

Análisis de los principales motivos de consulta de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en los servicios de urgencias hospitalarios de un hospital de segundo nivel asistencial de la región de Murcia

Pablo Andújar Brazal^a, Eliseo Pascual Gómez^b, Eduardo Flores Fernández^a, Carlos Valera Ribera^a, Ignacio Vázquez Gómez^a, Elia Valls-Pascual^a, Àngels Martínez Ferrer^a, Desamparados Ybañez-García^a, Juan José Alegre-Sancho^a.

^a Hospital Universitario Doctor Peset, València. España.

^b Sección de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante. España. Cátedra de Medicina (Reumatología), Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

Correspondencia: Pablo Andújar Brazal. Hospital Universitario Doctor Peset. Avenida Gaspar Aguilar, 90, 46017, València

✉ pabloandujar.br@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Describir los principales motivos de consulta de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que precisan de asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de un hospital de segundo nivel asistencial de la Región de Murcia (Hospital General Universitario Morales Meseguer).

Método: Se han revisado los informes clínicos de alta del Servicio de Urgencias e informes clínicos de alta de hospitalización de pacientes con diagnóstico de LES durante el periodo 2007-2017 en el área de salud VI de la Región de Murcia. Se han utilizado como fuente de información las Historias Clínicas Electrónicas del programa informático SELENE.

Resultados: Se registraron 100 consultas en el Servicio de Urgencias durante el periodo de estudio efectuadas por un total de 18 pacientes. El 92 % de las mismas fueron realizadas por mujeres, con una media de edad de 48 años y un tiempo de evolución de la enfermedad superior a los 10 años en cerca de la mitad de los casos. Los principales motivos de consulta fueron dolor abdominal, seguido de dolor musculoesquelético,

dolor torácico y fiebre. El principal diagnóstico al alta fue el de infección del tracto urinario. En la mayoría de los casos se produjo el alta hospitalaria tras la consulta (80%), requiriéndose ingreso en el 19% de las mismas, no precisando ningún paciente ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Sólo se registró un fallecimiento. En los diagnósticos al alta de hospitalización se observó un predominio de patología infecciosa, siendo en un caso el diagnóstico de LES de novo el principal diagnóstico al alta.

Conclusiones: El perfil del paciente consultante en el Servicio de Urgencias es en nuestro estudio el de una mujer en la edad media de la vida, que puede consultar por una amplia constelación de síntomas y/o signos, muchos de ellos comunes a otras enfermedades, pero algunos otros más específicos de la enfermedad que es fundamental que el médico reconozca para no pasar por alto entidades que pueden implicar gravedad o ser el debut de la enfermedad.

Palabras clave: Lupus Eritematoso Sistémico, Motivos de Consulta, Servicios médicos de Urgencias.

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria de carácter autoinmune mediada por anticuerpos y depósito de inmunocomplejos, caracterizada por episodios de exacerbaciones y remisiones, que puede involucrar a la práctica totalidad de órganos y sistemas, y que genera un aumento de mortalidad respecto a la población general^(1,3,10).

El pronóstico de la enfermedad ha experimentado una evidente mejoría en las últimas décadas, resultado de los cambios

en los tratamientos disponibles y a un diagnóstico más precoz de la enfermedad^(3,7).

El espectro de manifestaciones clínicas de la enfermedad es muy amplio. Todas ellas pueden ser motivo de consulta en un Servicio de Urgencias Hospitalario^(1,2,6,8) y algunas de ellas pueden ser graves e, incluso, potencialmente mortales. Por tanto, conocer los motivos por el que pacientes con LES consultan en Urgencias puede ser útil para el médico que trabaja en este ámbito de la asistencia, puesto que un diagnóstico y

actuación precoces podrían mejorar los desenlaces clínicos en estos pacientes.

Una revisión de la bibliografía publicada sobre los motivos que llevan a pacientes con LES a consultar en los Servicios de Urgencias evidencia que se trata de un tema escasamente analizado. En nuestra revisión, sólo se han encontrado dos artículos que aborden de forma directa esta cuestión.

El primero de ellos, publicado por J. Rojas-Serrano et al. en el año 2000⁽²⁾, analizó una cohorte de 180 pacientes con LES que consultaron en un hospital de la ciudad de México entre los años 1996 y 1997. La mayoría de los pacientes consultantes fueron mujeres (91.1%), con una edad media de 32 (DE 11.3) años, siendo los principales motivos de consulta la fiebre, seguido de artralgias, dolor abdominal, síntomas de tracto respiratorio y dolor torácico. Cerca de las tres cuartas partes (72.8%) de los pacientes recibieron el alta, siendo las infecciones el principal diagnóstico al alta (26.7%), seguido de diagnósticos relacionados con actividad de la enfermedad (18.3%). En un 5% de los casos, el diagnóstico de LES de novo fue el diagnóstico principal. Los principales motivos de ingreso fueron: debut de LES, abdomen agudo, actividad de la enfermedad, trombosis venosa profunda, fiebre en paciente neutropénico y peritonitis bacteriana espontánea. Finalmente, los principales diagnósticos al alta tras el ingreso hospitalario fueron, de nuevo, procesos infecciosos (28.5%), seguidos de diagnósticos relacionados con

actividad de la enfermedad (12.2%) y debut de LES (12.2%). En el 10.2% de los casos se produjo la muerte del paciente durante el ingreso (causas: neumonía, tromboembolismo pulmonar, pancreatitis aguda, y hemorragia pulmonar).

El segundo artículo, publicado por Yi Chen et al.⁽⁴⁾ en 2011, describe las características de pacientes con diagnóstico de LES grave que consultaron en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario de China (Shanghai Renji Hospital) en el periodo 2007-2010. En este estudio, los motivos de consulta se agruparon según el sistema involucrado en 8 grupos (constitucional, musculoesquelético/mucocutáneo, cardiopulmonar, digestivo, sistema nervioso central, urinario, hematológico y miscelánea). Se registraron 131 visitas a Urgencias de 125 pacientes con LES. La causa más frecuente fue la fiebre (39.7%), seguida por complicaciones cardiopulmonares (35.9%), del sistema nervioso central (29.8%), digestivas (26%), musculoesqueléticas/mucocutáneas (16%), urinarias (6.9%), hematológicas (5.3%) y miscelánea (1.5%).

OBJETIVO:

El presente estudio tiene como objetivo analizar los motivos que llevan a pacientes con diagnóstico de LES a consultar en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Como objetivos secundarios se plantea la caracterización de estos pacientes, así como recoger los principales diagnósticos al alta tras la

Tabla 1: Variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESPECIFICACIÓN
SEXO	Sexo del paciente consultante.	Varón/mujer.
EDAD	Edad del paciente en el momento de su consulta.	
EDADES AGRUPADAS	Edad del paciente en el momento de su consulta agrupado por bloques de edad.	<20 años, 20-29 años, 30-39 años, 40-49 años, ≥50 años
EVOLUCIÓN	Años de evolución de la enfermedad en el momento de la consulta.	<3 meses, ≥3 meses y <1 año, ≥ 1 año y < 10 años, ≥ 10 años.
MOTIVOS DE CONSULTA	Motivos de consulta recogidos en informe de ingreso en el Servicio.	
DIAGNÓSTICO DE ALTA URGENCIAS	Diagnósticos emitidos en informe de alta del Servicio.	
DIAGNÓSTICOS DE ALTA URGENCIAS AGRUPADOS	Diagnósticos emitidos en informe de alta del Servicio agrupados por sistemas involucrados/manifestaciones clínicas.	Constitucionales, cutáneas, hematológicas, musculoesqueléticas, cardiocirculatorias, respiratorias, digestivas, neurológicas, nefrourológicas, ginecológicas, oftalmológicas, otras (ver tabla 2).
DIAGNÓSTICO AL ALTA TRAS INGRESO	Diagnósticos emitidos en informe de alta de Hospitalización (desagregados y agrupados).	

Tabla 2: Categorías sindrómicas empleadas para agrupar los diferentes diagnósticos recogidos en los informes de alta del Servicio de Urgencias e informes de alta de hospitalización, así como los diagnósticos englobados en cada una de ellas.

CATEGORÍAS SINDRÓMICAS	MANIFESTACIONES CLÍNICAS INCLUIDAS EN LA CATEGORÍA
CONSTITUCIONALES/ SISTÉMICAS	Astenia, anorexia, pérdida de peso y/o fiebre sin foco infeccioso aparente.
CUTÁNEAS (INCLUYE MUCOSAS)	Eritema/rash, alopecia, aftas, nódulos subcutáneos, celulitis, abscesos, telangiectasias, necrosis, lívedo, vasculitis, Raynaud.
HEMATOLÓGICAS	Anemia de trastorno crónico, anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, trombopenia, linfadenopatías, esplenomegalia, trombosis venosa y trombosis arterial.
MUSCULOESQUELÉTICAS	Artralgias y mialgias en cualquier localización, monoartritis, oligoartritis, poliartritis, osteonecrosis y patología osteoarticular traumática/degenerativa.
CARDIOCIRCULATORIAS	Dolor torácico, palpitaciones, síncope, pericarditis, miocarditis, endocarditis, insuficiencia aórtica/mitral, crisis hipertensiva, ángor, síndrome coronario agudo (SCASEST/SCACEST), insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias.
RESPIRATORIAS	Disnea, tos, hemoptisis, neumonía, pleuritis, derrame pleural, síndrome de distrés respiratorio agudo.
DIGESTIVAS	Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, obstrucción intestinal, ictericia, hemorragia digestiva alta/baja, cólico biliar, ascitis, pancreatitis, apendicitis aguda.
NEUROPSIQUIÁTRICAS	Cefalea, alteración del nivel de conciencia (síndrome confusional agudo), ictus, accidente isquémico transitorio (AIT), alteraciones cognitivas/demencia, convulsiones, manifestaciones psiquiátricas (psicosis, neurosis, alteraciones del estado de ánimo), meningitis, neuropatías.
NEFROROLÓGICAS	Hematuria, proteinuria, insuficiencia renal, infección del tracto urinario (incluye ITU/cistitis, uretritis, pielonefritis, prostatitis, epididimitis), glomerulonefritis, edemas (excluyendo los debidos a insuficiencia cardíaca e insuficiencia venosa crónica).
GINECOLÓGICAS	Hemorragias de origen ginecológico, abortos, preeclampsia-eclampsia.
OFTALMOLÓGICAS	Conjuntivitis, hemorragia subconjuntival, queratitis, úlcera corneal, aumento de presión intraocular/glaucoma, uveítis en cualquier localización, retinitis, neuritis.
OTRAS	Cualquier diagnóstico no incluido en epígrafes anteriores.

consulta en el Servicio de Urgencias y los diagnósticos al alta de aquellos casos que precisen hospitalización.

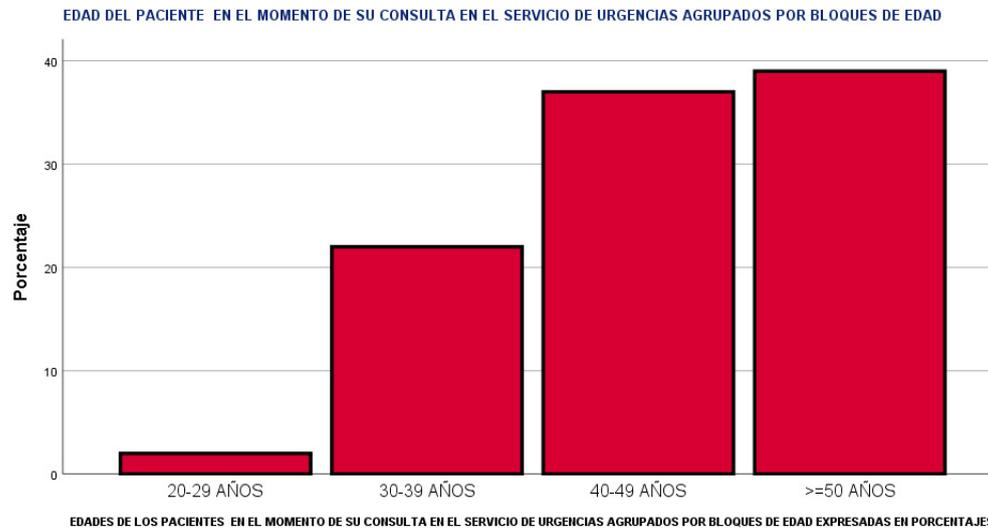
MATERIAL Y MÉTODOS:

Para el análisis del tema se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo, de base hospitalaria, basado en la revisión de Historias Clínicas Electrónicas y recogida de datos procedentes de los informes clínicos de alta del Servicio de Urgencias e informes clínicos de alta de hospitalización (en aquellos casos en los que se produjera ingreso hospitalario del paciente), de todos los pacientes pertenecientes al área de salud VI de la Región de Murcia, correspondiente a la Vega Media del Segura, que tuvieran diagnóstico de LES según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su novena y

décima edición (códigos CIE 710.0 y M32 respectivamente) y que consultaran en el Servicio de Urgencias del hospital del área (Hospital General Universitario Morales Meseguer, con una población de referencia de 254.879 habitantes) durante el periodo 2007-2017. La población a estudio fue proporcionada por la sección de Archivo y Documentación de dicho hospital tras aplicar el filtro de los diagnósticos solicitados.

Para la obtención de los datos, tras recibir la aprobación por el Comité de Ética de Investigación (CETI) del centro, se utilizó el programa informático SELENE para acceder a las Historias Clínicas Electrónicas y para el análisis estadístico se empleó el programa IBM-SPSS en su versión 25.

Las variables de estudio analizadas aparecen recogidas en las Tablas 1 y 2.

Figura 1: edades de los pacientes en el momento de la consulta en Urgencias**RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio (2007-2017), se registraron un total de cien consultas en el Servicio de Urgencias por parte de 18 pacientes con diagnóstico de LES, en su mayoría de sexo femenino (88,9%). El número medio de consultas registradas por paciente fue de 5 (DE 4,16) con un rango de 1-17 consultas por paciente. La edad media de los pacientes en el momento de la consulta fue de 48 años (DE 12,49). Por bloques etarios, la mayoría de los pacientes tenían una edad superior a los 40 años (Figura 1).

Respecto a los años de evolución del LES, y tal como se refleja en la Figura 2, casi la mitad de los pacientes tenían una enfermedad de 10 o más años de evolución. En 15 consultas no se pudo recoger este dato al no constar en la historia clínica el año de diagnóstico de la enfermedad.

Pasando al objetivo principal del presente estudio, se registraron un total de cuarenta motivos de consulta diferentes,

siendo los motivos “dolor abdominal” y “dolor musculoesquelético” los más registrados, seguidos de “dolor torácico”, “fiebre”, “palpitaciones”, “sangrado menstrual”, “traumatismo en diferentes localizaciones” y “síndrome miccional” (Figura 3).

El diagnóstico más frecuente en el alta de Urgencias fue el de “infección del tracto urinario”, seguido de “dolor torácico osteomuscular”, “cólico hepático”, y “fibrilación auricular”. Fue necesario el ingreso hospitalario en 19 consultas, y en un caso el desenlace fue de éxito, por enfermedad neoplásica terminal, en el propio Servicio (Figura 4). Respecto a los diagnósticos agrupados por sistemas, cabe resaltar que un 25% de los diagnósticos eran relativos al sistema musculoesquelético (Figura 5).

La mayor parte de los ingresos se debieron a causas infecciosas, que podrían estar en relación con los tratamientos empleados, cuyo registro no ha sido siempre posible desde los informes clínicos de alta de Urgencias y/u hospitalización

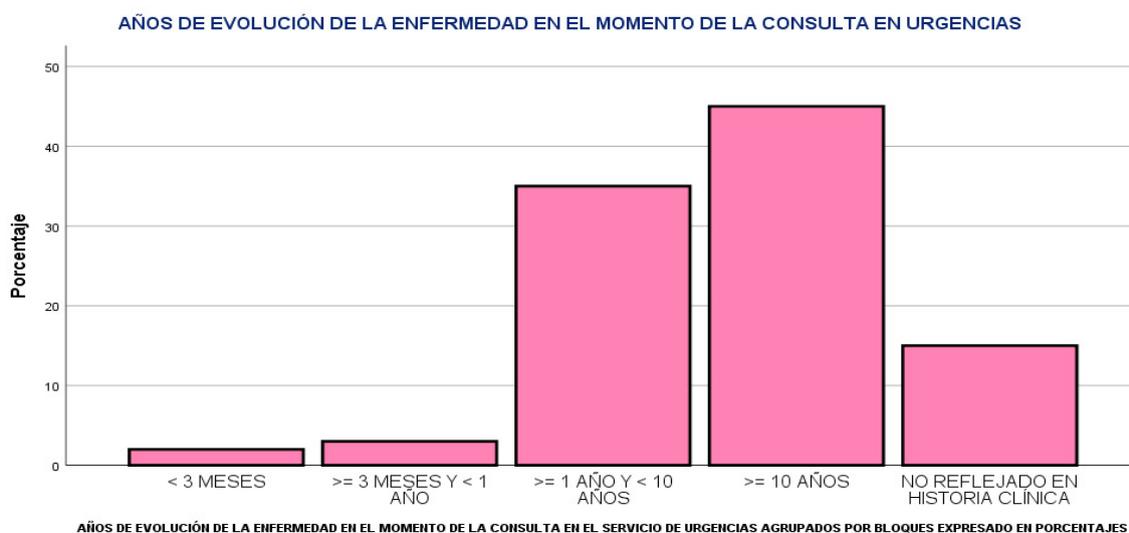
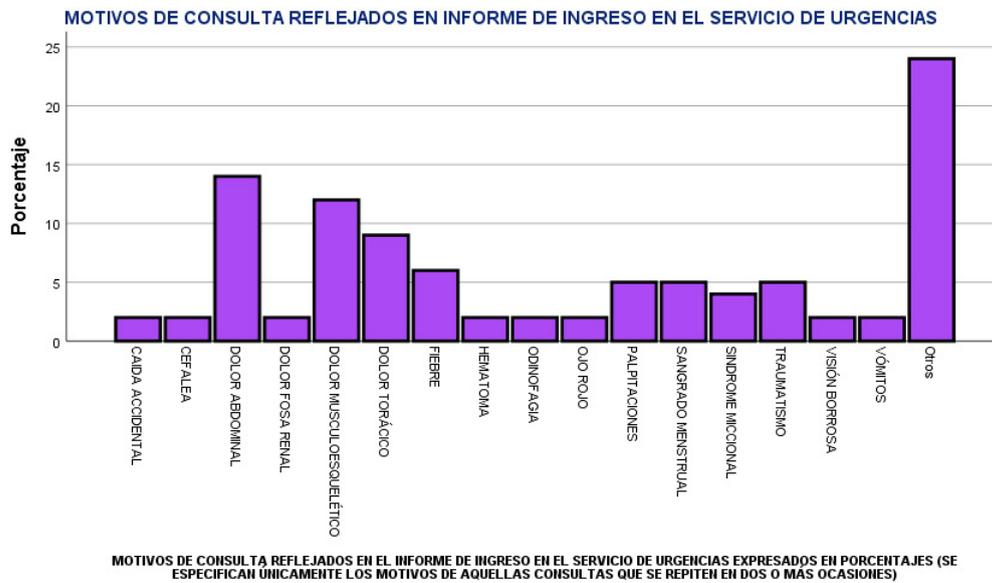
Figura 2: tiempo de evolución del LES en el momento de la consulta en Urgencias

Figura 3: motivos de consulta a Urgencias de los pacientes con LES



convencional. Cabe señalar que en un caso de ingreso hospitalario se produjo el diagnóstico de novo de LES. Dicho paciente había consultado por fiebre y síntomas constitucionales, y tenía el antecedente de un ingreso previo por derrame pleural bilateral. En la Tabla 3 se recogen los diagnósticos emitidos en el informe de alta de hospitalización y en la Figura 6 los diagnósticos al alta agrupados por sistemas.

DISCUSIÓN:

El análisis de los resultados obtenidos, y a pesar de las limitaciones derivadas del discreto número de pacientes registrados en el periodo de estudio, pone de relieve la predilección que tiene la enfermedad por el sexo femenino, con un ratio cercano a 9:1 respecto a varones.

Llama la atención el elevado número de consultas registradas por algunos de los pacientes durante el periodo de estudio, con un paciente que consultó hasta en 17 ocasiones en el Servicio de Urgencias, pues con frecuencia estos pacientes deciden consultar directamente con su especialista, hecho que por otro lado sirve de descarga al Servicio de Urgencias de procesos que posiblemente pudieran suponer un reto para el médico que trabaja en este ámbito de la asistencia y que con frecuencia no se encuentra familiarizado con este tipo de enfermedades. Hasta tres cuartas partes de las consultas fueron realizadas por pacientes con edad superior a los 40 años y casi la mitad de las consultas fueron de pacientes con un LES de 10 o más años de evolución, lo que podría inducirnos a pensar que una mayor edad del paciente y un mayor tiempo de evolución de

Figura 4: Diagnósticos al alta en Urgencias

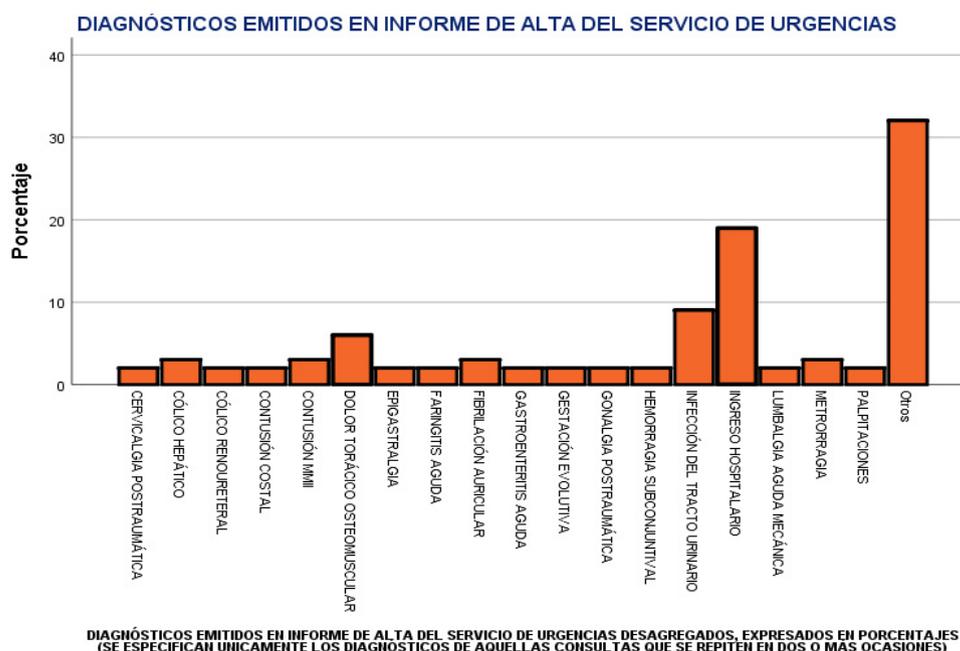
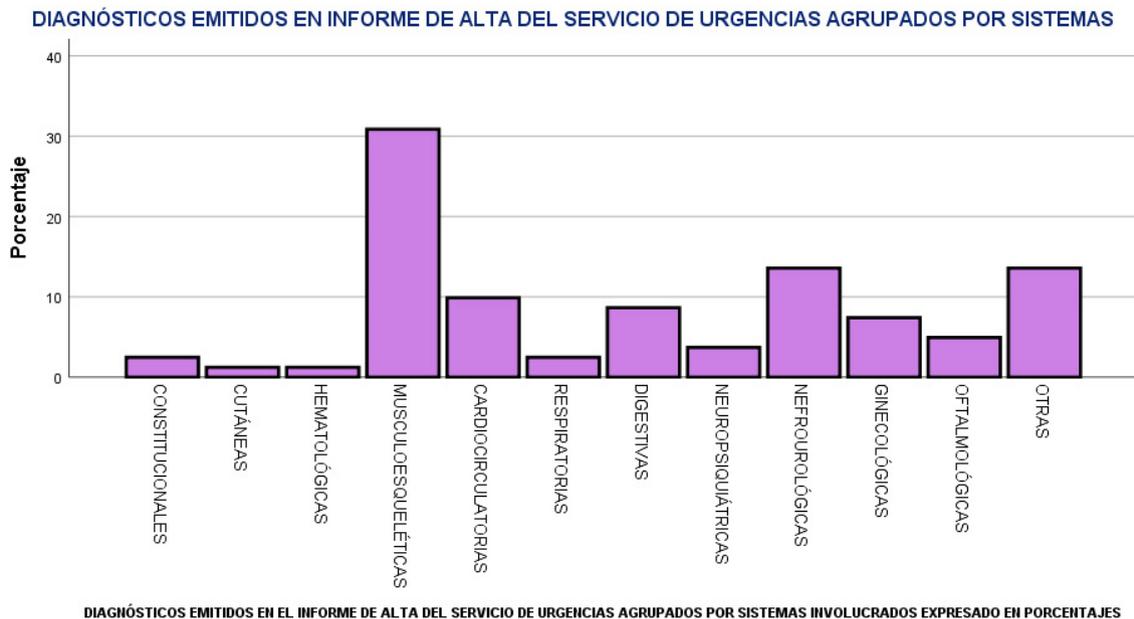


Figura 5: diagnósticos al alta en Urgencias, agrupados por sistemas

la enfermedad (que conllevaría un mayor deterioro orgánico) podrían ser factores que podrían favorecer una mayor frecuentación del paciente en Urgencias.

Destacable también, e igualmente en consonancia con lo descrito en la literatura, es el hecho de que uno de los principales motivos de consulta en Urgencias sea las manifestaciones musculoesqueléticas, unas de las más prevalentes de esta enfermedad. Sorprendentemente, otras alteraciones se presentan en nuestro estudio con una prevalencia inferior a la descrita en la literatura, siendo las manifestaciones constitucionales, cutáneas y hematológicas menos prevalentes que otras que clásicamente se han descrito con menos frecuencia, como son las digestivas y/o nefrourológicas.

Igualmente, es interesante señalar que en nuestra población de estudio la patología por la que se consultó en el Servicio de Urgencias no parecía revestir una especial gravedad, lo que se refleja en el hecho de que cerca del 80% de los pacientes fuesen dados de alta tras su consulta en el Servicio, que del 19% que precisaron ingreso ningún paciente precisara de atención por una Unidad de Cuidados Intensivos y que tan sólo en un caso se produjese el éxitus del paciente (además, por una causa ajena a la propia enfermedad).

Cabe destacar, tal como hemos hecho, que buena parte de los ingresos hospitalarios fueron por complicaciones infecciosas, que podríamos vincular no sólo al estado de inmunosupresión de la enfermedad y los tratamientos empleados, sino también a la edad del paciente y al tiempo de evolución de la enfermedad.

Comparando con estudios publicados previamente, concretamente con el publicado por J. Rojas-Serrano et al. en el año 2000(2), podemos apreciar una similar distribución por sexos de los pacientes consultantes; sin embargo, la edad media de nuestros pacientes fue notablemente superior. La fiebre,

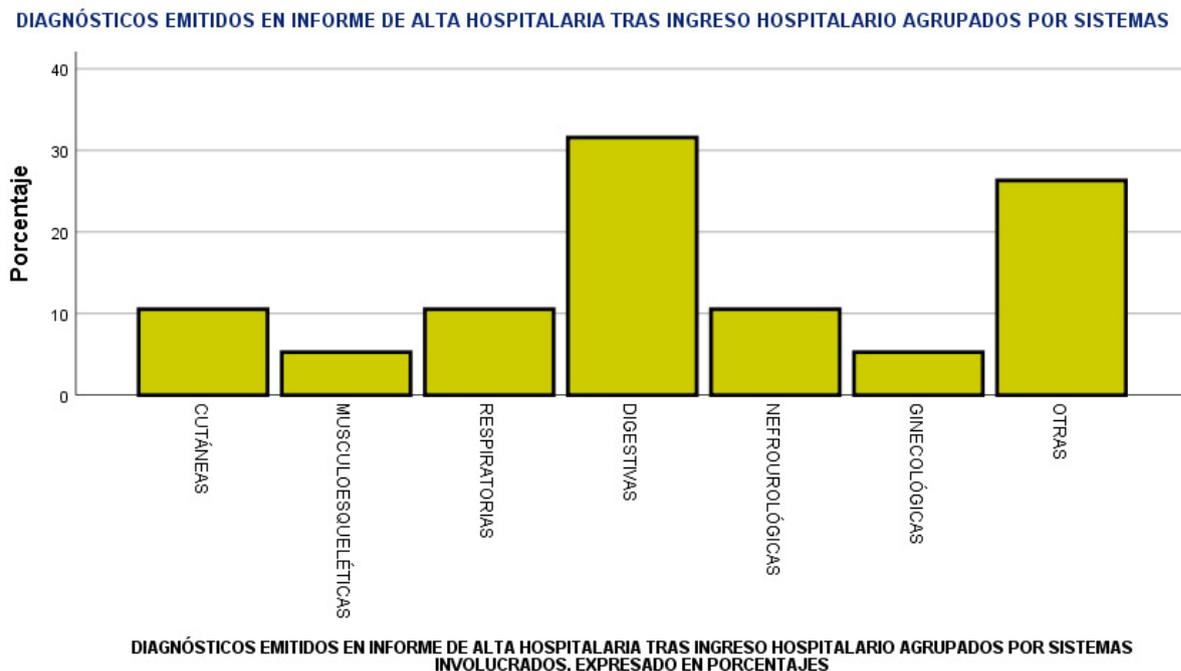
que representaba el principal motivo de consulta en el citado estudio, constituye en nuestros pacientes el cuarto motivo de consulta en orden de frecuencia, a pesar de que la infección acabó siendo una de las principales causas de ingreso hospitalario. Coinciden ambos en la similar proporción de pacientes que reciben el alta hospitalaria desde Urgencias, así como en el diagnóstico principal al alta, relacionado con patología infecciosa (predominio de infecciones del tracto urinario en nuestro estudio frente a infecciones en diversas localizaciones en el estudio de referencia). Finalmente, el diagnóstico de LES de novo fue infrecuente tanto en nuestro estudio (5,2 %) como en el de J. Rojas et al. (12,2%).

Consideramos que establecer comparaciones con el estudio de Yi Chen et al. no es oportuno, pues en éste se estudiaron pacientes con diagnóstico de LES grave, lo que podría explicar las diferencias en los motivos de consulta recogidos (predominio de consultas por manifestaciones cardiopulmonares, del sistema nervioso central...), así como una mayor proporción de éxitus registrados en dicho estudio.

Más allá de las limitaciones derivadas del discreto número de pacientes registrados en el periodo de estudio, cabe señalar que los informes de las consultas registradas entre los años 2007 a 2009 no habían sido todavía informatizados, por lo que no pudieron ser adecuadamente analizados para su inclusión en este estudio. Además, y tal como sucede en otros muchos centros de diferentes departamentos y sistemas de salud, los diagnósticos al alta son recogidos como texto libre y no de forma estructurada y parametrizada, con las dificultades que esto conlleva a la hora de agrupar los diagnósticos que hemos obtenido del registro de los datos.

Por último, al ser el LES una enfermedad compleja que requiere de seguimiento estrecho por parte del reumatólogo,

Figura 6: diagnósticos al alta en Urgencias, agrupados por sistemas



con el que los pacientes establecen un estrecho vínculo de compromiso y confianza, cabe la posibilidad de que el paciente que se presenta con síntomas agudos decida consultar directamente con el profesional de Reumatología que le atiende antes que consultar en un Servicio de Urgencias, pudiendo haberse perdido estas potenciales consultas en el Servicio.

CONCLUSIONES:

El Lupus Eritematoso Sistémico, puede suponer un motivo de consulta en un Servicio de Urgencias, por lo que reconocer sus manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio es esencial para el médico que trabaja en este Servicio y que potencialmente puede enfrentarse a pacientes con esta enfermedad, a fin de reconocerlos y abordarlos de la forma más adecuada posible.

El perfil del paciente consultante es principalmente el de una mujer en la edad media de la vida, que puede consultar por una amplia constelación de síntomas y/o signos, muchos de ellos comunes a otras enfermedades, pero algunos otros más específicos de la misma, y que es fundamental que el médico reconozca para no pasar por alto complicaciones que puedan implicar gravedad, principalmente infecciosas.

Es necesaria una adecuada coordinación entre médico de urgencias y el resto de profesionales que puedan tener competencia en esta enfermedad, para conseguir una atención lo más integral posible y que pueda redundar en beneficio para el paciente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Toda la información relativa al paciente está contenida en la Historia Clínica Electrónica del programa informático hospitalario SELENE y está sometida a la protección de datos definida.

Tabla 3: diagnósticos emitidos en informes de alta hospitalaria tras ingreso hospitalario.

DIAGNÓSTICOS AL ALTA TRAS INGRESO HOSPITALARIO	Frecuencia
Absceso mamario	2
Apendicitis aguda	1
Carcinoma mucinoso apendicular. Enteritis caecitabina	1
Cetoacidosis diabética en dm tipo 1	1
Cólico renoureteral	1
Colitis isquémica en paciente con carcinoma de cérvix	1
Derrame pleural bilateral inespecifico	1
Fecaluria por probable fistula vesicointestinal	1
Fisura anal crónica realizando esfinterotomía	1
Hemoptisis secundaria a bronquiectasias	1
Infección de pared abdominal	1
Infección herida quirúrgica	1
Lupus eritematoso sistémico y síndrome de sjogren de debut	1
Pancreatitis aguda litiásica	1
Parto a término	1
Pseudoobstrucción intestinal secundaria a carcinoma apendicular	1
Reagudización fibromialgia	1
Tiroiditis subaguda de quervain	1
Total	19

El estudio se desarrolló respetando los principios fundamentales establecidos en la redacción actual de la Declaración de Helsinki. Los registros incluidos en la base de datos son anónimos; todos los códigos de identificación de pacientes están encriptados lo que imposibilita la identificación de los sujetos. La confidencialidad de los sujetos incluidos en el estudio queda garantizada conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal (15/1999 de 13 de diciembre, LOPD).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tamirou F, Arnaud L, Talarico R, Scirè CA, Alexander T, Amoura Z, et al. Systemic lupus erythematosus: state of the art on clinical practice guidelines. *RMD Open* [Internet] 2019 Jan 23 [cited 2019 Mar 3]; 4 (Suppl 1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6269635/>
2. Rojas-Serrano J, Cardiel MH. Lupus patients in an emergency unit. Causes of consultation, hospitalization and outcome. A cohort study. *Lupus* 2000; 9: 601–606.
3. Ocampo-Piraquive V, Nieto-Aristizábal I, Cañas CA, Tobón GJ. Mortality in systemic lupus erythematosus: causes, predictors and interventions. *Expert Review of Clinical Immunology* 2018; 14: 1043–1053.
4. Chen Y, Chen G, Zhu C, Lu X, Ye S, Yang C. Severe systemic lupus erythematosus in emergency department: a retrospective single-center study from China. *Clin Rheumatol* 2011; 30: 1463.
5. Gu K, Gladman DD, Su J, Urowitz MB. Hospitalizations in Patients with Systemic Lupus Erythematosus in an Academic Health Science Center. *JRheumatol* 2017; 44: 1173-1178.
6. Panopalis P, Gillis JZ, Yazdany J, Trupin L, Hersh A, Julian L, et al. Frequent Use of the Emergency Department Among Persons with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 401–408.
7. Urowitz MB, Bookman AAM, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1976; 60: 221–225.
8. Slobodin G, Hussein A, Rozenbaum M, Rosner I. The emergency room in systemic rheumatic diseases. *Emerg Med J* 2006; 23: 667–671.
9. Vymetal J, Skacelova M, Smrzova A, Klicova A, Schubertova M, Horak P, et al. Emergency situations in rheumatology with a focus on systemic autoimmune diseases. *Biomed PapMed Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2016; 160: 20–29.
10. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 20 edición. Mc Graw Hill.
11. Dafna D Gladman, MD, FRCPC. Section Editor: David S Pisetsky, MD, PhD Deputy. *UptoDate (Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. Literature review current through: Jun 2019. | This topic last updated: Jan 08, 2018.*