

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Artículo original

Cambios en el estado de actividad de la enfermedad a lo largo del tiempo en pacientes con lupus eritematoso sistémico: resultados preliminares del registro RELESSAR prospectivo

Changes in disease activity status over time in patients with systemic lupus erythematosus: preliminary results from the prospective RELESSAR registry

Paula Fernández¹, Lucila García¹, Rosana Quintana², Karen Roberts³, Carla Gobbi⁴, Joan M. Dapeña⁵, Marina Micelli⁶, Paula Alba⁷, Alejandro Brigante⁸, Agustina Damico⁹, Romina Rojas Tessel¹⁰, Malena Viola¹¹, Gelsomina Alle¹², Lucía Mendoza Martínez¹³, Florencia Gordillo¹⁴, Claudia Pena¹, Verónica Bellomio¹⁵, Paula Corbalan¹⁵, Maitén Sarde¹, Gisela Pendon¹⁶, Carolina Aeschlimann¹⁷, Manuel Rodríguez¹, Bettina Sardi¹, Micaela Cosatti¹⁸, Cecilia Pisoni¹⁸, Mercedes García¹

RESUMEN

Introducción: el lupus eritematoso sistémico (LES) presenta una evolución heterogénea. Los estados de remisión o baja actividad de la enfermedad (low disease activity, LDA) se asocian con menor daño acumulado y mayor supervivencia, respaldando la estrategia del tratamiento por objetivos.

Objetivos: evaluar la distribución de la remisión, LDA y enfermedad activa al ingreso y al año (T1) en la cohorte RELESSAR prospectiva y analizar la influencia de las características basales en el estado de actividad al año.

Materiales y métodos: se incluyeron pacientes con ≤ 5 años de evolución del LES. Se definió remisión: SLEDAI-2K = 0, prednisona (PDN) ≤ 5 mg/día e inmunosupresión (IS) en dosis de mantenimiento (DM); LDA: SLEDAI-2K ≤ 4 , PDN ≤ 5 mg/día e IS en DM; y enfermedad activa: SLEDAI-2K > 4 y/o PDN > 5 mg/día y/o terapia de inducción. Los antipalúdicos siempre estuvieron permitidos. Se evaluó T0 (visita basal) y T1 (visita al año del seguimiento).

Resultados: de un total de 246 pacientes, se incluyeron 109. Al año, el 26% logró o mantuvo remisión y el 24% LDA, mientras que el 50% permaneció o viró a enfermedad activa. En el análisis multivariado, la evaluación global de los pacientes (OR 1.36; IC 95% 1,13-1,67; $p=0,002$) y los niveles bajos de fracción C3 del complemento (OR 2.94; IC 95% 1,14-8,04; $p=0,029$) se asociaron independientemente con enfermedad activa al año.

Conclusiones: la mitad de los pacientes presentó enfermedad activa al año y ello se asoció a medidas subjetivas (evaluación global del paciente) y objetivas (niveles bajos de C3) registradas al inicio. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una terapia temprana y agresiva para alcanzar los objetivos del tratamiento.

- ¹ Hospital San Martín, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina
- ² Centro Crear, Rosario, Santa Fe, Argentina
- ³ Grupo de Estudio de Lupus Eritematoso Sistémico, Sociedad Argentina de Reumatología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁴ Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina
- ⁵ Sanatorio Méndez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁶ Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁷ Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina
- ⁸ Sanatorio Güemes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁹ Hospital Dr. José Penna, Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina
- ¹⁰ Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina
- ¹¹ Hospital Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ¹² Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ¹³ Hospital Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ¹⁴ Hospital El Carmen, Mendoza, Argentina

¹⁵ Hospital Padilla, Tucumán, Argentina

¹⁶ Hospital Gutiérrez, La Plata,
Provincia de Buenos Aires, Argentina

¹⁷ Hospital Provincial, Rosario,
Santa Fe, Argentina

¹⁸ Centro de Educación Médica e
Investigaciones Clínicas “Norberto
Quiroga” (CEMIC), Ciudad Autónoma
de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave: lupus eritematoso
sistémico; actividad de la
enfermedad; SLEDAI.

Revista Argentina de Reumatología
2025; Vol. 36 (102-109)

Contacto de la autora: Paula Fernández
E-mail: fernandez.reumato@gmail.com
Fecha de trabajo recibido: 23/10/2025
Fecha de trabajo aceptado: 15/12/2025

Conflictos de interés: los autores
declaran que no presentan conflictos
de interés.

Key words: systemic lupus
erythematosus; disease activity;
SLEDAI.

ABSTRACT

Introduction: systemic lupus erythematosus (SLE) has a heterogeneous course. States of remission or low disease activity (LDA) are associated with less accumulated damage and greater survival, supporting the treat-to-target strategy.

Objectives: to evaluate the distribution of remission, LDA, and active disease at baseline and at one year (T1) in the RELESSAR-prospective cohort, and to analyze the influence of baseline characteristics on disease activity status at one year.

Materials and methods: patients with ≤ 5 years of SLE duration were included. Definitions: Remission when SLEDAI-2K=0, prednisone (PDN) ≤ 5 mg/day, and immunosuppression (IS) at maintenance doses; LDA when SLEDAI-2K ≤ 4 , PDN ≤ 5 mg/day, and IS at maintenance doses; and active disease when SLEDAI-2K > 4 and/or PDN > 5 mg/day and/or induction therapy. Antimalarials were allowed. Assessments were performed at T0 (baseline visit) and T1 (one-year follow-up).

Results: of 246 patients, 109 were included. At one year, 26% achieved or maintained remission and 24% LDA, while 50% remained in or progressed to active disease. In the multivariable analysis, the patient global assessment (OR 1.36; 95% CI 1.13–1.67; $p=0.002$) and low complement C3 levels (OR 2.94; 95% CI 1.14–8.04; $p=0.029$) were independently associated with active disease at one year.

Conclusions: half of the patients had active disease at one year, which was associated with subjective (patient global assessment) and objective (low C3 levels) measures recorded at baseline. These findings reinforce the need for early and aggressive therapy to achieve treatment goals.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por una amplia variedad de manifestaciones clínicas y un riesgo de daño orgánico irreversible, lo que conlleva mayor morbilidad y mortalidad¹.

El concepto de estado de actividad de la enfermedad en el LES se refiere al grado de actividad clasificado como remisión, baja actividad de la enfermedad (low disease activity, LDA) o enfermedad activa². Durante la última década se han propuesto múltiples definiciones de remisión y de LDA¹. En 2015, Franklyn et al. definieron LDA como un índice de actividad de enfermedad según el Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI-2K) ≤ 4 , sin actividad en órganos mayores, ni nuevas manifestaciones de la enfermedad, una evaluación global del médico ≤ 1 , dosis diaria de prednisona $\leq 7,5$ mg y tratamiento inmunosupresor o biológico estable³. En 2021, el grupo Definition Of Remission In Systemic Lupus (DORIS) propuso una definición unificada de remisión: SLEDAI clínico=0; evaluación global del médico $< 0,5$; prednisona ≤ 5 mg/día y uso estable de antipalúdicos e inmunosupresores⁴.

Las recomendaciones de la European Alliance of Associations for Rheumatology 2023 (EULAR) establecieron tanto la remisión como LDA como objetivos terapéuticos, los cuales definen un SLEDAI de 0 en el primer caso y ≤ 4 en el segundo, prednisona diaria ≤ 5 mg y tratamiento inmunosupresor o biológico estable y bien tolerado⁵. Alcanzar estas metas se ha asociado con menor daño acumulado y mayor supervivencia, respaldando la implementación de una estrategia de tratamiento por objetivos en el LES⁶.

El objetivo de este estudio fue evaluar la distribución del estado de actividad de la enfermedad -según los porcentajes de remisión, LDA y enfermedad activa- al ingreso a la cohorte RELESSAR prospectiva y luego de un año de seguimiento, así como explorar la potencial influencia de las características basales en el estado de actividad de la enfermedad al año.

MATERIALES Y MÉTODOS

La base de datos RELESSAR prospectiva es un registro multicéntrico de la vida real promovido en 2021 por el grupo de estudio de LES de la Sociedad Argentina de Reumatología. Los da-

tos se vuelcan a una base de datos denominada ARTHROS. Para la inclusión de pacientes se requiere de visitas anuales durante un mínimo de 5 años y una duración de la enfermedad ≤ 5 años, así como cumplir con los criterios de clasificación para LES del *American College of Rheumatology* (ACR) 1997, del *Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology* (SLICC) 2012 y del *ACR/European Alliance of Associations for Rheumatology* (EULAR) 2019. En este estudio solo se incluyeron aquellos pacientes con datos disponibles que permitieran la estratificación en grupos independientes. Los datos se analizaron en diciembre de 2024.

Se definió como remisión a SLEDAI-2K=0 y prednisona ≤ 5 mg/día y uso de inmunosupresores en dosis de mantenimiento (sin terapia de inducción a la remisión); LDA a SLEDAI-2K ≤ 4 y prednisona ≤ 5 mg/día y uso de inmunosupresores en dosis de mantenimiento (sin terapia de inducción a la remisión); y como enfermedad activa a SLEDAI-2K > 4 y/o prednisona > 5 mg/día y/o uso de inmunosupresores en esquema de inducción a la remisión. Se permitió el uso de antipalúdicos en todos los grupos.

Las variables consideradas incluyeron: datos sociodemográficos (edad, sexo, grupo étnico según grupo de estudio GLADEL¹⁴, cobertura médica, estado socioeconómico según escala de Graffar¹⁵), retraso en el diagnóstico (tiempo entre el comienzo de los síntomas atribuibles al LES y el diagnóstico), manifestaciones clínicas de la enfermedad y marcadores de laboratorio (valor de C3 y C4, presencia de anticuerpo anti-DNAn). Se analizó el índice de actividad SLEDAI-2K¹⁶, tratamientos utilizados, índice de daño SDI (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index score*)¹⁷, hospitalizaciones desde el diagnóstico, evaluación global del médico y evaluación global del paciente según escala visual análoga.

Los pacientes fueron evaluados en T0 (visita basal) y T1 (seguimiento al año). Se analizó: 1) la distribución de remisión, LDA y enfermedad activa en T0 y T1; 2) la influencia de las características basales sobre el estado de actividad al año. La muestra se dividió en dos grupos según el estado de actividad en T1 (remisión/LDA vs. enfermedad activa).

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables categóricas se compararon con el test de chi-cuadrado o test de Fisher según correspon-

diera, y las variables continuas con la prueba de t de Student, si se cumplía el supuesto de normalidad, o el test de Kruskal Wallis, en caso que no se verificará dicho supuesto. Para analizar el supuesto de normalidad de las variables continuas se aplicó el test de Shapiro-Wilk. Posteriormente, se ajustaron modelos de regresión logística univariados a partir de aquellas variables que presentaron asociaciones estadísticamente significativas. Finalmente, se construyó un modelo de regresión logística multivariado utilizando un procedimiento de selección paso a paso con el objetivo de obtener el modelo óptimo que incluyera las variables basales significativamente asociadas con el estado de la enfermedad al año de seguimiento. Para las mismas se estimaron los *odds ratio* (OR) con sus intervalos del 95% de confianza (IC 95%). En todos los test se usó el nivel de significación estadística de 0,05. Se utilizó el *software* R para el análisis de los datos.

El estudio se llevó a cabo conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital San Martín de La Plata (protocolo HSMLP2020/0043). Se garantizó la confidencialidad de la información, se obtuvo consentimiento informado, y los datos personales fueron codificados y protegidos según las regulaciones locales (Ley 25.326) e internacionales.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos basales de 246 pacientes y finalmente en el análisis se incluyeron 109 con datos suficientes, de los cuales 69 se encontraban activos del LES al ingreso al registro, y el resto en remisión y LDA.

La Figura muestra los cambios en el estado de actividad de la enfermedad al año del ingreso a la cohorte: 28 de 109 pacientes (25,7%) lograron o mantuvieron la remisión, 26 de 109 (23,8%) lograron o mantuvieron LDA, y 55 de 109 (50,5%) permanecieron o viraron a estado de actividad.

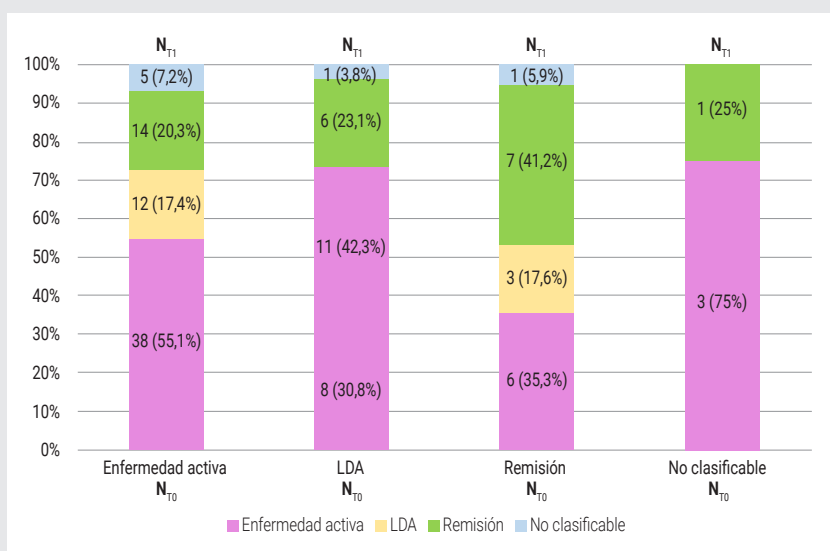
Se analizaron los 69 pacientes que presentaban enfermedad activa al inicio. De ellos, el 37,7% alcanzó la remisión o LDA, mientras que el 55% permaneció en estado de enfermedad activa al año. Al comparar las variables basales entre los que lograron la remisión/LDA y aquellos que continuaron con enfermedad activa, se observaron diferencias significativas en el puntaje basal del SLEDAI-2K (6,00 [4,25-8,00] vs. 9,00 [6,00-12,00],

$p=0,038$) y en la evaluación global del paciente (4,00 [3,25-5,75] vs. 7,00 [5,00-7,00], $p=0,014$).

Se realizó una comparación de las variables basales según el estado de actividad de la enfermedad en T1 cuyos resultados se presentan en la Tabla 1. Se observó que los pacientes que permanecieron o viraron a estado de enfermedad activa tendieron a ser más jóvenes (32,5 [24,0-40,8] vs. 36,5 [28,3-51,5] años; $p=0,084$) y con mayor frecuencia de compromiso renal inicial (20 [37,0%] vs. 11 [20,4%]; $p=0,088$). Los niveles bajos de la fracción C3 del complemento fueron significativamente más frecuentes en este grupo (40 [80,0%] vs. 31 [57,4%]; $p=0,023$). Asimismo, la actividad basal medida por el SLEDAI-2K fue ma-

yor (6,0 [3,5-11,5] vs. 4,0 [2,0-6,0]; $p=0,039$), al igual que la evaluación global del médico (1,50 [1,0-2,0] vs. 1,0 [1,0-1,5]; $p=0,043$) y, con una diferencia más pronunciada, la evaluación global del paciente (6,0 [3,0-7,0] vs. 3,0 [2,0-5,0]; $p<0,001$). El resto de las variables demográficas, socioeconómicas, clínicas e inmunológicas, así como los tratamientos recibidos al inicio, no mostraron diferencias significativas entre los grupos. En el análisis multivariado, las variables basales asociadas con enfermedad activa al año del ingreso a la cohorte fueron la evaluación global del paciente (OR 1.36; IC 95% 1,13-1,67; $p=0,002$) y los niveles bajos de fracción C3 del complemento (OR 2.94; IC 95% 1,14-8,04; $p=0,029$) (Tabla 2).

Figura: Cambios en el estado de la actividad de la enfermedad al año de seguimiento (T1).



N_{T0} : total de pacientes en cada estado en T0; N_{T1} : total de pacientes en cada estado en T1; N_{T0} : enfermedad actividad 140; LDA 63; remisión 33; no clasificable 20 (datos insuficientes para clasificar). Para el cálculo de los porcentajes en T1, se excluyeron los pacientes que no completaron la visita T1.

Tabla 1: Comparación de las características basales (T0) según el estado de actividad de la enfermedad al año de seguimiento (T1).

Características basales (T0)	Remisión/LDA (T1) n=54	Enfermedad activa (T1) n=55	Valor p	Total n=109
Edad , mediana [Q1, Q3]	36,5 [28,3; 51,5]	32,5 [24,0; 40,8]	0,084	34,5 [26,0; 46,5]
Sexo femenino , n (%)	43 (79,6)	50 (90,9)	0,164	93 (85,3)
Grupo étnico , n (%)			0,140	
Mestizo	43 (79,6)	36 (65,5)		79 (72,5)
Caucásico	8 (14,8)	8 (14,5)		16 (14,7)
Afrolatinoamericano	2 (3,7)	8 (14,5)		10 (9,2)
Amerindio	1 (1,9)	1 (1,8)		2 (1,8)
Cobertura médica , n (%)			0,150	
Obra social + prepaga	32 (59,3)	24 (43,6)		56 (51,4)
Pública	22 (40,7)	31 (56,4)		53 (48,6)
Estado socioeconómico , n (%)			1,000	
Medio/bajo	30 (60,0)	28 (60,9)		58 (60,4)
Medio/Medio-alto	20 (40,0)	18 (39,1)		38 (39,6)
Retraso en el diagnóstico (meses) , mediana [Q1, Q3]	0 [0,0; 1,0]	0 [0,0; 1,0]	0,814	0 [0,0; 1,0]
Manifestaciones generales y mucocutáneas , n (%)	27 (50,0)	29 (52,7)	0,926	56 (51,4)
Manifestaciones hematológicas , n (%)	12 (22,6)	19 (34,5)	0,248	31 (28,7)
Manifestaciones musculoesqueléticas , n (%)	17 (31,5)	24 (43,6)	0,266	41 (37,6)
Manifestaciones renales , n (%)	11 (20,4)	20 (37,0)	0,088	31 (28,7)
Serositis , n (%)	2 (3,7)	4 (7,3)	0,679	6 (5,5)
C3 bajo , n (%)	31 (57,4)	40 (80)	0,023	71 (68,3)
Anti DNAn , n (%)	33 (61,1%)	31 (59,6%)	1,000	64 (60,4%)
SLEDAI-2K , mediana [Q1, Q3]	4,0 [2, 6]	6,0 [3,5; 11,5]	0,039	4,0 [2, 8]
Corticoides (VO) , n (%)	51 (94,4)	54 (98,2)	0,363	105 (96,3)
Antimaláricos , n (%)	54 (100,0)	55 (100,0)	-	109 (100,0)
Metotrexato , n (%)	10 (27,0)	14 (35,0)	0,611	24 (31,2)
Micofenolato , n (%)	15 (46,9)	10 (40,0)	0,803	25 (43,9)
Azatioprina , n (%)	11 (29,7)	17 (43,6)	0,311	28 (36,8)
Ciclofosfamida (IV) , n (%)	13 (35,1)	12 (30,8)	0,872	25 (32,9)
Rituximab , n (%)	3 (60,0)	5 (50,0)	1,000	8 (53,3)
Belimumab , n (%)	1 (20,0)	6 (60,0)	0,282	7 (46,7)
SDI , median [Q1, Q3]	0 [0,0; 1,0]	0 [0,0; 1,0]	0,972	0 [0,0; 1,0]
Hospitalizaciones desde el diagnóstico , n (%)	25 (46,3)	29 (52,7)	0,631	54 (49,5)
Evaluación global del médico , mediana [Q1, Q3]	1 [1,0; 1,5]	1,50 [1,0; 2,0]	0,043	1 [1,0; 2,0]
Evaluación global del paciente , mediana [Q1, Q3]	3 [2,0; 5,0]	6 [3,0; 7,0]	<0,001	4 [3,0; 6,0]

T0: basal; T1: luego de 1 años de seguimiento; LDA: low disease activity (baja actividad de la enfermedad); VO: vía oral; IV: intravenosa; SLEDAI-2K: Systemic Lupus Erythematosus Disease ActivityIndex (2000); SDI: Systemic Lupus International CollaboratingClinics/American College of Rheumatology Damage Index score; Q1: primer cuartil (percentil 25); Q3: tercer cuartil (percentil 75). Nota: para el cálculo de los porcentajes los datos faltantes no se tuvieron en cuenta.

Tabla 2: Variables basales (T0) asociadas a la enfermedad activa al año de seguimiento (T1). Análisis uni y multivariado.

		Análisis univariado			Análisis multivariado		
Características	N	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	p-valor
Edad	86	0.97	0,94; 1,00	0,066			
SLEDAI-2K	104	1.10	1,03; 1,19	0,013			
C3 bajo	104	2.97	1,26; 7,39	0,015	2.94	1,14; 8,04	0.029
Evaluación global del médico	103	1.57	1,04; 2,44	0,036			
Evaluación global del paciente	97	1.37	1,15; 1,66	<0,001	1.36	1,13; 1,67	0.002

DISCUSIÓN

Este estudio aporta datos preliminares del mundo real sobre la distribución del estado de la enfermedad al año de seguimiento en pacientes con LES que presentaron diagnóstico menor o igual a 5 años.

Luego de un año de seguimiento, casi la mitad de los pacientes se encontraba en remisión/LDA. Estos resultados contrastan con lo reportado en la cohorte LUMINA, la cual analizó el total de visitas de sus pacientes por un tiempo medio de 2 años (basal, cada seis meses el primer año y luego de manera anual) y concluyó que solo el 17% de las visitas presentaba remisión o LDA, mientras que la gran mayoría reflejaba enfermedad activa¹². Asimismo, en la cohorte GLADEL casi el 35% de los pacientes alcanzó remisión (con o sin tratamiento) o LDA como mejor estado durante un período medio de seguimiento de 2,3 años¹¹. Esta discrepancia podría explicarse, al menos en parte, por diferencias en las definiciones aplicadas, en la duración del seguimiento y en la frecuencia de las evaluaciones clínicas.

Al analizar específicamente a los pacientes con enfermedad activa al inicio, se observó que el 37,7% alcanzó remisión o LDA al año, mientras que el 55% permaneció activo. Estos resultados son consistentes con estudios previos. Por ejemplo, en una cohorte prospectiva de pacientes recién diagnosticados con LES, casi la mitad (46%) presentó actividad persistente durante la mayoría de las visitas del primer año⁷. Similar a lo reportado en otros estudios, el grupo que permaneció activo al año presentó mayor puntaje SLEDAI-2K basal. Sin embargo, a diferencia de dichos estudios, en nuestra cohorte este grupo también mostró un puntaje inicial más elevado en la evaluación global del paciente, lo cual podría representar una herramienta adicional de valor pronóstico^{18,19}.

Si bien nuestro estudio demostró que la mitad de los pacientes logró remisión/LDA, sigue siendo un porcentaje considerable el que presentó enfermedad activa al año. El contexto socioeconómico podría desempeñar un papel determinante en este resultado, ya que en nuestro país no es infrecuente el acceso limitado a la atención médica y a la posibilidad de recibir oportunamente y en forma sostenida tratamientos inmunosupresores o biológicos. En relación a esta barrera de acceso, en nuestra cohorte predominaron los pacientes provenientes de centros públicos, lo que podría reflejar y reforzar estas limitaciones. Por otra parte, las dificultades relacionadas a la adherencia son factores que pueden contribuir negativamente a la evolución favorable de nuestros pacientes. Pensamos que la disponibilidad restringida de nuevas terapias dirigidas podría contribuir al control subóptimo de la enfermedad, reflejado en el bajo número de pacientes que recibió biológicos en esta cohorte.

En nuestro estudio, presentar enfermedad activa al año se asoció de forma independiente con una mayor evaluación global del paciente al inicio y actividad serológica basal. Por cada punto adicional en la evaluación global del paciente, la probabilidad de presentar actividad de la enfermedad en estado activo al año aumentó un 36%, y los niveles bajos de C3 se asociaron con una probabilidad casi tres veces mayor de actividad al año. Estos resultados permiten inferir la relevancia de modificar las estrategias terapéuticas en estos pacientes dada la implicancia pronóstica que conlleva la actividad persistente de la enfermedad.

A diferencia de nuestro estudio, en publicaciones del grupo GLADEL, así como en el trabajo de Yang et al., se ha mostrado que la edad avanzada y la ausencia de compromiso de órganos mayores se vincularon a la remisión o LDA^{13,18,19}. Sin embargo, nuestros resultados coinciden con

reportes previos, que describen que menor actividad y mayor valor del complemento al inicio se asocian con mayor probabilidad de alcanzar remisión o LDA^{18,19}.

En general, hemos detectado que la evaluación global del paciente no se ha incluido como variable en diversas cohortes, lo cual subestima la importancia de síntomas como la fatiga o el dolor, poco representados en índices como el SLEDAI-2K⁸.

Entre las fortalezas de este estudio se destaca su diseño prospectivo y multicéntrico, que incluyó tanto instituciones públicas como privadas de la Argentina, aportando evidencia de la vida real desde un entorno sanitario diverso. Además, el enfoque en pacientes con enfermedad de reciente diagnóstico permite generar información clínica relevante para optimizar estrategias terapéuticas tempranas, respaldando la implementación del tratamiento por objetivos.

Entre las limitaciones se encuentran el corto período de seguimiento y el hecho de que una proporción de pacientes aún no había completado el año desde el ingreso a la cohorte al momento del análisis, lo que limitó el tamaño de la muestra para algunas comparaciones. Se requiere un mayor tiempo de seguimiento para comprender mejor el impacto de alcanzar el control temprano de la enfermedad en el daño orgánico y la supervivencia.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes con LES con un tiempo de evolución de la enfermedad igual o menor a 5 años presentó enfermedad activa luego de un año de seguimiento, lo cual se asoció con medidas subjetivas representadas por la evaluación global del paciente y objetivas como los niveles bajos de C3 registradas al inicio del seguimiento. Estos hallazgos permiten reafirmar la importancia de una terapia agresiva desde el comienzo para garantizar el cumplimiento de los objetivos en el tratamiento.

Financiamiento

Este estudio se realizó con el apoyo financiero de AstraZeneca; sin embargo, el patrocinador no participó en la recolección de datos, en el análisis ni en la redacción del manuscrito. La totalidad de los fondos se destinó a los gastos operativos del estudio y los autores no percibieron remuneraciones por participar en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nikolopoulos D, Lourenço MH, Depascale R, Triantafyllidis K, Parodis I. Evolving concepts in treatment-target strategies for systemic lupus erythematosus. *Mediterr J Rheumatol*. 2024;35(Suppl 2):328-41.
2. Ugarte-Gil MF, Gamboa-Cárdenas RV, Reategui-Sokolova C, et al. LLDAS and/or remission are associated with less damage accrual in patients with SLE from a primarily Mestizo population: data from the Almenara Lupus Cohort. *Lupus Science & Medicine*. 2022;9:e000616.
3. Franklyn K, Lau CS, Navarra SV, et al. Definition and initial validation of a lupus low disease activity state (LLDAS). *Ann RheumDis*. 2016;75(10):1615-21.
4. van Vollenhoven RF, Bertsias G, Doria A, et al. 2021 DORIS definition of remission in SLE: final recommendations from an international task force. *Lupus Science & Medicine*. 2021;8:e000538.
5. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, et al. 2023 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann RheumDis*. 2024;83(1):15-29.
6. Ugarte-Gil MF, Mendoza-Pinto C, Reategui-Sokolova C, et al. Achieving remission or low disease activity is associated with better outcomes in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic literature review. *Lupus Science & Medicine* 2021;8:e000542.
7. Ullah S, Haroon M, Hashmi F, et al. A prospective follow-up study on the disease course and predictors of poor outcomes in a random population-based cohort of newly diagnosed lupus patients. *Cureus*. 2022;14(7):e27430.
8. Parodis I, Studenic P. Patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus: can lupus patients take the driver's seat in their disease monitoring? *J Clin Med*. 2022;11:340.
9. Morand EF, Furie R, Tanaka Y, et al. Anifrolumab in active systemic lupus erythematosus (TULIP-1 and TULIP-2): long-term efficacy and safety from two phase 3 trials. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(2):549-60.
10. Alarcón GS, et al; GLADEL Study Group. Remission and low disease activity state (LDAS) in a multinational and multiethnic lupus cohort: predictive factors and outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(7):867-75.
11. Ugarte-Gil MF, Wojdyla D, Pons-Estel GJ, et al. Remission and low disease activity status (LDAS) protect lupus patients from damage occurrence: data from a multiethnic, multinational Latin American lupus cohort (GLADEL). *Ann RheumDis*. 2017;76(12):2071-2074.
12. Alarcón GS, Ugarte-Gil MF, Pons-Estel G, et al. Remission and low disease activity state (LDAS) are protective of intermediate and long-term outcomes in SLE patients. Results from LUMINA (LXXVIII), a multiethnic, multicenter US cohort. *Lupus*. 2019;28(4):423-426.
13. Quintana R, Berbotto GA, Soriano ER, et al. Active lupus in Argentina: results of a multicenter and national registry. *Lupus*. 2023;32(13):1471-7.
14. Pons-Estel B, Catoggio LJ, et al. The GLADEL Multinational Latin American Prospective Inception Cohort of 1,214 Patients With Systemic Lupus Erythematosus: Ethnic and Disease Heterogeneity Among "Hispanics". *Medicine*. 2004. 83(1):1-17.
15. Méndez Castellano H. Sociedad y estratificación: método Graffar-Méndez Castellano. Caracas (Venezuela): FUNDACREDESA; 1994:206.

16. Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol*. 2002;29(2):288-91.
17. Gladman DD, Urowitz MB, Rahman P, Ibañez D, Tam LS. Accrual of organ damage over time in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2003;30(9):1955-9.
18. Ugarte-Gil MF, Wojdyla D, Pons-Estel GJ, et al. Predictors of remission and low disease activity state in systemic lupus erythematosus. Data from a multi-ethnic, multinational Latin-American Lupus Cohort. *J Rheumatol*. 2019 Oct;46(10):1299-1308.
19. Yang Z, Cheng C, Wang Z, et al. Prevalence, predictors, and prognostic benefits of remission achievement in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Arthritis Care Res* 2022; 74(2): 208-218.