Infecciones 26.8% • Enfermedad cardiovascular 4.96% • Embarazo 3.04% • Infusión de drogas 2.42% • Tromboembolismo venoso 2.42% • Enfermedad psiquiátrica 1.21%
García-Cañas y cols. ²³ San Luis Potosí, México 2024 Datos de 2019 a 2020 202 casos	• Actividad lúpica 60.7% • Infección 22.5% • Toxicidad por drogas 5.6% • Morbilidad obstétrica 3.4% • Otras causas 7.8%

Para establecer el puntaje de la escala y elaborar el diagnóstico los síntomas solo deben contar cuando no existe una explicación alternativa más probable. El diagnóstico denota esencialmente mayor sensibilidad, se trata de una herramienta siempre provisional mientras que la clasificación por puntos tiene mayor especificidad y es confirmatoria de LES en el paciente. La recomendación de los expertos es anteponer siempre el diagnóstico para iniciar el manejo adecuado. Así, en un paciente no diagnosticado generalmente no se debe iniciar el manejo farmacológico.⁹ El tema de la terapéutica con drogas no se aborda en la presente revisión porque no fue el motivo principal de la investigación.

Evaluación de la actividad de LES

Para valorar la actividad clínica e inmunológica de LES se utiliza la escala “*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*” (SLEDAI, por sus siglas en inglés). La escala SLEDAI originalmente fue publicada por Bencivelli y cols. en 1992.¹⁰ Posteriormente Gladman y cols.¹¹ publicaron una revisión corregida y mejorada de la escala SLEDAI en 2002 a la que denominaron “*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000*” (SLEDAI-2K por sus siglas en inglés) que incluye las siguientes categorías en base al puntaje: no actividad (0), mínima actividad (1 a 5), moderada actividad (6 a 10), elevada actividad (11 a 19) y muy elevada actividad (20 puntos o más)¹² (**Cuadro 3**). Además de la interpretación diagnóstica el índice SLEDAI-2K aporta los criterios para establecer una terapéutica a partir del puntaje acumulado.^{11,12}

CAUSAS DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

Las hospitalizaciones son frecuentes en los pacientes con LES. Representan el grupo más importante de enfermos con un padecimiento reumatológico que ingresan al hospital. La actividad del LES y las infecciones suelen figurar como las principales causas de admisión hospitalaria. Otras causas como las enfermedades cardiovasculares, complicaciones relacionadas con el embarazo, la nefropatía lúpica (incluida la necesidad de una biopsia renal), los eventos tromboembólicos, las reacciones adversas a los medicamentos del tratamiento y las neoplasias emergentes también aparecen en algunos estudios.^{13,14}

Las causas de hospitalización tienen una frecuencia variable porque los investigadores han analizado diferentes fuentes de datos, indistintos lapsos de tiempo, ubicaciones geográficas, etnias y condiciones socioeconómicas de los pacientes. En el **cuadro 4** se muestran los datos crudos de las principales causas de admisión hospitalaria de pacien-

tes con LES del año 2001 al 2024. Solo se han incluido algunos de los reportes de la literatura internacional y de México porque son los más ilustrativos.¹⁵⁻²³

Destaca el reporte de García-Cañas y cols.,²³ se trata de un estudio de casos y controles que incluyó 202 pacientes con LES atendidos en un hospital de San Luis Potosí, México en el periodo de enero del año 2019 a octubre del 2020. Los autores encontraron que las principales causas de hospitalización fueron actividad lúpica 60.7%, infección 22.5%, toxicidad por drogas 5.6%, morbilidad obstétrica 3.4% y otras causas 7.8%.

Cuando se revisaron los datos crudos de la frecuencia con la que se reportaron las causas de admisión al hospital en las investigaciones de los nueve autores citados en el **cuadro 4**¹⁵⁻²³ se encontró la siguiente distribución: primera causa actividad de LES (9 menciones), segunda causa infecciones bacterianas (8 menciones), tercera causa embarazo y labor (6 menciones) y reacciones adversas a medicamentos (6 menciones), cuarta causa tromboembolismo venoso (4 menciones) y evento cerebrovascular (4 menciones) y quinta causa complicaciones médicas diferentes a las del curso de LES (2 menciones), necesidad de cirugía (2 menciones), complicaciones de LES (2 menciones) y síndrome coronario agudo (2 menciones). Otras causas con una sola mención fueron LES de reciente inicio, revaloración del tratamiento, nefropatía crónica, insuficiencia renal, cáncer, enfermedades gastrointestinales, enfermedades pulmonares y patología psiquiátrica. (**Fig. 1**).

ESTANCIA EN HOSPITAL

En la **figura 2** se muestran las medias del tiempo de estancia en hospital de pacientes con LES que se han reportado en investigaciones afines al tema.^{4,15-22}

Como se puede observar, los reportes van del año 2001 hasta 2022 e incluyen datos de diversos países del mundo con un número heterogéneo de pacientes con LES. Las fuentes de análisis también son diversas. La media de todos los reportes es 9.95% días (rango 5.6 a 18.5). En México Mendoza-Pinto y cols.⁴ encontraron que la media de la estancia hospitalaria fue 9.1±0.8 días.

ADMISIÓN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

En el **cuadro 5** se muestran las tasas de admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de los pacientes con LES a partir de los resultados reportados en las series de diferentes países del año 2013 al 2024. La media general es 8.92% (rango 1.93 a 14.05).

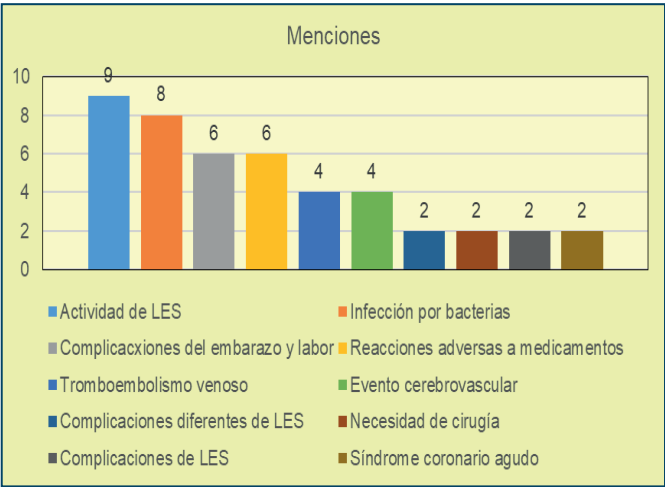


Figura 1. Frecuencia de las principales causas de admisión al hospital en reportes de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.¹⁵⁻²³

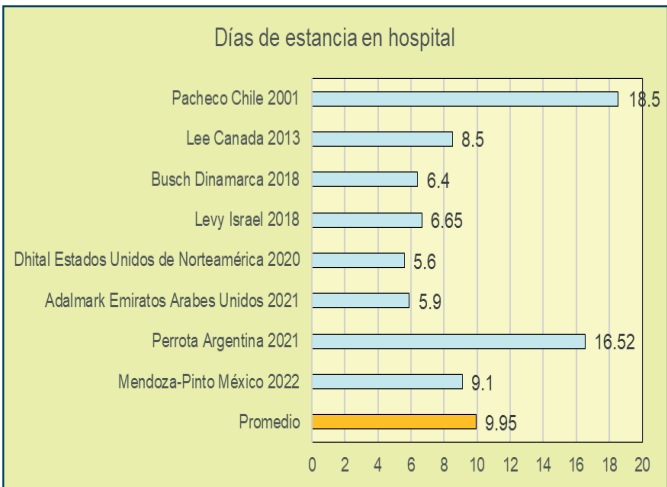


Figura 2. Medias de los días de estancia en hospital reportadas en diferentes series de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.^{4,15-22}

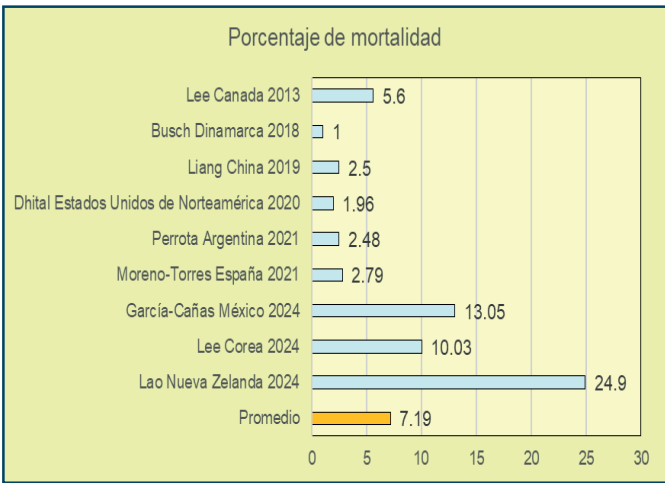


Figura 3. Mortalidad en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.^{16,17,19,20,22-26}

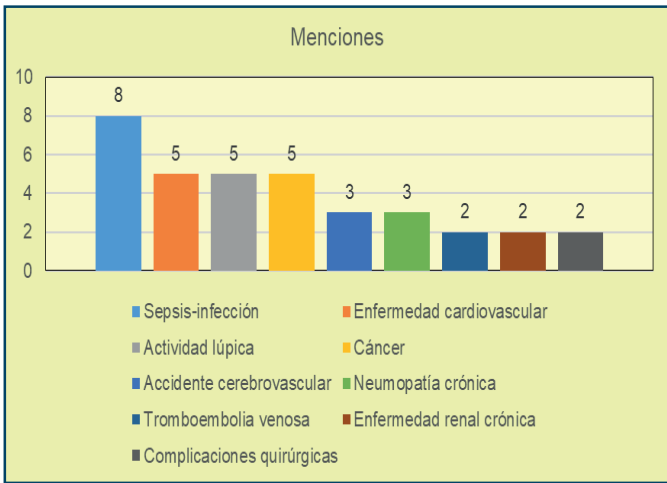


Figura 4. Frecuencia de las principales causas de muerte en reportes de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.^{16,17,19,20,22-26}

MORTALIDAD

En la **figura 3** se muestran las tasas de mortalidad en pacientes con LES reportadas en diferentes series del año 2013 al 2024.^{16,17,19,20,22-26} Las investigaciones corresponden a diferentes países, la media es 7.19% (rango 1 a 24.9). En la casuística de 202 pacientes con LES atendidos en un hospital de San Luis Potosí, México estudiada por García-Cañas y cols.,²³ la mortalidad fue 13.05% (n=28). En la Tabla 6 se muestran en detalle los datos crudos de las causas de mortalidad de las mismas investigaciones.^{16,17,19,20,22-26}

En la **figura 4** se muestran las principales causas de muerte una vez analizados los datos crudos contenidos en el **cuadro 6**.^{16,17,19,20,22-26} Se encontró la siguiente distribución: primera causa sepsis e infección (8 menciones), segunda causa enfermedad cardiovascular, actividad lúpica y cáncer (5 menciones), tercera causa accidente cerebrovascular y neumopatía crónica (3 menciones), cuarta causa tromboembolia venosa, enfermedad renal crónica y complicaciones quirúrgicas (2 menciones).

Cuadro 5. Tasas de admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

Autor/país/año de la publicación/ año de los datos/tamaño de muestra	Porcentaje de admisión a la UCI (n)
Lee y cols. ¹⁶ Canadá 2013 Datos de 2006 a 2009 96 casos	13.8% (n=22)
Busch y cols. ¹⁷ Dinamarca 2018 Datos de 2007 a 2012 155 casos	1.93% (n=3)
Levy y cols. ¹⁸ Israel 2018 Datos 2012 a 2016 61 casos	4.35% (n=6)
Aldarmaki y cols. ²¹ Emiratos Árabes Unidos 2021 Datos de 2016 a 2018 91 casos	7.1% (n=7)
Perrotta y cols. ²² Argentina 2021 Datos de 2014 a 2017 72 casos	14.05% (n=17)
García-Cañas y cols. ²³ San Luis Potosí, México 2024 Datos 2019-2020 202 casos	12.4% (n=25)
Promedio	8.92%

FACTORES ASOCIADOS

El **cuadro 7** muestra los factores asociados a mortalidad y factores de riesgo para hospitalización y estancia prolongada en hospital que se han reportado en investigaciones internacionales del año 2003 al 2024.^{13,14,17,19,21,27} Como se puede observar los datos con significancia estadística de los factores asociados son muy variados, no existe un consenso.

COMENTARIO

La lectura y comprensión de la información contenida en la revisión aportan los datos suficientes para contestar a los siguientes cuestionamientos básicos.

1. Datos relevantes en la historia del LES

- Herbennus de Tours aplicó el término Lupus a una enfermedad de la piel en el año 916 DC. El dermatólogo francés Cazenave mencionó por primera vez el término "*Lupus érythémateux*" en un documento impreso que se publicó en "La Lancette Francaise" el 27 de julio de 1850.¹

2. Incidencia y prevalencia de LES

- Se ha reportado un amplio rango: 1 a 207 pacientes por cada 100,000 habitantes con predominio de 6 a 8 veces en mujeres que los hombres. Algunas zonas geoeconómicas y etnias tienen las mayores tasas de incidencia y prevalencia con un incremento de la morbilidad y mortalidad.

3. Abordaje de un paciente con probable LES

- El primer paso es estar familiarizado con los criterios que se utilizan para el diagnóstico y la clasificación de LES. El segundo paso es aplicar una escala diagnóstica en todos los casos, ambas etapas utilizando las bases establecidas por *European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology*.⁷ Una prueba positiva de ANA con título $\geq 1:80$ en células HEp-2 o una prueba positiva equivalente es totalmente necesaria para aplicar la calificación. El tercer paso es evaluar la actividad de LES con la escala SLEDAI-2K¹¹ para dar inicio al manejo farmacológico dirigido. El tema de la terapéutica con drogas no se aborda en la presente revisión porque no fue el motivo principal de la investigación.

4. Causas más frecuentes de admisión al hospital

- Primera causa; actividad de LES (9 menciones), segunda causa; infecciones bacterianas (8 menciones), tercera causa; embarazo y labor (6 menciones) y reacciones adversas a medicamentos (6 menciones), cuarta causa; tromboembolismo venoso (4 menciones) y evento cerebrovascular (4 menciones) y quinta causa; complicaciones médicas diferentes a las del curso de LES (2 menciones), necesidad de cirugía (2 menciones), complicaciones de LES (2 menciones) y síndrome coronario agudo (2 menciones). Otras causas con una sola mención fueron LES de reciente inicio, revaloración del tratamiento, nefropatía crónica, insuficiencia renal, cáncer, enfermedades gastrointestinales, enfermedades pulmonares y patología psiquiátrica.

5. Duración de la estancia en el hospital

- La media de todas las series es 9.95 días (rango 5.6 a 18.5).

Cuadro 6. Tasas y principales causas de mortalidad de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES)		
Autor/país/año/datos/muestra	Mortalidad	
	Tasas	Causas
Lee y cols. ¹⁶ Canadá 2013 Datos de 2006 a 2009 96 casos	5.6% n=6	Sepsis n=3 Cáncer n=1 Resección quirúrgica n=1 Neumopatía intersticial n=1
Busch y cols. ¹⁷ Dinamarca 2018 Datos de 2007 a 2012 155 casos	1% n=4	Neumonía n=1 Úlcera gástrica perforada n=1 Leucemia mieloide aguda n=1 Embolismo pulmonar n=1
Liang y cols. ¹⁹ China 2019 Datos de 2000 a 2017 526 casos	2.5% n=11	Infección n=8 Encefalopatía lúpica n=2 Insuficiencia renal aguda n=1
Dhital y cols. ²⁰ Estados Unidos de Norteamérica 2020 Datos nacionales de 2016 174,235 hospitalizaciones	1.96% n=3,405	Infección 38.18% n=1300 Enfermedades cardíacas 12.04% n=410 Enfermedades pulmonares 7.34% n=250 Evento cerebrovascular 4.55% n=155 Manifestaciones renales 2.94% n=100
Perrotta y cols. ²² Argentina 2021 Datos de 2014 a 20 72 pacientes	2.48% n=3	Sepsis n=1 Complicación obstétrica n=1 Choque cardiogénico n=1
Moreno-Torres y cols. ²⁴ España 2021 Datos nacionales de 1997 a 2015 99,859 admisiones de 43,432 pacientes	6.41% n=2786	Infecciones 18.7% n=522 Enfermedad cardiovascular 18.5% n=515 Actividad lúpica 13% n=363 Cáncer 11.7% n=327 Tromboembolismo venoso 1.44% n=40
García-Cañas y cols. ²³ San Luis Potosí México 2024 Datos de 2019 a 2020 202 casos	13.5% n=28	Datos no mostrados
Lee YH y col. ²⁵ Seúl, Corea 2024 Datos de 1999 a 2023 Meta-análisis de 29 estudios con 72,342 pacientes	10.03% n=7255	Infección 4.98% n=361 Enfermedades renales 4.68% n=339 Enfermedad cardíaca 2.28% n=165 Enfermedad cardiovascular 2.25% n=163 Accidente cerebrovascular 1.55% n=112 Cáncer 1.16% n=84
Lao C y cols. ²⁶ Nueva Zelanda 2024 Datos nacionales de 2005 a 2021 2802 pacientes	24.94% n=699	Actividad de LES 7.46% n=209 Enfermedad cardiovascular/ accidente cerebrovascular 5.71% n=160 Cáncer 4.78% n=134 Enfermedad respiratoria 1.68% n=47 Otras enfermedades reumatológicas 0.71% n=20 Infecciones 0.57% n=16 Falla renal 0.36% n=10 Otras 3.67% n=103
Promedio	7.19%	

Cuadro 7. Factores asociados en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.	
Autor/país/año/datos/muestra	Factores asociados
Edwards y cols. ¹³ Singapur 2003 Datos del 2000 1698 casos	Factores asociados a mortalidad Ingresos múltiples previos OR=12.4, p <0.01 Presencia de infección OR=7.3, p <0.01 Edad en jóvenes, incremento del OR=0.93 por cada año que se cumple, p=0.03
Teh y cols. ¹⁴ Malasia 2008 Datos de 2006 125 hospitalizaciones/79 pacientes	Factores asociados a mortalidad Puntuación alta del Índice de daño orgánico calculado con la escala "Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology" (SLICC/ACR) 28 OR=9.61, p <0.05 por cada punto de incremento en la escala.
Busch y cols. ¹⁷ Dinamarca 2018 Datos de 2007 a 2012 155 casos	Factor de riesgo para estancia prolongada en hospital (≥7 días) Actividad lúpica elevada medida con SLEDAI-2K OR=1.08, IC 95% 1.00–1.17, p=0.038 Hipoalbuminemia OR=1.03, p=0.04
Liang y cols. ¹⁹ China 2019 Datos de 2000 a 2017 526 casos	Factores de riesgo asociados con frecuencia de hospitalización Duración de LES OR=1.012, IC 95% 1.009–1.015, p <0.001 Hipoalbuminemia OR=1.234, IC 95% 1.001–1.519, p <0.049 Tasa de filtración glomerular estimada reducida OR=1.520, IC 95% 1.178–1.964, p <0.001 Índice de daño orgánico (SLICC/ACR) 28 elevado OR=1.143, IC 95% 1.034–1.265, p <0.009
Aldarmaki y cols. ²¹ Emiratos Árabes Unidos 2021 Datos de 2016 a 2018 91 casos	Factores de riesgo para estancia prolongada en hospital Nefritis lúpica OR=2.054, p=0.04 Número de consultas con especialistas OR=7.392, p=0.001 Admisión a la UCI OR=2.844, p=0.005 Complicaciones durante la admisión OR=3.186, p=0.002 Inicio de nuevos medicamentos OR=2.391, p=0.02
Assunção y cols. ²⁷ Portugal 2022 Datos de 2009 al 2020 398 casos	Factores predictores para hospitalización por cualquier causa Género masculino OR=1.60, IC 95% 1.08–2.36, p=0.020 Edad >50 años OR=1.62, IC 95% 1.20–2.20, p=0.002 Anticuerpos antifosfolípidos positivos OR=1.56, IC 95% 1.14–2.13, p=0.006 Escala SLEDAI-2K >5 puntos OR=1.06, IC 95% 1.01–1.12, p=0.030 Índice de daño orgánico (SLICC/ACR) 28 OR=1.68, IC 95% 1.24–2.29, p=0.001 Dosis diaria de prednisona >7.5 mg/día (vs ≤7.5) OR=1.03, IC 95% 1.01–1.04, p <0.001
García-Cañas y cols. ²³ San Luis Potosí, México 2024 Datos de 2019 a 2020 202 casos	Factores asociados con mortalidad INR prolongado OR=84.26, IC 95% 2.94 – 8 28.15, p=0.019 Días de estancia en la UCI OR=2.18, IC 95% 1.24-5.41, p=0.020 Uso de norepinefrina OR=144.47, IC 95% 9.26 – 1139.5, p=0.003 Factores de riesgo para hospitalización Creatinina sérica elevada OR=2.96, IC 95% 1.40-8.86, p=0.018 Proteína C-reactiva OR=1.16, IC 95% 0.99-1.36, p=0.046 Neutrófilos elevados OR=1.58, IC 95% 1.13-2.39, p=0.013 Síntomas constitucionales OR=9.19, IC 95% 1.24-105.22, p=0.04 Actividad hematológica OR=34.5, IC 95% 3.82-517.49, p=0.003 Actividad renal OR=16.05, IC 95% 2.66-133.42, p=0.004
Lao C y cols. ²⁶ Nueva Zelanda 2024 Datos nacionales de 2005 a 2021 2802 pacientes	Factores de riesgo para mortalidad Edad <20 años OR=12.96, IC 95% 3.83-43.92, p <0.001 Edad 20 a 29 años OR=8.64, IC 95% 3.53-21.15, p <0.001 Edad 30 a 39 años OR=2.64, IC 95% 1.32-5.28, p=0.006 Edad 40 a 49 años OR=2.82, IC 95% 1.50-5.29, p=0.001 Edad 50 a 59 años OR=2.43, IC 95% 1.40-4.21, p=0.002 Etnia Māori OR=1.72, IC 95% 1.10-2.67, p=0.016

6. Tasa de admisión a la UCI

- La media general es 8.92% (rango 1.93 a 14.05).

7. Tasa de mortalidad

- La media es 7.19% (rango 1 a 24.94).

8. Causas de mortalidad

- Primera causa sepsis e infección (8 menciones), segunda causa enfermedad cardiovascular, actividad lúpica y cáncer (5 menciones), tercera causa accidente cerebrovascular y neopomatía crónica (3 menciones) y cuarta causa tromboembolia venosa, enfermedad renal crónica y complicaciones quirúrgicas (2 menciones).

9. Factores asociados

- Los investigadores han estudiado los factores asociados a la mortalidad y los factores de riesgo para hospitalización y estancia prolongada en hospital. Los datos son muy variados, no existe un consenso.

CONCLUSIÓN

La etiopatogenia, fisiopatología y manifestaciones clínicas de LES son complejas. Las investigaciones clínicas son muy variadas y sus resultados son orientadores, pero no definitivos. La interpretación de los datos contenidos en los reportes internacionales y nacionales presenta un grado mayúsculo de dificultad para la comunidad médica que se interesa en el tema para mejorar la atención de sus pacientes con LES. La revisión narrativa que se ha presentado puede facilitar el abordaje del tema clínico.

CONFLICTO DE INTERESES: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN: los autores declaran no haber recibido financiación del sector público ni privado.

REFERENCIAS

- Felten R, Lipsker D, Sibilia J, Chasset F, Arnaud L. The history of lupus throughout the ages. *J Am Acad Dermatol*. 2022;87(6):1361-1369. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.04.150.
- Narváez J. Lupus eritematoso sistémico 2020. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(11):494-501. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.05.009
- Tian J, Zhang D, Yao X, Huang Y, Lu Q. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(3):351-356. DOI: 10.1136/ard-2022-223035.
- Mendoza-Pinto C, Etchegaray-Morales I, Munguía-Realpozo P, Solís-Poblano JC, Méndez-Martínez S, Osorio-Peña AD, et al. Trends in all-cause hospitalizations for systemic lupus erythematosus in Mexico, 2000–2019. *Lupus*. 2022;31(13):1679–1684. DOI: 10.1177/09612033221128745
- Bertsias GK, Pamfil C, Fanouriakis A, Boumpas DT. Diagnostic criteria for systemic lupus erythematosus: has the time come? *Nat Rev Rheumatol*. 2013;9(11):687-694. DOI: 10.1038/nrrheum.2013.103.
- Fanouriakis A, Tziolos N, Bertsias G, Boumpas DT. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2021;80:14-25. DOI: 10.1136/annrheumdis-2020-218272
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Golman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400–1412. DOI: 10.1002/art.40930.
- Weening JJ, D'Agati VD, Schwartz MM, Seshan SV, Alpers CE, Appel GB, et al. International Society of Nephrology Working Group on the Classification of Lupus Nephritis; Renal Pathology Society Working Group on the Classification of Lupus Nephritis. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *Kidney Int*. 2004;65(2):521-530. DOI: 10.1111/j.1523-1755.2004.00443.x Fé de erratas en: *Kidney Int*. 2004;65(3):1132. PMID: 14717922. Disponible en: <https://www.kidneyinternational.org/action/showPdf?pii=S0085-2538%2815%2949734-0>
- Aringer M, Johnson SR. Classifying and diagnosing systemic lupus erythematosus in the 21st century. *Rheumatology*. 2020;59:v4–v11. DOI: 10.1093/rheumatology/keaa379
- Bencivelli VC, Isenberg DA, Smolen JS, Snaith ML, Sciuto M, Neri R, et al. Disease activity in systemic lupus erythematosus: report of the Consensus Study Group of the European Workshop for Rheumatology Research. III. Development of a computerized clinical chart and its application to the comparison of different indices of disease activity. The European Consensus Study Group for Disease Activity in SLE. *Clin Exp Rheumatol*. 1992;10(5):549-554. PMID: 1458711. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/1458710>
- Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol*. 2002;29(2):288-291. PMID: 11838846. Disponible en: <https://www.jrheum.org/content/jrheum/29/2/288.full.pdf>
- Calculators (2024). Disponible en: <https://www.cuba.dialogoroche.com/es/home/assets-for-you/tools-and-assets/calculators/rheumatology/sledai.html>
- Edwards CJ, Lian TY, Badsha H, Teh CL, Arden N, Chng HH. Hospitalization of individuals with systemic lupus erythematosus: characteristics and predictors of outcome. *Lupus*. 2003;12(9):672-676. DOI: 10.1191/0961203303lu4520a
- Teh CL, Chan GYL, Lee J. Systemic lupus erythematosus in a tertiary, east Malaysian hospital: admission, readmission and death. *Int J Rheum Dis*. 2008;11(1):24-29. DOI: 10.1111/j.1756-185X.2008.00325.x
- Pacheco D, Alvarez ME, Vizcarra G, Fuentealba C, Marinovic MA, Ballesteros F. Características de la hospitalización reumatológica en un hospital de nivel terciario. *Rev Med Chil*. 2001;129(6):653-659. DOI: 10.4067/S0034-98872001000600009
- Lee J, Dhillon N, Pope J. All-cause hospitalizations in systemic lupus erythematosus from a large Canadian referral centre. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(5):905-909. DOI: 10.1093/rheumatology/kes391
- Busch RW, Kay SD, Voss A. Hospitalizations among Danish SLE patients: a prospective study on incidence, causes of admission and risk factors in a population-based cohort. *Lupus*. 2018;27(1):165-171. DOI: 10.1177/0961203317734919
- Levy O, Markov A, Drob Y, Maslakov I, Tishler M, Amit-Vazina M. All-cause hospitalizations in systemic lupus erythematosus from a

- single medical center in Israel. *Rheumatol Int.* 2018;38(10):1841-1846. DOI: 10.1007/s00296-018-4147-5
19. Liang H, Pan HF, Tao JH, Ye DQ. Causes and factors associated with frequent hospitalization in chinese patients with systemic lupus erythematosus: An ambispective cohort study. *Med Sci Monit.* 2019;25:8061-8068. DOI: 10.12659/MSM.919381
 20. Dhital R, Pandey RK, Poudel DR, Oladunjoye O, Paudel P, Karmacharya P. All-cause hospitalizations and mortality in systemic lupus erythematosus in the US: results from a national inpatient database. *Rheumatol Int.* 2020;40:393-397. DOI: 10.1007/s00296-019-04484-5
 21. Aldarmaki R, Khogali HI, Dhanhani AMA. Hospitalization in patients with systemic lupus erythematosus at Tawam Hospital, United Arab Emirates (UAE): Rates, causes, and factors associated with length of stay. *Lupus.* 2021;30(5):845-851. DOI: 10.1177/0961203321990086
 22. Perrotta N, López Meiller MJ, Malah V, Dubinsky D. Causas de internación en pacientes con lupus eritematoso sistémico en un hospital universitario de Buenos Aires. *Reumatol Clin.* 2021;17(8):471-474. DOI: 10.1016/j.reuma.2020.04.013
 23. García-Cañas IE, Cuevas-Orta E, Herrera-Van Oostdam DA, Abud-Mendoza C, LUNPOS Group. Risk factors for hospitalization in Mexican patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2024;33(8):892-898. DOI: 10.1177/09612033241249791
 24. Moreno-Torres V, Tarín C, Ruiz-Irastorza G, Castejón R, Gutiérrez-Rojas Á, Royuela A, et al. Trends in hospital admissions and death causes in patients with Systemic Lupus Erythematosus: Spanish National Registry. *J. Clin. Med.* 2021;10: 5749. DOI: 10.3390/jcm10245749
 25. Lee YH, Song GG. Mortality in patients with systemic lupus erythematosus: A meta-analysis of overall and cause-specific effects. *Lupus.* 2024;33(9):929-937. DOI: 10.1177/09612033241257134.
 26. Lao C, White D, Rabindranath K, Van Dantzig P, Foxall D, Lawrenson R. Mortality and causes of death in systemic lupus erythematosus in New Zealand: a population-based study. *Rheumatology.* 2024, 63,1560-1567. DOI: 10.1093/rheumatology/kead427
 27. Assunção H, Rodrigues M, Prata AR, Luís M, da Silva JAP, Inês L. Predictors of hospitalization in patients with systemic lupus erythematosus: a 10-year cohort study. *Clin Rheumatol.* 2022;41(10):2977-2986. DOI: 10.1007/s10067-022-06251-7
 28. Gladman DD, Urowitz MB. The SLICC/ACR damage index: progress report and experience in the field. *Lupus.* 1999;8(8):632-637. DOI: 10.1191/ 09612 03996 80411 335