# Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 12

XXVIII
Congreso
**SORCOM**

congresosorcom.es

2024
12-13 Diciembre
Hospital Clínico San Carlos

#SORCOM2024

Actividad pendiente de acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, Sistema Nacional de Salud

sorcom

# Sumario

Comité Editorial pág. 03

Editorial pág. 04

Comunicaciones Orales 2024 pág. 06

Pósters 2024 pág. 14

Premio Armando Laffon pág. 67

Índice de Autores pág. 68

La propiedad intelectual de esta obra corresponde a sus autores y debe ser respetada.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, magnético, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales, o de cualquier otro tipo sin permiso expreso de los autores.

© **Edita:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)
© **Para el conjunto de la obra:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid
© **Para cada texto:** Sus respectivos autores

**ISBN: 978-84-616-1942-9**
**ISSN: 1887-2816**
**Maquetación e impresión:** mpm **martinco**
C/ Narváez, 67 - 28009 Madrid
91 504 16 48

Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 11

# Comité Editorial

## Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidenta:** Cristina Lajas Petisco
- **Vicepresidente:** Carlos de la Puente Bujidos
- **Secretaria General:** Esperanza Pato Cour
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

**Vocales:**

- Álvaro García Martos
- Juan Molina Collada
- Otto Martín Olivas Vergara
- Carolina Merino Argumanez
- Adrián Abbasi Pérez
- Martina Steiner
- Virginia Villaverde García
- Irene Llorente Cubas
- Diana Peiteado López
- Samantha Kannafo Castelblanco
- Mª Eugenia Enríquez Merayo

**Secretaría Técnica:**

- Antonia López Osuna

# Editorial

## Avanzando de la mano de la incertidumbre

Querido socio:

Finaliza el año 2024. Como todos, llegó con la esperanza de ser mejor que el que se marchaba. Pero, si ya en editoriales previas se hablaba de la convulsión de los tiempos, de la incertidumbre social, política y económica que nos invadía; hoy, que poco parece haber cambiado, podemos decir que al menos hemos aprendido a avanzar de la mano del desequilibrio.

Afortunadamente, los reumatólogos hemos demostrado a lo largo de la historia que nos crecemos ante la adversidad. No somos ni los más numerosos ni los más sofisticados en nuestras actuaciones, pero pese a todo ahí estamos, siempre presentes, haciendo visibles a nuestra especialidad y a nuestros pacientes, procurando para ellos una atención con calidad científica y humana.

En este sentido, desde nuestra Sociedad se sigue trabajando en cada una de las cinco líneas estratégicas establecidas, apoyando a todos los profesionales implicados en el manejo de la patología reumática, y manteniendo el compromiso y la responsabilidad adquirida con nuestros pacientes, sus familias y la sociedad.

En el ámbito de la formación y la docencia, con el empeño y esfuerzo de los organizadores, se han desarrollado los cursos y talleres “institucionalizados” por SORCOM, y se ha conseguido incrementar la oferta formativa con dos nuevos cursos de índole multidisciplinar, que además han permitido favorecer las relaciones interprofesionales. Seguimos apostando por la celebración de las sesiones interhospitalarias, aun habiendo sido motivo de debate por los miembros de la junta directiva en contadas ocasiones, debido al descenso progresivo de asistentes. Aprovechemos estas circunstancias para reflexionar todos juntos.

Sin ánimo de caer en el catastrofismo, pero reconociendo la realidad, la falta de patrocinios por parte de la industria farmacéutica ha supuesto un triste varapalo para la promoción de la investigación que con tanto orgullo SORCOM ha llevado, y pretende seguir llevando, como estandarte. Este año, hemos logrado mantener las becas de ayuda para rotaciones de los residentes de 3º y 4º año, sin embargo, solo se ha podido mantener una única beca destinada a proyectos de investigación. De la misma manera, esta situación la hemos sufrido con la organización de nuestra querida Carrera Solidaria, de la que este año hemos celebrado su 4ª edición con un éxito rotundo de participación, pero con un balance económico negativo y poco sostenible.

Por suerte contamos con más luces que sombras, y con una realidad mucho más favorable y alentadora, que nos anima a continuar trabajando. Por eso, felicidades a todos aquellos que habéis recibido el reconocimiento científico de vuestras unidades multidisciplinares, un premio a vuestra dedicación y esfuerzo; felicidades a todos los que habéis logrado poner en marcha vuestros proyectos de investigación teniendo como soporte la RedCap de SORCOM que, en más de una ocasión, casi dimos por perdida; felicidades a todos los socios porque, aunque no sabemos con cuanta repercusión (o tal vez sí), este año los representantes de la Consejería de Sanidad escucharon nuestras preocupaciones; felicidades a los nuevos responsables del grupo de enfermería ESORCOM y enhorabuena por todas sus iniciativas.

La preocupación y, por qué no decirlo, la indignación, ante el desarrollo de los distintos procesos de estabilización laboral abiertos por la Administración, no podían faltar en estas líneas. Frente a tanta incertidumbre y desconocimiento, es difícil establecer una estrategia que nos permita actuar de una manera institucional como Sociedad científica que representa a todos los reumatólogos de nuestra comunidad. Sin un mínimo de información, desgraciadamente, poco se puede hacer. Por eso, al menos, desde SORCOM queremos hacer llegar nuestro más sincero apoyo a todos los que os encontráis en esta situación tan injusta, después de tantos años de demostrar vuestra valía profesional.

Y ya casi terminando, como cada año, todo el trabajo culmina con la celebración de nuestro Congreso anual en su XXVIII edición. Se ha elaborado un programa que creemos completo en contenido, con temas que fueron considerados de interés y actualidad por los propios socios en la encuesta del último congreso y contando con la participación de excelentes ponentes. Aprovecho este párrafo para animaros a consultar vuestra web, y permanezcáis atentos a toda la información de interés que se lanza por los distintos canales de comunicación, además tendremos alguna novedad en el plan formativo del 2025 (proyecto RetoReuma) que, aunque ha costado sacar adelante, deseamos os resulte práctico y atractivo.

Y no puedo despedirme sin dar las gracias a todos mis compañeros de la Junta Directiva por su dedicación incondicional, a la secretaría técnica que hace posible cada año que todo funcione, a Goretti y Gabriela que con paciencia transforman nuestro lenguaje natural en tecnología punta, a todos los socios de SORCOM siempre colaboradores con cualquier actividad de la Sociedad, a Enfermería por cuidar de los pacientes con humanidad y profesionalidad, a los pacientes y a sus familias que, pese a las dificultades y el sufrimiento, nos transmiten su confianza y apoyo y, por último gracias a los Laboratorios Farmacéuticos pues, aun en momentos difíciles, confían en SORCOM y respaldan sus iniciativas.

Un fuerte abrazo

**Cristina Lajas Petisco**
*Presidenta de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid*

# Comunicaciones orales

## Comunicación 01

**ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL FIBRÓTICA PROGRESIVA DE ORIGEN AUTOINMUNE Y MEDICACIÓN ANTIFIBRÓTICA: REGISTRO NEREA**

Marta Ruiz-Valdepeñas Almansa[1A], Pablo Moreno Fresneda[1A], Cristina Vadillo Font[1A], Fredeswinda Romero Bueno[2A], Olga Sánchez Pernaute[2A], Rosalia Laporta[3B], Hildegarda Godoy Tundidor[3A], Belén López Muñiz[4B], Laura Cebrian[4A], Claudia Valenzuela[5B], Irene Llorente Cubas[5A], Jesús Loarce[6A], Juan Rigual[6B], Benjamín Fernández Gutierrez[1A], M Asunción Nieto[1B], Lydia Abásolo Alcázar[1,7A]

*[1]Hospital Clínico San Carlos; [2]Hospital Fundación Jiménez Díaz; [3]Hospital Puerta de Hierro; [4]Hospital Infanta Leonor; [5]Hospital La Princesa; [6]Hospital Ramón y Cajal. [7]Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Hospital Clínico San Carlos. Servicios de Reumatología[A] y Neumología [B], Madrid, España.*

**OBJETIVO:** Nintedanib y pirfenidona son terapias aprobadas para el manejo de pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) fibróticas progresivas, incluido de origen autoinmune. El objetivo es describir las características sociodemográficas, clínicas y el manejo terapéutico de pacientes con EPI fibrótica progresiva de origen autoinmune en la práctica clínica y evaluar la tasa de retención del tratamiento antifibrótico a lo largo del tiempo.

**MÉTODOS:** Estudio observacional multicéntrico prospectivo con inclusión desde enero de 2016 hasta enero de 2024 y seguimiento desde el inicio de la terapia antifibrótica hasta la discontinuación, pérdida de seguimiento o final del estudio (mayo de 2024). Los sujetos del estudio incluyen: a) pacientes con EPI asociada a enfermedades reumáticas autoinmunes, neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) que cumplen criterios de Fischer o con características autoinmunes sin cumplir dichos criterios (EPI-UA); b) diagnosticados y atendidos por un equipo de neumólogos y reumatólogos en 8 hospitales terciarios de Madrid; b) que presentan EPI fibrótica progresiva según criterios ATS/ERS; y c) en tratamiento con nintedanib o pirfenidona. La variable principal es la discontinuación del fármaco antifibrótico y sus causas. Las covariables incluyen: a) variables sociodemográficas; b) variables clínicas; c) patrón radiológico (neumonía intersticial no específica [NINE]; neumonía intersticial usual [NIU], otras); d) CVF %, DLCO%; e) pruebas de laboratorio; f) terapia concomitante utilizada (corticosteroides, FAMEsc/b). La fuente de datos estudiada es el "registro web NEREA" (NEumología REumatología Autoinmune). Para el análisis estadístico se ha realizado una descripción de las características sociodemográficas y clínicas. Para estimar la tasa de discontinuación del fármaco se han realizado técnicas de supervivencia expresada en 100 pacientes-año con su respectivo IC del 95%. La supervivencia se ha estimado utilizando curvas de Kaplan-Meier. El tiempo de exposición comprende el período desde la fecha de inicio de antifibrótico hasta la ocurrencia de pérdida de seguimiento, la discontinuación del fármaco anti-fibrótico o el final del estudio.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 72 pacientes (69,44% mujeres) y 81 cursos de tratamiento con un seguimiento máximo de 8 años. El tiempo medio desde el diagnóstico de EPI hasta el inicio del tratamiento fue de 3,6 años. La Tabla 1 muestra las características de los pacientes y variables estudiadas en relación al tratamiento administrado. 21 pacientes interrumpieron el tratamiento, siendo la causa más frecuente eventos adversos (n=10, 45%). Se observó mayor tasa de suspensión en pacientes sin uso de FAMEb (14.06 vs. 8.51). No se observaron diferencias en los pacientes con o sin FAMEsc (11.21 vs 11.35). Se observó mayor tasa de suspensión de pirfenidona (14.59) frente a nintedanib (8.23). Se observó mayor tasa de suspensión en NIU (11.97) frente a NINE (8.39). En cuanto a enfermedades asociadas, la tasa de suspensión en AR fue 14.09, seguido de IPAF/UA (12.49), SSC (10.33) y EAS (3.74).

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con EPI de origen autoinmune y terapia antifibrótica son en su mayoría IPAF, AR y ES, similar a otros registros. La mayoría de los pacientes con tratamiento antifibrótico estaban con FAME. Se observó una mayor persistencia de antifibrótico en pacientes con FAMEb, patrón radiológico tipo NINE y enfermedades autoinmunes sistémicas.

Tabla 1: Características sociodemográficas, clínicas y variables relacionadas con el tratamiento de los pacientes incluidos en el estudio.

| Variable | Valor |
|---|---|
| **Sexo n (%)** | |
| Mujer | 50 (69.44) |
| Hombre | 22 (30.56) |
| **Tiempo hasta el tratamiento mediana (RIC)** | 3.6 (1.64-6.83) |
| **Patrón radiológico n (%)** | |
| NIU | 38 (52.78) |
| NINE | 26 (36.11) |
| Otros | 8 (11.11) |
| **Enfermedad Autoinmune asociada n (%)** | |
| IPAF | 22 (30.56) |
| AR | 20 (27.78) |
| ES | 10 (13.89) |
| Otras enfermedades autoinmunes | 13 (18.05) |
| Enfermedades autoinmunes no clasificadas | 7 (9.72) |
| **CVF % mediana (RIC)** | 78 (69.5-91.2) |
| **DLCO % mediana (RIC)** | 46.5 (38.5-62.5) |
| **Tratamiento n (%)** | 81 (100) |
| Nintedanib | 44 (54.32) |
| Pirfenidona | 37 (45.68) |
| **Tratamiento concomitante** | |
| Corticoesteroides n (%) | 55 (67.9) |
| Oxigenoterapia n (%) | 18 (22.22) |
| **FAME n (%)** | |
| Ninguno | 23 (28.4) |
| FAMEsc | 22 (27.15) |
| FAMEb | 23 (28.4) |
| FAMEsc + FAMEb | 13 (16.05) |
| **FAMEsc n (%)** | |
| MMF | 26 (32.1) |
| AZA | 5 (6.17) |
| CYC | 2 (2.47) |
| **FAMEb n (%)** | |
| Rituximab | 23 (28.4) |
| Tocilizumab | 6 (7.41) |

**RIC**: rango intercuartílico; **AR**: artritis reumatoide; **ES**: esclerosis sistémica; **CVF**: capacidad vital forzada; **DLCO**: difusión pulmonar de monóxido de carbono; **FAMEsc**: Medicamento antirreumático sintético convencional modificador de la enfermedad; **FAMEb**: Medicamento antirreumático biológico modificador de la enfermedad; **MMF**: Micofenolato de mofetilo; **AZA**: Azatioprina; **CYC**: Ciclofosfamida.

# Comunicación 02

## UTILIDAD DE REPETIR LA BIOPSIA RENAL EN NEFRITIS LÚPICA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Pareja Martínez[1,3], J. Martín Navarro[2,3], C.Gómez González[1,3], L. Cebrian Méndez[1,3], C. Marín Huertas[1,3], L. Lojo Oliveira[1,3], E. Calvo Aranda[1,3], P. Cardoso Peñafiel[1]MF. Del Pino Zambrano[1], T Navío Marco[1,3]

*[1]Sección de Reumatología y [2]Sección de Nefrología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; C/ Gran Vía del Este, 80. CP 28031.*
*[3]Universidad Complutense de Madrid. Avda. de Séneca, 2. Ciudad Universitaria. 28040 MADRID.*

**Palabras clave**: nefritis lúpica, biopsia renal, clase histológica.

**INTRODUCCIÓN:** La nefritis lúpica (NL) puede afectar hasta un 30-45% de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y es la manifestación más temida de la enfermedad en cuanto a mortalidad se refiere.

La biopsia renal tiene un papel crucial en el proceso diagnóstico de pacientes con sospecha de NL, siendo desde hace décadas el patrón oro para su identificación y clasificación en subtipos con distinto pronóstico y esquema terapéutico. Sin embargo, la utilidad de una segunda biopsia ha sido cuestionada al carecer de un papel bien definido.

**OBJETIVOS:** El objetivo principal fue describir la histología de los pacientes con NL a los que se había rebiopsiado, prestando especial hincapié a la clase renal, basada en la clasificación de la Sociedad internacional de Nefrología y Sociedad de patología renal ISN/RPS. Como objetivo secundario estudiamos el porcentaje de fibrosis intersticial, glomeruloesclerosis y atrofia tubular presente en las distintas biopsias.

**MÉTODOS:** Estudio transversal, descriptivo y observacional, en el que incluimos a los pacientes con LES y NL, confirmada por histología, que habían sido rebiopsiados.

**RESULTADOS:** Revisamos un total de 46 pacientes atendidos en la consulta de Nefrología-reumatología entre los años 2013 y 2023, de los cuales 8 tenían al menos 2 biopsias renales (17,4%).

De estos 8 pacientes el 100% eran mujeres, 7/8 de origen hispano. La edad media al diagnóstico de LES fue de 21 ± 9.5 años y el tiempo medio desde el diagnostico de LES hasta el de NL fue de 24 ± 36 meses.

La indicación de la primera biopsia fue proteinuria en rango nefrótico (n = 5), síndrome nefrótico completo (n = 2) y tan solo en 1 paciente proteinuria acompañada de deterioro de función renal. Además, todos ellos presentaban microhematuria, el 62,5 % (N = 5) hipocomplementemia y el 75% (N = 6) niveles altos de anti-DNA-ds.

En ese momento el 62,5% recibían tratamiento inmunosupresor asociado a la terapia estándar (esteroides e hidroxicloroquina), metotrexato n =3, micofenolato n =3. En base a los resultados de la primera biopsia, el 37,5% % recibieron tratamiento de inducción con esteroides y ciclofosfamida, el 50% con esteroides y micofenolato y un 12,5% se mantuvo con el tratamiento previo que recibía. El diagnostico anatomopatológico había sido en el 50 % de NL proliferativa difusa, en el 25% de NL III/IV + V, en el 12,5% de NL V membranosa y en el 12,5 % de NL II.

La media de tiempo transcurrido hasta la segunda biopsia fue de 4 años ± 18 meses. En cuanto a la indicación de la segunda biopsia en 5 de las 8 pacientes fue un repunte de proteinuria previamente normalizada y en los 3 restantes la presencia de síndrome nefrótico (completo en 1 de las 3 y solo bioquímico en 2 de las 3). En esta segunda biopsia constatamos que, de los 8 pacientes, 5 presentaron un cambio de clase, 1 venía de una NL clase II y los otros 4 de una NL clase IV, evolucionando todas ellas hacia una clase mayor (IV o mixta). Hubo 3/8 pacientes que no cambiaron de clase, 2 tenían una NL clase mixta y 1 una NL clase V.

Con respecto a la primera biopsia se observó un porcentaje mayor de glomeruloesclerosis (8% vs 1.5%) de fibrosis intersticial (50% vs 10%) y de atrofia tubular (60% vs 28%). Después de la segunda biopsia en el 50% se intensificó o cambió el tratamiento inmunosupresor, en un 37,5% se asociaron antiproteinúricos sin desescalarse el tratamiento inmunomodulador y en un 12,5% se desescaló la inmunosupresión además de asociarse fármacos nefroprotectores.

**CONCLUSIONES:** Al igual que en otras cohortes publicadas en la literatura, el porcentaje de pacientes que presentan transformación histológica en la rebiopsia es superior al 50% y más frecuente para las formas no proliferativas que progresan a formas proliferativas. Por otro lado, también se cumple que los resultados de la biopsia conducen a un cambio del tratamiento en más de la mitad de los pacientes rebiopsiados, generalmente en su intensificación, pero, en un porcentaje no desdeñable, entre el 5-30 %, para desescalarlo.

Nuestro principal hallazgo fue, identificar en algunos pacientes, un predominio de la fibrosis intersticial y atrofia tubular que suponía en porcentajes hasta más del triple con respecto a la biopsia previa. De esta forma, la rebiopsia permitiría identificar a aquellos pacientes clínicamente indistinguibles que no se beneficiarían de mayor inmunosupresión sino de priorizar la terapia nefroprotectora y otras medidas no farmacológicas.

**Tabla 1.** Características epidemiológicas, clínicas e histológicas coincidiendo con la primera biopsia (T1) y la segunda biopsia (T2) primera y segunda biopsia

| | T1 | T2 |
|---|---|---|
| **EDAD (AÑOS)** | 23 ± 12.5 | 27 ± 14 |
| **TIEMPO DESDE EL DIAGNOSTICO DE LES (MESES)** | 24 ± 36 | 72 ± 54 |
| **SLEDAI** | 8 ±3 | 7 ±2 |
| **CONSUMO C3 Y/O C4** | 62,5 % (n = 5) | 37,5 % (n = 3) |
| **POSITIVIDAD PARA ANTI-DNA** | 75 % (n =8) | 25% (n =2) |
| **PROTEINURIA G/D** | 3,8 | 2,7 |
| **HEMATURIA** | 100% (N = 8) | 12,5 % (N =1) |
| **% GLOMERULOESCLEROSIS** | 1,5 | 8 |
| **% FIBROSIS INTERSTICIAL** | 10 | 50 |
| **% ATROFIA TUBULAR** | 28 | 60 |

**BIBLIOGRAFÍA:** Narváez, Javier et al. The value of repeat biopsy in lupus nephritis flares. Medicine 96(24)p e7099, June 2017.
Greloni G et al. Value of repeat biopsy in lupus nephritis flares. Lupus Sci Med. 2014 Apr.

# Comunicación 03

**EL GENOTIPO TT DE rs7574865 EN STAT4 SE ASOCIA CON MAYOR PRESENCIA DE COMPLICACIONES Y COMORBILIDADES EN PACIENTES DEL ESTUDIO PRINCESA EARLY ARTHRITIS REGISTER LONGITUDINAL (PEARL)**

Juan Carlos Sáez Martínez[1], Marina Dueñas Ochoa[1], Marisa Pardines Ortiz[1], Maryia Nikitsina[1], Ana Baeza Muriel[1], Paz Floranes Elorza[1], Ana Romero[2], María Paula Álvarez Hernández[1], Emilia Roy Vallejo[3], Esther Toledano Martínez[4], Miren Uriarte Ecenarro[1], Irene Llorente Cubas[1], Marina Pavia Pascual[1], Ana Triguero Martínez[1], Mª Rosario García de Vicuña[1], Ana Mª Ortiz García[1], Isidoro González Álvaro[1].

[1]*Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa, IIS Princesa (Madrid, 28006)*
[2]*Enfermera Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid, 28006)*
[3]*Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Princesa, IIS Princesa (Madrid, 28006)*
[4]*Servicio de Reumatologia del Hospital Clinico Universitario San Carlos, IdISSC (Madrid, 28040)*

Se ha descrito que los pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC) homocigotos del alelo menor (TT) del polimorfismo de único nucleótido (SNP) rs7574865 en STAT4 tienen mayor actividad de la enfermedad en su evolución[1].

**OBJETIVO:** Analizar si pacientes con ARC de genotipo TT de dicho SNP presentan mayor número de comorbilidades y complicaciones asociadas a la artritis reumatoide que los pacientes GG/GT.

**MÉTODOS:** Se recogió, de forma retrospectiva, presencia y fecha de diagnóstico de comorbilidades (HTA, DM, DL, ICC, cardiopatía isquémica, EPOC, depresión, úlcera gastroduodenal, osteoporosis o cáncer) y complicaciones de la AR (luxación atloaxoidea, neumopatía intersticial, afectación ocular, síndrome de Sjögren, serositis, vasculopatía periférica, síndrome de Felty o amiloidosis) mediante la revisión de las historias clínicas hospitalarias y de Atención Primaria, de los pacientes incluidos en el estudio PEARL entre septiembre 2001 y septiembre 2022, de forma que el seguimiento mínimo fueran 2 años. La mediana de seguimiento para recogida de comorbilidades y complicaciones fue de 6 años [p25-p75= 4-9]. En PEARL se recogen de forma protocolizadas a tiempo basal, 6, 12 y 24 meses de seguimiento datos clínicos, sociodemográficos, analíticos y terapéuticos. Toda la información se compiló en una base de datos anonimizada para su análisis con el programa Stata v14, utilizando el test exacto de Fisher para las variables categóricas y U de Mann Whitney para las variables continuas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 580 pacientes (79% mujeres), 71% cumplían criterios ACR/EULAR 2010 para artritis reumatoide (AR) y el 29% se consideraron artritis indiferenciadas (AI). No hubo diferencias significativas entre genotipos en cuanto a positividad de FR o ACPA, ni diagnóstico final. Se observó una tendencia no significativa a que los pacientes con el alelo T fueran más jóvenes (GG 56 años [47-67; p25-p75], GT 54 años [41-67] y TT 51 años [43-64]; p=0'069). La actividad basal fue similar en los tres genotipos, pero a los dos años de seguimiento los pacientes TT mantenían niveles significativamente mayores de actividad según el índice HUPI (p=0.02).

Un 15% de los pacientes TT presentaban al menos una complicación sistémica frente al 6'5 de los pacientes GT/GG

(p=0,012). Entre las complicaciones estudiadas, únicamente se encontraron diferencias significativas en la afectación ocular (9,52% de los pacientes TT, frente al 0,71% de los pacientes GT/GG; p=0,002).

En conjunto, las comorbilidades no mostraron diferencias significativas entre genotipos de rs7574865. En el análisis por comorbilidades individuales, un 29% de los pacientes TT fueron diagnosticados de depresión frente al 14% en los GT/GG (p=0,021). También se observó una tendencia no significativa a mayor frecuencia en los pacientes TT de EPOC (7% vs 3%; p=0'127) y haber padecido algún tipo de cáncer (12% vs 6%; p=0'101).

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio valida los hallazgos publicados previamente sobre un peor control de la artritis en los pacientes TT de rs7574865 en STAT4, que podría explicar porque esta subpoblación presenta más complicaciones asociadas a la artritis. La mayor frecuencia de depresión deberá ser validada en otras poblaciones para confirmar su relación.

**BIBLIOGRAFÍA:** 1.- Lamana A, et al. The TT Genotype of the STAT4 rs7574865 Polymorphism Is Associated with High Disease Activity and Disability in Patients with Early Arthritis. PLoS One. 2012;7(8):e43661..

# Comunicación 04

## FACTORES PREDICTIVOS DE LA MORTALIDAD EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN: RESULTADOS DEL REGISTRO PROSPECTIVO SJÖGRENSER-PROS

Olga Rusinovich Lovgach[1], Zulema Plaza Almuedo[2], Mónica Fernández-Castro[1], Jose Rosas[3], Víctor Martínez-Taboada[4], Alejandro Olivé[5], Raúl Menor[6], Belen Serrano Benavente[7], Judit Font-Urgelles[8], Ángel García Aparicio[9], Sara Manrique-Arija[10], Alberto García-Vadillo[11], Ruth López-González[12], Javier Narváez[13], Maria Belen Rodriguez[14], Carlos Galisteo[15], Jorge González-Martín[16], Paloma Vela-Casasempere[17], Cristina Bohórquez[18], Celia Erausquin[19], Maria Beatriz Paredes-Romero[20], Leyre Riancho-Zarrabeitia[21], Sheila Melchor[22], Jose Maria Pego-Reigosa[23], Sergio Heredia[24],Clara Moriano[25],Maria Ángeles Blázquez Cañamero[26], Paula Estrada[27], Enrique Júdez[28], Joaquín Belzunegui Otano[29], Consuelo Ramos Giráldez[30], Marta Domínguez-Álvaro[2], Fernando Sánchez-Alonso[2], Jose Luis Andreu[1]. **Proyecto SJOGRENSER del grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER**

*1. Rheumatology department, Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital, 2. Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, 3. Rheumatology department, Marina Baixa de la Vila Joiosa Hospital, 4. Rheumatology department, Marqués de Valdecilla University Hospital. Departament of Medicine y Psychiatry. University of Cantabria. Santander, Spain, 5. Former chief Rheumathology Hospital Universitario Germans Trías i Pujol Badalona Barcelona Spain, 6. Rheumatology department, H. General Universitario Jerez de la Frontera, 7. Rheumatology department, Hospital Gregorio Marañon , 8. Rheumatology department, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona), 9. Rheumatology department, Virgen de la Salud Toledo Hospital, 10. Rheumatology department, Malaga Regional Hospital, 11. Rheumatology department, Hospital Universitario La Princesa, Madrid. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid, 12.Rheumatology department, Zamora Health Complex. Salamanca University, 13. Rheumatology department, Bellvitge University Hospital. Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL). Barcelona, Spain, 14. Rheumatology department, Canarias University Hospital, 15. Rheumatology department, Hospital Parc Taulí, 16. Rheumatology department, HM Sanchinarro Univeristary Hospital, Madrid (Spain), 17. Rheumatology department, General University Hospital Dr. Balmis Alicante. Isabial. Miguel Hernández University, 18. Rheumatology department, Príncipe de Asturias University Hospotal, Alcalá de Henares Madrid. Departamento de medicina, Alcalá University. Madrid, 19. Rheumatology department, Dr Negrin University Hospital, 20. Rheumatology department, Infanta Sofía University Hospital, San Sebastián de los Reyes, Madrid, 21. Rheumatology department, Sierrallana Hospital, 22. Rheumatology department, 12 de Octubre University Hospital, Madrid, 23. Rheumatology department,University Hospital of Vigo IRIDIS-VIGO Group, 24. Rheumatology department, Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona, 25. Rheumatology department, León University Hospital, 26. Rheumatology department, Ramón y Cajal University Hospital, 27. Rheumatology department, Complex Universitari Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, 28. Rheumatology department, Albacete University Hospital, 29. Rheumatology department, Donostia University Hospital, 30. Rheumatology department, Valme University Hospital. Seville, Spain*

**OBJETIVOS:** Aunque el manejo de la Enfermedad de Sjögren (ESj) ha mejorado en las últimas décadas, el riesgo de mortalidad en estos pacientes sigue siendo motivo de controversia. Este estudio tiene como objetivo evaluar la magnitud del riesgo de mortalidad por cualquier causa en pacientes con ESj en comparación con la población general, así como analizar las principales causas de muerte y los factores predictivos asociados con la mortalidad en esta población.

**MÉTODOS:** Se analizaron los datos de la cohorte prospectiva, multicéntrica y observacional del registro SjögrenSER-PROS tras un seguimiento de 9 años. Todos los pacientes incluidos cumplían los criterios de clasificación del Consenso Europeo-Americano de 2002 para ESj y habían participado previamente en la fase transversal del estudio. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y serológicas, así como comorbilidades, tratamientos recibidos, indicadores de actividad de la enfermedad y daño orgánico. Se compararon características de los pacientes fallecidos frente a los supervivientes y, se agruparon las variables con significado clínico o significación estadística en modelos multivariantes. para determinar cuáles presentaban asociación independiente con el desenlace éxitus (ver Tabla 1). Mediante la vinculación de los datos con el

enfermedad y daño orgánico. Se compararon características de los pacientes fallecidos frente a los supervivientes y, se agruparon las variables con significado clínico o significación estadística en modelos multivariantes. para determinar cuáles presentaban asociación independiente con el desenlace éxitus (ver Tabla 1). Mediante la vinculación de los datos con el Registro Nacional de Mortalidad de España, se calculó la razón de mortalidad estandarizadas (RME).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 314 pacientes (94,6% mujeres) con una edad media de 66 años (±11,45) y una duración media de la enfermedad de 17 años (±6,5). Durante un seguimiento mediano de 9,6 años [9,3-9,9], fallecieron 42 pacientes (13,4%). La RME fue de 1,7 (IC 95%: 1,2-2,3). Las principales causas de muerte fueron infecciones (35,71%), cáncer (23,8%) y enfermedades cardiovasculares (7,14%). El análisis multivariado identificó como factores de riesgo independientes de mortalidad la edad avanzada, antecedentes de insuficiencia cardíaca, hipocomplementemia C4, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y afectación pulmonar.

Tabla 1. Análisis multivariante de los factores asociados a la mortalidad.

| **Variables** | **HR** | **95% IC** | **p** |
|---|---|---|---|
| Mujer | 0,5 | 0,18-1,37 | 0,178 |
| Edad | 1,11 | 1,07-1,15 | 0 |
| Hipocomplementemia C4 (mg/dL) | 3,75 | 1,55-9,06 | 0,003 |
| VSG (mm/h) | 1,01 | 1-1,03 | 0,047 |
| Antecedente de insuficiencia cadiaca | 4,24 | 1,02-17,58 | 0,047 |
| Antecedente de fractura osteoporótica | 2,09 | 0,83-5,26 | 0,117 |
| Afectación pumonar | 3,31 | 1,39-7,88 | 0,007 |
| Uso de antiinflamatorios no esteroideos | 0,23 | 0,1-0,56 | 0,01 |
| Uso de Rituximab | 2,68 | 0,98-7,31 | 0,054 |

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados revelan un incremento del 70% en el riesgo de mortalidad en pacientes con ESj en comparación con la población general española. Los factores de riesgo independientes - edad avanzada, antecedentes de insuficiencia cardíaca, hipocomplementemia C4, elevación de la VSG y afectación pulmonar— emergen como predictores de mal pronóstico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un seguimiento más estrecho y un tratamiento personalizado de los pacientes con estos factores de mal pronóstico con el fin de optimizar su manejo clínico y mejorar la supervivencia a largo plazo.

# Comunicación 05

**MEDIDAS DE GESTIÓN PARA REDUCIR LA ESPERA DE PRIMERAS CONSULTAS**

Santiago Muñoz Fernández*, Montserrat Carrasco**, Milagros Molina**, Luis Puig**, Ana Acosta*, Elisabeth Castañeda*, Isabel de la Cámara*, Tatiana Cobo Ibáñez*, Gabriela Cueva*, Ana V. Esteban*, Mª Beatriz Paredes*, Encarnación Puerto*, Patricia Richi*, Mª Liz Romero*, Rosa Mª Sánchez*, Martina Steiner*, Laura Trives*, Cristina Vergara*, Manuel Freire**, Mª Teresa Alonso*** y Belén Ubach***.

*Servicios de Reumatología*, Admisión** y Dirección***.*
*Hospital Universitario Infanta Sofía. FIIB HUIS HHEN. Universidad Europea.*
*Paseo de Europa 34, 28702 San Sebastián de los Reyes. Madrid.*
*Correo electrónico: santiago.munoz@salud.madrid.org*

**OBJETIVO:** Reducir el número de pacientes y su tiempo de espera para una primera consulta (PC).

**METODOS:** El número de pacientes pendientes de PC y su tiempo de espera en mayo de 2023 impulsaron diferentes medidas de gestión orientadas a la resolución de este problema con intervenciones administrativas y asistenciales:

1. Correcta identificación administrativa de PC, excluyendo las solicitadas por facultativos del propio servicio.
2. Seguimiento semanal de la ocupación de las agendas para identificar huecos libres planificados para consultas sucesivas (CS) y que se utilizaron para PC.
3. Valoración de las solicitudes de PC en Reumatología por parte de los servicios hospitalarios, estableciendo previamente criterios de rechazo o depuración administrativa:

    a. Solicitud errónea:
        i. Paciente con cita duplicada.
        ii. Paciente derivado para una PC pero atendido previamente en el servicio y por tanto subsidiario de CS.
        iii. Solicitud de una técnica reumatológica por parte de otros servicios del hospital, sin que el paciente requiera una PC, sino la cita para la prestación correspondiente.
    b. Derivación incorrecta:
        i. Paciente con el mismo motivo de derivación por el que ya ha sido valorado y tratado en los últimos 3 meses.
        ii. Paciente atendido por el Servicio de Urgencias por síntomas de menos de 2 semanas de evolución y sin signos clínicos, radiológicos o analíticos de alarma.
        iii. Pacientes con problemas de baja complejidad que puedan resolverse sin la presencia del paciente, solo con la información que consta en su historia clínica y, en ocasiones, con contacto telefónico. Tras la evaluación se elabora un informe.

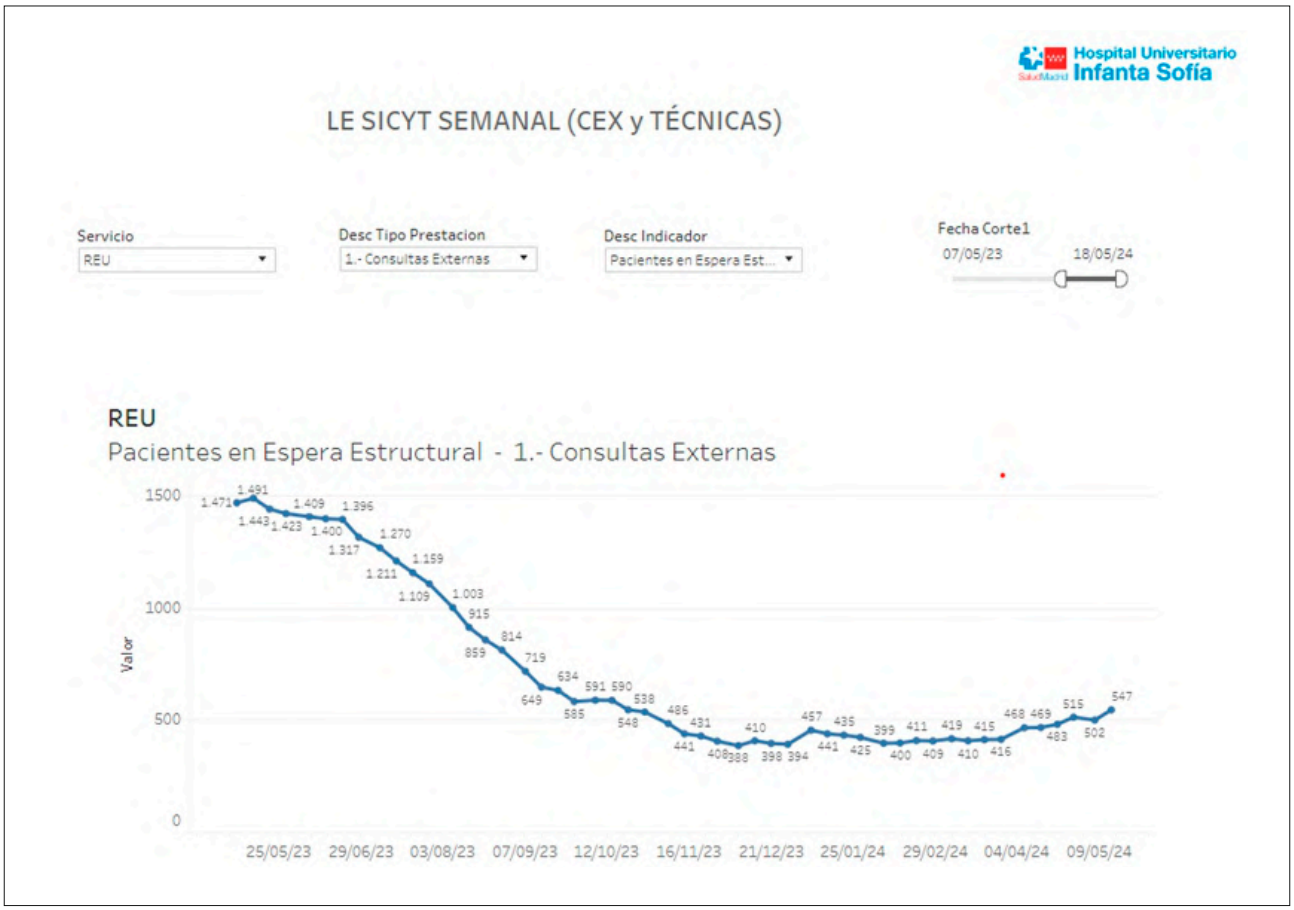
**RESULTADOS:** Tras un año de implementación (15/5/2023 a 14/5/2024) estos son los principales resultados:

- Las PC procedentes del propio servicio se redujeron en un 87% (de 1398 a 185).
- De las 1.551 PC solicitadas al servicio de Reumatología en el período de análisis por otros servicios del hospital, se rechazaron el 30% (465). Los servicios que más demandaron una PC fueron Urgencias (n=457; 29,5%) y Traumatología (n=290; 18,7%), seguidos de Rehabilitación (n=118; 7,6%), Neurología (n=88; 5,7%), Medicina Interna (n=86; 5,5%), Dermatología (n=82; 5,3%), Ginecología (n=74; 4,8%), Endocrinología (n=47; 3%) y Unidad del dolor (n=39; 2,5%).
- Los servicios a los que más se rechazaron una PC fueron Urgencias (39%) y Ginecología (38%), seguidos por Dermatología (33%), Medicina Interna (30%), Endocrinología (28%), Unidad del dolor (28%), Rehabilitación (24%), Traumatología (23%) y Neurología (22%).
- Los motivos de consulta más frecuentes fueron artralgias (n=361; 23,3%) y osteoporosis/osteopenia (n=267; 17,2%).
- Las causas de derivación que se rechazaron con más frecuencia fueron artrosis (73%) y ANA + (38% se consideraron falsos positivos).
- Los resultados globales de la intervención se recogen en la figura y se resumen en la reducción del número de pacientes en espera de PC de 1.491 al inicio del proyecto a 547 un año después (reducción del 63%) con un valle de 394 el 28/12/2023.
- La demora media pasó en ese período de 61 a 21 días.

Las medidas aplicadas se han consolidado de manera estructural, de forma que en octubre de 2024 hay 446 pacientes en espera de PC con una demora media de 20 días.

**CONCLUSIÓN:** La puesta en marcha de medidas específicas del control de la demanda asistencial y gestión de las agendas reduce significativa y eficazmente la espera de PC, mejorando la accesibilidad de otros pacientes con patologías complejas.

FIGURA


Hospital Universitario Infanta Sofía
LE SICYT SEMANAL (CEX y TÉCNICAS)
Servicio
REU
Desc Tipo Prestacion
1.- Consultas Externas
Desc Indicador
Pacientes en Espera Est...
Fecha Corte1
07/05/23
18/05/24
REU
Pacientes en Espera Estructural - 1.- Consultas Externas
Valor
1500
1000
500
0
1.471 1.491 1.443 1.423 1.409 1.400 1.396 1.317 1.270 1.211 1.159 1.109 1.003 915 859 814 719 649 634 585 591 590 548 538 486 441 431 408 410 388 398 394 457 441 435 425 399 400 411 409 419 410 415 416 468 469 483 515 502 547
25/05/23
29/06/23
03/08/23
07/09/23
12/10/23
16/11/23
21/12/23
25/01/24
29/02/24
04/04/24
09/05/24

# Pósters

## Póster 01

**FACTORES PREDICTIVOS DEL DESARROLLO DE LINFOMA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN: RESULTADOS DEL REGISTRO PROSPECTIVO SJÖGRENSER-PROS**

Olga Rusinovich Lovgach[1], Zulema Plaza Almuedo[2], Mónica Fernández-Castro[1], Jose Rosas[3], Víctor Martínez-Taboada[4], Alejandro Olivé[5], Raúl Menor[6], Belen Serrano Benavente[7], Judit Font-Urgelles[8], Ángel García Aparicio[9], Sara Manrique-Arija[10], Alberto García-Vadillo[11], Ruth López-González[12], Javier Narváez[13], Maria Belen Rodriguez[14], Carlos Galisteo[15], Jorge González-Martín[16], Paloma Vela-Casasempere[17], Cristina Bohórquez[18], Celia Erausquin[19], Maria Beatriz Paredes-Romero[20], Leyre Riancho-Zarrabeitia[21], Sheila Melchor[22], Jose Maria Pego-Reigosa[23], Sergio Heredia[24],Clara Moriano[25],Maria Ángeles Blázquez Cañamero[26], Paula Estrada[27], Enrique Júdez[28], Joaquín Belzunegui Otano[29], Consuelo Ramos Giráldez[30], Marta Domínguez-Álvaro[2], Fernando Sánchez-Alonso[2], Jose Luis Andreu[1]. **Proyecto SJOGRENSER del grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER**

*1. Rheumatology department, Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital, 2. Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, 3. Rheumatology department, Marina Baixa de la Vila Joiosa Hospital, 4. Rheumatology department, Marqués de Valdecilla University Hospital. Departament of Medicine y Psychiatry. University of Cantabria. Santander, Spain, 5. Former chief Rheumathology Hospital Universitario Germans Trías i Pujol Badalona Barcelona Spain, 6. Rheumatology department, H. General Universitario Jerez de la Frontera, 7. Rheumatology department, Hospital Gregorio Marañon , 8. Rheumatology department, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona), 9. Rheumatology department, Virgen de la Salud Toledo Hospital, 10. Rheumatology department, Malaga Regional Hospital, 11. Rheumatology department, Hospital Universitario La Princesa, Madrid. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid, 12.Rheumatology department, Zamora Health Complex. Salamanca University, 13. Rheumatology department, Bellvitge University Hospital. Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL). Barcelona, Spain, 14. Rheumatology department, Canarias University Hospital, 15. Rheumatology department, Hospital Parc Taulí, 16. Rheumatology department, HM Sanchinarro Univeristary Hospital, Madrid (Spain), 17. Rheumatology department, General University Hospital Dr. Balmis Alicante. Isabial. Miguel Hernández University, 18. Rheumatology department, Príncipe de Asturias University Hospotal, Alcalá de Henares Madrid. Departamento de medicina, Alcalá University. Madrid, 19. Rheumatology department, Dr Negrin University Hospital, 20. Rheumatology department, Infanta Sofía University Hospital, San Sebastián de los Reyes, Madrid, 21. Rheumatology department, Sierrallana Hospital, 22. Rheumatology department, 12 de Octubre University Hospital, Madrid, 23. Rheumatology department,University Hospital of Vigo IRIDIS-VIGO Group, 24. Rheumatology department, Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona, 25. Rheumatology department, León University Hospital, 26. Rheumatology department, Ramón y Cajal University Hospital, 27. Rheumatology department, Complex Universitari Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, 28. Rheumatology department, Albacete University Hospital, 29. Rheumatology department, Donostia University Hospital, 30. Rheumatology department, Valme University Hospital. Seville, Spain*

**OBJETIVOS:** El linfoma no Hodgkin (LNH) es la complicación más grave de la Enfermedad de Sjögren (ESj), afectando al 5-10% de los pacientes y con un riesgo 6-14 veces mayor en comparación con la población general. Diversos factores clínicos y serológicos, como la púrpura, parotidomegalia, hipocomplementemia y crioglobulinemia, entre otros, se han identificado como predictores de LNH. El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de desarrollo de LNH en pacientes con ESj e identificar los factores de riesgo independientes en una cohorte española bien definida para optimizar el seguimiento y manejo clínico de estos pacientes.

**MÉTODOS:** Este estudio analiza datos de la cohorte multicéntrica prospectiva observacional SjögrenSER-PROS, con 9 años de seguimiento. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico de ESj y que cumplían los criterios del Consenso Europeo-Americano de 2002, procedentes de la la fase transversal del estudio. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos y serológicos de la muestra, incluyendo comorbilidades, tratamientos recibidos, actividad de la enfermedad y daño orgánico. Se compararon las características de los pacientes con y sin linfoma mediante análisis bivariante y multivariante para identificar factores de riesgo independientes. Además, se calculó la tasa estandarizada de incidencia (TEI) de linfoma, comparando la tasa de incidencia observada en la cohorte SjögrenSER-PROS con la de la población española de referencia (mujeres >40 años estratificadas por edad) obtenida del Registro Nacional de Cáncer.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 314 pacientes (94,6% mujeres) con una edad media de 66 años (±11,45) y una duración media de la enfermedad de 17 años (±6,5). Durante una mediana de seguimiento de 9,6 años [9,3-9,9], 11 pacientes (3,5%) desarrollaron linfoma. La tasa estandarizada de incidencia de linfoma fue 1,71 IC 95% (0,0 – 5,57) en comparación con la población española de referencia* (población femenina > 40 años estratificada por edad), siendo la tasa anual en la población de referencia* de 0.16% vs 0.41% en la cohorte SjogrenSer-PROS. La tasa anual de linfoma entre los enfermos con ESj fue 10,69 veces mayor que en la población de referencia*. El análisis bivariante identificó la crioglobulinemia (HR 12,55 (1,76-89,42); p=0,012), presencia de linfadenopatía (HR 3,04 (0,89-10,38); p=0,076) y antecedente de neoplasia (HR 3,82 (0,82-17,70); p=0,087) como factores relacionados con el desarrollo de linfoma, siendo la presencia de crioglobulinemia un factor de riesgo independiente y el antecedente de neoplasia un factor con tendencia a la significación estadística (ver tabla 1).

**Tabla 1. Análisis multivariante de los factores asociados al desarrollo de linfoma.**

| Variables | HR | 95% IC | p |
|---|---|---|---|
| Anti-Ro/SSA | 0,41 | 0,06-2,73 | 0,359 |
| Anti-La/SSB | 0,44 | 0,10-1.93 | 0,277 |
| Crioglobulinemia | 11,07 | 1,18-103,75 | 0,035 |
| Hipocomplementemia C4 | 1,42 | 0,30-6,70 | 0,658 |
| ESSDAI | 1,06 | 0,95-1,19 | 0,271 |
| Linfadenopatía | 2,96 | 0,80-10,93 | 0,103 |
| Antecedente de neoplasia | 4,23 | 0,81-22,11 | 0,088 |
| Uso de rituximab | 0,39 | 0,03-4,65 | 0,454 |

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados muestran en nuestro medio que los pacientes con ESj tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar linfoma no Hodgkin (LNH), con una tasa de incidencia 10,69 veces superior a la población general, siendo la crioglobulinemia un factor de riesgo independiente para su desarrollo. Aunque factores como la linfadenopatía y el antecedente de neoplasia no alcanzaron significación estadística, muestran una clara tendencia que requiere mayor investigación. Estos hallazgos destacan la importancia de un enfoque personalizado en el seguimiento y manejo de los pacientes con ESj.

# Póster 02

## UN NUEVO HORIZONTE EN EL CUIDADO DE LA ARTRITIS Y ESPONDILOARTRITIS: EFICACIA DEL MODELO ASISTENCIAL MIXTO CON EL USO DE IMIDOC

Jose M Iniesta Chamorro[1,2], Marta Novella Navarro[3], Estefanía Avilés-Ariza[1], Diego Benavent[4], Helena Borrell[5], Leonardo A Puentes-Rosado[1], Xavier Michelena[5], Gema Bonilla Hernán[3], Javier Bachiller[6], Leticia Lojo[7], Enrique Calvo[7], Verónica García[6], Claudia M Gómez[7], Jaime Arroyo[6], Laura Berbel[4], Esther Espartal[5], Victoria Navarro Compán[3], Irene Monjo[3], Carmen Alegre[3], Eugenio de Miguel[3], Enrique J Gómez[1,2,8], Alejandro Balsa[3], Chamaida Plasencia Rodríguez[3]

[1] *Biomedical Engineering and Telemedicine Centre, ETSIT, Center for Biomedical Technology, Universidad Politécnica de Madrid, España*
[2] *Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*
[3] *Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*
[4] *Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona, España*
[5] *Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Vall d´Hebrón, Barcelona, España*
[6] *Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*
[7] *Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España*
[8] *Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina, CIBER, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Evaluar la implementación clínica de un modelo asistencial mixto (MAM) con el uso de una herramienta digital para pacientes y profesionales denominada IMIDOC®.

**MATERIAL Y MÉTODOS**: Estudio prospectivo multicéntrico llevado a cabo en el seno de un proyecto FIS PI22/00777. En la primera fase de este proyecto se ha realizado una herramienta de salud digital llamada IMIDoc que consiste en una App móvil para pacientes y una webApp para profesionales sanitarios. A través de la App IMIDoc los pacientes pueden reportar resultados sobre su estado de salud ("patient reported outcomes", PROs) e incidencias clínicas a los profesionales sanitarios, consultar recursos educativos, y agendar las visitas médicas y la toma de medicación. La webApp del profesional permite revisar la evolución de los pacientes e incidencias para proceder a su resolución. En la segunda fase clínica se reclutará un total de 260 pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (EspA) en tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos (FAMEb/sd) y se les hará un seguimiento protocolizado mixto durante un periodo máximo de 12 meses.

**RESULTADOS:** Actualmente se han reclutado 109 pacientes. La distribución de género fue del 63% mujeres, 34% hombres, y 3% género no especificado, con una edad media de 49.4±12.5 años. El 51% de los pacientes incluidos son AR y el 49% EspA. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes en IMIDoc es de 111.1±68.2 días. Hasta el momento se han

registrado 87 incidencias que se han distribuido en 20% brotes, 10% infecciones, 29% problemas con la medicación, siendo de otros tipos el 41%. El 99% de las incidencias se han solucionado de manera telemática (35% por mensaje, 23% por llamada y 41% mensaje automático), con solo un 1% de citas presenciales. El tiempo medio de resolución fue de 1.3±2.2días. En cuanto a las 161 visitas médicas realizadas en el estudio, el 29% fueron telemáticas y el 71% presenciales. En total, los pacientes han cumplimentado un total de 4117 PROs, rellenándose más frecuentemente el nº de articulaciones dolorosas (p-NAD,16.4%), nº articulaciones tumefactas (p-NAT, 15.20%) y escala de dolor (p-EVA, 14%) en AR y p-NAD (11.8%), p-NAT (11.5%) y recuento de entesis (p-entesis, 11.2%) en EspA. Según nuestra clasificación de estados de actividad en función de los PROs cumplimentados:30% pacientes están estables con baja actividad, 21% pacientes están estables activos, 20% pacientes no son adherentes a cumplimentar cuestionarios para clasificar su status, 6% han sido contactados recientemente, 2% tienen una incidencia abierta y 21% pacientes no se pueden clasificar porque han sido reclutadas hace menos de 4 semanas. Se han realizado en total 232 consultas a los recursos educativos y al menos 64 (55%) pacientes han leído un recurso educativo. La media de recursos educativos leídos por pacientes fue de 2.11±2.69. Los recursos educativos se dividieron en generales (11) y específicos (11 para AR y 10 para EspA). En general, los recursos más leídos fueron aquéllos relacionados con el papel del reumatólogo y autoevaluación de actividad articular.

**CONCLUSIONES:** El MAM con la herramienta IMIDoc ofrece una alternativa prometedora en el seguimiento estas enfermedades, combinando la gestión clínica con el soporte digital, y mejorando el acceso a la información y la resolución de problemas en tiempo real.

# Póster 03

## IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA TRAS LA ALERTA SANITARIA DE LA AGENCIA EUROPEA DEL MEDICAMENTO SOBRE LA RESTRICCIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DE JAK.

Elisabet Castañeda-Estévez[1], Cristina Vergara-Dangond[2], Martina Steiner[2], M Beatriz Paredes-Romero[2], Ana Esteban-Vázquez[2], Tatiana Cobo-Ibañez[2], Laura Trives-Folguera[2] M Liz Romero-Bogado[2], Isabel De La Cámara-Fernández[2], Patricia Richi-Alberti[2], Ana Acosta-Alfaro[2], Iría de la Osa-Subtil[3], Santiago Muñoz-Fernandez[2].

*1. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. 28942.*
*2. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid. 28702.*
*3. Servicio de estadística. Universidad Europea, Madrid. 28108.*

**INTRODUCCIÓN:** Los inhibidores de la JAK (iJAK) podrían tener un mayor riesgo de desarrollar un evento adverso mayor de tipo cardiovascular, isquémico o trombótico. La alerta sanitaria recomienda evitar el uso de iJAK en pacientes de 65 años o más, con factores de riesgo cardiovascular, fumadores o exfumadores, o con riesgo elevado de cáncer, quedando su uso solo cuando no haya otra alternativa terapéutica.

**OBJETIVO:** Determinar el porcentaje de pacientes que ha desarrollado algún evento adverso de tipo cardiovascular, isquémico, neoplasia o trombótico en una cohorte de pacientes que recibe o han recibido tratamiento con iJAK entre enero de 2018 y septiembre de 2023.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal. Se incluyen pacientes del servicio de Reumatología del Hospital Infanta Sofía que reciben o han recibido tratamiento en algún momento con inhibidores de la JAK entre el 1 de enero 2018 y el 30 de septiembre del 2023. Se recogieron variables demográficas y clínicas como antecedentes médicos, diagnóstico, tiempo del diagnóstico, fármacos inmunosupresores previos, tiempo de uso del iJAK, efectos adversos, motivo del cambio del iJAK. También se evaluó un subgrupo de pacientes al momento de salir la alerta sanitaria. Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica.

**RESULTADOS:** Se analizaron 101 pacientes. El 60.4% tenía diagnóstico de artritis reumatoide, 18.8% de artritis psoriásica, 5.9% espondiloartritis axial, 3% espondiloartritis periférica, 5.9% artritis seronegativa, 3% espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 2% artritis idiopática juvenil y 1% LES.

Recibieron tratamiento con iJAK en primera,segunda,tercera, cuarta y quinta línea o más en un 7.92%, 27.7%, 29.7%, 16.83%, y 17.82% respectivamente. Un 29.7% estuvo en tratamiento con Baricitinib, 6.93% con Filgotinib, 10.89% con Tofacitinib, y 52.48% con Upadacitinib, con una mediana de uso de todos los fármacos de 15 meses y rango intercuartílico de 20.

Los efectos adversos más frecuentes fueron infecciones que obligó a la suspensión del tratamiento en un 5.9%. Ningún paciente desarrolló un ictus isquémico ni cardiopatía isquémica durante el uso con iJAK.

Al momento de la alerta sanitaria del 2022, 75 pacientes mantenían tratamiento con iJAK; 33 cumplían criterios de alerta. De estos pacientes se realizó el cambio de biológico en un 12,12% por motivo de la alerta y en un 12,12% por fallo al biológico. Se mantuvo el fármaco en un 9,09% por no contar con otras opciones terapéuticas, en un 57,58% por estabilidad clínica y en un 9,09% por preferencia del paciente.

# Póster 04

## DOS DÉCADAS DE INVESTIGACIÓN EN REUMATOLOGÍA (2000-2023): UNA PERSPECTIVA DESDE EL MODELADO DINÁMICO DE TEMAS

Alfredo Madrid-García[1], Dalifer Freites-Núñez[1], Beatriz Merino-Barbancho[2], Inés Pérez Sancristobal[1], Luis Rodríguez-Rodríguez[1]

[1]*Grupo de Patología Musculoesquelética. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Prof. Martin Lagos s/n, Madrid, 28040, Spain*
[2]*Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad Politécnica de Madrid. Avenida Complutense, 30, Madrid, 28040, Spain*

**OBJETIVOS:** La reumatología ha experimentado cambios notables en las últimas décadas. Han surgido nuevos fármacos, incluidos inhibidores de la JAK y nuevas terapias biológicas. Han surgido conceptos como *ventana de oportunidad*, *artralgia sospechosa de progresión* o *artritis reumatoide difícil de tratar*; y nuevos enfoques y estrategias de manejo, como el *treat-to-target* se han popularizado. Para caracterizar el impacto de dichos avances en la abundante literatura científica de reumatología, se deben emplear enfoques automáticos y eficientes basados en el procesamiento del lenguaje natural (PLN) y la inteligencia artificial. El objetivo de este estudio es utilizar técnicas de modelado de temas para descubrir los temas y tendencias en la investigación reumatológica realizada en los últimos 23 años.

**MÉTODOS:** Se analizaron 96,004 *abstracts* publicados entre los años 2000-2023 de 34 revistas especializadas en reumatología identificadas mediante el índice *Journal Citation Reports*. Para descubrir las tendencias se utilizó *BERTopic*, un novedoso enfoque de modelado de temas basado en aprendizaje profundo no supervisado que tiene en cuenta las relaciones semánticas entre las palabras y su contexto para descubrir temas. Se entrenaron hasta 30 modelos diferentes, y se eligió aquel con mayor puntuación de coherencia temática (*u_mass*). Los temas identificados fueros etiquetados y descritos manualmente por dos reumatólogas. Por último, se identificaron los temas calientes (con mayor interés) y fríos (con menor interés) mediante modelos de regresión lineal.

**RESULTADOS:** Los *abstracts* se clasificaron mediante BERTopic en 47 temas. La puntuación *u_mass* fue de -0,279. La tabla 1 muestra la evolución dinámica de los temas identificados a lo largo del tiempo y un diagrama de barras de los temas calientes y fríos. Las diez enfermedades más estudiadas en estos años son artrosis de rodilla, artritis reumatoide, artrosis, esclerosis sistémica, espondiloartritis, vasculitis, gota, artritis psoriásica y polimiositis.

Al agrupar los temas por su significado clínico, las enfermedades estudiadas con mayor frecuencia fueron la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la artrosis. Por otra parte, cuando se analiza la tendencia, caliente-frio se identificaron temas esperados como COVID-19. Temas como la cirugía de columna o las fracturas óseas han ganado relevancia en los últimos años, sin embargo, el síndrome antifosfolípido o la artritis séptica han perdido impulso.

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio utilizó técnicas avanzadas PLN para analizar identificar temas clave y tendencias emergentes en reumatología. Los resultados ponen de relieve la naturaleza dinámica y variada de la investigación en reumatología, e ilustran cómo el interés por determinados temas ha ido cambiando con el tiempo. A medida que aumente el número de publicaciones científicas, el uso de técnicas de PLN será necesario para sintetizar la información de forma eficiente, ayudando a identificar tendencias, lagunas y áreas de interés emergentes en diversos campos de la medicina.

# Póster 05

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE TERAPIA COMBINADA CON FAMEb y FAMEsd EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Natalia López-Juanes[1], Carlota Ureta[1], Marta Novella-Navarro[1], Irene Monjo[1], Diana Peiteado[1], Alejandro Villalba[1], Laura Nuño[2], Victoria Navarro[1], María Sanz-Jardón[1], Mª Ángeles González[3], Cristina Suarez[4] Alejandro Balsa-Criado[1], Eugenio de Miguel[1], Chamaida Plasencia[1].

*1. Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz*
*2. Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro*
*3. Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Paz*
*3. Servicio de Digestivo del Hospital Universitario La Paz*

**OBJETIVOS**: 1) Describir las características clínicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) que reciben terapia combinada con dos fármacos biológicos modificadores de enfermedad (FAMEb) o con un FAMEb combinado con un agente oral sintético dirigido (FAMEsd) 2) Identificar los fármacos más utilizados y los principales efectos adversos de su combinación 3) Evaluar la respuesta clínica de la terapia combinada.

**MÉTODOS**: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con una o más IMID que recibieron terapia combinada con FAMEb y/o FAMEsd en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz desde enero 2020 hasta octubre 2024. Se recogieron características clínicas, FAMEb y FAMEsd utilizados, tiempo de duración del tratamiento, motivo de suspensión, actividad de la enfermedad según índices de actividad (DAS28, ASDAS y DAPSA) al inicio y al suspender el tratamiento o al finalizar el periodo de observación del estudio si mantenían el tratamiento activo. Para comparar variables se utilizaron las pruebas de $\chi 2$ y de Fisher.

**RESULTADOS**: Se incluyeron 12 pacientes, la mayoría varones (58.3%), con una edad media al inicio de la terapia combinada de 48,7±13,6 años. De ellos, 3 (25%) presentaban espondiloartritis (EspA), 3 (25%) artritis reumatoide (AR), 2 (16,7%) artritis psoriásica (Aps) y 1 artritis idiopática juvenil (AIJ). El 91,7% asociaban afectación extraarticular, siendo la más frecuente la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (54,5%). Todos habían recibido anteriormente FAMEb y/o FAMEsd, con una mediana de 5±2 fármacos, y 3 habían recibido terapia combinada previamente. Concomitantemente, el 66,7% recibieron FAME convencionales y el 25% glucocorticoides orales. Las combinaciones más utilizadas fueron la de antiTNF+inhibidor de JAK (iJAK, 41,7%) y antiTNF+vedolizumab (25%). Otras combinaciones registradas fueron antiTNF+anti-IL23, antiTNF+anti-IL12 y 23, y iJAK+vedolizumab. En 8 pacientes el motivo de la combinación fue la refractariedad del dominio articular, en 2 la del dominio extraarticular y en 2 la de ambos dominios. La duración media del tratamiento fue de 1,4±1,2 años. Se suspendió en 4 pacientes por infección grave (2, ambas con AR), ineficacia secundaria (1) y pérdida de seguimiento (1). Como efectos secundarios, 4 (33,3%) desarrollaron infecciones y 2 (16,7%) hipertransaminasemia. Según los índices de actividad, al inicio de la terapia combinada 4 pacientes presentaban alta actividad (AA), 4 moderada (MA), 1 baja (BA) y 1 se encontraba en remisión (REM) desde el punto de vista articular. Al medir la actividad de la enfermedad en el momento de suspensión de la terapia o al del periodo de observación en aquellos que seguían con tratamiento activo, el 75% presentaron mejoría, identificándose 2 AA, 3 MA, 3 BA y 1 RA (sin diferencias estadísticamente significativas). El resumen de los resultados se encuentra en la Tabla 1.

**CONCLUSIONES**: La combinación de FAMEb y/o FAMEsd más utilizada fue antiTNF+iJAK. A pesar de tratarse de pacientes con IMID de difícil manejo, 3 de cada 4 pacientes mejoraron la actividad inflamatoria tras el uso de terapia combinada. El 25% de los pacientes presentaron infecciones durante el tratamiento, y en dos casos motivó su suspensión. Estos hallazgos sugieren que la terapia combinada puede ser una estrategia válida en pacientes de difícil manejo, aunque se requieren estudios adicionales para optimizar su uso y manejo de riesgos.

# Póster 06

## APLICACIÓN Y USO DE LAS DESCRIPCIONES DE SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES PARA EL DIAGNÓSOTICO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS USANDO INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Inés Pérez – Sancristóbal[1], Nils Steinz[2], Ling Qin[2], Tjardo Maarseveen[2], Floor Zegers[2,3], Barbara Bislawska Axnäs[4], Luis Rodríguez – Rodríguez[1] and Rachel Knevel[2,5]

[1] *Hospital Clínico San Carlos, Departamento de Reumatología, C/ Prof Martín Lagos s/n – 28040 Madrid, España*
[2] *Leiden University Medical Center, Departamento de Reumatología, Países Bajos*
[3] *Leiden University Medical Center, Departamento de Ciencias de Datos Biomédicos, Países Bajos*
[4] *Elsa Science, Suecia*
[5] *Translational and Clinical Research Institute, Newcastle University, Reino Unido*

**OBJETIVOS:** Los síntomas notificados por el paciente son cruciales para la anamnesis médica. Las encuestas digitales de síntomas suelen recoger preguntas cerradas, por lo que pueden pasar por alto síntomas relevantes. Sin embargo, la fiabilidad de los síntomas declarados por los propios pacientes difiere de la de los expertos, lo que podría afectar a la precisión del diagnóstico.

Este estudio explora si los síntomas declarados por los pacientes pueden predecir enfermedades inflamatorias inmunomediadas (imRD), osteoartrosis (OA) y fibromialgia (FM) y si la predicción difiere entre pacientes que ya han sido diagnosticados previamente y los no diagnosticados.

**MÉTODOS:** Se analizaron 8,454 respuestas en texto libre de la encuesta “Rheumatic” (junio 2021 - febrero 2023). Usamos procesamiento de lenguaje natural (NLP) y 8 modelos de aprendizaje automático (ML) con vectorización TF-IDF, entrenando con validación cruzada (2x5) en el 80% de los datos y evaluando en el 20% restante. Los modelos optimizados según ROC-AUC se aplicaron tanto a diagnósticos nuevos como existentes. Identificamos puntos de corte óptimos mediante gráficos de Swarm plots para optimizar valor predictivo positivo (VPP) y especificidad en OA y FM, y valor predictivo negativo (VPN) y sensibilidad en imRD.

**RESULTADOS:** Entre los 8 modelos, Support Vector Machine (SVM) logró los mejores resultados AUC para diagnósticos existentes: OA: 0,69 (0,67–0,72), FM: 0,76 (0,73–0,79), e imRD: 0,71 (0,68–0,74). En diagnósticos nuevos, el rendimiento fue algo menor: OA: 0,65 (0,62–0,68), FM: 0,72 (0,68–0,77) e imRD: 0,65 (0,60–0,69). En la validación, los modelos clasificaron correctamente OA y FM en 42% y 33% de los pacientes, con errores de 17% y 8%, respectivamente. Para imRD, un punto de corte de 0,75 optimizó la especificidad, logrando un 19% de derivaciones correctas a reumatología con un 5% de falsos positivos. Otro corte de 0,15 priorizó VPN y sensibilidad, identificando el 92% de los casos verdaderos, aunque con un 80% de falsos positivos.

**CONCLUSIONES:** Los síntomas de texto libre muestran potencial para distinguir la OA, la FM y las imRD, lo que podría reducir la carga diagnóstica. Si bien aún no es confiable para el diagnóstico independiente, la integración del texto libre en los diagnósticos mediante inteligencia artificial (IA), incluida la IA generativa, es prometedora. La colaboración continua entre ingenieros, científicos computacionales y médicos es crucial para desarrollar herramientas clínicas precisas y transparentes.

# Póster 07

## UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA AQUILEA EN LA DISCRMINACIÓN DIAGNÓSTICA DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Irene Martín Martín [1], Carmen San José Méndez [2], Sonia Jiménez Barrios [3], Elena Martín Fernández [4], Julia Miranda Manzano [4], Diego Dios Santos [5] Jorge González Martin [6], Pablo Zurita Prada [7], Mónica Vázquez Díaz [5], Carlos A. Guillén-Astete [3,4,6,7]

*(1) Hospital Virgen de las Nieves (Granada)*
*(2) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*
*(3) Hospital Universitario Ramón y Cajal*
*(4) Facultad de Biomedicina, Universidad Europea de Madrid.*
*(5) Hospital de Verín (Orense)*
*(6) Hospital Universitario HM Sanchinarro*
*(7) Hospital Universitario HLA Moncloa*

**OBJETIVO:** Demostrar la utilidad diagnóstica de la elastografía aquilea (EL-AQ) en el diagnóstico de artritis psoriásica (APSO) en pacientes con afectación clínica aquilea (APSO-A) o sin ella, frente a tres tipos de controles libres de enfermedad psoriásica conocida.

**MÉTODO:** Se compararon los resultados basales y post esfuerzo físico de la EL-AQ de pacientes con APSO y APSO-A, de menos de 24 meses desde el diagnóstico, procedentes de cuatro servicios de reumatología con los de controles deportistas, controles normopeso no deportistas y sujetos con sobrepeso/obesidad, todos ellos libres de enfermedad psoriásica conocida. Se parearon los controles con los pacientes por sexo y edad (+/- 2años) El tipo de control se definió por autoproclamación y criterio IMC e impedanciometría de cuatro extremidades. Se realizaron comparaciones basales y post-esfuerzo físico controlado y se establecieron correlaciones entre estos resultados, las características clínicas de los pacientes y el resultado de un estudio MASEI. El estudio EL-AQ se realizó con un ecógrafo General Electric modelo S8 provisto de una sonda lineal de baja frecuencia. La rigidez tendinosa se calculó mediante la técnica de elastografía por ondas de cizallamiento mediante la media de tres áreas de interés de 1cm$^2$ localizadas en el territorio entésico del tendón de Aquiles de la pierna no dominante (controles y pacientes APSO) de la pierna con el tendón sintomático (pacientes APSO-A). El ejercicio controlado se realizó en una bicicleta estática con resistencia media y objetivo de 150% de la frecuencia cardiaca basal durante 20 minutos.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 57 pacientes (27 APSO, 30 APSO-A) y 171 controles (25 deportistas, 25 obesos y 121 normopesos). Media de edad de pacientes (DE)=39,9(6,7). Tiempo desde el diagnóstico=12(7) meses. Los resultados de la EL-AQ basal controles y pacientes fueron 114,6(32,9) y 77,0(21,6) KPa (p<0,001). La gradiente de EL-AQ post ejercicio en controles y pacientes fue 65,7(28,7) y 20,0(9,3) KPa (p<0,001). Se determinó correlación inversa entre el MASEI y el cambio de EL-AQ post ejercicio (Coef. Pearson -0,445; p<0,001). Entre el grupo de pacientes, la EL-AQ basal fue 70,1(21,0) en el grupo APSO-A y 84,7(19,9) KPa en el grupo APSO (p<0,05); la gradiente EL-AQ post ejercicio fue 15,9(7,2) en el grupo APSO-A y 24,5(9,4) KPa en el grupo APSO (p<0,001). La presencia de psoriasis ungueal, el tipo de tratamiento, los dominios de la enfermedad psoriásica y la positividad del HLACWO6 no mostraron asociación con los resultados de la EL-AQ basal, final ni con la gradiente post esfuerzo físico.

**CONCLUSIONES:** La EL-AQ basal demuestra una capacidad discriminatoria diagnóstica entre pacientes con artritis psoriásica de reciente diagnóstico con o sin afectación clínica aquilea y controles sanos. La capacidad adaptativa al ejercicio físico, analizada mediante la gradiente de EL-AQ post esfuerzo ha demostrado además una gran capacidad discriminativa entre pacientes y subgrupos de controles sanos (deportistas, normopesos y obesos, libres de enfermedad). La EL-AQ debe considerarse, por su carácter numérico como una prueba de interés para la evaluación de pacientes con sospecha de APSO con o sin clínica aquilea.

# Póster 08

**BIOMARCADORES ASOCIADOS A LA INFLAMACIÓN INTESTINAL Y LA PERMEABILIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL (ESPA-AX) EN DIFERENTES SITUACIONES TERAPÉUTICAS.**

Merino Argumánez C, Sánchez López A, Santos Bórnez MJ, Campos J, Fernández Castro M, García Magallón B, Barbadillo Mateos C, Godoy Tundidor H , de la Torre Rubio N, Rusinovich Lovgach O, Navarro Palomo P, Machattou M, Navarro Joven C, Alonso de Francisco M, Ramos Ortiz de Zarate L, Martínez Rodado A, Liso Andrino A, Sánchez Fernández C, Andréu JL González-Lama Y, Sanz Sanz J.

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, IDIPHISA, Madrid, España.[2]Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, IDIPHISA, Madrid.*

**OBJETIVO:** Los mecanismos patogénicos de las enfermedades articulares relacionadas con el intestino no se conocen con exactitud. Existen evidencias que sugieren que un trastorno en la barrera intestinal podría ser el punto de partida en la patogénesis de estas enfermedades. La coexistencia de ambas patologías en un mismo paciente tiene importantes implicaciones para las decisiones clínicas a la hora seleccionar la terapia más adecuada. El objetivo de este estudio fue investigar la integridad de la barrera intestinal evaluando los niveles de proteína transportadora de ácidos grasos intestinales (iFABP) así como la inflamación intestinal utilizando el marcador fecal, calprotectina (CPF) en pacientes con espondiloartritis axial (EspA-Ax) que estaban recibiendo diferentes tratamientos.

**MÉTODOS:** Se incluyeron 26 pacientes con EspA-ax en diferentes situaciones terapéuticas (bionaïve, anti-factor de necrosis tumoral (TNF) y anti-interlequina (IL)-17) y 11 controles sanos. Se recopilaron datos clínicos de los pacientes (tabla 1) y se recogieron muestras de suero que se centrifugaron 1800 g durante 15 minutos y se almacenaron a -80 ºC. Las muestras fecales se obtuvieron utilizando el dispositivo BÜHLMANN CALEX® Cap. Evaluamos el iFABP sérico utilizando el kit ELISA FABP2 intestinal humano (EHFABP2, Invitrogen); la CPF se cuantificó mediante el sistema Quantum Blue® (BÜHLMANN). En el análisis estadístico se empleó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman ($r_s$) para determinar la correlación entre las variables cuantitativas. Para la comparación entre grupos (pacientes y controles) se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y en las comparaciones entre diferentes grupos de tratamientos se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se empleó el software SPSS. v.18. Los valores de $P \leq 0{,}05$ se consideraron estadísticamente significativos y borderline los valores $0{,}1<P>0{,}05$.

**RESULTADOS**: Observamos un incremento de iFABP sérico en pacientes con EspA-Ax (Mediana (Me): 7,14 ng/ml, rango intercuartílico (RIC): 5,50-8,86) en comparación con el grupo control (Me: 5,83 ng/ml, RIC: 4,73-6,82) aunque la diferencia no alcanzó significación estadística ($P$=0,07). No encontramos diferencias entre los diferentes grupos de tratamiento. Los niveles de iFABP fueron mayores en el grupo bionaïve (Me: 7,93 ng/mL; RIC: 5,17-13,06) seguido del grupo tratado con anti-TNF (Me: 7,10 ng/ml; RIC: 5,64-7,96) y del grupo tratado con anti-IL-17 (Me: 6,48 ng/ml; RIC: 5,27-8,86; $P$=0,083). Los controles tuvieron los valores más bajos de iFABP (Me: 5,83 µg/ml, RIC: 4,73-6,82) y solo encontramos una diferencia bordeline ($P$=0.010) al comparar los controles con el grupo bionaïve. En cuanto a la CPF, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamientoo. Además, no encontramos ninguna correlación entre los valores de iFABP y CPF ($r_s$=0,178; $P$=0,394) ni tampoco observamos correlación con el resto de variables clínicas analizadas.

**CONCLUSIÓN:** Los niveles de iFABP fueron más altos en los pacientes con EspAax, especialmente en el grupo de tratamiento bionaïve en comparación con los controles sanos, pero la diferencia no alcanzó significación estadística. Este estudio es una prueba de concepto y será necesario aumentar el número de pacientes en futuras investigaciones.

# Póster 09

## EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LAS CITOQUINAS DEL TEJIDO ADIPOSO EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JAK EN ARTRITIS REUMATOIDE

Marta Novella Navarro[1,2], Ana Martínez Feito[3], Rebeca Pérez De Diego[4], Beatriz Nieto Carvalhal[2], Keren Reche[3], Ana María Van Den Rym[4], Maria Eugenia Miranda Carús[1,2], Eugenio De Miguel[1,2]Chamaida Plasencia Rodríguez[1,2], Alejandro Balsa[1,2].

*[1]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz; [2]Grupo de investigación Inmuno-reumatología IdiPaz;[3]Servicio de Inmunología Hospital Universitario La Paz;[4] Laboratorio de Immunogenética de las enfermedades. Grupo inmunidad innata IdiPaz.*

**OBJETIVOS:** i) Analizar el papel del índice de masa corporal (IMC) en la respuesta clínica a fármacos inhibidores de JAK (iJAK) en pacientes con artritis reumatoide (AR).ii)Investigar los mecanismos fisiopatológicos de la obesidad mediante la determinación de los niveles séricos de citoquinas del tejido adiposo (adipoquinas) y su potencial influencia en la respuesta al tratamiento.

**MÉTODOS:** Estudio observacional de pacientes con AR que iniciaron tratamiento con iJAK. Los pacientes se clasificaron de acuerdo a su IMC como normopeso (IMC<25kg/m2) o sobrepeso/obesidad (IMC≥25kg/m2). Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas en el momento basal y a los 6m de tratamiento con iJAK. La actividad de la enfermedad se midió con el índice DAS28 al inicio y a los 6m de tratamiento tomando como medida de desenlaceen este punto la "baja actividad/remisión" (BA/REM) DAS28 <3.2.
Las adipoquinas séricas (leptina y adiponectina) se midieron (ng/ml) por enzimoinmunoensayo (ELISA) en las muestras basal y a los 6m.

**Análisis estadístico:** para la comparación entre variables cualitativas se utilizaron los test Chi-cuadrado y Fisher, y para la comparación entre variables cuantitativas se emplearon los test de T de Student, U-Mann Whitney y Wilcoxon. Las correlaciones entre DAS28, IMC y adipoquinas se analizaron mediante los coeficientes de Pearson y Spearman. Valor significativo p<0,05.

**RESULTADOS:** Se analizaron 36 pacientes de los cuales 18 (50%) alcanzaron BA/REM a los 6m. El 33.3% de los pacientes inició iJAK en monoterapia y 19.4% eran naïve a biológico. El 66.7% tenía un IMC≥ 25 y no se encontraron diferencias en el IMC de los pacientes que alcanzaron BA/REM frente a los que no. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de adipoquinas en función de la respuesta al tratamiento. En los pacientes que alcanzaron BA/REM no se observaron diferencias significativas en los niveles de leptina con respecto a los pacientes que no respondieron al tratamiento ni en el momento basal [44.5 (29.9-62.4) vs 42.4 (18.5-67.9), p=0.75] ni a los 6m [43.4 (33.3-61.0) vs 42.3 (28.1-58.9) p=0.84]. Lo mismo ocurrió con los niveles de adiponectina basal [22.5 (18.5-43.8)] en pacientes con BA/REM vs los que no respondieron [18.1 (13.2-32.1)] (p=0.05) y adiponectina a los 6m [27.5 (19.4-39.7)] en respondedores vs [19.0 (15.1-32.8)] (p=0.11) en los no respondedores. No se observaron variaciones significativas entre los dos puntos temporales en los niveles de adipoquinas. En la muestra global se observó una correlación positiva entre IMC y los niveles de leptina basal (r=0.53, p<0.01) y 6m (r=0.47, p=0.01) y también en se mostró esta correlación en función de la respuesta a tratamiento, pero no se mostró correlación entre IMC, niveles de adipoquinas y DAS28.

**CONCLUSIONES:** El IMC elevado se asocia con mayores niveles de leptina sin que esto condicione el alcance de la REM/BA en pacientes tratados con iJAK por lo que este mecanismo de acción podría ser adecuado para el tratamiento de pacientes con AR que presenten sobrepeso/obesidad.

# Póster 10

## DETECCIÓN DE GOTA PRECLÍNICA CON ECOGRAFÍA ARTICULAR EN PACIENTES CON PSORIASIS E HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA SIN ANTECEDENTE DE ARTRITIS

Claudia Gómez-González[1‡], Boris A. Blanco Cáceres[2*‡], Laura Barrio Nogal[3‡], Marta Serrano Warleta[2], Diana Peiteado[4‡], Eugenio de Miguel[4**‡], Marta Novella-Navarro[4‡], Olga Rusinovich[5], Diana Velázquez Tarjuelo[6], Pablo de la Cueva Dobao[6†**], María Asunción Ballester Martínez[7], María Luisa Alonso Pacheco[8], Enrique Calvo-Aranda[1***‡]

[1]*Sección de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor. Gran Vía del Este 80, 28031, Madrid*
[2]*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. M-607, Km.9 100, 28034, Madrid*
[3]*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Torrejón. C. Mateo Inurria, 28850, Torrejón de Ardoz, Madrid*
[4]*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz. P.º de la Castellana 261, 28046, Madrid*
[5]*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro. C. Joaquín Rodrigo 1, 28222, Majadahonda, Madrid*
[6]*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor. Gran Vía del Este 80, 28031, Madrid*
[†]*Vicepresidente de la AEDV (Grupos de Trabajo y Secciones Territoriales). Presidente de la S.C.A.E.D.V.*
[7]*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. M-607, Km.9 100, 28034, Madrid*
[8]*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz. P.º de la Castellana 261, 28046, Madrid*
[*]*Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá de Henares. Campus Universitario - C/ 19, Av. de Madrid, Km 33,600, 28871, Alcalá de Henares, Madrid*
[**]*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. C. Arzobispo Morcillo 4, 28029, Madrid*
[***]*Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Pl. Ramón y Cajal s/n, 28040, Madrid*
[‡]*GEACSER (Grupo de Estudio de Artropatías Cristalinas de la Sociedad Española de Reumatología)*

**OBJETIVOS**: evaluar hallazgos ecográficos de gota preclínica (GPC) en pacientes con psoriasis e hiperuricemia asintomática (HUA) sin antecedente de artritis.

**MÉTODOS**: estudio observacional multicéntrico que incluyó a pacientes con ácido úrico sérico (AUS) >7 mg/dl en ≥2 determinaciones en últimos 12 meses y diagnóstico de psoriasis por dermatología al menos un año antes de la inclusión. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos, duración de psoriasis, *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) y tratamiento para esta. El mismo reumatólogo encargado de anamnesis/exploración realizó examen ecográfico bilateral de rodilla y primera metatarsofalángica siguiendo protocolo de *De Miguel y col*. y se consideró examen compatible con GPC si demostraba presencia de tofos y/o doble contorno (DC). Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de la muestra. En función del hallazgo de signos de GPC, se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos mediante test de Chi-cuadrado para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se realizó análisis de correlación de Spearman para valorar asociación entre variables cuantitativas en ambos grupos.

**RESULTADOS**: Se reclutaron 25 pacientes con psoriasis y HUA. El 80% hombres, con edad media de 56 años (DE 13.6), media IMC 31 (DE 7.9), media AUS 7.6 mg/dl (DE 0.8), duración media de psoriasis 17.6 (DE 11.3) años, media PASI 3.7 (DE 5.0), tratamiento biológico 72%. Once pacientes (44%) tenían GPC, de los cuales 24% DC y 16% tofos. Los pacientes con GPC tenían mayores niveles de AUS (media 7.7 mg/dl, DE 0.4), sin ser estadísticamente significativo. En los pacientes con GPC encontramos una correlación positiva significativa entre media de AUS y PASI (r=0.65; p=0.02) y negativa entre PASI y edad (r=-0.71; p=0.01).

**CONCLUSIONES**: la gota preclínica es frecuente en nuestra cohorte. La ecografía puede ser una herramienta útil para la intercepción precoz de gota en pacientes con psoriasis e hiperuricemia asintomática sin artritis previa.

**BIBLIOGRAFÍA:** De Miguel E, Puig JG, Castillo C, Peiteado D, Torres RJ, Martín-Mola E. Diagnosis of gout in patients with asymptomatic hyperuricaemia: a pilot ultrasound study. Ann Rheum Dis. 2012 Jan;71(1):157-8. Terslev L, Gutierrez M, Christensen R, Balint PV, Bruyn GA, Delle Sedie A, et al. Assessing Elementary Lesions in Gout by Ultrasound: Results of an OMERACT Patient-based Agreement and Reliability Exercise. J Rheumatol. 2015;42(11):2149-54. Stewart S, Maxwell H, Dalbeth N. Prevalence and discrimination of OMERACT-defined elementary ultrasound lesions of gout in people with asymptomatic hyperuricaemia: A systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum. 2019;49(1):62-73.

# Póster II

## GRANULOCITOAFÉRESIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA: EXPLORANDO TERAPIAS MÁS ALLÁ DE LOS INMUNOMODULADORES

Sara Salas Santamaría[1], Ana Kerguelen[2], Marta Novella Navarro[1], José Rodríguez Gago[1], Gema Bonilla Hernán[1], Miguel Bernad[1], Alejandro Villalba[1], Ana Sánchez Caballero[1], Alejandro Balsa Criado[1], Eugenio de Miguel[1], Aurora Viejo[2], Chamaida Plasencia Rodríguez[1]

*1. Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid. 28046*
*2. Servicio de Hematología Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid. 28046*

**INTRODUCCIÓN**: Aproximadamente un 7-14% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) se consideran difícil de tratar (AR-D2T), debido a la falta de eficacia de múltiples fármacos. La granulocitoaféresis (GCA) es un procedimiento que consiste en la extracción de los leucocitos de la sangre periférica a través de sistemas extracorpóreos que extraen selectivamente granulocitos y monocitos por medio de una columna con perlas de acetato de celulosa.[1,2,3,4] Con esta terapia, usada principalmente en la enfermedad inflamatoria intestinal, se logra disminuir la respuesta inmune del huésped, mejorando el dolor y la inflamación.[1,2,3] En el campo de la reumatología son escasos los estudios que han evaluado su uso en pacientes con AR. En estos estudios se vio principalmente que mejoraba el número de articulaciones tanto dolorosas como tumefactas,[5] así como el DAS28 a partir de las primeras semanas.[6]

**OBJETIVOS**: i) Evaluar el tratamiento coadyuvante con granulocitoaféresis (GCA) en pacientes con artritis reumatoide (AR) refractaria a múltiples tratamientos farmacológicos. ii) Analizar las características de estos pacientes y describir su evolución tras el inicio de esta terapia.

**MÉTODOS**: Estudio ambispectivo en el que se han incluido pacientes con AR que han iniciado terapia coadyuvante de GCA en nuestro hospital tras fracaso de múltiples fármacos modificadores de enfermedad (FAME), tanto sintéticos dirigidos (FAMEsd) como biológicos (FAMEb). Se recogieron los datos sociodemográficos, de actividad inflamatoria, y tratamientos previos.

**RESULTADOS**: Del total de nuestra cohorte de AR, 80 pacientes presentaron fracaso a múltiples FAMEb/sd, en cinco de ellos se pautó GCA coadyuvante al tratamiento farmacológico. Las cinco eran mujeres, con edad media de 63±7.5 años. El 80% tenían o tienen hábito tabáquico. En relación a las características de la enfermedad, un 80% eran seropositivas (FR y/o ACPA), con una duración media de la enfermedad de 24±5,8 años y el 60% presentaban un Síndrome de Sjogren asociado. Como se puede observar en la *Tabla 1* la mayoría de las pacientes son polirrefractarias, con fracaso a más de 5 FAMEb/sd previamente al inicio de la GCA. Al comparar con las variables tras el comienzo de GCA destaca una reducción significativa tanto en el uso como en la dosis de prednisona a los 3 meses (Mdn, RIQ: 7.5, 6.25-10 mg pre-GCA vs 5,0-6.25 mg 3m-post-GCA, p=0.042). No obstante, cabe destacar que en 3 de las 5 pacientes el número de sesiones se vió limitado o interrumpido, un caso por exacerbación de neutropenia, otro por falta de respuesta y el tercero por dificultades para acudir a las sesiones de GCA. Sin embargo, en las dos pacientes que continúan en tratamiento, con pauta de aféresis semanal, son ya 12 las sesiones recibidas en los 3 meses evaluados.

**CONCLUSIONES**: El uso de la GCA puede ser una alternativa en aquellos pacientes con AR refractaria a múltiples tratamientos o con contraindicación a terapias combinadas, que nos permita ahorrar dosis de corticoesteroides. De momento, se precisan cohortes más amplias y con mayor seguimiento para poder discernir qué otros beneficios podría tener y establecer un claro perfil de pacientes subsidiarios al uso de la GCA como opción terapéutica.

# Póster I2

## SEGURIDAD DEL USO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA COMBINADA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS)

Juan C. Sáez Martínez[1], Maryia Nikitsina[1], Cristina Valero Martínez[1], Patricia Quiroga-Colina[1], Marina Dueñas Ochoa[1], Ana Romero-Robles[1], Paz Floranes Elorza[1], Ana Baeza Muriel[1], Eva G. Tomero Muriel[1], Ana M. Ortiz[1], Miren Uriarte Ecenarro[1], Irene M. Llorente Cubas[1], Marina Pavía Pascual[1], Esther F. Vicente Rabaneda[1], Isidoro González- Álvaro[1], M. Rosario García de Vicuña[1], Santos Castañeda[1].

[1] *Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. c/ Diego de León, 62, 28006-Madrid.*

**OBJETIVOS:** 1) Conocer el fenotipo clínico de los pacientes con al menos una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) que reciben terapia biológica combinada. 2) Valorar la seguridad de la terapia dual, en pacientes que se encuentran en tratamiento con varios fármacos biológicos de forma simultánea.

**MÉTODOS:** Estudio transversal descriptivo en un grupo de pacientes que presentan el diagnóstico de al menos una EAS y que se encuentran en tratamiento simultáneo con dos terapias biológicas. Los pacientes que incluimos en el estudio se encuentran en seguimiento en las consultas de reumatología de nuestro hospital. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, tratamientos recibidos con anterioridad, reacciones adversas previas a otros fármacos y acontecimientos adversos (AA) secundarios derivados del tratamiento dual.

**RESULTADOS:** Se han incluido un grupo de siete pacientes con terapia biológica combinada y al menos una EAS. La mediana de seguimiento de la terapia combinada fue de 24 meses (RIQ=10,2 a 102,9 meses). En la tabla 1 se representan las características principales de los pacientes y el tratamiento que realizaban. Tanto las EAS incluidas, como el tratamiento biológico recibido fueron muy variados entre los pacientes incluidos. Todos ellos habían realizado correctamente el estudio serológico al inicio de la terapia y únicamente tres de ellos habían recibido otros tratamientos biológicos previos.

No se encontraron AA relevantes en relación con la terapia combinada ni infecciones durante los primeros tres meses (únicamente un paciente presentó un cuadro de shock anafiláctico grave tras la primera infusión de rituximab más AINE en el hospital de día, que valorado por equipo de alergología se diagnosticó como secundario a los AINE, al tratarse de paciente con intolerancia (triada ASA).

Entre los tres y seis meses del tratamiento, un paciente presentó empeoramiento de la enfermedad de base (empeoramiento de angioedema secundario a certolizumab pegol) y dos pacientes presentaron infecciones (un caso se trató de una pielonefritis aguda con aislamiento de *K. Pneumoniae* y el segundo caso una infección de tracto urinario inferior leve, ambas resueltas con tratamiento antibiótico ambulatorio).

A partir de los seis meses del tratamiento dual se registraron un episodio de mielotoxicidad mixta (farmacológica + enfermedad de base) a los 10 meses del seguimiento y un cuadro de mialgias difusas en otro paciente a los 20 meses del tratamiento dual, sin observarse nuevos episodios de infecciones graves.

En la actualidad, cinco de siete pacientes alcanzaron la remisión clínica de la enfermedad de base. Únicamente dos pacientes tuvieron que interrumpir la terapia biológica, siendo el motivo en un caso la ineficacia al tratamiento y en el otro la aparición de un AA.

**CONCLUSIONES:** Aunque los pacientes que se encuentran bajo tratamiento biológico combinado tienen teóricamente mayor riesgo de sufrir infecciones graves, en nuestra experiencia no hemos observado complicaciones graves ni otros AA relevantes durante el seguimiento de nuestros pacientes en tratamiento biológico dual. Un punto importante en estos casos es que, en todos ellos, se realizó un estudio serológico y un programa vacunal estricto, lo cual también suponemos ha contribuido a la menor tasa de infecciones. A pesar de ello, hay que tener en cuenta que el tiempo de seguimiento es todavía limitado y la experiencia en la literatura aún es escasa.

Tabla 1

| | CASO 1 | CASO 2 | CASO 3 | CASO 4 | CASO 5 | CASO 6 | CASO 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICAS** | | | | | | | |
| Edad actual (años) | 42 | 49 | 57 | 63 | 43 | 57 | 51 |
| Edad diagnóstico (EAS) | 29 | 44 | 31 | 48 | 25 | 45 | 43 |
| Sexo | Mujer | Mujer | Mujer | Mujer | Mujer | Mujer | Mujer |
| Raza | Hispana | Caucásica | Hispana | Hispana | Caucásica | Caucásica | Caucásica |
| Tabaquismo | No fumadora | Hábito activo | Exfumadora | No fumadora | Exfumadora | Exfumadora | Hábito activo |
| Estado vacunal | Completo | Completo | Completo | Completo | Completo | Completo | Completo |
| Otras comorbilidades | EPOC<br>E. celiaca | DM<br>Arteriopatía periférica | Depresión | HTA, DM, DL. Obesidad, Hipotiroidismo, HSA (por crisis HTA) | No | No | DM<br>Hipotiroidismo |
| **DIAGNÓSTICOS** | | | | | | | |
| Enfermedades con terapia dual | AR seropositiva + Asma de difícil control | Arteritis Takayasu + Migraña de difícil control | AR seropositiva + Angioedema crónico | LES + SpA | LES + nefropatía lúpica grado IV | A. Psoriásica + urticaria crónica | A. Psoriásica + PTI |
| **TERAPIA BIOLÓGICA COMBINADA UTILIZADA** | | | | | | | |
| Tratamientos actuales | Adalimumab 40mg/2sem + Omalizumab 450mg/4sem | Tocilizumab 162mg/4sem + Galcanezumab 240mg/8sem | Certolizumab 200mg/2sem + Omalizumab 450mg/4sem | Rituximab 1g/6ciclos + Etanercept 50mg/4sem | Rituximab 2g/7 ciclos + Anifrolumab 300mg/4sem | Ixekizumab 80mg/4sem + Omalizumab 600mg/4sem | Guselkumab 100mg/8sem + Rituximab 1g/4 ciclos |
| Terapia biológica previa | No | No | No | ANK, TCZ, ADA, SEC | No | ADA, ETN | No |
| Duración de la terapia dual (meses) | 23 | 29 | 103 | 39 | 12 | 11 | 24 |
| Efectos secundarios (semanas con terapia dual) | Mialgias generalizadas (104) | Pielonefritis aguda por *K. Pneumoniae* (15) | Empeoramiento del angioedema (16) | Reacción anafiláctica dudosa (más probable por AINE) (inmediata) | Mielotoxicidad con bicitopenia (51) | No | Infección del tracto urinario inferior leve (24) |
| Efectos adversos previos a fármacos | AINE y Paracetamol (rash) | MTX (alteración bioquímica hepática) | MTX, LFN, AINE (rash y taquicardia) | Dexketoprofeno (intolerancia), MTX | No | Metamizol (rash) | No |
| **EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD** | | | | | | | |
| Abandono | No | No | Si (efecto adverso) | No | Si (ineficacia) | No | No |
| Estado actual | Actividad leve | Remisión clínica | Remisión clínica (inició rituximab) | Remisión clínica | Actividad leve (inició belimumab) | Remisión clínica | Remisión clínica |

**Abreviaturas**: A: artritis; ADA: adalimumab; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ANK: anakinra; AR: artritis reumatoide; DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ETA: etanercept; g: gramos; HSA: hemorragia subaracnoidea; HTA: hipertensión arterial; LES: lupus eritematoso sistémico; LFN: leflunomida; mg: miligramos; MTX: metotrexato; PTI: púrpura trombopénica idiopática; SEC: secukinumab; sem: semanas; SpA: espondiloartritis; TCZ; tocilizumab.

# Póster I3

## UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA LA GESTION DE LAS DERIVACIONES DE REUMATOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Javier Bachiller Corral[1], Verónica García García, Mónica Vázquez Díaz[1]

[1]*Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.*

**INTRODUCCION:** En la Comunidad de Madrid el sistema de derivación de pacientes desde Atención Primaria a Reumatología (y al resto de especialidades) está centralizado mediante el sistema SCAE (Sistema de canalización a atención especializada). Es un sistema de interconsulta electrónica, que registra los datos y asigna la citación de forma automática en función de los huecos disponibles en las agendas abiertas en cada hospital. La asignación de consulta normalmente sigue criterios de orden de llegada, sin tener en cuenta la información suministrada por el médico de AP.

La patología inflamatoria en Reumatología precisa una intervención rápida y es necesario reducir los tiempos de espera. Para realizar una citación selectiva o dar prioridad a estos pacientes hay que realizar una revisión manual de todos los partes interconsulta. En un servicio medio de Reumatología anualmente se reciben entre 250 y 400 partes interconsulta mensuales y su revisión consume mucho tiempo y recursos.

**OBJETIVOS:** Valorar la utilidad de una aplicación informática para seleccionar los pacientes con sospecha de patología inflamatoria entre las derivaciones de Atención Primaria.

**MÉTODOS:** Se ha diseñado un programa informático con un algoritmo de búsqueda, basado en palabras clave o grupos de palabras, que permite seleccionar automáticamente aquellos partes interconsulta con alta sospecha de patología inflamatoria. Se analizaron los pacientes derivados al Servicio de Reumatología del Hospital Ramon y Cajal durante el mes de junio de 2024. Se determinaron los pacientes detectados con sospecha de patología inflamatoria, su correlación con el dx final y la reducción del tiempo de espera para primera visita.

**RESULTADOS:** Se recibieron 416 partes interconsulta a Reumatología. Antes de la clasificación, el tiempo medio de espera hasta la valoración por el reumatólogo era de 63 días. La herramienta digital detecto 51 pacientes con sospecha de patología inflamatoria (11 sospecha de artritis reumatoide, 12 artritis psoriásica, 6 espondiloartritis axial, 9 polimialgia reumática, 5 Lupus, 4 miopatías inflamatorias, y 4 vasculitis). Se reprogramó la cita de 44 pacientes de los 51 detectados. En estos pacientes se redujo el tiempo de espera a 24 días desde la derivación de Atencion Primaria. Tras la valoración en consulta y la determinación del diagnóstico final el 67% de los pacientes detectados presentaban la patología de sospecha.

**CONCLUSIONES:** Un algoritmo de búsqueda automática de palabras clave, puede ayudar a la detección de pacientes con sospecha de patología reumática inflamatoria en los partes interconsulta y contribuir así a reducir los tiempos de espera hasta la valoración reumatológica.

# Póster 14

**MANEJO PRECONCEPCIONAL Y GESTACIONAL EN ESPONDILOARTROPATÍA Y ARTRITIS PSORIÁSICA. RESULTADOS DE 10 AÑOS DE UNA CONSULTA DE EMBARAZO.**

Fernando Rengifo - García1, Antía García - Fernández1, Raquel Senosiain - Echarte2, Miguel Álvaro - Navidad2, Miguel Ángel González - Gay1, Juan Antonio Martínez - López1.

*1. Servicio de Reumatología.*
*2. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Avenida de los Reyes Católicos 2, 28040, Madrid.*

**OBJETIVOS:** La valoración preconcepcional en consultas específicas de gestación puede mejorar el desenlace de la gestación y el control de la enfermedad reumática. Nuestro objetivo fue describir la evolución de las pacientes con espondiloartropatía inflamatoria (SPA) y artritis psoriásica (APso) durante el embarazo.

**MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes en seguimiento prospectivo en una consulta monográfica de embarazo de Reumatología en Madrid. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SPA y APso, valoradas entre diciembre de 2012 y diciembre de 2022. Cada episodio de consulta con deseo genésico o seguimiento del embarazo fue incluído como caso. Las variables categóricas fueron descritas como proporción y/o porcentajes, las variables continuas como media y desviación estándar, y para comparar datos se utilizaron la prueba de chi2.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 59 casos, 42 (71,2%) eran pacientes con SPA y 17 (28,8%) con APso. La edad media en la primera visita (PV) era de 34,8 (3,8) años, con 23 (39%) embarazadas. Las pacientes embarazadas en PV tenían un menor riesgo gestacional y solo 2 estaban en tratamiento biológico (TB), tras una valoración preconcepcional en una gestación previa. De las 36 (61%) no embarazadas, se realizó consejo preconcepcional siendo aptas 17 (47,2%) y precisando ajustes terapéuticos en 19 (52,8%). En 6 (10,2%) se suspendieron fármacos teratogénicos (una de ellas al conocer el test de embarazo positivo) y en 5 (13,9%) casos se inició un TB. La tasa de embarazo fue del 78%, con una edad media de 35 (3,8) años. Hubo 7 (15,2%) embarazos por fecundación in vitro, una interrupción voluntaria del embarazo por malformación fetal (1,7%) y 2 (4,4%) embarazos siguen en curso. Durante la gestación, hubo 12 (26,7%) brotes con una media de 19,4 (8,6) semanas de gestación (SG), siendo 11 (91,7%) articulares y 1 (8,3%) uveítis. 7 (58,3%) tratadas con glucocorticoides y en 1 (8,3%) caso se reinició la TB suspendida preconcepcionalmente. Se asociaron los brotes durante el embarazo a una enfermedad activa en la concepción [enfermedad activa en el embarazo 6/8 (75%), pacientes en remisión 6/37 (16,2%), p = 0,002]). De los 43 embarazos a término, 26 (60,5%) fueron partos eutócicos y 9 (20,9%) cesáreas con una media de 39 (1,5) SG. Hubo 2 (4,4%) partos pretérminos y 4 (9,1%) neonatos con bajo peso, uno de ellos en un embarazo gemelar. Fue más frecuente el bajo peso en las gestantes con brotes [gestantes con brotes 3/9 (33,3%), gestantes sin brotes 1/29 (3,4%), p = 0,011] respecto a las gestantes sin brotes. Hubo 9 brotes postparto tras una media de 2,4 (1,5) meses. La estratificación del riesgo gestacional no se relacionó con presentar un desenlace adverso en el embarazo.

**CONCLUSIONES:** La tasa de embarazo fue del 78% con 36 (61%) pacientes valoradas de forma preconcepcional. Hubo una baja tasa de parto pretérmino y bajo peso. La actividad de la enfermedad tanto preconcepcional como durante la gestación se relacionó con peores desenlaces, por ello la importancia de una planificación del embarazo en consulta específica, concepción en remisión con tratamiento compatible y un seguimiento estrecho tras la estratificación del riesgo gestacional.

# Póster I5

## ESTUDIO EXPLORATORIO DE LA UTILIDAD DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS

A. Pareja Martínez[1], A. Torres Roselló[2], C. Caraballo[2], T. Blázquez[2], C.Serrano[3], O. Sánchez Pernaute[2]

*[1]S. Reumatología Hospital Infanta Leonor, Madrid. Avda Gran vía del Este, CP: 28031*
*[2]S. Reumatología y [3]S. Análisis clínicos y Citometría de flujo Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Avda de los reyes católicos, 2. CP 28040*

**OBJETIVOS:** Describir si en fases de actividad del Lupus eritematoso sistémico (LES), medido por SLEDAI-2K, hay un descenso de células NK. con respecto a pacientes a fases de inactividad o de actividad leve.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal con evaluación retrospectiva de una cohorte de pacientes con LES que dispongan al menos un inmunofenotipo con subpoblaciones leucocitarias. En pacientes con dos determinaciones la segunda deberá estar separada entre 6 y 12 meses de la previa.

Se excluyeron pacientes con enfermedades y/o tratamientos que, a juicio del investigador impidieran una correcta interpretación de los resultados clínicos, analíticos o del inmunofenotipo.

**Análisis estadístico:** Mediante una t de Student para variables independientes se compararon las cifras de células NK entre población activa e inactiva (o en estado de baja actividad) según SLEDAI-2K y utilizando la correlación de Spearman se hicieron correlaciones bivariadas entre células NK y marcadores clásicos serológicos (linfopenia, hipocomplementemia y anti-DNA).
En pacientes con 2 determinaciones éstas se utilizaron como cohorte de replicación del objetivo primario.

**RESULTADOS:** Las células NK en número absoluto se relacionaron de forma significativa con fases de actividad, siendo para pacientes con SLEDAI 2K ≥4 de media de 82,4 ± 20,6 versus 194,1 ± 42,36 en aquellos con SLEDAI <4.

El análisis mediante curva ROC para explorar la cifra absoluta de células NK que discrimine mejor el grado de actividad situó este valor en 104 células NK/mm3. El área bajo la curva (AUC) fue de 0,365, con un IC al 95%: 0,181 – 0,548 y una p=0.094.

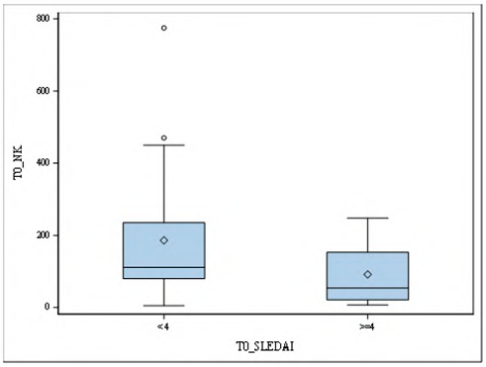
Para ver si se replicaban las mismas asociaciones en subsiguientes determinaciones analizamos los mismos parámetros en 24 pacientes de los que disponíamos de un segundo inmunofenotipo, habiendo nuevamente diferencias estadísticamente significativas, encontrándose un número absoluto de NK menor en fases de actividad actividad (p=0.013).

En la exploración de las demás subpoblaciones linfocitarias, se vio que para los monocitos había también un descenso, aunque marginalmente significativo (p=0,071), en pacientes activos, replicándose igualmente en el segundo análisis.

Dicotomizando la cohorte por títulos de anti-DNA (Figura 1) y también por niveles de complemento, se detectó una disminución significativa de células NK tanto para títulos altos de anti-DNA (p=0.013 y p= 0.004 respectivamente) como para niveles bajos de C3 y/o C4 (p=0,012)

**CONCLUSIONES:** El inmunofenotipo en sangre periférica es útil como herramienta adicional para valorar la actividad del LES. A la luz de este trabajo las células NK y los monocitos abogan ser potenciales biomarcadores, relacionándose su caída con fases de actividad de la enfermedad

**Figura** 1. Valores absolutos de células NK según actividad diferenciándose dos grupos según SLEDAI < o ≥ 4.



# Póster 16

## PERFIL DE PACIENTES TRATADOS CON ROMOSOZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Maryia Nikitsina*, Cristina Valero-Martínez*, Ana Romero, Patricia Quiroga-Colina, Miren Uriarte, Irene Llorente, Ana M. Ortiz, Eva G. Tomero, Marina Pavía-Pascual, Isidoro González-Álvaro, Esther Vicente-Rabaneda, Rosario García-Vicuña, Santos Castañeda

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, Madrid, España.*
**Ambas autoras han contribuido igualmente en la preparación de este trabajo.*

**INTRODUCCIÓN:** Romosozumab (ROMO) es un agente osteoformador con un mecanismo de acción dual que promueve la formación y reduce la resorción ósea que, junto a su buen perfil de seguridad, lo posicionan como una opción terapéutica prometedora en osteoporosis (OP) con alto riesgo de fractura.
El objetivo del estudio es describir el perfil de pacientes con OP que han iniciado tratamiento con ROMO en nuestro centro, así como analizar la seguridad y persistencia del tratamiento.

**MÉTODOS**: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con OP que hubieran iniciado tratamiento con ROMO entre diciembre de 2022 y octubre de 2024. Se recogieron de las historias clínicas electrónicas datos demográficos y relacionados con la OP (factores de riesgo, incidencia de fracturas, tratamientos previos, comorbilidades...), así como datos de pruebas diagnósticas (marcadores de remodelado óseo y densitometría) y relacionados con el tratamiento con ROMO, como acontecimientos adversos (AA) o incidencia de fracturas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 67 pacientes (66 mujeres) con ROMO (Tabla 1), con una edad media (DE) al inicio del tratamiento de 71±8 años. Prácticamente la mitad de los pacientes (46,3%) eran fumadores/exfumadores y más de la mitad (55,3%) tenía algún factor de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial el más frecuente. El factor de riesgo de OP más prevalente fue la toma de fármacos potencialmente osteopenizantes (49,3%), y el uso de glucocorticoides fue del 14,9%. Otros factores de riesgo frecuentes fueron hipotiroidismo (23,8%), menopausia precoz (22,7%), antecedente de cáncer (19,4%) y enfermedades autoinmunes/reumáticas (13,4%). La mayoría de los pacientes había presentado alguna fractura vertebral previa (79,1%), existiendo 3 o más fracturas en el 56,6% de los casos. En el 20,9% de los pacientes ROMO era la primera línea de tratamiento para la OP, y el 31,3% de los casos ya había recibido un osteoformador previamente. A lo largo del seguimiento, 32 pacientes (47,7%) ya habían completado 12 dosis de ROMO. Con una mediana de 10 dosis de tratamiento, se observaron AA en 7 pacientes (10,4%), en 5 de los cuales (7,5%) se tuvo que suspender el tratamiento. Los AA más frecuentes fueron las reacciones cutáneas (4 casos) y otros también presentaron diarrea, cefalea o mialgias. No se reportaron eventos cardiovasculares a lo largo del periodo de tiempo evaluado y tampoco se objetivaron fracturas osteoporóticas incidentes.

**CONCLUSIONES:** En nuestra cohorte, el tratamiento con ROMO se utilizó principalmente en pacientes con más de una fractura vertebral y en pacientes que ya habían recibido otros fármacos antiosteoporóticos. En nuestros casos, a pesar de que más de la mitad de los pacientes presentaba algún factor de riesgo cardiovascular en el momento del inicio, no se reportaron eventos cardiovasculares y la tasa de abandono por AA en relación a ROMO fue baja (7,5%).

# Póster I7

## POLICONDRITIS RECIDIVANTE: ANÁLISIS Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN OCHO HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ESPAÑA

María Alonso de Francisco[1], Carlos Valera Rivera[2], Ana Isabel Ramos-Lisbona[3], Rosa Manzo[4], Marina Tortosa Cabañas[5], Claudia Mª Gómez González[6], Santiago Dans Caballero[7], Belén Miguel Ibáñez[8], Carlota Navarro Joven[1], María Machattou[1], Laura Ramos Ortiz de Zarate[1], Alejandro Redondo Martínez[1], Adriana Martín Bescos[1], Hildegarda Godoy Tundidor[1], Mónica Fernández Castro[1], Carmen Barbadillo Mateos[1], Jesús Sanz Sanz[1], Jose Campos Esteban[1], Carolina Merino Argumánez[1], Blanca García Magallón[1], Natalia De la Torre [1], Pablo Navarro Palomo[1], José Luis Andreu Sánchez[1], Olga Rusinovich Lovgach[1].

[1] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Calle Joaquín Rodrigo. Majadahonda, Madrid. 28220*
[2] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Doctor Peset*
[3] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón*
[4] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal*
[5] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia*
[6] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor*
[7] *Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba*
[8] *Servicio de Reumatología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

**OBJETIVOS:** Describir características clínicas, demográficas y tratamientos recibidos de una cohorte multicéntrica de pacientes con policondritis recidivante (PR), explorando posibles correlaciones entre los hallazgos clínicos y desenlaces como el uso de FAMEb o la muerte.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 50 pacientes diagnosticados de PR en ocho centros de España hasta octubre de 2024. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos al diagnóstico y durante el seguimiento, así como los tratamientos recibidos. Se usó estadística descriptiva y regresión logística para analizar la correlación entre manifestaciones clínicas (variables independientes) y el uso de FAMEb (como indicador de enfermedad grave) y muerte (variables dependientes). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

**RESULTADOS:** De los 50 pacientes, 38 (76%) eran mujeres y 12 (24%) hombres, con una mediana de edad al diagnóstico de 53 años (DE 13,90). Todos los pacientes presentaron condritis en algún momento; 92% auricular, 52% nasal y 38% de vía respiratoria. El 62% de los pacientes presentaron clínica articular, y ocular en un 40%, siendo más frecuente la epiescleritis (n=12). Un 40% presentó clínica sistémica, las más frecuentes la fiebre (n=9) y afectación cutánea (n=10). La asociación a otra enfermedad autoinmune se halló en un 36% de los casos, incluyendo conectivopatías (n=7) y enfermedades órgano-específicas (n=7) entre otras. Un 6% de los pacientes precisó ingreso en UCI, y 5 pacientes (10%) fallecieron a lo largo del seguimiento.

Al diagnóstico, un 18% de los pacientes presentó positividad para ANA, un 6% para FR, y un 6% para ANCA. El 58% y 44% de los pacientes presentó elevación de VSG y PCR respectivamente. La alteración hematológica más frecuente fue la anemia (30%), seguida por la leucocitosis (22%).

Se obtuvo biopsia auricular en 7 pacientes (58,3%), y nasal en 5 (41,7%), siendo diagnóstica en 5 de ellos (41,7%). Se realizó TC torácico y broncoscopia en 30 (60%) y 11 (22%) de los pacientes respectivamente.

Un 88% de los pacientes precisó corticoterapia al inicio; 80% FAMEsc, siendo metotrexato (n=29, 72,50%) y azatioprina (n= 10, 25%) los más frecuentes; y 44% FAMEb, los más frecuentes los iTNF (n=14, 63,6%) y los agentes anti-CD20 (n=7, 31,8%).

Se halló correlación significativa entre las categorías clínicas respecto al uso de FAMEb, ajustadas por sexo y edad al diagnóstico; destacando la afectación respiratoria (p=0,033; OR 6,05). Al comparar categorías clínicas con la variable muerte, se obtuvo significación global (p=0,008), pero no para variables aisladas. La correlación entre sexo y edad al diagnóstico y la muerte resultó significativa, indicando mayor riesgo para el sexo masculino y mayor edad al diagnóstico (ver tabla 1).

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia, la alta sospecha clínica basada en la presencia de condritis objetivada y de alteraciones analíticas como la elevación de RFA, aumenta la probabilidad del correcto diagnóstico con las implicaciones terapéuticas que esto conlleva. Nuestro estudio muestra correlación entre la presencia de clínica respiratoria y el tratamiento con FAMEb, así como entre el sexo y la edad al diagnostico de los pacientes y el desenlace fatal de la enfermedad. Esto sugiere poblaciones que podrían precisar un seguimiento más estrecho y tratamiento precoz; se necesitan estudios de mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

Tabla 1. Modelos de regresión logística comparando muerte (variable dependiente) con edad al diagnóstico y sexo masculino (variables independientes) de forma aislada. Constante: Valor de intersección con el eje y si la variable independiente fuese igual a 0.

| Modelo de regresión | | Coeficiente B | Error estándar | z | p | Odds Ratio | 95% conf. intervalo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad al diagnóstico | Constante | -9,6 | 3,64 | 2,64 | 0,008 | 0 | 0 - 0,09 |
| | Edad_al_dx | 0,12 | 0,06 | 2,23 | 0,025 | 1,13 | 1,02 - 1,26 |
| Sexo masculino | Constante | -3,61 | 1,01 | 3,56 | <.001 | 0,03 | 0 - 0,2 |
| | Sexo 1 | 2,92 | 1,18 | 2,46 | 0,014 | 18,5 | 1,82 - 188,4 |

# Póster 18

**FENOTIPO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE SJÖGREN CON VALORES ELEVADOS DE BIOMARCADORES NO ESTANDARIZADOS**

Fernández-Castro M, Merino C, Santos-Bórnez MJ, Sanz J, Campos J, García-Magallón B, Barbadillo C, Godoy H, de la Torre N, Rusinovich O, Navarro-Palomo P, Machattou M, Navarro-Joven C, Alonso de Francisco M, Ramos L, Martínez-Rodado A, Liso-Andrino A, Sánchez-Fernández C, Andréu JL, Sánchez-López A.

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, IDIPHISA, Madrid, España.*

**OBJETIVO:** En un análisis previo encontramos que pacientes con enfermedad de Sjögren (ESj) presentaron de forma significativa niveles incrementados de ICAM1 en saliva y niveles elevados de CXCL10 en suero frente a un grupo control y, que pacientes con biopsia de glándula salival menor compatible con enfermedad (BGSM+), presentaron niveles significativamente incrementados en saliva de ICAM1 e IL-6 y de CXCL10 en suero frente al grupo control. Nuestro objetivo actual es evaluar las características de pacientes con sospecha de ESj con valores elevados de ICAM1 e IL6 en saliva y de CXCL10 en suero.

**MÉTODOS:** En una cohorte de 227 pacientes con sospecha de ESj analizamos las características clínicas, serológicas, histológicas y pruebas objetivas de sequedad de los sujetos con valores elevados de tres biomarcadores no estandarizados: ICAM1 e IL-6 en saliva y CXCL10 en suero respecto a los pacientes con niveles bajos. Hemos establecido el punto de corte para considerar un valor elevado aquel valor del percentil 75 más 1,5 veces el rango intercuartílico (p75+1,5XRIC). Se realizó el test de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo (VPN) y valor predictivo positivo del grupo con valores elevados del biomarcador. Se empleó el software SPSSv18. Se consideró P ≤0,05 estadísticamente significativa.

**RESULTADOS:** En la cohorte completa, el porcentaje de pacientes con BGSM+ fue del 36%, los que cumplían criterios de clasificación (CC) (2002 y/o 2016) fueron el 27%, los sujetos con flujo salival no estimulado (FSNE) bajo (<0,25 ml/min) fueron el 39%, con antinucleares positivos (ANA+) el 51%, con factor reumatoide positivo (FR+) el 20%, con hipocomplementemia el 18%, con hipergammaglobulinemia (HGG) el 26%, con BGSM+/ANA+ el 17%, con BGSM+/FR+ el 7%, con BGSM+/HGG el 8,5%, con BGSM+/ANA+/HGG el 5,3%, con BGSM+/ANA+/ FR+/HGG el 1,3% (Tabla1). En los pacientes con ICAM1 elevado (>P75+1,5xRIC=36,665 ug/mL), encontramos que el 64% tenía BGSM+, el 46% cumplía CC, el 57% tenía FSNE bajo y el 33% tenía BGSM+/ANA+ frente al grupo con ICAM1 bajo, con diferencias estadísticamente significativas. La especificidad fue alta (>90%) para las variables BGSM+, cumplir CC, FSNE bajo y BGSM+/ANA+; el VPN de ICAM1 fue elevado (>90%) para BGSM+/FR+ y BGSM+/HGG. En los pacientes con IL6 elevada

(>P75+1,5xRIC=11,12161 ug/mL), ninguno tuvo hipocomplementemia con diferencias significativas respecto a los pacientes con de IL6 baja. En los pacientes con CXCL10 alto (>P75+1,5xRIC= 13,78184 ug/mL), el 48% presento HGG, el 28% BGSM+/ANA+, el 23,7% BGSM+/HGG, el 18% BGSM+/ANA+/HGG, con diferencias significativas frente a los pacientes con CXCL10 bajo; el VPN de CXCL10 fue elevado (>90%) para BGSM+/HGG, BGSM+/ANA+/HGG y para BGSM+/ANA+/ FR+/HGG (Tabla 1).

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con valores elevados de ICAM1 y CXCL10 presentaron un porcentaje significativamente mayor de algunas variables respecto a los pacientes con valores bajos, lo cual podría ser de utilidad en el estudio y seguimiento de los pacientes con sospecha de ESj.

# Póster 19

**NUEVOS HORIZONTES EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ¿CÓMO DEFINIR EL DIFÍCIL MANEJO?**

Manuel Juárez, Victoria Navarro-Compán, Diana Peiteado, Carolina Tornero, Cristina Bohórquez, Ana Sánchez Calles, Eugenio de Miguel, Chamaida Plasencia-Rodríguez

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Pº de la Castellana 261, 28046, Madrid*

**OBJETIVOS**: Describir y comparar las características de los pacientes que recibieron dos terapias avanzadas con el mismo o con distinto mecanismo de acción de una cohorte de espondiloartritis axial (EspAax) de difícil manejo (DM), para explorar la mejor definición posible de esta.

**MÉTODOS**: Se analizaron los datos de una cohorte prospectiva de pacientes con EspAax que iniciaron una primera terapia avanzada entre 2004-2019 en el Hospital Universitario La Paz, incluyéndose aquellos que cumplían la definición propuesta por nuestro grupo de DM (fallo a un mínimo de 2 FAME biológico – FAMEb –) o buenos respondedores (BR, mantenimiento del primer FAMEb durante al menos 3 años, o suspensión del mismo por remisión). Los pacientes clasificados como DM se subdividieron según si los dos primeros FAMEb que recibieron tenían el mismo (MMA) u otro (OMA) mecanismo de acción. Se recogieron datos clínicos, terapéuticos y analíticos al inicio del primer FAMEb y medidas de actividad al inicio y a los 6 meses del primer FAMEb. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos, usando los tests de Chi-cuadrado para las variables cualitativas y U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para las variables cuantitativas, aplicando la corrección de Bonferroni en comparaciones múltiples.

**RESULTADOS**: Se incluyeron 101 pacientes: 59 BR, 35 DM-MMA y 7 DM-OMA (Tabla). Todos los pacientes DM-MMA recibieron tratamiento con iTNF como primer y segundo FAMEb, mientras que todos los DM-OMA recibieron la secuencia iTNF-iIL17 como primer y segundo FAMEb. En nuestra cohorte, los pacientes con DM-OMA eran más frecuentemente mujeres (71,4%) con mayor frecuencia de formas no radiográficas (42,9%), fibromialgia (28,6%) y suspensión del primer FAMEb por ineficacia primaria (42,9%) y menor frecuencia de HLA-B27 positivo (57,1%), respecto a los BR y DM-MMA, aunque sin diferencias significativas. Además, en ambos grupos DM (MMA y OMA), existía más frecuencia de afectación periférica (97,1% y 100%), principalmente por mayor frecuencia de entesitis (94,3% y 100%) respecto a los BR (86,1% y 74,3%), siendo las diferencias entre DM-MMA y BR significativas. Además, la duración de la enfermedad hasta el inicio de terapia avanzado en los dos grupos DM fue menor que en los BR (2,2, 2,4 y 7,7 años). La prescripción de FAME convencionales (FAMEc) fue mayor en los BR (45,8%) y DM-MMA (45,7%) que en los DM-OMA (14,3%) aunque sin diferencias significativas. Respecto a las medidas de actividad, antes de iniciar el primer FAMEb, el grupo DM-MMA puntuó más alto en la pregunta de BASDAI sobre duración de la rigidez matutina y el recuento de articulaciones dolorosas, y el DM-OMA tenía mayor valoración global de la enfermedad por el médico, no encontrándose diferencias significativas en el resto de los índices de actividad. A los 6 meses de tratamiento, ambos grupos DM puntuaron significativamente más alto que los BR en la mayoría de las medidas de actividad. Sin embargo, el grupo DM-MMA tendía a mayores puntuaciones de ASDAS y el grupo DM-OMA a mayores puntuaciones de BASDAI, especialmente en la pregunta 4 sobre entesitis, aunque sin diferencias significativas.

**CONCLUSIONES**: Para la definición de EspAax-DM sería factible incluir el fracaso a 2 FAMEb con mismo o diferente mecanismo de acción. Sin embargo, podría existir un subgrupo de pacientes con actividad no inflamatoria, especialmente dentro de los DM-OMA, lo cual debería tenerse en cuenta en las futuras recomendaciones para el manejo de estos pacientes.

# Póster 20

## ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA Y EVOLUCIÓN DE UVEÍTIS EN PACIENTES CON AIJ? ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UNA CONSULTA DE TRANSICIÓN

Laura Nuño Nuño[1], Estefani Gullón[2], Susana Noval Martín[3], Clara Udaondo Gascón[4], Rosa Alcobendas Rueda[4], Claudia Millán Longo[4], Blanca Díaz-Delgado Menéndez[4], Agustín Remesal Camba[4].

*[1]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, calle Joaquín Rodrigo, 1. 28222 Majadahonda (Madrid); [2]Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de León (León); [3]Servicio de Oftalmología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz (Madrid); [4]Servicio de Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz (Madrid).*

**OBJETIVOS:** Analizar la frecuencia, características y evolución de uveítis en pacientes de con diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) en un hospital de tercer nivel. Está poco caracterizado si las uveítis en pacientes con AIJ de ≥16 años cursan de forma sintomática o asintomática, por lo que otro objetivo fue analizar la clínica percibida por el paciente en los sucesivos brotes de uveítis en este subgrupo de pacientes.

**MÉTODO:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de AIJ y valorados en consulta de transición con ≥16 años en el Hospital La Paz entre 2012 y 2024. Todos los pacientes fueron valorados en oftalmología al debut de la enfermedad de AIJ según protocolo. Se analizaron las siguientes variables: frecuencia de aparición de uveítis, tipo de uveítis (anterior, posterior o panuveitis), agudas o crónicas, recurrentes o aisladas, sexo, edad de primer episodio, tipo de AIJ, resultados inmunológicos (ANA y HLAB27), actividad articular con el primer episodio de uveítis y secuelas de uveítis. También se estudió la clínica percibida de uveítis percibida por el paciente (dolor ocular, fotofobia, dolor ocular o disminución de agudeza visual), únicamente en las uveítis que aparecieron en pacientes de ≥16 años. El análisis estadístico se realizó mediante análisis chi-cuadrado (variables categóricas), t-Student, ANOVA o tests no paramétricos para variables cuantitativas y un nivel de significación $p<0.05$.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 119 pacientes, la mayoría mujeres (66.4%), con AIJ oligoarticular (41.5%) y con una edad media de diagnóstico de 8.3±5.2 años. El tiempo de seguimiento fue de 13.6±6.5 años. Treinta pacientes (25.4%), desarrollaron uveítis, la mayoría niñas (70%), con uveítis anterior (96.6%), AIJ oligoarticular (53.3%) y con una edad media de 7.1±4.7años. El 51.9% fueron uveítis crónicas y recurrentes (77.8%). El resultado de ANA y HLAB27 fueron positivos en el 46.7% y 26.1%, respectivamente. Siete pacientes (23.3%) desarrollaron secuelas, la mayoría por cataratas. El primer episodio de uveítis se asoció a actividad articular en un 37.9% de los casos. Los factores de riesgo de aparición de uveítis fueron la edad temprana y los ANA positivos (tabla 1). Las uveítis recurrentes (vs. limitadas) se asociaron únicamente con la edad más temprana de debut de la uveítis (5.5±3.2 vs. 12.7±5.0 años, $p<0.01$). Nueve pacientes presentaron uveítis ≥16 años (30%), 6 de ellas (66.6%) cursando de forma asintomática.

**CONCLUSIONES:** Una cuarta parte de los pacientes con AIJ desarrollaron uveítis en nuestro centro, la mayoría mujeres y con AIJ oligoarticular, estando asociadas a una edad más temprana de la enfermedad y con ANA (+). Un elevado porcentaje de las uveítis ≥16 años cursan de forma asintomática.

# Póster 21

## DIFERENCIAS EN LA PRESCRIPICIÓN FARMACOLÓGICA A PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIÉN COMIENZO: ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Maryia Nikitsina[1], María Ahijón Lana[1], Ana Mª Ortiz García[1], Ana Romero[2], María Paula Álvarez Hernández[1], Patricia Quiroga Colina[1], Marina Dueñas Ochoa[1], Juan Carlos Sáez[1], Irene Llorente Cubas[1], Mª Rosario García de Vicuña[1], Isidoro González Álvaro[1].

[1] *Servicio médico de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid, 28006).*
[2] *Enfermera Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid, 28006), IIS Princesa.*

**OBJETIVO**: Analizar, con perspectiva de género, potenciales diferencias por sexo en la prescripción farmacológica a los pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

**MÉTODOS**: Estudio retrospectivo sobre el uso de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y glucocorticoides (GC) en la consulta de ARC de un hospital de tercer nivel, entre septiembre 2001 y mayo 2023. Los datos demográficos, clínicos, analíticos y de tratamiento, incluyendo razones de suspensión y dosis, se recogen de forma protocolizada en las visitas basal, 6, 12, 24 y 60 meses de seguimiento. Solo se incluyeron los pacientes que cumplían criterios de artritis reumatoide (AR) o artritis indiferenciadas (AI). El análisis estadístico se realizó con el programa Stata (versión 14.1), utilizando los test apropiados según los tipos y distribución de las variables.

**RESULTADOS**: Se incluyeron 616 pacientes (80% mujeres), 71% AR y 29% AI, sin diferencias significativas por sexo. La mediana (p25-p75) de edad fue de 62.7 (51.8-69.9) años en varones y 53.7 (42.7-64.7) en mujeres (p=0.0001), sin diferencias significativas en la presencia de FR (54%) y ACPA (51%). La frecuencia de no fumadores fue mayor en mujeres (56% vs 38%; p<0.001), con mayor índice de masa corporal (IMC) en varones (p=0.0001). La actividad basal de la enfermedad, significativamente mayor en mujeres con DAS28VSG (p=0.0001), no mostró diferencias con el índice HUPI (p=0.098), aunque fue mayor la discapacidad HAQ en mujeres (p=0.0001). La mediana hasta el primer FAME fue de 6 meses (3 – 10.6), sin diferencias por sexo, tampoco observadas cuando no se prescribió ningún FAME (12.3% mujeres, 10.6% varones). El uso de sales de oro fue más frecuente en varones (4.9% vs 1.2%; p=0.009) y se detectó tendencia a un uso más frecuente en mujeres de Hidroxicloroquina (HCQ) (26% vs 19%; p=0.08) y FAME biológicos (16% vs 10%; p=0.08), junto a prescripción significativamente mayor de terapia combinada (51.7% vs 39%; p=0.01). No encontramos diferencias significativas para Metotrexato (MTX), Leflunomida, Salazopyrina (SZP) o Ciclosporina A, ni en porcentaje de casos ni en la dosis utilizada. Se observó una tasa más elevada de suspensión de HCQ en mujeres (50.9% vs 23.8%; p=0.02). No encontramos diferencias significativas en las tasas ni en las causas de suspensión de MTX, Leflunomida y SZP, con una tendencia a que la suspensión sea mayor en varones. Pese a menor discapacidad, el uso de GC en la primera visita fue más frecuente en varones (33.6% vs 23.2%; p=0.018), sin diferencias por edad (p=0.42) y con dosis significativamente *vs* mujeres (p90, 15mg vs 10mg), aunque la dosis acumulada a los 2 años fue similar. En mujeres, el uso de GC es significativamente menor en <45 y de 45-65 años vs >65 (p=0.0019).

**CONCLUSIONES**: En nuestra cohorte de ARC, detectamos diferencias por sexo en el uso de algunos FAMES y GC, que no pueden explicarse sólo por el grado de actividad, discapacidad o las causas de suspensión de los fármacos. El mayor uso de terapia combinada o biológicos en las mujeres podría deberse al uso rutinario de DAS28VSG, un índice con sesgos de género (dolor, VSG) que puede magnificar actividad, o como resultado de un menor uso y dosis de GC inicial. Aun cuando las dosis de GC en varones podrían explicarse por un mayor IMC, es posible que las mujeres más jóvenes sean más reacias a su uso, pese a mayor discapacidad. Proseguimos el estudio para completar la respuesta a todas las diferencias observadas.

# Póster 22

**TRAS EL FALLO A INHIBIDORES DE LA JANUS KINASA: CYCLING VS SWITCHING**

Laura Ramos Ortiz de Zárate, Carlota Navarro Joven, Alejandro Martinez Rodado, María Alonso De Francisco, María Machattou, Pablo Navarro Palomo, Natalia de la Torre Rubio, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Jose Campos Esteban, Hildegarda Godoy Tundidor, Mónica Fernández Castro, Jesús Sanz Sanz, Carmen Barbadillo Mateos, Carlos Isasi Zaragoza, Jose Luis Andreu Sánchez, Olga Rusinovich

**OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio es conocer la respuesta terapéutica al cycling a segundo JAKinhib vs switching a otra diana terapéutica, así como analizar posibles variables que condicionen dicha respuesta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes retrospectivo en una muestra de 71 pacientes.

Los criterios de selección para el estudio fueron pacientes diagnosticados de AR tratados con JAKinhib por parte del Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.
Los datos recogidos fueron analizados mediante análisis de Kaplan-Meier y análisis estadístico descriptivo.

**RESULTADOS:** La muestra inicial consistió en 71 pacientes, con un 85% de mujeres, habiendo sido tratados con una media de 4,5+-0,45 fármacos previamente y con una media de evolución de enfermedad de 11 +- 1,86 años en el momento de iniciar tratamiento con el primer JAKinhib. En estos pacientes se observó significación estadística entre el número de terapias previas y el fallo a tratamiento ($p<0,05$).

En el subgrupo que fracasó a primer JAKinhib (n=35), se observaron diferencias significativamente estadísticas a favor de cycling vs switching ($p<0,05$), teniendo estos primeros una media de retención de fármaco de 94 semanas (Q1 54,75; Q3 136,75) frente a una mediana de retención de 50 semanas (Q1 21, Q3 98) en los grupos de switching, y con mayor correlación entre el cycling a segundo JAKinhib y una mayor disminución en el DAS28 a los 12 meses del inicio de tratamiento. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexo para retención de tratamiento.

Aquellos pacientes en los que tras fallo a un primer JAKinhib se realiza switching a un anti-TNF en caso de requerir una terapia consecutiva presentan una mayor retención al mismo (80%) frente a pacientes que recibieron moléculas no anti-TNF tras el fallo a primer JAKinhib (30%).

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia, los pacientes con AR que han fracasado a JAKinhib muestran mejores tasas de retención del fármaco en caso de cycling a otro JAKinhib frente a switching a un fármaco con distintas dianas terapéuticas.

Parece haber una tendencia a mayores tasas de retención de terapias consecutivas en pacientes que han recibido anti-TNF tras fallo a un primer JAKinhib.

# Póster 23

**PROYECTO EducAR: EFICACIA E IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA MULTICOMPONENTE PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

M Ahijón Lana[1], L Carmona[2], F Sivera[3], I González Álvaro[1], L Cano García[4], D Grados Cànovas[5], L Valencia Muntalà[6], I Pérez Nadales[7], PJ Armenteros Ortiz[8], P García Casado[9],I Piudo de Blas[10], MJ Moreno Ramos[11],J Pérez Venegas[12], RM Serrano Lora[13], AI Rodríguez Vargas[14],I de la Morena Barrio[15], M Delgado Sánchez[16], I Llorente Cubas[1],J Calvo Gutierrez[8], N. Al Mashhadani [4], L Garrido Courel[10],D Madrid Figueras[5], N Martínez Alberola[3] ,J Bachiller Corral[9],C López Martín[12], M Castaño[11],AC Castillo González[11], JM Martín Martín[16],D Bedoya Sanchís[15], R García-Vicuña[1].

*1. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Princesa,IIS-Princesa, Calle de Diego de León 62. CP 28006. Madrid. 2. Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid 3. Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Elda,Alicante 4. Servicio de Reumatología,Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga. 5. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario De Igualada,Barcelona. 6. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. 7. Servicio de Reumatología, Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona. 8. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba 9. Servicio de Reumatología,Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. 10. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Navarra, Navarra. 11. Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. 12. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla. 13.Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. 14.Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. 15. Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. 16. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.*

**OBJETIVOS:** 1) Evaluar la eficacia de una estrategia de intervención de tipo multi-componente para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con artritis reumatoide (AR). 2) Estudiar las posibles barreras y facilitadores para la implementación de dicha estrategia.

**MÉTODOS:** un panel multidisciplinar desarrolló una estrategia de intervención de tipo multi-componente basada en las recomendaciones EULAR de adherencia en forma de página web con doble acceso, para pacientes y para profesionales de la salud. La parte dirigida a profesionales sanitarios incluía material formativo en forma de lectura y audiovisuales dirigidos al aprendizaje de habilidades de comunicación eficiente para mejorar la confianza y monitorizar adecuadamente la adherencia. Para los pacientes, la web incluía información sobre la enfermedad y sus tratamientos, recursos para mejorar el autocuidado y la administración de los medicamentos. Para evaluar su eficacia se diseñó un estudio de intervención por clusters, en el que unidades de reumatología fueron aleatorizadas a acceder a la página web y sus recursos o no. Todas las unidades reclutaron pacientes consecutivos con AR de menos de 2 años de evolución y se midió la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico tras 6 meses. Se consideró que existía adherencia si los resultados de los cuestionarios de adherencia estaban todos en el 80% o por encima. La adherencia se analizó con regresión logística multivariante para ajustar por variables no balanceadas entre los grupos. Al final del estudio los resultados fueron analizados con los investigadores participantes en los centros del grupo de intervención para estudiar posibles barreas y facilitadores para la implementación.

**RESULTADO:** Se reclutaron 141 pacientes con AR (67 en el grupo control y 74 en el de intervención). La aleatorización resultó ineficiente con una mayor actividad de la enfermedad, mayor comorbilidad y mayor uso de fármacos biológicos en el grupo de control. Ambos grupos aumentaron la adherencia a los seis meses, principalmente en el grupo de control (48% a 67% frente a 42% a 47% en el grupo de intervención). En el análisis ajustado, el principal determinante de la adherencia en el seguimiento fue la adherencia inicial (OR=3,92; p=0,001), mientras que la intervención se asoció con una disminución no significativa de la adherencia (OR=0,41; p=0,040). La investigación cualitativa con el grupo de investigadores mostró que la implementación de la intervención había sido baja, con barreras identificadas como la falta de tiempo, la redundancia con otros materiales existentes, aplicación inadecuada del enfoque (sólo enfermería recibió la formación) y consideración del estándar de atención actual como adecuado.

**CONCLUSIONES:** A pesar de desarrollar una intervención basada en la mejor evidencia disponible no se pudo concluir que fuera eficaz. La falta de detección de un efecto podría explicarse por la limitada implementación, insuficiente para la complejidad de los cambios requeridos (cambio de cultura).

# Póster 24

## REUMATOLOGÍA EN REDDIT: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Alfredo Madrid-García[1], Beatriz Merino-Barbancho[2]

[1]*Grupo de Patología Musculoesquelética. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Prof. Martin Lagos s/n, Madrid, 28040, Spain*
[2]*Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad Politécnica de Madrid, Avenida Complutense, 30, Madrid, 28040, Spain*

**OBJETIVOS:** En la última década, los datos de las redes sociales han cobrado especial interés en diversos sectores, especialmente en la medicina, donde estos datos se utilizan con diversos fines, como la vigilancia, la farmacovigilancia o la captación de pacientes. Entre las plataformas sociales, Reddit es una de las más utilizadas en todo el mundo. La forma en que esta red social organiza la información, en subreddits (esto es, subforos específicos sobre un tema en concreto), permite estimar la popularidad y relevancia de los temas, incluidos los médicos. Aunque se han realizado múltiples estudios en reumatología utilizando estos medios sociales, ninguno ha detallado las diferentes comunidades específicas de reumatología que existen dentro de Reddit. Por ello, los objetivos de este estudio fueron: a) identificar los subreddits relacionados con la reumatología, y b) describir sus características, incluyendo el número de suscriptores, el número de usuarios, y el comportamiento temporal entre otros.

**MÉTODOS:** Se utilizó el motor de búsqueda de Reddit, junto con una lista de 21 términos reumatológicos de uso común, para identificar los subreddits candidatos. Se recopiló información sobre el nombre del subreddit, la fecha de creación, el número de suscriptores, el estado público, el tamaño y la actividad desde mayo de 2023 hasta mayo de 2024. Se aplicaron criterios de exclusión para acotar los resultados. Sólo se extrajeron subreddits con más de 1000 suscriptores, activos, altamente relacionados con la reumatología y recuperables a través de Pushshift.io.

Se calcularon diferentes métricas y estadísticas para caracterizar los subreddits identificados en el paso anterior (por ejemplo, número de usuarios que participan en cada subreddit, número de mensajes, longitud del tema, nivel de actividad de los subreddits, temas más comentados por subreddit, etc.). Las variables continuas se resumieron utilizando la mediana y los cuartiles primero y tercero (Q1-Q3).

**RESULTADOS:** De 83 subreddits potenciales, 20 cumplían los criterios de inclusión. El subreddit más antiguo era r/Fibromialgia. El número de suscriptores osciló entre 2k (r/Behcets) y 70k (r/Fibromialgia) y la relación comentarios/envíos fue mayor en r/ankylosingspondylitis (12,36), Tabla 1. Se observa un crecimiento casi exponencial para todas las comunidades desde 2016-2017. r/Fibromialgia tiene el mayor número de mensajes por día. El pico de actividad se produce entre las 16:00 y las 23:00 y la mayor parte de la actividad se concentra en la segunda mitad del año, Tabla 2. La edad del paciente es una preocupación común en todos los subreddits. Otra preocupación mayoritaria es la vacuna COVID y su posible impacto en los pacientes con RMD (es decir, r/mctd, r/costochondritis, r/Sjogrens, r/Uveitis), Tabla 3. Algunas de las entradas más comentadas en r/gout son sesiones de Ask Me Anything, en las que los profesionales responden a las preguntas de los pacientes. Esto pone de manifiesto el interés de los pacientes por intercambiar información con los profesionales sanitarios a través de las redes sociales.

**CONCLUSIONES:** Reddit ofrece una valiosa plataforma para estudiar las preocupaciones, necesidades y percepciones de los pacientes sobre sus enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, como demuestran el número de suscriptores, la diversidad de comunidades y el alcance de su actividad y tamaño. Esta investigación contribuye a comprender cómo las comunidades reumáticas y musculoesqueléticas utilizan Reddit para debatir temas relacionados con la salud, lo que podría informar sobre mejores estrategias de apoyo y participación de los pacientes en los espacios digitales.

Tabla 1: Análisis descriptivo de los subreddits incluidos en el estudio

| Subreddit | N mensajes por dia | N mensajes por usuario | N comentarios de los 10 temas más populares |
|---|---|---|---|
| r/ankylosingspondylitis | 51 (10-112) | 4 (1-11) | 57.5 (53.5-61.25) |
| r/Autoimmune | 14 (4-32) | 2 (1-5) | 26 (22.5-29.25) |
| r/autoimmunity | 11.5 (3-26) | 2 (1-5) | 23.5 (21.25-24.75) |
| r/backpain | 28 (6-96) | 2 (1-4) | 42 (39.5-45.25) |
| r/Behcets | 5 (2-11) | 3 (1-8) | 15 (14.25-16.75) |
| r/costochondritis | 50 (7-81) | 3 (1-7) | 42 (33.5-46.75) |
| r/Fibromyalgia | 105 (38-301) | 3 (1-12) | 174 (171.25-209) |
| r/gout | 33 (10-78) | 3 (1-9) | 68.5 (58.5-77.75) |
| r/lupus | 37 (10-129) | 3 (1-8) | 83 (63-94.75) |
| r/mctd | 4 (2-9) | 2 (1-6) | 11 (11 -11.75) |
| r/Osteoarthritis | 3 (1-9) | 2 (1-4) | 17 (17-21.25) |
| r/PsoriaticArthritis | 46 (15-86) | 4 (1-11) | 50 (48-53.75) |
| r/Raynauds | 11 (4-23) | 2 (1-5) | 26.5 (24.25-30) |
| r/rheumatoid | 45 (15-91) | 3 (1-9) | 73 (63.5-82.75) |
| r/rheumatoidarthritis | 34 (15-55) | 3 (1-8) | 34 (33-36.75) |
| r/Sciatica | 32 (6-121) | 3 (1-8) | 47.5 (45.5-61) |
| r/scleroderma | 6 (2-11) | 2 (1-6) | 15 (13.5-18.5) |
| r/Sjogrens | 18 (3-48) | 3 (1-9) | 38.5 (35.25-47.75) |
| r/Thritis | 13 (5-28) | 2 (1-6) | 41 (35-56.25) |
| r/Uveitis | 6 (3-12) | 3 (1-7) | 18.5 (16.25-19) |

| Subreddit | N palabras en título | N palabras en comentarios | Hora pico | Día pico | Mes pico |
|---|---|---|---|---|---|
| r/ankylosingspondylitis | 6 (3-9) | 44 (19-77) | 20 | Thu | 12 |
| r/Autoimmune | 6 (4-10) | 41 (18-88) | 21 | Wed | 7 |
| r/autoimmunity | 7 (4-11) | 44 (20-94) | 0 | Thu | 4 |
| r/backpain | 7 (5-11) | 38 (16-81) | 21 | Wed | 8 |
| r/Behcets | 4 (3-8) | 45 (21-94) | 17 | Thu | 12 |
| r/costochondritis | 5 (3-8) | 35 (15-72) | 20 | Tue | 7 |
| r/Fibromyalgia | 6 (3-10) | 36 (16-74) | 20 | Thu | 10 |
| r/gout | 6 (4-9) | 34 (16-68) | 16 | Thu | 8 |
| r/lupus | 6 (3-9) | 41 (19-82) | 2 | Wed | 10 |
| r/mctd | 5 (3-9) | 43 (19-89) | 1 | Thu | 9 |
| r/Osteoarthritis | 10 (5-13) | 37 (16-75) | 19 | Fri | 10 |
| r/PsoriaticArthritis | 5 (3-8) | 38 (18-76) | 16 | Thu | 12 |
| r/Raynauds | 6 (4-11) | 29 (13-58) | 21 | Fri | 12 |
| r/rheumatoid | 6 (3-9) | 40 (19-80) | 18 | Thu | 8 |
| r/rheumatoidarthritis | 5 (3-8) | 42 (19-83) | 18 | Wed | 10 |
| r/Sciatica | 6 (4-10) | 38 (17-79) | 18 | Wed | 12 |
| r/scleroderma | 6 (3-10) | 40 (17-82) | 18 | Tue | 12 |
| r/Sjogrens | 5 (3-8) | 36 (16-71) | 2 | Wed | 12 |
| r/Thritis | 6 (4-10) | 42 (19-86) | 19 | Wed | 11 |
| r/Uveitis | 5 (3-9) | 43 (22-84) | 19 | Thu | 12 |

# Póster 25

## USO DE ROMOSOZUMAB EN MUJERES CON OSPEOPOROSIS CON ALTO RIESGO DE FRACTURA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M.C. Ortega de la O[1], M. Salido Olivares[2], P. Navarro Alonso[3], C. Marín Huertas[4], C. Arconada López[5], Á. Aragón Díez[1], Á. García Martos[6], C. Bonilla Gonzalez-Laganá[2], A. Díaz Oca[3], E. M. Andrés Esteban[7], L. González Hombrado[6]

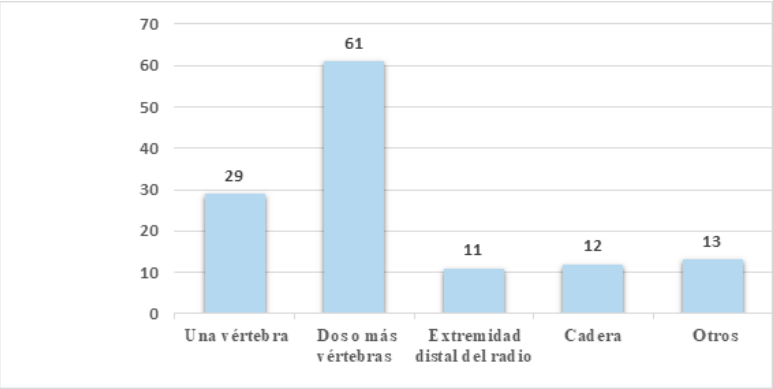
*[1] H.U. de Getafe, [2] H.U. Infanta Cristina, [3] H.U. de Fuenlabrada, [4] H.U. Infanta Leonor, [5] H.U. Infanta Elena, [6] H.U. del Tajo, [7] Universidad Rey Juan Carlos*

**INTRODUCCIÓN**: La Osteoporosis es una enfermedad altamente prevalente caracterizada por un elevado riesgo de fractura que conlleva un deterioro en la calidad de vida de los pacientes y pérdida de la independencia en muchos de los casos. Romosozumab (RMZ) es un fármaco de acción dual recientemente aprobado que ha demostrado en ensayos clínicos la reducción del riesgo de fractura en pacientes con osteoporosis. Sin embargo, existen pocos datos sobre su uso en práctica clínica real.

**OBJETIVO**: Describir las características de las pacientes diagnosticadas de osteoporosis con alto riesgo de fractura tratadas con romosozumab en la práctica clínica habitual.

**MÉTODOS**: Estudio multicéntrico retrospectivo observacional para valorar el uso de Romosozumab en pacientes con osteoporosis en vida real. Los datos se obtuvieron de forma retrospectiva a través de la historia clínica de las pacientes tratadas por su reumatólogo habitual. Se recogieron datos demográficos como peso y talla, edad de la menopausia (quirúrgica o no), hábitos tóxicos, antecedentes familiares de fractura y presencia de comorbilidades (hipertensión, diabetes, artritis reumatoide, hiperparatiroidismo, antecedentes de enfermedad cardiovascular). También se recogieron datos analíticos de calcemia, creatinina, vitamina D y PTH. Se registraron número y localización de fracturas previas, tratamientos previos realizados por las pacientes y los datos densitométricos en columna lumbar y cadera previo al inicio del tratamiento con romosozumab. En todas las pacientes se calculó el índice FRAX.

**RESULTADOS**: Se incluyeron un total de 120 pacientes recogidos de 6 centros de la Comunidad de Madrid. La edad media de las pacientes fue de 69.7 (ds:11.01). El IMC medio fue normal, con una media de 25,6 (ds:5.8), presentando obesidad un 14,4% de las pacientes. Un 8,7% de las pacientes habían tenido una menopausia quirúrgica. Con respecto a las comorbilidades, la más frecuente fue hipertensión arterial en un 33,63% de las pacientes, seguida de dislipemia (31,3%) y artritis reumatoide (10,6%). Otras comorbilidades encontradas fueron diabetes en 6% e hiperparatiroidismo primario en 1,75%. La mayoría de las pacientes no presentaban hábitos tóxicos (no fumadoras: 85,9%, no bebedoras: 98,2%). Respecto a las fracturas previas, solo un 11% de las pacientes no habían presentado fracturas previas, registrándose un total de 126 fracturas anteriores al inicio del tratamiento, mostrando en la gráfica 1 la distribución de las mismas:




Con respecto a los datos densitométricos, las pacientes presentaban una media de T-score en columna lumbar de -3,15 (ds:1,32), llegando a valores de -9,8 en la paciente más grave, en cuello femoral de -2,6 (ds:0.77), y en cadera total de -2,48 (ds:1.01). Los datos medios de FRAX para fractura de cadera fueron de 9,4 (ds: 10,5) y para fractura mayor osteoporótica de 21,6 (ds:13.8). El 80,7% de las pacientes habían recibido tratamiento para la OP previamente, utilizando RMZ en segunda línea de tratamiento en un 39,8% de los casos, siendo los bifosfonatos la primera línea de tratamiento en todos estos casos. En un 20,3% se usó en tercera línea y en un 14,1% en cuarta línea o sucesivas

**CONCLUSIONES**: En nuestra cohorte de pacientes en práctica clínica habitual, romosozumab se utiliza sobre todo en mujeres con osteoporosis severa, con varias fracturas previas (la mayoría vertebrales), con un IMC no muy elevado y en segunda o sucesivas líneas de tratamiento principalmente.

# Póster 26

## EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS SEVERA TRATADOS CON ROMOSOZUMAB EN PRACTICA CLINICA REAL

L. González Hombrado[1], M Salido Olivares[2], P. Navarro Alonso[3], C. Marín Huertas[4], C. Arconada[5], A. Aragón Díez[6], A. García Martos[1], C. Bonilla Gonzalez-Laganá[2], A. Díaz Oca[3], E.M. Andrés Esteban[7], MC Ortega de la O[6]

*[1] HU del Tajo, [2] HU Infanta Cristina, [3] HU de Fuenlabrada, [4] HU Infanta Leonor, [5] HU Infanta Elena, [6] HU de Getafe, [7] Universidad Rey Juan Carlos.*

**INTRODUCCIÓN:** Romosozumab (RMZ) es un fármaco de acción dual recientemente aprobado que ha demostrado en ensayos clínicos la reducción del riesgo de fractura en pacientes con Osteoporosis (OP). Sin embargo, existen pocos datos sobre su eficacia en práctica clínica real.

**OBJETIVOS:** Evaluar la eficacia del tratamiento con RMZ en una cohorte de pacientes tratados en vida real en base a los cambios densitométricos encontrados y valorar la aparición de nuevas fracturas, grado de satisfacción con el fármaco y efectos adversos registrados.

**MÉTODOS:** estudio multicéntrico retrospectivo observacional para valorar el efecto de RMZ en pacientes con OP en vida real. Se recogieron datos demográficos como peso y talla, edad de la menopausia, hábitos tóxicos, antecedentes familiares de fractura y presencia de comorbilidades. Se recogieron número y localización de fracturas previas, tratamientos previos realizados por las pacientes y los datos densitométricos en columna lumbar y cadera previo al inicio del tratamiento con RMZ y tras la finalización del mismo. En todas las pacientes se calculó el índice FRAX. Se recogieron datos analíticos (calcemia, creatinina, vitamina D y PTH) en momento basal y tras completar el tratamiento. Se recogieron los efectos adversos registrados en las historias clínicas, así como la aparición de nuevas fracturas. Se recogió el grado de satisfacción del paciente con el fármaco y el tratamiento que el clínico prescribe tras completar RMZ.

Se utilizaron media y desviación típica para describir las variables numéricas y se utilizó el test no paramétrico para muestras pareadas de Wilcoxon. Se consideró diferencias significativas cuando el p valor fue menor de 0.05 y se utilizó para el análisis estadístico STATA/SE v16.0.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 50 pacientes que completaron el tratamiento durante 12 meses con RMZ. La edad media de las pacientes fue de 70.59 ± 9.61 años. La gran mayoría de las pacientes presentaban fracturas previas (89%). Los cambios densitométricos encontrados se describen en la tabla 1 donde se muestran las diferencias estadísticamente significativas entre los valores de DEXA basal y tras finalizar tratamiento. En dicha tabla observamos como los valores aumentan a la finalización del tratamiento tanto en los marcadores medidos a través de DMO como por T score.

.

| | Basal | 12 meses | Pvalor |
|---|---|---|---|
| DMO lumbar | 776.36 ± 155,58 | 851,14 ± 77,89 | < 0.001 |
| T-score lumbar | -3.15 ± 1.32 | -2.57 ± 0.79 | < 0.001 |
| DMO CF | 607.67 ± 111.92 | 606.20 ± 167.22 | 0.118 |
| T-score CF | -2.60 ± 0.77 | -2.35 ± 0.86 | 0.004 |
| DMO cadera | 640.42 ± 130.54 | 646.65 ± 214.43 | 0.003 |
| T-score cadera | -2.45 ± 1.01 | -2.10 ± 1.18 | < 0.001 |

No se detectaron cambios pre y post tratamiento en los parámetros analíticos.

34 de las pacientes que terminaron el tratamiento continuaron con Denosumab (68%). 6 pacientes con Bifosfonato oral (12%), 2 bifosfonato IV (4%), 2 con Teriparatida (4%) y el resto con otros tratamientos. De las 50 pacientes que terminaron el estudio, solamente hubo 2 pacientes con efectos adversos, siendo en ambas la reacción local en el punto de inyección.

El grado de satisfacción de los pacientes fue de 4.54 ± 0.78, (escala 0-5). Ninguna de las pacientes tuvo nueva fractura en el periodo de seguimiento.

**CONCLUSIONES:** En nuestra cohorte de pacientes, el tratamiento con RMZ produce una mejora de los datos densitométricos tanto en TS como DMO en columna lumbar y cadera estadísticamente significativa. Los efectos adversos fueron muy leves siendo lo más frecuente la reacción local en el punto de inyección. El grado de satisfacción con el fármaco fue muy elevado. Ninguna paciente presentó nueva fractura durante el seguimiento.

# Póster 27

## ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO MULTICÉNTRICO SOBRE LA EFICACIA DE LA INFILTRACIÓN ECOGUIADA FRENTE A LA IONTOFORESIS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES CON RIZARTROSIS SINTOMÁTICA

O. Rusinovich Lovgach[1], A. Liso Andrino[1] , M.C. Sánchez Fernández[1], P. Navarro Alonso[2], M. Cantalejo Moreira[2], A. Díaz Oca[2] , P. Navarro Palomo[1], M. Machattou[1], M. Alonso de Francisco[1], C. Navarro Joven[1], A. Martínez Rodado[1], L. Ramos Ortiz de Zárate[1], M. Fernández Castro[1], H. Godoy Tundidor[1], N. de la Torre Rubio[1] , C.Merino Argumánez[1], B. Garcia Magallon[1], C. Barbadillo Mateos[1], J. Sanz Sanz[1], J. Campos Esteban[1], J.L. Andreu Sánchez[1]

*1. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*
*C/Joaquín Rodrigo, 2 28222 Majadahonda, Madrid*
*2. Hospital Universitario de Fuenlabrada*
*Camino del Molino, 2 28942 Fuenlabrada, Madrid*

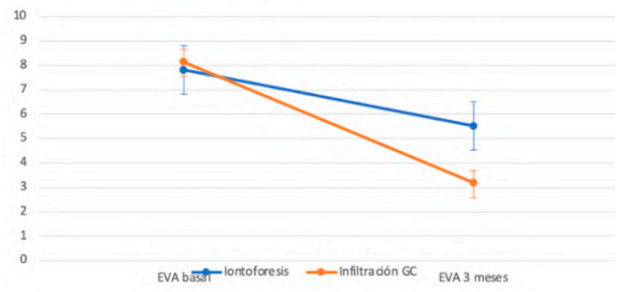
**INTRODUCCIÓN:** La artrosis trapeciometacarpiana es una patología degenerativa de alta prevalencia que se asocia a dolor crónico y pérdida progresiva de la funcionalidad de la base del pulgar. Se estima que afecta entre el 16 y el 25% de la población, siendo más frecuente en mujeres de mediana edad. El tratamiento inicial consiste medidas conservadoras, como el uso de analgésicos, ortesis e infiltraciones intraarticulares con corticoides o ácido hialurónico, además de medidas terapéuticas como la iontoforesis. En pacientes refractarios se recurre a cirugía.

**OBJETIVO:** Comparar el efecto sobre el dolor de la infiltración intraarticular (IIA) eco-dirigida de triamcinolona acetónido con el de la iontoforesis en pacientes con artrosis trapeciometacarpiana sintomática.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo comparativo de dos brazos en pacientes diagnosticados de rizartrosis sintomática, consecutivos, atendidos en las consultas externas de Reumatología de dos centros de Madrid. Se realizó evaluación basal, seguida de aplicación de iontoforesis o realización de IIA eco-dirigida de triamcinolona acetónido, según el criterio del médico, y de revisión posterior a los 3 meses. Se recogieron las características demográficas y clínicas de los pacientes, así como los valores de la escala analógica visual (EVA), tanto basal como en la revisión a los 3 meses. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para analizar la diferencia de distribución por sexos. Se empleó la prueba t de Student no pareada para evaluar la diferencia de edad entre los grupos y la eficacia (EVA basal - EVA postintervención) comparativa, y la prueba t pareada para analizar la diferencia de EVA en cada grupo (basal-postintervención).

**RESULTADOS:** En el estudio se incluyeron 56 pacientes (47 mujeres (83,9%) y 9 varones (16,1%)) con una edad media de 64 años (46-85), siendo la mediana de duración de la enfermedad de 3 años. En 2 pacientes (3,57%) se ha produjo una mejoría espontánea del dolor y no se realizó ninguna intervención. Se recomendó el uso de férula para rizartrosis en ambos grupos. Los dos grupos (iontoforesis e IIA) eran comparables en edad (p=0,718), duración de la enfermedad (p=0,548) y EVA basal (p=0.205), pero no en sexo (p=0.015). Los resultados de la aplicación de iontoforesis e infiltración eco-dirigida de triamcinolona acetónido se muestran en la tabla 1. La infiltración eco-dirigida de triamcinolona acetónido ha demostrado ser significativamente más eficaz que la iontoforesis (p=0,003). No se han reportado efectos adversos en ninguno de los dos grupos.

Tabla 1. EVA basal y post-intervención




**CONCLUSIONES:** La infiltración eco-dirigida de triamcinolona acetónido es útil en pacientes con rizartrosis sintomática y ha demostrado ser más eficaz que la iontoforesis en nuestro medio. Se necesitan estudios con un mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

# Póster 28

## ARTRITIS REUMATOIDE POLI REFRACTARIA, MÁS ALLÁ DEL "DIFFICULT TO TREAT"

Claudia Campos Fabre, Manuel Juárez García, Natalia López Juanes, Marta Chao Moreira, Alejandro Balsa, Eugenio de Miguel, Diana Peiteado, Irene Monjo, Chamaida Plasencia, Marta Novella Navarro.

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz (Pº de la Castellana, 261, 28046 Madrid)*

**OBJETIVOS:** A) identificar dentro del grupo de pacientes con artritis reumatoide difícil de tratar (D2TRA) a aquellos que han fracasado a todos los mecanismos de acción (MoA) de los fármacos modificadores de enfermedad (FAME) biológicos y sintéticos dirigidos .B)comparar a estos pacientes con el resto de pacientes D2TRA para identificar sus potenciales diferencias en etapas iniciales del tratamiento con FAMEb/sd.

**MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes de la cohorte de AR del Hospital La Paz. Se seleccionaron pacientes D2TRA según la definición EULAR. En función del número total de FAMEb/sd recibidos se clasificaron en polirrefractarios (D2TRA-PR) y no polirrefractarios (D2TRA-noPR) y se excluyeron aquellos pacientes con pérdida de seguimiento. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y analíticas. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante DAS28 al inicio del primer FAMEb/sd, a los 6 meses (6m), en el momento de cumplir criterios de D2TRA y a los 6m. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en mediana y rango intercuartílico. Para la comparación entre grupos se utilizaron los test de Fisher y U Mann- Whitney. Significación estadística $p<0.05$.

**RESULTADOS:** Del total de la cohorte de AR, 80 pacientes cumplían criterios D2TRA, de los cuales cinco fueron D2TRA-PR. Estos eran en su totalidad mujeres con una edad de 71(66-73) años y 30 (23.5-32.5) años de evolución de la enfermedad. En cuando a los MoA utilizados, el 100% comenzó con anti-TNF, seguido de un segundo anti-TNF y el tercero fue rituximab. El cuarto MoA fue anti-TNF en el 40%, y el 60% restante anti-IL6 o Abatacept. En el quinto, el 80% recibió Abatacept y el 20% anti-IL6. En el sexto, el 20% usó iJAK y el resto anti-IL6. Y el séptimo fue iJAK (60%) o Rituximab/Abatacept.

En el análisis comparativo entre los dos grupos de pacientes, los D2TRA-PR tenían en su totalidad factor reumatoide y antiCCP positivo frente al 60% en los D2TRA-noPR (p=0.58; p=0.57 respectivamente); mayor proporción de erosiones (80% vs 46,6%, p=0,19) y de manifestaciones extraarticulares (60% vs 10,7%, p=0,01). En cuanto a comorbilidades, los D2TRA-PR mostraron más frecuentemente patología mecánica concomitante (80% vs 37.8%,p=0,15), fibromialgia (40% vs 13%,p=0,16) e HTA (60% vs 20%,p=0,08). Respecto a la actividad de la enfermedad, los valores de DAS28 en D2TRA-PR fueron mayores que en D2TRA-noPR al inicio [5,80(5.64-7.1) vs 5.44(4.67-6.70) p=0,164)] y especialmente a los 6m [(5,88(5.5-6.2) vs 3.90(2.95-5.27) p=0,01)] del primer FAMEb/sd.

Los cambios de tratamiento en el grupo D2TRA-PR fueron con mayor frecuencia debidos a ineficacia (80%) frente a D2TRA-noPR (68%), sin ser estadísticamente significativo. El tiempo transcurrido entre el inicio del primer FAMEb/sd y el momento de cumplir criterios D2TRA fue menor en D2TRA-PR [37(26-133) meses vs 78(47-128) meses, p=0,274)]. Asimismo, el DAS28 al momento de cumplir criterios de D2TRA fue mayor (5.79 vs 4.88, p=0.03) y también a los 6m(5.88 vs 3.82, p<0.01). (ver tabla 1)

**CONCLUSIÓN:** En nuestra cohorte encontramos un subgrupo reducido de pacientes que han fallado a todos los MoA de FAMEb/sd dentro del grupo D2TRA. A pesar de su baja frecuencia, este grupo presenta diferencias significativas en la actividad de la enfermedad tanto en etapas iniciales del tratamiento como en el momento de convertirse en D2TRA, lo que indica una enfermedad mucho más activa medida por DAS28.

# Póster 29

## DIGITAL HEALTH IN RHEUMATOLOGY: OPPORTUNITIES AND CHALLENGES ACCORDING TO PATIENTS AND PROFESSIONALS

Natalia López-Juanes[1], Diego Benavent[2], Marta Novella-Navarro[1], Manuel Juarez[1], Jose Iniesta-Chamorro[3], Enrique J Gómez[3], María Sanz[1], Ana Sánchez Caballero[1], Alejandro Balsa Criado[1], Gema Bonilla-Hernán[1], Xavier Michelena[4], Helena Borrell[4], Eugenio de Miguel Mendieta[1], Chamaida Plasencia-Rodríguez[1]

[1] *Hospital Universitario La Paz, Pº de la Castellana 261, 28046, Madrid*
[2] *Hospital Universitario de Bellvitge, Carrer de la Feixa Llarga s/n 08907, Barcelona*
[3] *Biomedical Engineering and Telemedicina Centre, ETSIT, Center for Biomedical Technology,Universidad Politécnica de Madrid, Pº Juan XXIII, 11, 28040, Madrid.*
[4] *Hospital Universitario Vall d´Hebron, Pg de la Vall d'Hebron, 119, 08035, Barcelona*

**OBJECTIVES**: To assess the needs and preferences of both patients and professionals regarding the implementation of digital health in rheumatology.

**METHODS**: We conducted two digital surveys targeting patients with immune-mediated inflammatory diseases (IMIDs) and health professionals, respectively. These questions were designed to be answered on a scale from 1 to 10 (10 indicating the highest level of agreement, and 1 the lowest). The questions were distributed in 8 domains for the patients' survey (contacting rheumatologist, regular app usage, disease related apps, telematic visits, telemonitoring experience, used tools, digital evaluation and app features) and in 7 domains for the health professional's (telemonitoring usefulness, training in digital health, telemonitoring experience, used tools, potential monitorable aspects, telemonitoring impediments, available tools). For patient recruitment, the surveys were distributed with the collaboration of two patient associations, the Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis and ConArtritis. To engage professionals, we promoted the survey through scientific nonprofit rheumatology societies, including the Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid and the Societat Catalana de Reumatología.

**RESULTS**: A total of 135 patients participated in the study, of whom 117 (86.7%) were women, with a mean age of 48.6 (± 12.5) years. The most prevalent rheumatic condition reported was rheumatoid arthritis (n=92, 68.7%). Between patients, 24,7% expressed having difficulties contacting their rheumatologist in case of relapses of their disease, scoring ≤2 in item 1, and item 3, regarding to use of applications related to their conditions, was among the lowest rated with a mean score of 3.3±2.6. More than half of the patients (53.4%) reported having limited experience with telemedicine (item 5). Among potential features of digital solutions (item 7), the capability to improve communication with healthcare professionals ranked the highest (8.1 ± 2.8). On the other hand, 53 healthcare professionals participated in the survey: 47 (88.7%) rheumatologists and 5 (9.4%) nurses. Of them, 75% considered that telemedicine could be beneficial in rheumatology, scoring ≥7 in item 1. In contrast, only 26.9% reported having received specific training (item 2) with a score of ≥7 or above, and 53.9% indicated minimal use of telemonitoring tools in their daily practice (item 3) with a score ≤2, primarily limited to phone appointments (item 4, 7.2±2.4). The most widely agreed-upon aspect for monitoring between professionals was treatment adherence (item 5, 7.56±2.24) and the main barriers they perceived for the implementation of telemedicine (item 6) were the lack of integration between devices and the electronic health records (EHR) (8.53±2.11) and the burden of care (7.66±2.78). On the contrary, lack of interest in the field was considered the least significant barrier (5.08±2.62). The results are summarized in Figure 1 (1A represents the total scores from the patients' survey and 1B the ones from the health professionals' survey).

**CONCLUSIONS**: Telemonitoring could offer advantages for both patients and healthcare professionals in certain clinical situations, as there continue to be unmet needs. These results indicate the need to improve areas such as application design, training for professionals and patients, and integration with electronic health record systems to encourage in real setting.

# Póster 30

## EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES SOBRE VACUNACIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON ANTI-TNFα EN TÉRMINOS DE INCIDENCIA DE INFECCIONES GRAVES

Verónica García García[1], Mauro Ferre Sanfrancisco[1], Patricia García Casado[1], Elizabeth Neyra Salvador[1], Marina Álvarez Hontana[1], Carlos de la Puente Bujidos[1], Carlos A. Guillén Astete[1], Marcelino Revenga Martínez[1], Javier Bachiller Corral[1], Mónica Vázquez Díaz[1]

[1]*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal (Ctra. Colmenar Viejo, km 9,1, 28034, Madrid)*

**OBJETIVOS**: Describir la tasa de vacunación en pacientes con artropatías inmunomediadas (AI) que reciben tratamiento con adalimumab (ADA) o etanercept (ETN) antes y después de la aplicación de un periodo de recomendaciones sobre vacunación. Describir la incidencia de infecciones graves antes y después de esta intervención.

**MÉTODOS**: Estudio prospectivo unicéntrico en el que se evalúa la implementación de recomendaciones sobre vacunación en las consultas realizadas durante 12 meses a pacientes mayores de 18 años con AI en tratamiento con ADA o ETN durante al menos 5 años y a los que al inicio del tratamiento biológico se les habían realizado recomendaciones sobre vacunación. Se analizaron los pacientes incluidos entre diciembre de 2022 y septiembre de 2024.

**RESULTADOS**: Se incluyeron 195 pacientes, de los cuales el 51,3% (100) eran varones y la media de edad al inicio del seguimiento (±DE) de 55,05 años (±15,83). El 36,9% de los pacientes tenían diagnóstico de espondiloartritis, el 27,7% de artritis reumatoide, el 20,5% de artritis psoriásica y el 12,9% de artritis idiopática juvenil (AIJ). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue 20,12 años (±9,75). 118 pacientes (60,5%) recibían tratamiento con ADA y 77 (39,5%), con ETN. El 42,6% recibían el tratamiento en monoterapia. Entre los tratamientos concomitantes utilizados, el metotrexato (30,8%) fue el más frecuente, seguido por sulfasalazina (6,7%) y leflunomida (5,6%). Ocho pacientes (4,1%) recibían corticoterapia, todos con dosis menores a 7,5mg/día de prednisona.

Al inicio del seguimiento, se había registrado la vacunación en 191 pacientes, el 66,7% habían recibido la vacuna contra la gripe, el 58,5% contra el SARS-CoV2 y el 30,9% contra zóster o neumococo en el año previo. 115 pacientes realizaron seguimiento durante 12 meses, periodo en el que el 76,5% se vacunaron: el 67,8% (78) contra la gripe, el 53% (61) contra el SARS-CoV2, el 40,9% (47) contra la hepatitis B, el 40% (46) contra el neumococo y el 34,8% (40) contra el zóster. Tras las recomendaciones, el número absoluto de vacunaciones se incrementó en un 83,95% (de 1,62 vacunaciones paciente-año a 2,98 vacunaciones paciente-año). La causa más frecuente de no vacunación fue la negativa del paciente (13,9%) a pesar de la recomendación, seguida por la contraindicación para la administración de la vacuna (6,95%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la vacunación en función de la edad, el diagnóstico y las infecciones y vacunaciones previas (Tabla 1).

En el año anterior a la implementación de las recomendaciones, se observó una incidencia acumulada de 0,036 infecciones graves por paciente-año. Tras los 12 meses de seguimiento, la incidencia acumulada de infecciones graves se redujo en 2,8%.

**CONCLUSIONES**: Tras implementar recomendaciones sobre vacunación, se ha objetivado un aumento de la administración de algunas vacunas, no así del número de pacientes vacunados. La vacunación fue más frecuente en pacientes de mayor edad, diagnóstico diferente a AIJ, con mayor número de infecciones en el año previo y que hubiesen recibido vacunas previamente. Con la implementación de estas recomendaciones se observó una pequeña disminución de la incidencia de infecciones graves. Sería necesario valorar otras medidas para disminuir el riesgo de infección en los pacientes con AI con tratamiento biológico de larga duración.

Tabla 1: Análisis bivariado de características basales de la población y su asociación con la vacunación antes de las recomendaciones y durante el seguimiento.

| | **Vacunación en el año previo (n=191)** | | | **Vacunación durante el seguimiento (n=115)** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | Sí | p-valor | No | Sí | p-valor |
| **Sexo, n (%)**<br>**-Mujer**<br>**-Varón** | <br>16 (17)<br>26 (26,8) | <br>78 (83)<br>71 (73,2) | 0,103 | <br>10 (18,2)<br>17 (28,3) | <br>45 (81,8)<br>43 (71,7) | 0,2 |
| **Edad (años), media (DE)** | 46,12 (13,048) | 57,85 (15,623) | 0,000* | 49,93 (16,724) | 58,78 (14,654) | 0,009* |
| **Tiempo evolución de enfermedad (años), media (DE)** | 20,381 (8,45) | 20,222 (10,171) | 0,926 | 23,148 (12,875) | 19,704 (9,22) | 0,127 |
| **Diagnóstico, n (%)**<br>**-AR**<br>**-SpA**<br>**-APso**<br>**-AIJ** | <br>7 (13,2)<br>14 (19,7)<br>10 (25)<br>11 (45,8) | <br>46 (86,8)<br>57 (80,3)<br>30 (75)<br>13 (54,2) | 0,014* | <br>7 (17,9)<br>8 (19,5)<br>5 (20,8)<br>7 (63,6) | <br>32 (82,1)<br>33 (80,5)<br>19 (79,2)<br>4 (36,4) | 0,012* |
| **Biológico actual, n (%)**<br>**-Adalimumab**<br>**-Etanercept** | <br>27 (23,3)<br>15 (20) | <br>89 (76,7)<br>60 (80) | 0,593 | <br>12 (19)<br>15 (28,8) | <br>51 (81)<br>37 (71,2) | 0,217 |
| **FAMEc, n (%)**<br>**-No**<br>**-MTX**<br>**-LFN**<br>**-HCQ**<br>**-SSZ** | <br>27 (24,5)<br>9 (15,5)<br>4 (36,4)<br>0 (0)<br>2 (15,4) | <br>83 (75.5)<br>49 (84,5)<br>7 (63,3)<br>1(100)<br>11 (84,6) | <br>0,320<br>0,154<br>0,262<br>1,0<br>0,737 | <br>18 (31)<br>8 (19,5)<br>1 (12,5)<br>0 (0)<br>0 (0) | <br>40 (69)<br>33 (80,5)<br>7 (87,5)<br>1 (100)<br>9 (100) | <br>0,054<br>0,455<br>0,678<br>1,0<br>0,113 |
| **Glucocorticoides, n (%)**<br>**-No**<br>**-≤ 7,5 mg/día**<br>**-> 7,5 mg/día** | <br>40 (21,9)<br>2 (25)<br>0 (0) | <br>143 (78,1)<br>6 (75)<br>0 (0) | 1,0 | <br>27 (24,8)<br>0 (0)<br>0 (0) | <br>82 (75,2)<br>6 (100)<br>0 (0) | 0,333 |
| **Infecciones año previo, media (DE)** | 1,26 (1,106) | 1,02 (1,049) | 0,194 | 0,63 (0,839) | 1,18 (1,012) | 0,011* |
| **Ingresos por infección año previo, media (DE)** | 0 (0) | 0,05 (0,293) | 0,052 | 0 (0) | 0,02 (0,150) | 0,434 |
| **Vacuna año anterior, n (%)**<br>**- No**<br>**- Sí** | 42 (22) | 149 (78) | - | <br><br>14 (58,3)<br>13 (14,6) | <br><br>10 (41,7)<br>76 (85,4) | 0,000* |

AR: Artritis Reumatoide. SpA: Espondiloartritis. APso: Artritis Psoriásica. AIJ: Artritis Idiopática Juvenil. FAMEc: Fármacos Reumáticos Modificadores de la Enfermedad convencionales. MTX: Metotrexato. LFN: Leflunomida. HCQ: Hidroxicloroquina. SSZ: Sulfasalazina

# Póster 31

## COMPARAR LA TOLERANCIA DE NINTEDANIB EN PACIENTES CON EPID ASOCIADA A ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS FRENTE A EPID EN ENFERMEDADES NO INMUNOMEDIADAS EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE REUMATOLOGÍA - NEUMOLOGÍA.

Molinari Pérez M[1], Carrera Gómez L[2], Vargas Torres M[2], Salas Santamaría S[1], Carpio Segura CJ[2], Mariscal Aguilar P[2], Bonilla Hernán G[1].

[1]*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Pº de la Castellana, 261.*

[2]*Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Pº de la Castellana, 261.*

**OBJETIVOS:** evaluar la tolerancia de Nintedanib en pacientes con EPID asociada a enfermedades inmunomediadas (EPID-I) y compararla con la de los pacientes con EPID asociada a enfermedades no inmunomediadas (EPID-NI).

**MÉTODOS:** estudio observacional descriptivo que incluye datos de pacientes diagnosticados de EPID en seguimiento en una consulta multidisciplinar de Neumología y Reumatología integrada en una unidad de EPID entre mayo de 2019 y septiembre de 2024. Se recogieron datos demográficos, efectos adversos de Nintedanib y causas de su retirada, y se compararon entre ambos grupos. Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación estándar, y se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. La comparación de proporciones se realizó mediante el test chi-cuadrado. Los valores $p<0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Se empleó el programa IBM SPSS 25.0 para el análisis estadístico.

**RESULTADOS:** incluimos 75 pacientes, 54,7% varones y 45,3% mujeres. La edad media fue de 70,9 ± 11,65 años. 54 (72%) presentaban EPID-NI y 21 (28%) EPID-I. Del grupo EPID-I, 9 estaban diagnosticados de esclerosis sistémica, 3 de artritis reumatoide, 3 de síndrome de superposición, 2 de síndrome antisintetasa, 1 de vasculitis ANCA MPO, 1 de dermatomiositis, 1 de IPAF (neumonía intersticial con características autoinmunes) y 1 de síndrome de Sjögren.

Del total de pacientes, 54 (72%) presentaron efectos adversos; 34 (45,3%) diarrea, 15 (20%) hipertransaminasemia, 15 (20%) náuseas y 12 (16%) vómitos (tabla 1). Un paciente presentó pancreatitis, otro trombosis venosa profunda y otro síndrome coronario agudo. La aparición de diarrea fue mayor en enfermos con EPID-I (61,9% vs 38,9%) sin alcanzar la significación estadística (p=0,072). La aparición de hipertransaminasemia fue mayor en el grupo EPID-NI (22,2% vs 14,3%), así como la presencia de náuseas (22,2% vs 14,3%), sin ser estadísticamente significativo en ninguno de los grupos (p=0,535 en ambos). Los vómitos fueron más frecuentes en el grupo EPID-NI (20,4% vs 4,8%), sin encontrarse significación estadística (p=0,161). Suspendieron definitivamente el tratamiento 22 pacientes (29,3%); 8 (38,1%) del grupo EPID-I y 14 (25,9%) del grupo EPID-NI, sin ser estadísticamente significativo (p=0,299). De ellos, 14 pacientes (58,3%) lo suspendieron por efectos adversos relacionados con Nintedanib; de estos, 5 (62,5%) estaban diagnosticados de EPID-I y 8 (64,3%) de EPID-NI, sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,979).

**CONCLUSIONES:** la tolerancia y la aparición de efectos adversos que implicaran la retirada del fármaco entre pacientes tratados con Nintedanib por EPID asociada a enfermedades inmunomediadas *versus* EPID no asociada a enfermedades inmunomediadas no fue diferente. No obstante, sería aconsejable confirmar estas observaciones en una población más amplia.

Tabla 1

| EFECTO ADVERSO/SUSPENSIÓN | EPID-I (n=21) | EPID-NI (n=54) | TOTAL (n=75) |
|---|---|---|---|
| **Diarrea** | 13 (61,9%) | 21 (38,9%) | 34 (45,3%) |
| **Hipertransaminasemia** | 3 (14,3%) | 12 (22,2%) | 15 (20%) |
| **Náuseas** | 3 (14,3%) | 12 (22,2%) | 15 (20%) |
| **Vómitos** | 1 (4,8%) | 11 (20,4%) | 12 (16%) |
| **TVP** | 1 (4,8%) | 0 | 1 (1,3%) |
| **SCA** | 0 | 1 (1,8%) | 1 (1,3%) |
| **Pancreatitis** | 1 (4,8%) | 0 | 1 (1,3%) |
| **Suspensión de Nintedanib** | 8 (38,1%) | 14 (25,9%) | 22 (29,3%) |
| **Suspensión debido a efecto adverso de Nintedanib** | 5 (23,8%) | 8 (14,8%) | 14 (18,7%) |

*TVP: trombosis venosa profunda, SCA: síndrome coronario agudo, EPID -I: enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a enfermedades inmunomediadas, EPID -NI: enfermedad pulmonar intersticial difusa no asociada a enfermedades inmunomediadas*

# Póster 32

## USO DE RITUXIMAB E INMUNOGLOBULINAS EN PENFIGOIDE DE MEMBRANAS MUCOSAS OCULAR: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPERIENCIA CLÍNICA DE PACIENTES TRATADOS EN CONSULTA CONJUNTA DE REUMATOLOGÍA-OFTALMOLOGÍA

Marta Chao Moreira[1], Carlos Leis Cofiño[2], Claudia Campos Fabre[1], Carolina Tornero Marín[1], Eugenio de Miguel Medieta[1], Ana Boto de los Bueis[2], Diana Peiteado López[1].

[1]*Servicio de Reumatología*
[2]*Servicio de Oftalmología*
*Hospital Universitario La Paz (Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid)*

**OBJETIVOS:** Describir y evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con rituximab (RTX)+inmunoglobulinas (IG) en pacientes diagnosticados de penfigoide de membranas mucosas ocular (PMMO) agresivo.

**MÉTODOS:** Presentamos estudio retrospectivo de una serie de casos de pacientes diagnosticados de PMMO entre 2010 y 2020 tratados con RTX e IG, valorados en la consulta multidisciplinar de inflamación ocular. Se evaluaron 6 pacientes (11 ojos) en los que se analizaron datos demográficos, clínicos (tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento, manifestaciones extraoculares, síntomas al debut, bilateralidad), exploración ocular (estadio Foster, agudeza visual, defecto epitelial corneal, queratitis punteada, insuficiencia límbica, conjuntivación, neovascularización, hiperemia, fondo de saco, sinblefaron y afectación palpebral), de tratamiento (pauta, dosis, tiempo de supervivencia del fármaco y motivo de suspensión). Se consideró respuesta total o parcial a la pauta de RTX+IG si se cumplían todos o alguno de los siguientes parámetros: ausencia de clínica, actividad inflamatoria y mantenimiento de estadio Foster. Se consideró remisión a la ausencia de hiperemia en exploración oftalmológica. Se analizaron evolutivamente los resultados en el inicio, a los 6 meses del primer FAMEb y en los 3-6-12-24 meses post-RTX, con una visita final. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos, usando los test de Chi-cuadrado para las variables cualitativas y U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para las cuantitativas.

**RESULTADOS**: De los pacientes, un 83.3% fueron mujeres con media de edad de 62,2 18.3 años y un 83,3% caucásicos. La media de tiempo hasta el diagnóstico fue de 21.817 meses y hasta tratamiento 2315.5 meses. Respecto a la presentación clínica de la enfermedad, un 50% padecían manifestaciones extraoculares, siendo un 33% cutánea y un 50% en otras mucosas. Al debut, el 66% presentaron sequedad ocular y escozor, un 50% dolor y tanto fotofobia como enrojecimiento en un 16%. La afectación fue bilateral al inicio en el 50% de los pacientes, con bilateralización posterior en el 33% de los restantes. Respecto la exploración ocular podemos encontrar los resultados evolutivos en la tabla 1. Acerca del tratamiento, todos los pacientes recibieron corticoides y al menos un inmunosupresor previo al inicio de RTX, todos retirados por ineficacia excepto uno, por causa de toxicidad hematológica. Una vez iniciado RTX, 50% se trataron con pauta usada previamente en un estudio preliminar en PMMO (375 mg/m2 de superficie corporal durante 10 sesiones, inicialmente semanales y posteriormente mensuales junto con inmunoglobulinas) y 50% con pauta de artritis reumatoide. El tiempo de supervivencia del fármaco fue de 4423 meses frente a 78 meses en caso de los inmunosupresores previos. El 50% de los pacientes continúan el tratamiento y el 33,3% se retiró por mejoría. No destacaron efectos adversos graves. El 66.6% de los pacientes presentaron respuesta parcial en las sucesivas visitas, con una remisión completa en la visita final del 87.5% de los pacientes.

**CONCLUSIONES:** El uso de RTX+IG para el tratamiento del PMMO se ha mostrado eficaz y bien tolerado en ambas pautas, confirmando resultados de estudios preliminares. Sin embargo, continúan siendo necesarios nuevos estudios controlados para poder definir mejor el uso del fármaco, las pautas y el tiempo de tratamiento. Destacar la importancia del manejo interdisciplinar para el tratamiento de patologías graves como PMMO.

# Póster 33

## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR Y LA ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

José Rodríguez Gago[1], Chamaida Plasencia Rodríguez[1], Irene Monjo Henry[1], María Sanz Jardón[1], Diana Peiteado López[1], Natalia Lopez Juanes[1], Manuel Juarez[1], Marina Molinari[1], Mariana Gutierrez[1], Mónica Kafati[2], Beatriz Paredes[3], Eugenio de Miguel Mendieta[1], Gema Bonilla Hernán[1]

*1 - Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz, 2 - Servicio de Reumatología Hospital General de Segovia, 3 - Servicio de Reumatología Hospital Infanta Sofía.*

**OBJETIVOS:** El diagnóstico del síndrome de Sjögren (SS) se basa en la combinación de signos y síntomas, hallazgos de laboratorio y anatomopatológicos (criterios de clasificación del SS 2016 ACR/EULAR). Sin embargo, estos criterios excluyen las pruebas de imagen, como la ecografía de glándulas salivales que ha demostrado utilidad[1,2] en la valoración de la función glandular.

Los objetivos de este estudio fueron evaluar la correlación entre los hallazgos ecográficos y de la biopsia de glándula salival menor en pacientes con sospecha de SS así como valorar la utilidad de la ecografía de glándulas salivales en el diagnóstico de SS.

**MÉTODOS:** Estudio prospectivo de pacientes adultos con sospecha de SS atendidos en consultas del Servicio de Reumatología de nuestro centro. Se recogieron variables clínicas de síndrome seco (xerostomía, xeroftalmia), test de Shirmer, estudio inmunológico (ANA, FR, antiLa, antiRo), gammagrafía de glándulas salivales, biopsia y hallazgos ecográficos. Realizamos ecografías de las glándulas parótidas y submandibulares a todos los pacientes, y se evaluó según el sistema de puntuación OMERACT de 2019[3]. Se consideró una ecografía positiva aquella que tuviese un grado 2 o superior en una o más glándulas[4]. Para el análisis estadístico se utilizó R v4.4.1 y utilizamos el índice Kappa de Cohen para evaluar el grado de concordancia entre ambas pruebas.

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes [mediana de 61±12 años; 34 (92.5%) mujeres]. A todos se les realizó biopsia de glándula salival y ecografía de glándulas salivales el mismo día. Presentaron xerostomía y xeroftalmia 37 (92.5%) y 32 (80%) pacientes respectivamente. Respecto al perfil inmune, 23 (57.5%) pacientes fueron ANA positivo, 16 (40%) FR positivo, 15 (37.5%) anti-La positivo, 7 (17.5%) anti-Ro positivo. La gammagrafía de glándulas salivales fue patológica en 35 (87.5%) de los pacientes, objetivándose afectación severa en 9 (22.5%) de ellas. La biopsia de glándula salival fue compatible con SS en 11 (27.5%) de los pacientes y no valorable en 2 (5%) de ellos. En la ecografía de glándulas salivales se objetivó una afectación grado 0 en todas las glándulas en 19 (47.5%) pacientes, al menos una afectación grado 1 en una de las glándulas en 11 (27.5%) pacientes, al menos una afectación grado 2 en una de las glándulas en 8 (20%) pacientes y al menos una afectación grado 3 en una de las glándulas en 2 (5%) pacientes. El índice Kappa de Cohen entre la biopsia de glándula salival y la ecografía de glándulas salivales fue de 0.13 (z = 0.809, p-valor = 0.419). Según los criterios de clasificación (ACR/EULAR de 2016 de SS) incluyendo biopsia de glándula salival, nueve (22.5%) de los pacientes cumplen criterios de clasificación; de estos 3 (33%) pacientes tenían una ecografía patológica. De los 31 (77.5%) pacientes restantes que no cumplían criterios, 7 (22.5%) pacientes tenían una ecografía patológica. Si sustituyéramos en los criterios de clasificación la biopsia por la ecografía, el número de pacientes en la cohorte que cumplirían criterios de clasificación sería de 8 (20%), de estos 5 (62.5%) pacientes tenían una biopsia no compatible con SS.

**CONCLUSIÓN:** La ecografía de glándulas salivales es un método prometedor para el diagnóstico de SS que podría mejorar la capacidad diagnóstica de los criterios en casos de alta sospecha de SS. Se requieren más estudios y un mayor tamaño muestral para valorar la ecografía de glándulas salivales como criterio clasificatorio adicional.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1- Kim SH, Min HK. Clinical utility of salivary and lacrimal gland ultrasonography in primary Sjögren's syndrome. Clin Exp Rheumatol. 2024 Sep 26. doi: 10.55563/clinexprheumatol/4rs4rs. Epub ahead of print. PMID: 39360364.

2- Mossel E, Delli K, van Nimwegen JF, Stel AJ, Kroese FGM, Spijkervet FKL, Vissink A, Arends S, Bootsma H; EULAR US-pSS Study Group. Ultrasonography of major salivary glands compared with parotid and labial gland biopsy and classification criteria in patients with clinically suspected primary Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis. 2017 Nov;76(11):1883-1889. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211250. Epub 2017 Jul 28. PMID: 28754802.

3- Jousse-Joulin S, D'Agostino MA, Nicolas C, Naredo E, Ohrndorf S, Backhaus M, Tamborrini G, Chary-Valckenaere I, Terslev L, Iagnocco A, Collado P, Hernández-Díaz C, Gandjbakhch F, Schmidt WA, Filippou G, Dejaco C, Stradner MH, Mortada MA, Hočevar A, Chrysidis S, El Mardenly G, de Agustín JJ, Thiele R, MacCarter DK, Finzel S, Hanova P, Zabotti A, Glaser C, Alavi Z, Hammenfors DS, Gatineau F, Bruyn GA. Video clip assessment of a salivary gland ultrasound scoring system in Sjögren's syndrome using consensual definitions: an OMERACT ultrasound working group reliability exercise. Ann Rheum Dis. 2019 Jul;78(7):967-973. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215024. Epub 2019 Apr 29. PMID: 31036626. Arthritis Rheum.

4- 2013 Jan;65(1):216-25. doi: 10.1002/art.37698. Contribution of salivary gland ultrasonography to the diagnosis of Sjögren's syndrome: toward new diagnostic criteria? Cornec D, Jousse-Joulin S, Pers JO, Marhadour T, Cochener B, Boisramé-Gastrin S, Nowak E, Youinou P, Saraux A, Devauchelle-Pensec V.

# Póster 34

## ENCUESTA PROFESIONAL SOBRE LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA PARA RESIDENTES

A. Martín Bescós, P. Navarro Palomo, M. Machattou, M. Alonso de Francisco, C. Navarro Joven, A. Martínez Rodado, L. Ramos Ortiz de Zárate, P. Mazo Amorós, M. Fernández Castro, H. Godoy Tundidor, C. Merino Argumánez, B. Garcia Magallon , C. Barbadillo Mateos, L. Nuño Nuño, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sánchez, O. Rusinovich Lovgach

*Hospital Universitario Puerta de Hierro*
*C/Joaquín Rodrigo, 2 28222 Majadahonda, Madrid*

**INTRODUCCIÓN**: La Reumatología abarca la patología del aparato locomotor y las enfermedades autoinmunes sistémicas. La residencia dura cuatro años y consiste en actividad asistencial (rotación en consultas y planta de hospitalización, realización de guardias de urgencias generales y planta de hospitalización de medicina interna), formativa (asistencia a cursos y congresos) e investigadora (participación en proyectos de investigación).

**OBJETIVO:** Conocer el punto de vista de los residentes de Reumatología sobre las ventajas e inconvenientes de la especialidad, los aspectos que influyeron su elección y sus preocupaciones durante su la residencia con la finalidad de plantear estrategias de mejora y aumentar el interés por la especialidad.

**MÉTODOS:** Se remitió un formulario de Google en línea con 10 preguntas a través de redes sociales a varios grupos de residentes de Reumatología en el territorio nacional entre el 19 y el 30 de septiembre de 2024 con posterior análisis descriptivo de las respuestas.

**RESULTADOS:** Se recogieron 46 encuestas. En cuanto a la elección de la especialidad, la mayoría (39.1%) eligieron reumatología por su visión holística del paciente y el carácter retador de las patologías. En cuanto a la elección del hospital, los principales motivos fueron la cercanía al domicilio (34,8%) seguido del feedback positivo recibido de los residentes del centro (34,8%). La mayoría (45,7%) consideró la elección de la especialidad al estudiarla en la universidad y un 32,6% durante la preparación para el examen MIR. Al preguntar sobre estrategias para aumentar el interés por la misma, más de la mitad (51,1%) se decantó por aumentar su visibilidad en dichos ámbitos.

En cuanto a la formación durante la residencia, la mayoría de los encuestados (45,7%) considera la parte más útil la rotación en consultas monográficas seguida por la labor asistencial en consulta propia del residente (43,5%). Respecto a técnicas, la gran mayoría (87%) prioriza en su formación la ecografía. En la formación extrahospitalaria, lo que más atrae a los residentes son los talleres prácticos (60,9%). El mayor miedo durante la residencia (54,3%) es no alcanzar el nivel de formación suficiente.

Respecto a la vida laboral, la mayoría (64,4%) considera que la parte más atractiva es la actividad asistencial, al 28,9% le atraen las técnicas complementarias, al 4,4% la investigación y a un 2,2% la docencia. A más de la mitad (54,3%) les gustaría combinar el trabajo asistencial en el ámbito público con consulta privada.

**CONCLUSIONES:** El motivo principal para escoger la reumatología es el carácter retador de las patologías reumáticas. El momento clave para decantarse por la misma es durante el estudio de la asignatura en la universidad. Las dos actividades consideradas como las más formativas son la rotación en las consultas monográficas y la labor asistencial en la consulta propia del residente. La mayoría de residentes de reumatología aspiran a combinar el trabajo en el ámbito público y privado.

# Póster 35

## RESPUESTA ECOGRÁFICA A RADIOSINOVIORTESIS EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RODILLA POR ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE PIROFOSFATO DE CALCIO

Clara Siso Hernández[1], Patricio Cardoso Peñafiel[1‡], Juan Molina Collada[2], Marta Novella-Navarro[3], Camille Bourgeois[2], Beatriz Villapún Burgoa[2], Rebeca Pérez Pascual[2], Juan Carlos Nieto González[2*], José María Álvaro-Gracia[2*], María Teresa Navío Marco[1*], Enrique Calvo-Aranda[1*‡]

[1]*Sección de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor. Gran Vía del Este, 80, 28031, Madrid*
[2]*Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle Doctor Esquerdo, 46, 28007, Madrid*
[3]*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz. P.º de la Castellana 261, 28046, Madrid*
[*]*Departamento de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Pl. Ramón y Cajal, s/n, 28040, Madrid*
[‡]*GEACSER (Grupo de Estudio de Artropatías Cristalinas de la Sociedad Española de Reumatología)*

**OBJETIVOS**: evaluar respuesta ecográfica articular en pacientes con enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio (EDPC) sometidos a tratamiento con radiosinoviortesis (RS) de rodilla.

**MÉTODOS**: estudio observacional retrospectivo con revisión de historia clínica de pacientes con diagnóstico de EDPC de acuerdo con criterios ACR/EULAR 2023 tratados con RS de rodilla con itrio por artritis refractaria a terapia convencional en un hospital terciario durante el período de junio 2019 a diciembre 2023. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas. Se evaluaron cambios clínicos y ecográficos a los seis meses post-RS. Se definió respuesta ecográfica como sinovitis ≤1, de acuerdo con el *US Global OMERACT-EULAR Synovitis Score* (GLOESS). Se compararon ambos grupos (respondedores y no respondedores) con análisis univariante.

**RESULTADOS**: de un total de 34 pacientes con artropatía inflamatoria crónica sometidos a RS por artritis refractaria en el período estudiado, 7 de ellos cumplían criterios de EDPC (4 monoarticular y 3 oligoarticular; todos con demostración de cristales de pirofosfato de calcio en examen de líquido sinovial con microscopio) y fueron incluidos en el análisis. El 57% mujeres, con edad media 63.4 años (12.0), mediana de duración de EDPC 3 años (rango 1-11), gonartrosis concomitante 85.7%, colchicina previa 100%, corticosteroides previos 28.6%, ≥1 FAMEs/b previo 28.6%, media EVA dolor 7.3 (0.5), media VGP 7.3 (0.5), media VGM 6.8 (1.1), media PCR 6.5 mg/L (4.9), media score GLOESS basal 2.3. Aunque se registró respuesta clínica parcial (3/7) o muy significativa (3/7) en el 85.7%, solo 2 pacientes (28.6%) presentaron respuesta ecográfica a los seis meses post-RS.

**CONCLUSIONES**: a pesar de encontrar una mejoría clínica a los seis meses en la mayoría de los pacientes de nuestra cohorte con EDPC y artritis refractaria de rodilla tratados con RS, la evaluación ecográfica solo mostró respuesta en aproximadamente la cuarta parte de ellos. La RS puede ser una opción terapéutica en el tratamiento sintomático de estos pacientes.

# Póster 36

## FASCITIS EOSINOFÍLICA: EXPERIENCIA CLÍNICA Y RESPUESTA FAVORABLE A TOCILIZUMAB

Sonia Jiménez Barrios, Aliuska Palomeque Vargas, Lourdes Villalobos Sánchez, María Jesús García-Villanueva, María Ángeles Blázquez Cañamero, Jaime Arroyo Palomo, Carlos de La Puente Bujidos.

*Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, M-607, KM 9100, Fuencarral- El Pardo, 28034, Madrid (Madrid)*

**INTRODUCCIÓN:** La fascitis eosinofílica (FE) es una enfermedad del tejido conectivo que afecta a la piel, el tejido celular subcutáneo y la fascia muscular. La etiología no está clara y la prevalencia es incierta, con unos 300 casos comunicados. Se caracteriza por dolor, eritema, induración de la piel y eosinofilia. Suele confirmarse con resonancia magnética y biopsias profundas. Aunque no existen tratamientos estandarizados, los corticoides se emplean como primera línea y el metotrexato es la opción predominante en casos refractarios. Tras el fallo a estas terapias, se inician otras basadas en series o informes de casos, como anti-TNF, anti-IL-6 o anti-receptores de IL5.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** Presentamos una serie de 12 pacientes con diagnóstico de fascitis eosinofílica reclutados en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Sus características están recogidas en la Tabla 1.

El género predominante fue el femenino, con una edad media al diagnóstico de 55,3 años.

Un paciente presentó una neoplasia pulmonar y leucemia tres años antes del diagnóstico de FE y otro, un linfoma de Hodgkin dos años después. Se registró un MGUS concomitante a la FE.

Como posibles desencadenantes, se notificaron picaduras de garrapatas, un traumatismo y una vacunación frente a la COVID-19.

El dolor y la limitación funcional fueron la forma de presentación más común. La eosinofilia y la elevación de reactantes no fueron hallazgos universales y se corrigieron tras la administración de corticoides. La aldolasa, marcador de actividad y severidad, resultó ser más sensible que la CK.

La documentación histológica confirmó el diagnóstico en todos los pacientes con mayor eficacia que la resonancia, si bien ésta no se realizó en todos los casos.

Todos los pacientes recibieron corticoides, 8 con bolos intravenosos de metilprednisolona seguidos de prednisona a dosis altas en pauta descendente. Solo 2 pacientes lograron una remisión completa con prednisona, sin precisar tratamiento actualmente. El resto requirió metotrexato y en aquellos refractarios, se iniciaron fármacos como hidroxicloroquina, azatioprina o infliximab iv, suspendidos por falta de eficacia. Cuatro pacientes recibieron tocilizumab sc con respuesta satisfactoria, discontinuándose en dos pacientes: uno por deseo de la paciente con empeoramiento posterior, y otro por remisión clínica, requiriendo reintroducción por recidiva con buen control posterior.

De los 6 pacientes en remisión, 3 reciben tocilizumab y metotrexato sin corticoterapia. Los 3 restantes no requieren tratamiento activo. Se constató un fallecimiento sin relación con la FE. El resto de los pacientes han mejorado con metotrexato y prednisona.

**CONCLUSIONES:** La fascitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente que debe sospecharse ante mialgias, afectación cutánea, eosinofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Debido al habitual retraso diagnóstico que puede repercutir en la aparición de complicaciones, es importante la sospecha clínica para instaurar un tratamiento precoz. En nuestra serie de casos constatamos que tocilizumab es una buena opción en el manejo de la FE refractaria a tratamiento convencional, añadiendo cuatro nuevos casos a los nueve publicados previamente. Se requiere más investigación para estandarizar tratamientos efectivos y para determinar parámetros clínicos y analíticos diagnósticos y de respuesta a tratamiento.

*Tabla 1. Casos de fascitis eosinofílica.*

| | PACIENTE 1 | PACIENTE 2 | PACIENTE 3 | PACIENTE 4 | PACIENTE 5 | PACIENTE 6 | PACIENTE 7 | PACIENTE 8 | PACIENTE 9 | PACIENTE 10 | PACIENTE 11 | PACIENTE 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Edad (años), género** | 29, Mujer | 41, Mujer | 49, Mujer | 57, Mujer | 58, Mujer | 62, Varón | 63, Mujer | 66, Varón | Éxitus a los 66 años, Varón | 77, Mujer | 77, Mujer | 79, Mujer |
| **Edad al diagnóstico (años)** | 24 | 30 | 47 | 57 | 51 | 62 | 62 | 62 | 64 | 73 | 55 | 77 |
| **Antecedentes personales** | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad autoinmune | No | No | No | No | No | No | No | Artritis Psoriásica | No | UAA B27+ | Dermatomiositis | No |
| Neoplasia | No | No | No | No | No | No | No | MGUS | LLC-B, ADC Pulmón | Linfoma Hodgkin | No | No |
| **Tiempo hasta diagnóstico** | 4 meses | 7 meses | 3 meses | 3 meses | 5 meses | 2 meses | 2 meses | 7 meses | 8 meses | 3 meses | 1 mes | 11 meses |
| **Síntomas** | | | | | | | | | | | | |
| Síntomas constitucionales | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | No | No |
| Mialgias | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | No | No | Sí | No |
| Artralgias | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | No | Sí |
| Artritis | Sí | No | No | No | Sí | No | No | Sí | No | No | No | No |
| Rigidez | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Eritema | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí |
| Edema | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | No |
| Induración | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Signo del surco | Sí | Sí | Sí | No | No | No | No | No | No | No | No | Sí |
| **Complicaciones** | Atrapamiento nervio sural | Polineuropatía motora axonal | Neuropatía axonal sensitiva | No | No | No | No | No | No | No | No | No |
| **Laboratorio** | | | | | | | | | | | | |
| Eosinofilia | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Si | No | Sí | No | Sí | Sí |
| PCR | Normal | Elevada | Elevada | Elevada | Elevada | Elevada | Normal | Elevada | Elevada | Elevada | Elevada | Normal |
| Hipergammaglobulinemia | No | Sí | No | Sí | No | No | No | Sí | No | No | No | No registrado |
| Aldolasa | Normal | Elevada | Elevada | Elevada | Elevada | Normal | Normal | Elevada | No registrado | No registrado | No registrado | No registrado |
| CK | Normal | Normal | Normal | Normal | Elevada | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | No registrado |
| ANA | 1/160 | 1/320 | Negativos | 1/80 | Negativos | Negativos | Negativos | Negativos | Negativos | Negativos | 1/80 | Negativos |
| FR | Positivo | Negativo | No registrado | Negativo | Negativo | Negativo | Negativo | Negativo | No registrado | Negativo | No registrado | Negativo |
| **Biopsia** | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva | Positiva |
| **RMN** | Positiva | Negativa | Positiva | Positiva | No realizada | Positiva | Positiva | Positiva | No realizada | Negativa | No realizada | No realizada |
| **Tratamiento recibido** | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato Hidroxicloroquina Tocilizumab | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato Tocilizumab | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato Infliximab Tocilizumab | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato | Bolos de 6MP Prednisona Metotrexato Tocilizumab | Prednisona Metotrexato | Prednisona | Prednisona Hidroxicloroquina Metotrexato Azatioprina | Prednisona |
| **Tratamiento actual** | Metotrexato Tocilizumab | No | No | Prednisona Metotrexato | Metotrexato Tocilizumab | Prednisona Metotrexato | Prednisona Metotrexato | Metotrexato Tocilizumab | - | No | Prednisona Metotrexato | No |
| **Estado actual** | Remisión | Remisión | Mejoría | Mejoría | Remisión | Mejoría | Mejoría | Remisión | Éxitus | Remisión | Remisión | Remisión |

# Póster 37

## UTILIDAD DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN.

Pablo Navarro Palomo, Mónica Fernández-Castro, Carolina Merino Argumanez, Maria Machattou, Maria Alonso de Francisco, Carlota Navarro Joven, Laura Ramos Ortiz de Zárate, Alejandro Martínez Rodado, José Campos Esteban, Laura Nuño Nuño, Hildegarda Godoy Tundidor, Carmen Barbadillo Mateos, Blanca García Magallón, Olga Rusinovisch Lovgach, Carlos María Isasi Zaragoza, José Luis Andreu Sánchez, Alejandra Sánchez López, María Concepción Sánchez Fernández, Andrea Liso Andrino, María José Santos Bórnez, Luz Martín Fragueiro, Jesús Sanz Sanz.

*Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C/ Manuel de Falla, 1. 28222, Majadahonda, Madrid, España.*

**ANTECEDENTES:** El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad reumática autoinmune sistémica crónica que afecta característicamente a las glándulas exocrinas. En los diferentes criterios de clasificación de SS de los últimos años, americano-europeos de 2002, SICCA-ACR de 2012 y ACR-EULAR de 2016, uno de los items con mayor peso, y que siempre se repite, es el hallazgo histológico en la biospia de glándula salival menor (BGSM) de una sialoadenitis linfocítica focal con un focus score ≥1, de especial interés en los pacientes seronegativos (1).

**OBJETIVOS:** Evaluar la utilidad de la biopsia de glándulas salivales menores (BGSM) en el diagnóstico del SS en pacientes anti-SSA/SSB (Ro/La) negativos.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron BGSM según la práctica clínica habitual durante un periodo consecutivo de 12 meses en el Servicio de Reumatología de un hospital terciario, en pacientes con sospecha de SS.

Los pacientes se agruparon según la presencia de clínica de ojo seco/boca seca (DOOS), Saxon/Schirmer alterado o no alterado, afectación de órgano mayor (EOS), afectación de otras manifestaciones extraglandulares (EG: fenómeno de Raynaud, manifestaciones cutáneas, serositis, artritis), ANA positivos y otras alteraciones serológicas (OSA: hipergammaglobulinemia, FR positivo, hipocomplementemia) (Tabla 1).

Se recogieron variables demográficas, clínicas, serológicas, test de Saxon y Schirmer, y resultado histológico de BGSM según su Focus Score (FS). Se realizó un análisis descriptivo; se utilizó el test de Chicuadrado para comparar las características de los pacientes a los que se le había realizado una BGSM con resultados positivos y negativos, para comparar los diferentes grupos.

**RESULTADOS:** Se recogieron 140 BGSM. La edad media de los pacientes era de 54±15 años; el 82% eran mujeres. Los ANA estaban presentes en el 75% de los pacientes con BGSM compatible. La BGSM era compatible con un diagnóstico de SS (según los criterios de clasificación 2002/2016) en el 42% de los pacientes con anti-SSA/SSB negativo.
Un subconjunto de pacientes con DOOS, ANA positivos y EOS sin EG se asoció significativamente ($p < 0,05$) con un resultado positivo en las BGSM (Tabla 1)

Tabla 1. Agrupación de pacientes y asociación estadística relacionada con BGSM positiva

| group | n | SGB+ | SGB- | %pos | p | p vs DOOS (only sicca+schirmer) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 DOOS only | 3 | 2 | 1 | 66,67 | 0,78 | NA |
| 1 DOOS + SAXON/SCHIRMER+ only | 14 | 3 | 11 | 21,43 | 0,17 | NA |
| 2 DOOS without MOD without ANA without OSA + EG +/- rest | 7 | 2 | 5 | 28,57 | 0,72 | 0,61 |
| 3 DOOS without MOD without ANA with OSA +/- rest | 7 | 3 | 4 | 42,86 | 1,00 | 0,53 |
| 4 DOOS without MOD and ANA +/- rest | 68 | 29 | 39 | 42,65 | 1,00 | 0,32 |
| 5 DOOS with MOD without ANA +/- rest | 16 | 5 | 11 | 31,25 | 0,50 | 0,91 |
| 6 DOOS with MOD with ANA with EG | 11 | 5 | 6 | 45,45 | 1,00 | 0,64 |
| 7 DOOS with MOD with ANA without EG | 14 | 10 | 4 | 71,43 | 0,04 | 0,02 |

**CONCLUSIONES:** La BGSM fue compatible con el diagnóstico de SS en el 42% de los pacientes antiSSA/SSB negativos. Los datos sugieren que los pacientes que presentan sequedad objetivada con la prueba de Saxon y/o Schirmer, así como con manifestaciones de órgano mayor + ANA pero sin otras manifestaciones extraglandulares, tienen más probabilidades de tener un resultado compatible en la BGSM.

**REFERENCIAS:** Benjamin A Fisher. Standardisation of labial salivary gland histopathology in clinical trials in primary Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis 2017;76:1161–1168.

# Póster 38

## ANÁLISIS DE LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA ANUAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE RECIENTE COMIENZO EN PACIENTES CON CONECTIVOPATIAS CON RELACIÓN A LA CONCENTRACIÓN BASAL DE KL-6 Y DE LA TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES

M.ª Ángeles Blázquez Cañamero1, M.ª del Prado Orduña Diez 2 , Garbiñe Roi Ariño3 , Carmen Santiuste Puente 4 , Luis Gorospe Sarasúa 5, Carlos Guillén Astete1, Mónica Vázquez Díaz1

*1 Servicio Reumatología Hospital Universitario Ramón y Cajal*
*2 Servicio Medicina Nuclear Hospital Universitario Ramón y Cajal*
*3 Servicio Inmunología Hospital Universitario Ramón y Cajal*
*4 Servicio Bioquímica Hospital Universitario Ramón y Cajal*
*5 Servicio Radiodiagnóstico Hospital Universitario Ramón Y Cajal*
*Ctra. Colmenar Viejo Km 9,100 28034, Madrid*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una de las complicaciones más frecuentes de las enfermedades del tejido conectivo y otras enfermedades autoinmunes. El diagnóstico es complejo y requiere un manejo multidisciplinar. El curso de la EPID es variable y suele ser difícil predecir su compartimiento .Algunas permanecen estables durante años o se resuelven sin tratamiento y otras progresan rápidamente En el diagnóstico, la radiología se ha convertido en una herramienta imprescindible en los últimos años. La tomografía computadorizada de alta resolución (TCAR) de tórax permite identificar diferentes patrones radiológicos y valorar su extensión siendo una herramienta con valor pronóstico. La glicoproteína Krebs von den Lungen 6 (KL 6) es un biomarcador prometedor, cada vez más utilizado en la práctica habitual, como marcador de daño alveolar y por tanto de actividad. La tomografía por emisión de positrones (PET TC) es una técnica de imagen que se ha introducido en la práctica clínica reumatológica Aunque la primera y principal indicación clínica de la PET es el estudio de tumores, en los últimos años se ha hecho evidente su utilidad en patologías inflamatorias no neoplásicas, las cuales pueden presentar un aumento del metabolismo medible, siendo útil en el diagnóstico, evaluación de la actividad y respuesta al tratamiento en patologías como la sarcoidosis, polimialgia reumática, vasculitis de grandes vasos, polimiositis y otras conectivopatías

**OBJETIVO:** Describir la evolución radiológica y funcional de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) de pacientes con un diagnóstico reciente de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) y su correlación con los hallazgos basales de la tomografía por emisión de positrones (PET TC) y de los niveles de la (KL-6).

**MÉTODOS:** Se incluyeron diez pacientes consecutivos con diagnóstico de una EAS en el último año a lo largo del periodo 2019-2022. Se protocolizó la realización de una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), un análisis semicuantitativo SUVmax (PET TC) y una determinación en suero de la concentración de KL-6. Se cuantificó el índice GAP y se recogieron variables clínico-demográficas, así como los resultados de las pruebas de función respiratorias (PFR) basales y al cabo de 12 meses.

**RESULTADOS:** Completaron el estudio ocho pacientes, de sexo femenino con edades entre 27 y 80 años. Los diagnósticos de EAS fueron: Tres esclerosis sistémicas cutáneas limitadas, dos artritis reumatoides, un caso de lupus eritematoso sistémico, síndrome antisintetasa y una polimiositis. A lo largo del año de seguimiento se detectó progresión clínica de la disnea en un paciente. La media [DE] de la CVF y la DLCO no experimentaron cambios significativos (87,5 [9,7] a 88,3 [9,9], p=0,676; 73,0 [15,9] a 75,0 [15,0], p=0,655, respectivamente). La puntuación SUVmax basal no correlacionó con la concentración basal de KL-6. Se identificó una débil correlación inversa entre la concentración de KL-6 y la DLCO basales (coef. Pearson=-0,711; p=0,048). No se identificaron correlaciones entre el SUVmax basal y los cambios en la CVF, DLCO ni KL-6 a lo largo del año de seguimiento. Todos los TC-AR de control mostraron estabilidad respecto de sus contrapartes basales al año de seguimiento. Siete pacientes tuvieron un índice GAP de 0 y un paciente, de 2 puntos. Ningún paciente modificó su índice GAP durante el seguimiento.

**CONCLUSIONES:** El presente estudio, aunque limitado por el número de pacientes incluidos, denota una escasa modificación clínica y radiológica en el primer año de seguimiento de los pacientes con EPI en el seno de una EAS. Aunque convendría realizar estudios longitudinales similares con un mayor número de pacientes y durante más tiempo, nuestros resultados indican que, durante el primer año, el seguimiento por PET TC podría no ser necesario en todos los pacientes.

Ley B, Ryerson CJ, Vittinghoff E et al. A multidimensional index and staging system for idiopathic pulmonary fibrosis. *Ann Intern Med*. 2012;156(10):684-691

Tabla 1. Resumen de la casuística seguida a lo largo de un año. AR: Artritis reumatoide; ESCL: Esclerosis sistémica cutánea limitada; EPID: Enfermedad pulmonar intersticial difusa

| Caso | Edad | Diagnóstico EAS | Perfil autoinmunidad | Tipo EPID según TC AR | Tratamiento específico de la EPID | SUVmax | Cambio en la CVF (%) anual | Cambio en la DLCO (%) anual | KL6 basal (U/ml) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 80 | LES | ANA, anti-Sm, anti-Ro, anti-Tif | Indeterminado | - | 0 | -1 | 0 | 416,00 |
| 2 | 60 | AR | FR, ACPA | NIU | ABT | 3,10 | 10 | 23 | 5043,00 |
| 3 | 62 | AR | ACPA | NIU | MTX, TCZ | 0 | -3 | -7 | 523,00 |
| 4 | 52 | ESCL | ANA | EPID fibrosante alternativo NIU | MMF, NT | 0 | 2 | 0 | 2101,00 |
| 5 | 59 | SAS | Anti-Jo1 | NINE/NO | MMF, NT | 1,50 | 1 | 6 | 2934,00 |
| 6 | 56 | ESCL | antISCL70 | EPID fibrosante alternativo NIU | MMF | 2,00 | -4 | -10 | 1797,00 |
| 7 | 63 | ESCL | antISCL70 | EPID fibrosante alternativo NIU | MMF | 2,56 | -6 | -11 | 1267,00 |
| 8 | 27 | PM/Sc | Pm, antiSCL70 | NINE/NO | MTX, RTX | 3,02 | 8 | 15 | 399,00 |

LES: Lupus eritematoso sistémico; MMF: Micofenolato de mofetilo; MTX: Metotrexato; NINE: Neumonía intersticial no específica; NIU: Neumonía intersticial usual; NO: Neumonía organizada; NT: Nintedanib; PM/Sc: Polmiositis/esclerodermia; RTX: Rituximab; ABT: abatacept, TCZ; tocilizumab, SAS: síndrome antisintetasa.

# Póster 39

## CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL (EPH) POR FRAGILIDAD ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE FLS

A. Pareja Martínez[1,5], P. Cardoso Peñafiel[1] M Sanz Jardon[6] A. Mozo Muriel [2,5], L Lojo Oliveira[1,5], V Pardo Guimera[3,5], R Larrainzar Garijo[4,5], L. Cebrian Méndez[1,5], C. Marín Huertas[1,5], L. Lojo Oliveira[1,5], E. Calvo Aranda[1,5] C.Gómez González[1], , MF. Del Pino Zambrano[1], T Navío Marco[1,5]

*Sección de Reumatología[1], Servicio de Rehabilitación[2], Servicio de Medicina Interna[3] y Servicio de Traumatología[4] Hospital Universitario Infanta Leonor. C/ Gran Vía del Este, 80. CP 28031, Madrid*
*Hospital Universitario la Paz[6]. Pº Castellana, 261. Código Postal: 28046. Madrid*
*Universidad Complutense de Madrid[5] Avda. de Séneca, 2. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.*

**INTRODUCCIÓN**: Las fracturas por fragilidad suponen un grave problema de salud pública y su frecuencia se prevé en aumento en consonancia con el envejecimiento de la población. Dentro de ellas, la fractura de EPH, es en ocasiones pasada por alto y el paciente no es derivado para estudio de fragilidad ósea, con el consecuente riesgo de infra diagnóstico.

**OBJETIVOS**: Describir la población con fractura de EPH.

**METODOLOGÍA**: Estudio retrospectivo de pacientes atendidos por la FLS entre 2019-2023. Desarrollo estadístico con el programa *Statistical Analysys System (SAS).*

**RESULTADOS**: 61 pacientes, 58 mujeres (95%) y 3 hombres; edad media de 71,74 ± 9,98 años.

La distribución de la fractura 66% derecha, 31% izquierda y 2 casos bilaterales.
En el 73,77% (45) la fractura EPH fue la primera fractura; de los restantes, más de la mitad, se habían fracturado el radio distal. Del total, solamente 13 pacientes tenían niveles 25-0H-VitD >30 y tan solo 5 recibían tratamiento específico con BFO.
Su IMC promedio fue de 29,18; teniendo el 77.05% de la muestra un IMC >25.
A nivel densitométrico el T-Score medio en cadera y columna fue de -1.64 y -1.31 respectivamente; y la DMO de 0,78 y 1,01.
Los pacientes presentaban un alto riesgo por FRAX, con un promedio para FOM y FC del 9,87 y 5,44 respectivamente. Al aplicar las recomendaciones SEIOMM 2022 resultaron candidatos a tratamiento 35 pacientes (62,3%), indicándose 24 BFO, 9 Denosumab y solo en 2 casos osteoformadores. De los pacientes que recibían BFO, 3/5 pasaron a denosumab.
En cuanto a factores de riesgo, 26 son fumadores/exfumadores, 5 consumen alcohol (al menos 3 unidades diarias) y 1 recibe tratamiento crónico con glucocorticoides.
En total se identificaron 20 casos de osteoporosis secundaria (32,8%).

**CONCLUSIONES**: La fractura EPH fue la primera fractura en el 73,77%. Y tras su valoración, al 62,3% se le inició tratamiento específico (al 5% se le modificó el que tenía), de lo que se deduce la importancia de identificarla como una fractura por fragilidad más.

Existe una tendencia a IMC más altos (promedio de 29,18), en contraposición a lo esperable para pacientes con osteoporosis.

A nivel densitométrico, el hueso cortical es el predominantemente afecto entre pacientes con fractura EPH.

Aunque anecdótico, en nuestra muestra, hubo un predominio claro de fracturas EPH derechas (dos tercios del total).

# Póster 40

## PAPEL DE LA ENFERMERA DE REUMATOLOGÍA EN LA RECOMENDACIÓN ACTIVA DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ERyMs

A. Martínez Aragonés, M.C. Sánchez Fernández, A. López Esteban, T. del Río Blasco, M J Benarte Sorribas, C. Bravo Ajuria, P. García Casado, M. C. Herrero Manso, P. Maldonado Barahona, E. Rodríguez de Arteaga, A.M. Sánchez Calles, R.M. Sánchez Díaz, J. A. Ángel Sesmero, E. Delgado Aguayo[1].

[1]*Hospital Universitario Severo Ochoa. Avda. Orellana s/n. 28911 Leganés. Madrid.*

**OBJETIVO:** Describir las actividades específicas que realizan los profesionales de enfermería en el ámbito de la reumatología en relación con la recomendación y promoción activa de la vacunación en pacientes con ERyMs.

**MÉTODO:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, mediante encuesta a 22 enfermeras que trabajan en consultas y hospital de día de Reumatología en 10 hospitales públicos de la CAM. La recogida de datos se realizó a través de cuestionario anónimo, autorregulado, mediante formulario Google Forms. El cuestionario constaba de 18 preguntas cerradas con 2 a 4 respuestas, diseñadas para obtener una descripción de las actividades de las enfermeras en la recomendación y promoción de la vacunación, su capacidad para derivar a los pacientes a otros departamentos, así como el uso de sistemas informáticos para consultar y registrar la historia vacunal del paciente. Los datos fueron recopilados y organizados en una hoja de cálculo en Excel para su análisis.

**RESULTADOS:** Se recogieron 22 encuestas de enfermeras que trabajan en consultas y hospital de día de reumatología. El 73% de las enfermeras asesoran y recomiendan activamente la vacunación a sus pacientes; sin embargo, solo en el 64% de los casos los pacientes son remitidos específicamente a la consulta de enfermería para recibir esta recomendación. El 50% de las enfermeras sí pueden derivar a sus pacientes a otros departamentos para actualizar la vacunación. El 54% son derivados a Medicina Preventiva, el 14% a Atención Primaria y el 32%, de forma indistinta, a cualquiera de estos dos servicios según las necesidades del paciente.

En cuanto a la historia vacunal, el 59% de las enfermeras realiza su registro en la documentación clínica del paciente; y solo el 45% tiene acceso a consultarlo mediante el sistema de gestión clínica de su centro de trabajo. Únicamente el 27% de los encuestados tienen permiso habilitado para acceder a la plataforma SISPAL donde poder consultar el estado completo de vacunación. El 91% de las enfermeras considera que sería de gran utilidad el acceso a estos sistemas informáticos de cara a mejorar e individualizar sus recomendaciones.

**CONCLUSIÓN:** Los datos obtenidos muestran el papel relevante de la enfermera de reumatología en la recomendación activa de la vacunación en pacientes con ERyMs, contribuyendo en gran manera a la prevención de infecciones en esta población vulnerable. Existen importantes limitaciones para las enfermeras a la hora de acceder a la información sobre la historia vacunal del paciente y la derivación a otros servicios de cara a su actualización. Además, las dificultades en el registro y acceso a esta información en los sistemas de gestión clínica limitan la capacidad de la enfermera a la hora de individualizar sus recomendaciones. La implementación de sistemas accesibles de consulta de la historia vacunal sería de gran utilidad para poder optimizar las intervenciones preventivas y mejorar la continuidad del cuidado en esta área.

# Póster 41

## CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON FRACTURA DE HÚMERO FRENTE A CADERA EN UN PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS (FLS)

P. Cardoso Peñafiel[1], M Sanz Jardon[6] , A. Pareja Martínez[1,5], A. Mozo Muriel [2,5], L Lojo Oliveira[1,5], V Pardo Guimera[3,5], R Larrainzar Garijo[4,5], L. Cebrian Méndez[1,5], C. Marín Huertas[1,5], L. Lojo Oliveira[1,5], E. Calvo Aranda[1,5]C.Gómez González[1], , MF. Del Pino Zambrano[1], T Navío Marco[1,5]

*Sección de Reumatología[1], Servicio de Rehabilitación[2], Servicio de Medicina Interna[3] y Servicio de Traumatología[4] Hospital Universitario Infanta Leonor. C/ Gran Vía del Este, 80. CP 28031, Madrid*
*Hospital Universitario la Paz[6]. Pº Castellana, 261. Código Postal: 28046. Madrid*
*Universidad Complutense de Madrid[5] Avda. de Séneca, 2. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.*

**INTRODUCCIÓN:** Las fracturas osteoporóticas son una carga en salud pública. Según el registro español de fracturas (REFRA) y la literatura, las de cadera ocurren en pacientes longevos (>80 años) con IMC bajos (<25), y las de húmero en pacientes más jóvenes (<80 años) con IMC altos (>25). Hemos investigado las fracturas de húmero, menos estudiadas y más infravaloradas en la práctica clínica, comparándolas con las de cadera. El objetivo es identificar factores de riesgo en fracturas de húmero para un control y tratamiento precoz de la osteoporosis, mejorando la calidad de vida de los pacientes y optimizando recursos del sistema sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y comparativo de fracturas de cadera y húmero dentro del programa FLS. Los datos se recogieron de registros clínicos y de la herramienta MINIREFRA (2019-2023). Utilizamos el programa Statistical Analysis System. Comparamos poblaciones mediante la prueba t de Student y chi-cuadrado.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 101 pacientes: 61 (60.4%) fracturas de húmero y 40 (39.6%) cadera. Los pacientes con fractura de cadera fueron mayores con menor IMC. Además, el grupo de cadera presentaba un mayor riesgo de fracturas según el FRAX para fracturas mayores (15.30 vs. 10.42, P = 0.0093) y de cadera (7.30 vs. 4.42, P = 0.0210), además de una peor puntuación densitométrica.

Respecto a niveles de Vitamina D, no hubo diferencias significativas, aunque se encontró una alta deficiencia en ambos grupos. En cuanto al tratamiento, Denosumab fue más utilizado en pacientes con fractura de cadera (67.5%), mientras que en húmero fueron los bifosfonatos (68.57%).

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con fracturas de húmero son más jóvenes, presentan un IMC más alto y menor severidad de osteoporosis densitométrica. Es crucial enfocarse en estos pacientes para implementar medidas preventivas efectivas. Nuestros resultados sugieren la tendencia a subestimarlas, lo cual se traduce en una menor iniciación de tratamientos.

| Parámetro | Fractura de Húmero (n=61) | Fractura de Cadera (n=40) | P |
|---|---|---|---|
| Edad (años) (m±SD) | 71.74 ± 10.10 | 82.75 ± 7.63 | < 0.01 |
| Mujeres n/N (%) | 58/61 (95.08%) | 32 (80.00%) | < 0.01 |
| Hombres n/N (%) | 3/61 (4.92%) | 8 (20.00%) | < 0.01 |
| IMC (kg/m²) (m±SD) | 29.18 ± 5.14 | 26.94 ± 5.06 | 0.0376 |
| T-Score CF (m±SD) | -2.52 ± 0.67 | -2.92 ± 0.56 | 0.0018 |
| FRAX fx Mayor (m±SD) | 10.42 ± 7.21 | 15.30 ± 10.42 | 0.0093 |
| FRAX fx Cadera (m±SD) | 4.42 ± 5.01 | 7.30 ± 8.02 | 0.0210 |

Tabla 1. Características principales de cada grupo y su significación estadística

# Póster 42

## ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE IGG4: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPERIENCIA CLÍNICA DE 10 CASOS DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Martín Bescós, P. Navarro Palomo, M. Machattou, M. Alonso de Francisco, C. Navarro Joven, A. Martínez Rodado , L. Ramos Ortiz de Zárate, P. Mazo Amorós, M. Fernández Castro[1], H. Godoy Tundidor[1], C. Merino Argumánez, B. Garcia Magallon, C. Barbadillo Mateos, L. Nuño Nuño, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sánchez, O. Rusinovich Lovgach

*Hospital Universitario Puerta de Hierro*
*C/Joaquín Rodrigo, 2 28222 Majadahonda, Madrid*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por depósito de IgG4 es una enfermedad autoinmune caracterizada por la infiltración orgánica de células plasmáticas IgG4+ con fibrosis estoriforme, flebitis obliterante y en la mayoría de casos, elevación sérica de IgG4. Afecta mayoritariamente al páncreas, las glándulas salivales y los ganglios linfáticos. El diagnóstico se basa en la combinación de historia clínica, exploración física, pruebas de imagen y laboratorio y la biopsia. Presentamos un análisis retrospectivo utilizando la base de datos de un hospital terciario de todos los pacientes diagnosticados hasta septiembre de 2024. Se recogieron datos demográficos y clínicos de la muestra y se realizó análisis descriptivo de la misma. El estudio fue aprobado por CEIC.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** Se identificaron 10 casos, 2 (20%) mujeres y 8 (80%) varones, con una edad media al diagnóstico de 69,3 años (59-84), siendo la mediana de duración de la enfermedad de 5 años (+/- 3,38) años. En cuanto a la presentación clínica, 5 (50%) presentaron afectación digestiva, todos ellos (100%) con compromiso pancreático y uno (10%) además, colangitis esclerosante; 2 (20%) presentaron afectación oftalmológica en forma de pseudotumor orbitario; 2 afectación renal en forma de nefritis tubulointersticial (20%), 2 (20%) compromiso glandular en forma de parotidomegalia; 2 (20%) compromiso pulmonar y 1 (10%) neurológico.

Analíticamente, 7 pacientes (70%) presentaron elevación de IgG4 (>135 mg/dL), con una media de 871,88 mg/dL (+/- 696,22). En 3 (30%) se objetivó elevación de la proteína C reactiva (PCR) y en 5 (50%) de la velocidad de sedimentación globular (VSG). Un paciente (10%) presentó ANA positivos. Se realizó TC al diagnóstico en 7 (70%) pacientes, RM en 6 (60%) y PET en 9 (90%). Se realizó biopsia del órgano afectado en 8 (80%) pacientes, siendo diagnóstica en 87,5% de los casos.

De los 10 pacientes, 9 (90%) recibieron corticoterapia. En total 6 (60%) pacientes precisaron además otras terapias: 3 (30%) recibieron rituximab, 2 (20%) azatioprina, 2 (20%) metotrexato, 1 (10%) tocilizumab y 1 (10%) micofenolato. La respuesta al tratamiento fue buena en 3 (30%) pacientes, parcial en 5 (50%) y mala en 1 (10%). En 1 (10%) paciente se perdió el seguimiento.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie, la enfermedad por depósito de IgG4 afecta predominantemente a varones de edad avanzada, siendo la afectación pancreática la manifestación clínica más frecuente. La alta sospecha clínica, acompañada de exploración física, la elevación sérica de la IgG4 y VSG aumentan la probabilidad del correcto diagnóstico. La biopsia, TC, RMN y PET son útiles en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. El 90% de los pacientes recibieron corticoides y un 60% precisaron fármacos ahorradores de corticoides, siendo rituximab el más utilizado. Se necesitan estudios de mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

# Póster 43

## CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS (FLS) CON OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIGC)

A. Pareja Martínez[1,5], A. Mozo Muriel [2,5], L Lojo Oliveira[1,5], V Pardo Guimera[3,5], R Larrainzar Garijo[4,5], L. Cebrian Méndez[1,5], C. Marín Huertas[1,5], L. Lojo Oliveira[1,5], E. Calvo Aranda[1,5] C.Gómez González[1], P. Cardoso Peñafiel[1], MF. Del Pino Zambrano[1], T Navío Marco[1,5]

*Sección de Reumatología[1], Servicio de Rehabilitación[2], Servicio de Medicina Interna[3] y Servicio de Traumatología[4] Hospital Universitario Infanta Leonor. C/ Gran Vía del Este, 80. CP 28031.*
*Universidad Complutense de Madrid[5]. Avda. de Séneca, 2. Ciudad Universitaria. 28040 MADRID.*

**INTRODUCCIÓN:** Los glucocorticoides son conocidos por sus muchos efectos secundarios, entre ellos, el efecto negativo sobre el hueso. En práctica clínica los empleamos con frecuencia, pero no siempre los acompañamos de una adecuada profilaxis ósea.

**Objetivos:** Describir la población de pacientes valorados por la FLS que hubieran recibido una dosis de prednisona, o su equivalente, ≥ 5mg/día durante al menos 3 meses.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal de pacientes atendidos por la FLS a lo largo de un año (enero a diciembre de 2022), cuyo nexo común fuese la toma previa de glucocorticoides.

**RESULTADOS:** La edad media de nuestra muestra fue de 55,1 años.

El sexo predominantemente mujer (86%).

Los valores de T-Score (o Z-score en su defecto) a los primeros 6 meses del tratamiento con glucocorticoides, fueron en el 63% de baja densidad mineral ósea (DMO), en el 21% de osteoporosis y en el 16% la masa ósea fue normal.

En la densitometría siguiente, de la que disponía el 92% de la muestra (de los cuales el 45% mantenía una dosis de Prednisona ≥ 5mg/día) y había sido realizada en una media de 15 ± 2 meses, el 35% había tenido una pérdida de DMO mayor del 10% (en el 24% de casos tanto en columna como en cuello femoral y/o cadera total; en el 76% restante únicamente en columna).

Según FRAX, el 9% tenía riesgo alto de fractura mayor osteoporótica y el 1% de fractura de cadera.

El 7% se había fracturado previamente (55% radio distal, 25% vertebra, 20% otras).

Además de la suplementación con calcio y vitamina D, en el 88% de pacientes se indicó tratamiento, Alendronato e Ibandronato fueron los más prescritos, seguido de Denosumab y de Teriparatida (15.5% de todos los pacientes tratados y que característicamente compartían el antecedente de fractura vertebral o una DMO en rango de osteoporosis).

**CONCLUSIONES:**

1) Los glucocorticoides parecen afectar predominantemente a hueso trabecular.
2) Más de un tercio empeoró la DMO considerablemente en 15 ± 2 meses
3) La edad media fue inferior a la de la osteoporosis primaria.
4) La herramienta FRAX infraestima el riesgo de fractura, probablemente por ser una población más joven.
5) Los fármacos más empleados fueron los bifosfonatos orales seguidos de Denosumab.
   La terapia anabólica se eligió en pacientes con fractura vertebral previa y/o T-score bajos

# Póster 44

## ANALISIS DESCRIPTIVO DE BIOMARCADORES PREDICTORES DE RESPUESTA RENAL A BELIMUMAB EN PACIENTES CON NEFRITIS LUPICA: ESTUDIO UNICENTRICO RETROSPECTIVO

*A. Martínez Rodado, H. Godoy Tundidor, P. Navarro Palomo, M. Machattou, M. Alonso de Francisco, C. Navarro Joven, L. Ramos Ortiz de Zarate, A. Martín Bescos, P. Mazo Amoros, O. Rusinovich Lovgach, C. Merino Argumánez, B. Garcia Magallon, N. De La Torre Rubio, M. Fernández Castro, C. Barbadillo Mateos, J. Campos Esteban, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sánchez*

*Hospital Universitario Puerta de Hierro. C/ Joaquín Rodrigo, 2 - 28222 Majadahonda, Madrid*

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica, siendo la nefritis lúpica (NL) la forma más frecuente y grave de afectación orgánica. Belimumab ha demostrado eficacia en el tratamiento de la nefritis lúpica, aunque algunos pacientes no consiguen una respuesta renal adecuada.

En un estudio reciente (Zhao L et al. Lupus science & Medicine 2024;11:e001156.doi:10.1136/ lupus-2024-00156) la presencia de anticuerpos anti Ro 60 y ausencia de anti DNA en pacientes tratados con Belimumab se asoció a peor respuesta renal.

**OBJETIVO:** Analizar si la combinación de Anti-SSA/Ro 60 positivo y ausencia de Anti-DNA u otros autoanticuerpos se asocian con peor respuesta renal en pacientes tratados con Belimumab.

**MÉTODOS:** Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo utilizando la base de datos del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda de pacientes diagnosticados de NL que reciben tratamiento con Belimumab, en el periodo 2008-2024. Se seleccionan aquellos pacientes que presentan una ratio proteína-creatinina en orina (RPC) basal mínima >= 0.5 mg/mg, valorando: respuesta renal completa (RPC<0.5 mg/mg), parcial (reducción de al menos el 50% de la proteinuria), o no respuesta (ninguno de los criterios anteriores) a los 12 meses del inicio del tratamiento.

**RESULTADOS:** Se identificaron 8 casos (100% mujeres), edad media al diagnóstico de NL de 35 años (18-55), mediana de duración de la enfermedad 12,5 años. Manifestaciones clínicas: 100% presentaban manifestaciones articulares, 75% afectación cutánea, 75% hematológica, 50% serositis. Tratamientos recibidos: Corticoides, hidroxicloroquina y micofenolato (100%); rituximab 7 pacientes (87,5%). Se biopsiaron los 8 pacientes con los siguientes hallazgos patológicos: 6 (75%) NL tipo IV, 2 (25%) NL tipo V. En cuanto a respuesta renal: 6 pacientes (75%) presentaron respuesta adecuada (respuesta completa 4 (66,6%) y parcial 2 (33,3%)), mientras que 2 pacientes (25%) no presentaron respuesta renal. Todos los pacientes presentaban anti-dsDNA e hipocomplementemia al diagnóstico, 75% anti U1RNP, 62,5% anti SM. Solo 2 pacientes (25%) presentaban anti Ro60. Solo un paciente de los 6 que obtuvieron respuesta tenía > 2 Ac ENA mientras que los dos pacientes sin respuesta renal tenían > 2 Ac ENA (anti RNP y anti Sm).

**CONCLUSIONES:** En el análisis realizado se ha observado una heterogeneidad de resultados. En nuestra serie no había pacientes con ambos anti Ro60 + y anti DNA -, por lo que no se ha podido constatar si esta situación traduce una peor respuesta al tratamiento. Solo 2 pacientes presentaron anti Ro60+, uno con respuesta completa renal y otro sin respuesta, por lo que no se ha podido corroborar la hipótesis previa probablemente por el tamaño de la muestra. Sin embargo, se ha observado que los pacientes que no respondieron al tratamiento portaban más de dos anti ENA.

# Póster 45

## EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON VOCLOSPORINA EN NEFRITIS LÚPICA

A. Pareja Martínez[1], J. Martín Navarro[2], T Navío Marco[1]

*Sección de Reumatología[1] y Servicio de Nefrología[2], Hospital Universitario Infanta Leonor. C/ Gran Vía del Este, 80. CP 28031*

**INTRODUCCION:** Voclosporina es un anticalcineurínico, estructuralmente similar a la ciclosporina salvo por una modificación en la región del aminoácido 1, peculiaridad que le confiere una potencia 2-4 veces mayor. Además tiene una farmacocinética y farmacodinámica predecibles, no siendo necesario determinar sus niveles en sangre.

Su mecanismo es dual, sobre los podocitos inhibiendo la calcineurina e inmunosupresor sobre la inmunidad celular.

Fruto de su mecanismo de acción puede aumentar la tensión arterial y reducir la tasa de filtrado glomerular (FGe), por ello es importante medir el FGe antes de comenzar el tratamiento y periódicamente para realizar el ajuste de dosis pertinente según se describe en su ficha técnica.

**OBJETIVOS:** Describir la experiencia de este fármaco en vida real durante 9 y 7 meses en 2 pacientes con nefritis lúpica y manifiestaciones extrarenales en tratamiento concomitante con micofenolato e hidroxicloroquina . Como singularidad en los ensayos clínicos voclosporina se utiliza junto a dosis plenas de micofenolato pero ambas pacientes recibían dosis bajas por intolerancia digestiva.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo.
Se incluyeron dos pacientes, ambas con nefritis lúpica clase mixta con proteinuria nefrótica, de más de 5 años de evolución y fracaso a otras líneas de tratamiento, incluido otro anticalcineurínico, corticodependientes y con multiples complicaciones infecciosas a lo largo de su evolución que a su vez recibían tratamiento nefroprotector (inhibidor del eje renina-angiotensina-aldosterona y un inhibidor del SLGT2)

**RESULTADOS:** Durante los meses de observación, la función renal se mantuvo estable, salvo por un deterioro de FGe y aumento de creatinina sérica limitado (<20%).

Descenso llamativo de la proteinuria de hasta un 75% desde el primer mes del tratamiento y mantenido en el tiempo.
Estabilidad de albuminemia y linfopenia, con mejoría del perfil lipídico, medido por LDL
Ausencia de infecciones y/o efectis adversos atribuidos al fármaco.

Además, en ambos casos se redujeron las dosis de corticoides por debajo de 7,5 mg de prednisona/dia o equivalente.

**CONCLUSIONES:**

VOCLOSPORINA se tolera bien. No se describieron complicaciones infecciosas tras 16 meses pacientes-años.
Descensos del FG controlados y asumibles.
Buen control metabólico a diferencia de otros fármacos de su grupo (tacrolimus*, ciclosporina).
Descenso de proteinuria muy llamativo y sostenido.
Corrección y/o estabilidad albuminemia. No influencia sobre linfocitos, complemento o títulos de anti-DNA
Función ahorradora de corticoides.
Aunque en la literatura se recomiendan tratamientos junto con micofenolato 2 gramos al día, dosis reducidas parecen mantener su eficacia, lo que abre una prometedora vía de tratamiento en pacientes con intolerancia al fármaco.

# Póster 46

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE FLS (FRACTURE LIAISON SERVICE), DESDE SU CREACIÓN EN DICIEMBRE 2018 HASTA DICIEMBRE DE 2023.**

P. Cardoso Peñafiel[1], A. Pareja Martínez[1,5], A. Mozo Muriel [2,5], L Lojo Oliveira[1,5], V Pardo Guimera[3,5], R Larrainzar Garijo[4,5], L. Cebrian Méndez[1,5], C. Marín Huertas[1,5], L. Lojo Oliveira[1,5], E. Calvo Aranda[1,5] C.Gómez González[1], MF. Del Pino Zambrano[1], T Navío Marco[1,5]

*Sección de Reumatología[1], Servicio de Rehabilitación[2], Servicio de Medicina Interna[3], Servicio de Traumatología[4] Hospital Infanta Leonor. C/ Gran Vía del Este, 80. CP 28031, Madrid*
*Universidad Complutense de Madrid[5] Avda. de Séneca, 2. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.*

**INTRODUCCIÓN:** Con la creación de las FLS, se trabaja en la prevención de nuevas fracturas y se ofrece un seguimiento estrecho a los pacientes, identificándose así precozmente la falta de adherencia terapéutica o la presencia de nuevas situaciones (fármacos, comorbilidades) que aumenten el riesgo de caídas y/o fractura.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo durante un periodo de 5 años. Se incluyeron pacientes >50 años con fractura por fragilidad en el último año, sin deterioro cognitivo severo y con marcha autónoma.

Se revisaron y analizaron las historias clínicas, calculándose porcentajes y medias.

**RESULTADOS:**

- 341 pacientes, 87% (298) mujeres y 13% (43) hombres
- Edad media 76 ± 11.2 años
- Distribución de las fracturas por sexos (ver tabla)
- El 39% (134) tenía 1 fractura previa.
- El 51% no recibía suplementos de calcio ni Vitamina D
- El 18'3% (63) recibía tratamiento específico: de ellos el 67% (42) bifosfonatos (18 alendronato, 15 risedronato, 5 ibandronato, 1 zoledronato, 3 otros), 30% (19) denosumab y 3% (2) teriparatida

| FRACTURAS POR FRAGILIDAD | | | |
|---|---|---|---|
| Localización | | Mujer | Hombre |
| Cadera | 46% (166) | 81% (134) | 19% (32) |
| Radio/cubital dist | 22% (80) | 93,7% (75) | 6,3% (5) |
| Húmero | 19% (68) | 94,1% (64) | 5,9% (4) |
| Vértebras | 8% (28) | 89,2% (25) | 10,8% (3) |
| Otras | 4% (14) | 85,7% (12) | 14,4% (2) |
| Total* | 100% (356) | 87% 310 | 13% (46) |

- Tras ser atendidos se inició tratamiento al 72% (246).

Denosumab fue el más empleado (50%), seguido de alendronato (29%), risedronato (8%), zoledronato (5%), teriparatida (6%,), ibandronato y bazedoxifeno (2%).

- El tiempo medio desde fracturarse hasta ser atendidos: 85 días (12 semanas), 24 días para fractura de cadera, 136 días para el resto.

- Se notificaron 11 nuevas fracturas durante el seguimiento: 4 Vertebrales, 3 cadera, 2 costillas y 2 radio.

**CONCLUSIONES:**
Las fracturas por fragilidad son más prevalentes en mujeres.
La fractura de cadera seguida de radio distal son las más frecuentes.
Cerca de la mitad de los pacientes había sufrido otra fractura previa por la que no le habían estudiado.
Denosumab fue el fármaco más prescrito, seguido de alendronato, con muy poco uso de teriparatida.
El tiempo transcurrido desde la fractura hasta la valoración por la FLS fue de 12 semanas.

# Póster 47

## PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA GESTIÓN DE HOSPITAL DE DÍA MÉDICO PARA PACIENTES REUMATOLÓGICOS

Almudena Martínez Aragonés

*Enfermera de la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología.*
*Hospital Clínico San Carlos, Prof. Martin Lagos s/n. 28041 Madrid.*

Una de las funciones de la enfermera de reumatología es la gestión y coordinación de los pacientes que acuden a Hospital de día médico (HDM) para la administración de terapias intravenosas: fármacos inmunomoduladores (esteroides, ciclofosfamida, terapia biológica…), antirresortivos, infusión de hierro, etc. Para ello, y apoyados en la TICs, hemos desarrollado un circuito específico que permite una mejor gestión del tiempo, proporcionando un proceso asistencial más eficaz y seguro.

**OBJETIVOS**

- Garantizar la adherencia terapéutica.
- Aplicar las Tics en la mejora de la calidad asistencial y seguridad farmacológica.

**METODOLOGIA:** Se trata de un estudio descriptivo, en el cual se detalla el circuito para la infusión de tratamientos intravenosos en HDM.

Disponemos de un registro en formato papel donde constan los datos de todos los pacientes que acuden al HDM: nombre y apellidos, NHC, médico prescriptor, fármaco, dosis e intervalo de administración.

Al inicio de un tratamiento o en tratamientos puntuales, tras la prescripción electrónica por parte del reumatólogo, gestionamos directamente con el personal de HDM la fecha para la administración del fármaco, y posteriormente realizamos la petición de cita a través de la Historia Clínica electrónica institucional (SELENE+).

En tratamientos sucesivos, la gestión de citas se realiza de forma semanal con un mes de antelación, de tal manera que cuando el paciente acude a su siguiente infusión ya tiene programadas todas sus citas: HDM, analítica y consultas médicas o de enfermería según correspondan.

Las incidencias que ocurren son comunicadas al personal de enfermería de reumatología bien por las enfermeras de HDM o por los pacientes que contactan directamente con nuestro servicio.

Una vez finalizado este circuito, el personal de enfermería chequea fármaco, dosis y pauta en el programa informático de farmacia hospitalaria (Farmatools) en su módulo de pacientes ambulantes.

**RESULTADOS:** Según los datos recogidos del 1 enero al 30 septiembre de 2024, el número de citas registradas en HDM son 848 y el número de pacientes que reciben tratamiento biológico es 184 y de ellos 44 han iniciado terapia biológica.

Se han realizado 40 reprogramaciones respecto a las terapias biológicas y los principales motivos de modificación de citas son:

- infecciones/problemas médicos: 40%
- motivos personales: 37.5%
- falta de adherencia: 7.5%
- otros: 15%.

Se ha observado mayor número de reprogramaciones en tratamientos sucesivos con intervalos de administración más cortos (77.5%) frente a los tratamientos con intervalos >- 6 meses (22.5%).

**CONCLUSIONES:** Como muestran los resultados, para garantizar la adherencia y seguridad de los tratamientos, es fundamental la coordinación del personal de enfermería de HDM y reumatología.

El papel de la enfermería es crucial en la educación y gestión del riesgo terapéutico, incidiendo en la adherencia, inmunización y hábitos de vida saludables.

Consideramos que nuestro circuito sería más eficiente y seguro si seguimos trabajando en la evolución de la TICs: sistema de alarma, módulo de prescripción de HDM directo en (SELENE +).

Pese a no estar cuantificado, este circuito ha permitido al personal de enfermería una mejora en la optimización del tiempo frente al circuito manual previo.

# Póster 48

## SÍNDROME DE BUDD-CHIARI COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSOS SISTÉMICO CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO ASOCIADO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Carlota Navarro-Joven[1], Clara Udaondo Gascón[2], María Alonso de Francisco[1], María Machattou[1], Laura Ramos Ortiz de Zarate[1], Alejandro Redondo Martínez[1], Pablo Navarro Palomo[1], Blanca Díaz-Delgado Menéndez[2], Rosa María Alcobendas Rueda[2], José Luis Andreu Sánchez[1], Agustín Remesal Camba[2]

[1] *Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Reumatología. Calle Joaquín Rodrigo, Nº1. Majadahonda, Madrid.*
[2]*Hospital Universitario La Paz. Pediatría. Paseo de la Castellana, 261, 28046 Madrid*

**INTRODUCCIÓN:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica con una clínica muy heterogénea. Se asocia con mayor riesgo de eventos trombóticos *per se* y este riesgo se incrementa significativamente cuando se asocia con el síndrome antifosfolípido (SAF). El síndrome de Budd-Chiari (SBC) o trombosis delas venas suprahepáticas destaca por su baja incidencia, y su aparición como forma de debut de LES es excepcional.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA:** Se presentan dos casos de síndrome de Budd-Chiari como forma de presentación LES pediátrico con SAF asociado:

El primer caso se trata de una paciente femenina de 12 años de edad, estudiada por febrícula intermitente y dolor en hipocondrio derecho de 3 meses de evolución. Presenta alteración del perfil hepático y coagulopatía; en ecografía abdominal se objetiva ausencia de flujo de las venas suprahepáticas (VSH) con desarrollo de colaterales intrahepáticas sugestivos de SBC. Se realiza flebografía sin conseguir implantación de TIPS, pero se produce dilatación de estenosis de la vena cava con rápida mejoría ecográfica. Dada la clínica sistémica, ANA positivo, la positividad de anticoagulante lúpico y resto de proteínas asociadas, se establece el diagnóstico de LES con SAF asociado. Se administran bolos de metilprednisolona, se inicia tratamiento con azatioprina y HBPM; presentando la paciente mejoría progresiva.

El segundo caso presentado es una paciente femenina de 14 años. Clínicamente presenta dolor en hipocondrio derecho de dos meses de evolución, *rash* malar y febrícula; a nivel analítico alteración hepática con patrón de colestasis, elevación de RFA, anemia hemolítica, trombopenia, coagulopatía, ANA positivo y positividad a títulos altos de anticoagulante lúpico y proteínas asociadas; en pruebas de imagen se observa trombosis de la VSH derecha y media con aparición de colaterales, estableciéndose diagnóstico de SBC en contexto de LES con SAF asociado. Se produce recanalización satisfactoria de VSH media y parcial de la derecha. Se administran bolos de metilprednisolona, gammaglobulinas y se inicia tratamiento con micofenolato de mofetilo, con mejoría clínica progresiva.

**CONCLUSIONES:** La identificación temprana del LES y del síndrome antifosfolípido es imprescindible para un manejo adecuado y disminuir el daño acumulado en estos pacientes. Si bien de forma excepcional, el SBC puede ser una forma de debut de LES con SAF asociado. Es por esto que ante una paciente adolescente con una trombosis de las VSH debe completarse el estudio para descartar todas las posibles causas, entre las que se incluye el LES.

# Póster 49

## SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE NEUMOLOGÍA-REUMATOLOGÍA

MF Del Pino Zambrano[1], P Cardoso Peñafiel[1], L Cebrián Méndez[1], MB López Muñiz[2], E Calvo Aranda[1], C Gómez González[1], L Lojo Oliveira[1], C Marín Huertas[1], A Pareja Martínez[1], A Román Pascual[1], O Sánchez González[1], C Siso Hernández[1], MT Navío Marco[1]

*[1]Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Gran Vía del Este 80, 28031 Madrid.*
*[2]Sección de Neumología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Gran Vía del Este 80, 28031 Madrid.*
*Universidad Complutense de Madrid.*

**OBJETIVOS:** Determinar el grado de satisfacción global de los pacientes atendidos en consultas de Neumología-reumatología e identificar los factores que afectan a la calidad percibida y áreas de mejora.

**MÉTODOS:** Estudio transversal realizado en consulta multidisciplinar de Neumologia-Reumatologia del Hospital Infanta Leonor, desde septiembre a octubre de 2022 en pacientes con enfermedad pulmonar asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas. La información fue recogida, previo consentimiento informado de todos los participantes, mediante la realización de un cuestionario de calidad percibida en formato papel, que se facilitaba al finalizar la consulta. También se recogieron datos demográficos. Posteriormente se trasladaron los datos a hoja de cálculo para su posterior análisis.

Fueron incluidos todos los pacientes atendidos en la consulta que aceptaron responder las encuestas de manera anónima y voluntaria. El único criterio de exclusión fue la imposibilidad de entender o cumplimentar correctamente la encuesta.

**RESULTADOS:** Se entregaron un total de 75 encuestas de las cuales se cumplimentaron correctamente 73. El 67% de los pacientes que participaron en el estudio fueron mujeres, y la edad media de los participantes de 64,75 años. El 96% de los pacientes se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la valoración conjunta y simultánea por el neumólogo y el reumatólogo, prefiriéndola a la atención por separado en un 87%. En cuanto al grado de satisfacción global de la consulta conjunta el 95% se encontró satisfecho o muy satisfecho.
Los aspectos peor valorados fueron el tiempo desde la solicitud de la cita hasta que el paciente fue atendido y la puntualidad en la atención el día de la consulta. Entre las sugerencias de mejora aportadas por los pacientes destacaba, además de la disminución de los tiempos de espera,la realización de las pruebas complementarias necesarias para su valoración el mismo día para disminuir la frecuentación al hospital.

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio muestra una alta satisfacción global de los pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar, con preferencia a la atención por separado. Se detectan como principales áreas de mejora la demora en la cita, y el tiempo de espera para entrar en consulta

RMD Open
Rheumatic & Musculoskeletal Diseases

ORIGINAL RESEARCH

# Patient and physician assessment in difficult-to-treat rheumatoid arthritis: patterns of subjective perception at early stages of b/tsDMARD treatment

Marta Novella -Navarro ,[1] JoséLuis Cabrera-Alarcón,[2,3] Natalia López-Juanes,[1] Alejandro Villalba,[1] Elisa Fernández Fernández ,[1] Irene Monjo ,[4] Diana Peiteado,[4] Laura Nuño,[1] Chamaida Plasencia-Rodríguez,[1] Alejandro Balsa [5]

**To cite:** Novella -Navarro M, Cabrera-Alarcón JL, López-Juanes N, *et al*. Patient and physician assessment in difficult-to-treat rheumatoid arthritis: patterns of subjective perception at early stages of b/tsDMARD treatment. *RMD Open* 2023;**9**:e003382. doi:10.1136/rmdopen-2023-003382

► Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003382).

CP-R and AB are joint senior authors.

Received 8 June 2023
Accepted 5 September 2023

Check for updates

© Author(s) (or their employer(s)) 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

**Correspondence to**
Dr Marta Novella -Navarro; mnovellanavarro@gmail.com

## ABSTRACT

**Objectives** To analyse the trajectories of Disease Activity Score 28 (DAS28), patient global assessment (PGA) and physician global assessment (PhGA) and to assess their predictive capabilities on difficult-to-treat rheumatoid arthritis (D2TRA) classification.

**Methods** Longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis (RA) from 2020 to 2022. Based on the D2TRA EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) definition, patients were classified as D2TRA according to biological or targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (b/tsDMARDs) failure due to inefficacy (D2TRA-inefficacy) or other reasons (D2TRA-other). Patients who did not fulfil the D2TRA criteria were classified as NoD2TRA. DAS28, PGA and PhGA scores collected every 6 months during the first 24 months of b/tsDMARD treatment were used to identify different trajectories using latent class mixed models (LCMM).

**Results** The study population comprised 255 patients with RA, of whom 167 were NoD2TRA, 58 D2TRA-inefficacy and 30 D2TRA-other. LCMM stratified patients into two different trajectories for DAS28 and PhGA and three for PGA according to the most stable model. The most notable variation occurred during the first 6 months of treatment, thereafter remaining stable during the follow-up period. Most D2TRA-inefficacy patients fitted the trajectory, showing higher values of the studied parameters. NoD2TRA followed the trajectory with lower values, and D2TRA-other were distributed more homogeneously across all trajectories.

**Conclusions** The assessment of disease activity, together with patients' and physicians' perceptions, form a key element in the correct discrimination of patients who are going to develop D2TRA-inefficacy. However, identifying those patients who will be D2TRA-other remains challenging, whether by subjective or objective parameters.

### WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

⇒ Difficult-to-treat rheumatoid arthritis (D2TRA) encompasses a heterogeneous group of patients whose classification in D2TRA may be due to a multifactorial origin. One of the requirements for defining D2TRA is that the management of the disease is perceived as problematic by the physician and/or rheumatologist.

### WHAT THIS STUDY ADDS

⇒ We found that from the early stages of treatment with biological or targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs both physician and patient perception of the disease follow differentiated trajectories between patients with D2TRA (especially due to multidrug resistance) and those patients who do not develop D2TRA.

### HOW THIS STUDY MIGHT AFFECT RESEARCH, PRACTICE OR POLICY

⇒ This study contributes to the study of how the subjective perception of disease management is able to classify patients who will develop multidrug resistance due to inefficacy, so that probably within the whole group of patients with D2TRA, it is necessary to assess them separately according to the root of the difficulty of treatment.

RMD Open: first published as 10.1136/rmdopen-2023-003382 on 28 September 2023. Downloaded from http://rmdopen.bmj.com/ on October 7, 2024 by guest. Protected by copyright.

# Índice de Autores


**A**

Abásolo Alcázar, L 6
Acosta Alfaro, A 16
Ahijón Lana, Mª 12
Al Mashhadani, N 37
Alcobendas Rueda, R.Mª 34,65
Alegre, C 15
Alonso de Francisco, MªA 21,31,32,36,42, 50,54,59,61,65
Alonso Pacheco, MªL 23
Alonso, M.T 12
Álvarez Hernández, Mª.P 19,35
Álvarez Hontana, M 45
Álvaro Gracia, J.Mª 51
Andrés Esteban, E.M 40,41
Andreu Sánchez, J.L 31,36,42,50,54, 59,61,65
Angel Sesmero, J.A 57
Aragón Díez, A 40,41
Arconada López, C 40,41
Armenteros Ortiz, P.J 37
Arroyo Palomo, J 15,32
Avilés Ariza, E 15

**B**

Bachiller Corral, J 15,27,37,45
Baeza Muriel, A 9,25
Ballester Martínez, Mª.A 23
Balsa Criado, A 15,18,22,24,43,44,67
Barbadillo Mateos, C 21,31,32,36,42, 50,54,59,61
Barrio Nogal, L 23
Beatriz Paredes-Romero, M 10,12,14,16,49
Bedoya Sanchís, D 37
Belen Rodriguez, M 10,14
Belzunegui Otano, J 10,14
Benarte Sorribas, M.J 57
Benavent, D 15,44
Berbel, L 15
Bernad, M 24
Bislawska Axnäs, B 19
Blanco Cáceres, B 23
Blázquez Cañamero, Mª.A 14,10,52,55
Blázquez, T 29
Bohórquez, C 10,14,33
Bonilla Gonzalez Laganá, C 40,41
Bonilla Hernán, G 15,44,47,49
Borrell, H 15,44
Boto de los Bueis, A 48
Bourgeois, C 51
Bravo Ajuria, C 57

**C**

Cabrera-Alarcón, JL 67
Calvo Aranda, E 8,15,23,51,56,58,60,63,66
Calvo Gutierrez, J 37
Campos Esteban, J 21,31,32,36,42,54,61
Campos Fabre, C 43,48
Cano García, L 37
Cantalejo Moreira, M 42
Caraballo, C 29
Cardoso Peñafiel, P 8,51,56,58,60,63,66
Carmona, L 37
Carpio Segura, C.J 47
Carrasco, M 12
Carrera Gómez, L 47
Castañeda Estévez, E 12,16
Castañeda, S 25,30
Castaño, M 37
Castillo González, A.C 37
Cebrián Méndez, L 6,8,56,58,60,63,66
Chao Moreira, M 43,48
Cobo Ibañez, T 12,16
Cueva, G 12

**D**

Dans Caballero, S 31
de Francisco, Mª.A 21,31,32,36,42, 50,54,59,61,65
De La Cámara Fernández, I 12,16
De la Cueva Dobao, P 23
De la Morena Barrio, I 37
De la Osa Subtil, I 16
De la Puente Bujidos, C 45,52
De la Torre Rubio, N 21,31,32,36,42,61
De Miguel Mendieta, E 15,18,22,23,24, 33,43,44,48,49
Del Pino Zambrano, M.F 8,56,58,60,63,66
Del Prado Orduña Diez, Mª 55
Del Río Blasco, T 57
Delgado Aguayo, E 57
Delgado Sánchez, M 37
Díaz Delgado Menéndez, B 34,65
Díaz Oca, A 40,41,42
Dios Santos, D 20
Domínguez Álvaro, M 10,14
Dueñas Ochoa, M 9,25,35

**E**

Erausquin, C 10,14
Espartal, E 15
Esteban Vázquez, A 12,16
Estrada, P 10,14

**F**

Fernández Castro, M 10,14,21,31,32,36,42, 50,54,59,61
Fernández Fernández, E 67
Fernández Gutierrez, B 6
Ferre Sanfrancisco, M 45
Floranes Elorza, P 25
Font Urgelles, J 10,14
Freire, M 12
Freites Núñez, D 17

**G**

Galisteo, C 10,14
García Aparicio, A 10,14
García Casado, P 37,45,57
García de Vicuña, Mª.R 9,25,30,35,37
García Fernández, A 28
García García, V 15,27,45
García Magallón, B 21,31,32,36,42, 50,54,59,61
García Martos, A 40,41
García Vadillo, A 10,14
García Villanueva, Mª.J 52
Garrido Courel, L 37
Godoy Tundidor, H 6,21,31,32,36, 42,50,54,59,61
Gómez González, C.Mª 8,15,23,31,56,58,60,63

Gómez, E.J 15,54
González Álvaro, I 9,25,30,35,37
González Gay, M.A 28
González Hombrado, L 40,41
González Lama, A.JL 21
González Martín, J 10,14,20
Gorospe Sarasúa, L 55
Grados Cànovas, D 37
Guillén Astete, C.A 20,45,55
Gullón, E 34
Gutierrez, M 49

**H**

Heredia, S 10,14
Herrero Manso, M.C 57

**I**

Iniesta Chamorro, J.Mª 15,44
Isasi Zaragoza, C.Mª 36,54

**J**

Jiménez Barrios, S 20,52
Juárez García, M 33,43,44,49
Júdez, E 10,14

**K**

Kafati, M 49
Kerguelen, A 24
Knevel, R 19

**L**

Laporta, R 6
Larrainzar Garijo, R 56,58,60,63
Leis Cofiño, C 48
Liso Andrino, A 21,32,42,54
Llorente Cubas, I.M 6,9,25,30,35,37
Loarce, J 6
Lojo Oliveira, L 8,15,56,58,60,63,66
López Esteban, A 57
López González, R 10,14
López-Juanes, N 18,43,44,49,67
López Martín, C 37
López Muñiz, B 6,66

**M**

Maarseveen, T 19
Machattou, Mª 21,31,32,36,42,50,54, 59,61,65
Madrid Figueras, D 37
Madrid García, A 17,38
Maldonado Barahona, P 57
Manrique Arija, S 10,14
Manzo, R 31
Marín Huertas, C 8,40,41,56,58,60,63,66
Mariscal Aguilar, P 47
Martín Bescos, A 31,50,59,61
Martín Fernández, E 20
Martín Fragueiro, L 54
Martín Martín, I 20
Martín Martín, J.M 37
Martín Navarro, J 8,62
Martínez Alberola, N 37
Martínez Aragonés, A 57,64
Martínez Feito, A 22
Martínez López, J.A 28
Martínez Rodado, A 21,32,36,42,50,54,59,61
Martínez Taboada, V 10,14
Mazo Amorós, P 50,59,61
Melchor, S 10,14
Menor, R 10,14
Merino Argumánez, C 21,31,32,36,42, 50,54,59,61
Merino Barbancho, B 17,38
Michelena, X 15,44
Miguel Ibáñez, B 31
Millán Longo, C 34
Miranda Carús, Mª.E 22
Miranda Manzano, J 20
Molina Collada, J 51
Molina, M 12
Molinari Pérez, M 47
Monjo Henry, I 15,18,43,49,67
Moreno Fresneda, P 6
Moreno Ramos, M.J 37
Moriano, C 10,14
Mozo Muriel, A 56,58,60,63
Muñoz Fernandez, S 12,16

**N**

Narváez, J 10,14
Navarro Alonso, P 40,41,42
Navarro Compán, V 15,18,33
Navarro Joven, C 21,31,32,36,42, 50,54,59,61,65
Navarro Palomo, P 21,31,32,36,42, 50,54,59,61,65
Navidad, M.A 28
Navío Marco, Mª.T 8,51,56,58,60,62,63,66
Neyra Salvador, E 45
Nieto, Mª A 6
Nieto Carvalhal, B 22
Nieto González, J.C 51
Nikitsina, M 9,25,30,35
Noval Martín, S 34
Novella Navarro, M 15,18,22,23,24,43,44,51,64,67
Nuño Nuño, L 18,34,50,54,59,67

**O**

Olivé, A 10,14
Ortega de la O, M.C 40,41
Ortiz García, A.Mª 9,25,30,35

**P**

Palomeque Vargas, A 52
Pardines Ortiz, M 9
Pardo Guimera, V 56,58,60,63
Paredes Romero, Mª.B 10,12,14,16,49
Pareja Martínez, A 8,29,56,58,60,62,63,66
Pavía Pascual, M 9,25,30
Pego Reigosa, J.M 10,14
Peiteado López, D 18,23,33,43,48,49,67
Pérez De Diego, R 22
Pérez Nadales, I 37
Pérez Pascual, R 51
Pérez Sancristóbal, I 17,19
Pérez Venegas, J 37
Piudo de Blas, I 37
Plasencia Rodríguez, C 15,18,22,24,33,43,44,49,67
Plaza Almuedo, Z 10,14
Puentes Rosado, L.A 15
Puerto E 12
Puig L 12

**Q**

Qin, L 19
Quiroga Colina, P 25,30,35

**R**

Ramos Giráldez, C 10,14
Ramos Lisbona, A.I 31
Ramos Ortiz de Zarate, L 21,31,32,36,42, 50,54,59,61,65
Reche, K 22
Redondo Martínez, A 31,65
Remesal Camba, A 34,65
Rengifo García, F 28
Revenga Martínez, M 45
Riancho Zarrabeitia, L 10,14
Richi Alberti, P 12,16
Rigual, J 6
Rodríguez de Arteaga, E 57
Rodríguez Gago, J 24,49
Rodríguez Rodríguez, L 17,19
Rodríguez Vargas, A.I 37
Rodriguez, Mª.B 10,14
Roi Ariño, G 55
Román Pascual, A 66
Romero Bueno, F 6
Romero Bogado, MªL 12,16
Romero Robles, A 25
Rosas, J 10,14
Roy Vallejo, E 9
Ruiz-Valdepeñas Almansa, M 6
Rusinovich Lovgach, O 10,14,21,23,31,32, 36,42,50,54,59,61

**S**

Sáez Martínez, J.C 9,25,35
Salas Santamaría, S 24,47
Salido Olivares, M 40,41
San José Méndez, C 20
Sánchez Alonso, F 10,14
Sánchez Caballero, A 24,44
Sánchez Calles, A.M 33,57
Sánchez Díaz, RM 57
Sánchez Fernández, C 21,32
Sánchez Fernández, MªC 42,54,57
Sánchez González, O 66
Sánchez López, A 21,32,54
Sánchez Pernaute, O 6,29
Sánchez R 12
Santiuste Puente, C 55
Santos Bórnez, Mª.J 21,32,54
Sanz Jardón, Mª 18,49,56,58
Sanz Sanz, J 21,31,32,36,42,50,54,59,61
Sanz, Mª 44
Senosiain Echarte, R 28
Serrano Benavente, B 10,14
Serrano Lora, R.M 37
Serrano Warleta, M 23
Serrano, C 29
Siso Hernández, C 51,66
Sivera, F 37
Steiner, M 12,16
Steinz, N 19
Suarez, C 18

**T**

Toledano Martínez, E 9
Tomero Muriel, E.G 25,30
Tornero Marín, C 33,48
Torres Roselló, A 29
Tortosa Cabañas, M 31
Triguero Martínez, A 9
Trives Folguera, L 12,16

**U**

Ubach, B 12
Udaondo Gascón, C 34,65
Ureta, C 18
Uriarte Ecenarro, M 9,25,30

**V**

Vadillo Font, C 6
Valencia Muntalà, L 37
Valenzuela, C 6
Valera Rivera, C 31
Valero Martínez, C 25,30
Van Den Rym, A.Mª 22
Vargas Torres, M 47
Vázquez Díaz, M 20,27,45,55
Vela Casasempere, P 10,14
Velázquez Tarjuelo, D 23
Vergara Dangond, C 12,16
Vicente Rabaneda, E.F 25,30
Viejo, A 24
Villalba, A 18,24,67
Villalobos Sánchez, L 52
Villapún Burgoa, B 51

**Z**

Zegers, F 19
Zurita Prada, P 20

XXVIII
Congreso
**SORCOM**

congresosorcom.es

BANCO DE ALIMENTOS MADRID

Escanea el código QR y **colabora** con el **Banco de Alimentos de Madrid**

sorcom