

XLIX Congreso Mexicano de Reumatología

Simultáneas

S01

Capilaroscopia en COVID-19: impacto clínico y alteraciones microvasculares

Jiménez-Soto R, Sánchez-Rodríguez A, Turrent-Carriles A, Amigo MC, Mercado-Velasco D, Bravo-Lee I, Bermúdez-Bermejo P

Centro Médico ABC

Introducción: La capilaroscopia como herramienta es útil en enfermedades reumatológicas. La coagulopatía relacionada con COVID-19 es factor de gravedad. ¿Las alteraciones capilaroscópicas pueden ser factor pronóstico en COVID-19?

Objetivos: Describir hallazgos y valor pronóstico de la capilaroscopia en COVID-19.

Material y métodos: Se realizó capilaroscopia en pacientes con diagnóstico de COVID-19. Reumatólogos capacitados evaluaron los hallazgos.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes. Edad promedio de 43 ± 13.8 años, con 63% del sexo femenino. Comorbilidades en el 44.4%, en particular DMII (18.5%), HAS (18.5%) y AR (3.7%). El tiempo promedio de hospitalización fue de 13 ± 7.1 días, ingreso a UTI en 48.1% y VMI en 40.7%. Se encontraron depósitos de hemosiderina en 33.3%, consistentes con microhemorragias o trombosis. Se analizaron capilares en el 77.8%, el 33.3% tuvo anomalías: tortuosidades (19%), dilatación (9.5%), serpenteantes (4.8%), en arbusto (9.5%) y densidad disminuida (4.8%). Los pacientes con depósitos de hemosiderina fueron varones, 66.7% contra 27.8%, ($p = 0.024$); ingreso a UTI, 77% contra 33% ($p = 0.029$) y tendencia a la significancia estadística con IMC (30 kg/m^2), 66.7% contra 27.8% ($p = 0.053$). El análisis multivariado reveló que la estancia en UTI se acompañó de depósitos de hemosiderina (OR, 7; IC95%, 1.098-44.6). Un único estudio italiano comunicó hallazgos similares de anomalías inespecíficas en el 64.6% de los casos, principalmente depósitos de hemosiderina como resultado de microhemorragia y microtrombosis.

Conclusiones: La capilaroscopia en pacientes con COVID-19 revela disfunción endotelial y puede pronosticar complicaciones microvasculares. Esta serie es la primera en América en describir estos hallazgos. Se requiere mayor población para confirmar resultados.

Bibliografía

- Cutolo M. Nailfold capillaroscopy in rheumatology: ready for the daily use but with care in terminology. *Clinical Rheumatology*. 2019;38:2293-2297 <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04716-w>
- Natalello G, De Luca G, Gigante L, Campochiaro C, De Lorenzis E, Verardi L, et al. Nailfold capillaroscopy findings in patients with coronavirus disease 2019: broadening the spectrum of COVID-19 microvascular involvement. *Microvascular Research*. 2021;133, 104071. <https://doi.org/10.1016/j.mvr.2020.104071>

S02

La pandemia de COVID-19 y la práctica reumatológica en México

Alpizar-Rodríguez D¹, Ruiz N², Ruiz-Guizar JE³, Zamora-Tehozol EA⁴, Colunga-Pedraza IJ⁵, Hernández-Díaz C⁶, Rivera-Terán V¹, Pacheco-Tena C⁷

⁽¹⁾CMR, ⁽²⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, ⁽³⁾Práctica Privada, ⁽⁴⁾Centro Médico Pensiones, ⁽⁵⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, ⁽⁶⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, ⁽⁷⁾Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: La pandemia de COVID-19 es un desafío para los sistemas de salud y práctica clínica.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue explorar el efecto de la pandemia de COVID-19 en la práctica de reumatología entre los miembros del Colegio Mexicano de Reumatología (CMR).

Material y métodos: Se distribuyó una encuesta electrónica anónima a través de redes sociales y correo electrónico entre miembros del CMR ($n = 619$), del 14 de mayo al 12 de junio de 2020. La encuesta incluyó 27 preguntas sobre aspectos sociodemográficos y el efecto de la pandemia en la práctica clínica y economía de los reumatólogos.

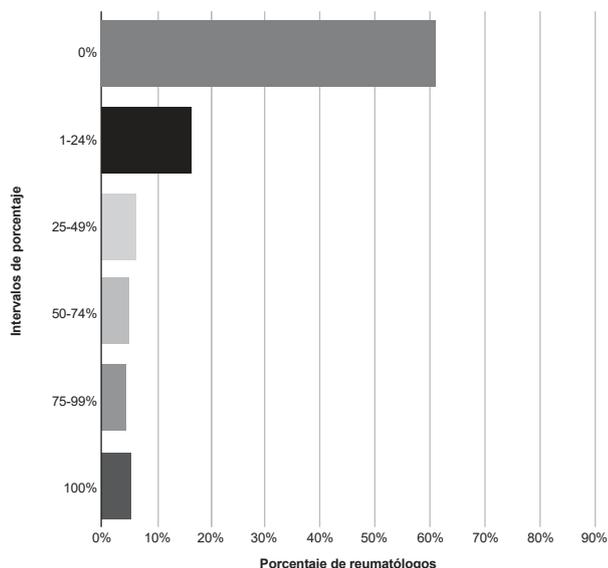
Resultados: Un total de 239 reumatólogos respondió la encuesta. La **Tabla 1** muestra las características. El tipo de práctica más común fue la combinación pública/privada con 144 (60.3%). En la privada, los reumatólogos redujeron número de visitas de pacientes o cerraron. Se incrementaron las medidas higiénicas (83.2%) y se redujo el número de pacientes (63.1%). El 76.3% utilizó plataformas virtuales para consultar y de ellos 80% redujo sus tarifas y 14% no cobró. En la práctica pública, 28.3% suspendió la consulta de reumatología y 83.3% compró el equipo de protección necesario. La reducción del número de consultas no se relacionó con edad o género, ni en la práctica privada ni en la pública ($p = 0.25$ y $p = 0.53$; $p = 0.52$ y $p = 0.30$, respectivamente). Del total de reumatólogos, 15.7% informó que más del 50% de su tiempo atendía COVID-19 (**Figura 1**) y 11 (5.1%) se habían diagnosticado con la enfermedad.

Tabla 1. Características de los reumatólogos mexicanos que respondieron la encuesta de los efectos de la COVID-19 ($n = 239$). (S02)

Edad, mediana (IQR)	46 (36-56)
Mujeres, n (%)	130 (54.4)
Tipo de práctica reumatológica, n (%)	
Sólo pública	8 (4.4)
Sólo privada	82 (34.3)
Práctica pública y privada	144 (60.3)
Sin práctica clínica	5 (2.1)

Práctica privada	
Reducción > 50% en el número de visitas de pacientes, n (%)	147 (64.4)
Práctica cerrada, n (%)	27 (11.8)
Práctica pública	
Reducción > 50% en el número de visitas de pacientes, n (%)	118 (77.6)
Práctica cerrada, n (%)	43 (28.3)

Figura 1. Porcentaje de reumatólogos mexicanos que atienden a pacientes con COVID-19. (S02)



Respuestas a la pregunta: En su práctica pública y/o privada, ¿Qué porcentaje de sus actividades están destinadas a ver pacientes sólo COVID-19? Opciones de respuesta: 0% 1-24%, 25%-49%, 50%-74%, 75%-99%, 100%

Conclusiones: Esta encuesta mostró el efecto negativo de la pandemia COVID-19 sobre la práctica de la reumatología en México.

S03

Calidad de vida durante la pandemia COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas

Díaz-Mendoza AC, Bátiz-Andrade JP, Durán-Barragán S

Clínica de Investigación Reumatología y Obesidad

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha afectado la calidad de vida de las personas.

Objetivos: Analizar los efectos de la pandemia por COVID19 en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó una encuesta en línea y presencial con preguntas relacionadas con el efecto de la pandemia por COVID19 en la calidad de vida además del cuestionario EQ-5 a los pacientes de la clínica de julio a noviembre del 2020.

Resultados: Se encuestó a 127 pacientes, 86% mujeres (n = 110) y 13% hombres (n = 17); la edad promedio fue de 50.80 ± 16.4, el 64.6% tenía estudios superiores, el 62.2% correspondió a casados, el 31.5% a amas de casa, el 22% a pensionados y el 19.7% a empleados. La media de personas que habitaban por casa fue de 2.80 y un 85.1% tenía seguro médico; hasta 34.6% tenía diagnóstico de AR, 12.6% de EA, 15.7% de LES y 37% de otros, con 24.4% bajo tratamiento con FARME biológicos.

Ninguno de los pacientes se había contagiado de COVID-19 al momento de la encuesta. Durante la pandemia, 78% permaneció en casa, 11% acudió a su lugar de empleo, 24.4% trabajaba desde casa y 3.1% perdió su empleo. Las categorías más afectadas fueron la calidad de sueño en un 43.3%, bienestar económico en un 37.8% y desabasto de medicamentos en 42.5%. La media de la puntuación del cuestionario EQ-5 fue de 0.75067 ± 0.23 y para la escala de EVA de 74.08 ± 20.92; no se observaron diferencias significativas entre la puntuación del cuestionario EQ5 y las diferentes enfermedades.

Conclusiones: La principal afectación de la calidad de vida durante la pandemia se observó en las áreas de calidad de sueño, desabasto de fármacos y bienestar económico.

Bibliografía

1. Michaud K, Wipfler K, Shaw Y, Simon TA, Cornish A, England BR, et al. Experiences of patients with rheumatic diseases in the united states during early days of the COVID-19 pandemic. *ACR Open Rheumatology*. 2020;2(6):335-43.
2. Garrido-Cumbrera M, Plazuelo-Ramos P, Sanz-Gómez S, Correa-Fernández J, Sastre C y Navarro-Compeán V, et al. PCOVID13 - evaluación del impacto de la pandemia covid-19 en pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en España. *Resultados del estudio Reumavid. Reumatología Clínica*. 2020;16(Espec Cong):500.

S04

Manifestaciones reumáticas de COVID-19

Xibille-Friedmann DX¹, Carrillo-Vázquez SM¹, Hernández-López M², Flores-Villegas B²

⁽¹⁾Hospital Regional 1 de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca, SSM

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 conduce a un síndrome clínico como COVID-19 que en algunos casos produce neumonía intersticial relacionada con una respuesta inflamatoria desregulada conocida como "tormenta de citocinas". Los pacientes presentan, entre otras manifestaciones, síntomas musculoesqueléticos.

Objetivos: Describir la frecuencia de los síntomas musculoesqueléticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 y su relación con la gravedad y el desenlace de los pacientes hospitalizados.

Material y métodos: Estudio descriptivo anidado en una cohorte. Pacientes del Hospital General de Cuernavaca con insuficiencia respiratoria tras presentar neumonía por COVID-19. Todos los casos eran positivos a RT-PCR realizada a su ingreso. Los datos clínicos y demográficos de los pacientes a su ingreso se obtuvieron del instrumento en la plataforma SISVER. Se consideró como enfermedad grave la de los pacientes que requirieron ventilación mecánica asistida (VMA). Los desenlaces medidos fueron muerte o alta. Se consideró como significativa una p < 0.5.

Resultados: Se analizó a 404 pacientes positivos para SARS-CoV-2. Hasta 269 (65.9%) eran hombres. La media de edad fue de 57.5 años (18-94; SD 15.3). Un 59.6% de los pacientes tenía comorbilidades (diabetes o hipertensión, 31.8%). Un total de 22.8% de los pacientes tenía antecedente de tabaquismo y 15.9% necesitó VMA. La frecuencia de mialgias y artralgiás entre los pacientes fue muy similar (68.5 y 68.4, respectivamente). No hubo una relación estadísticamente significativa entre la presencia de mialgias y la necesidad de VMA (p = 0.1) ni con el desenlace (0.07). En el caso de las artralgiás, los hallazgos fueron similares (0.7 para VMA y 0.06 para desenlace).

Conclusiones: Las manifestaciones musculoesqueléticas son frecuentes en pacientes con COVID-19, casi en dos tercios de los casos. No existe una relación de estos hallazgos clínicos con la gravedad de los casos ni con el desenlace de los pacientes.

Bibliografía

1. Ciaffi. *BMC Rheumatology*. 2020;4:65 <https://doi.org/10.1186/s41927-020-00165-0>

S05

Pandemia por COVID-19 y salud mental: impacto en consulta reumatológica

Compeán-Villegas JE, Guzmán-De La Garza DE, Villarreal-Alarcón MA, Sánchez-Romo SM, Hernández-Galarza IJ, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario

Introducción: Existe un vínculo entre las enfermedades reumatológicas (ER) y el desarrollo de ansiedad y depresión. La pandemia por COVID-19 se considera un episodio traumático, ya que puede ocasionar daño físico, emocional y psicológico. Los problemas sociales y económicos y la mayor exposición a estresores podrían favorecer la aparición de síntomas de depresión. Según la encuesta de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades, hubo un empeoramiento de los problemas de salud mental y aumentó el abuso de sustancias y la idea de suicidio. Por lo anterior, la población reumatológica y su condición de vulnerabilidad propiciarían una mayor afectación.

Objetivos: Evaluar la prevalencia y las características de los pacientes con ER en riesgo de desarrollar problemas de salud mental durante la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo de pacientes con ER mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se formaron dos grupos de pacientes identificados antes y después de la pandemia, para después comparar sus características clínicas.

Resultados: Se obtuvieron datos de 68 pacientes, todos mujeres, 23 de ellas (33.82%) evaluadas durante de la pandemia por COVID-19; el resto de las características se muestran en la **Tabla 1**. Las pacientes evaluadas durante la pandemia tuvieron menor edad (35.34 vs. 48.68 años), menor porcentaje de sobrepeso/obesidad, así como mayor proporción de puntuaciones normales de HADS para depresión (87.0% vs. 68.9%) y ansiedad (69.6% vs. 62.2%).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas principales de los pacientes incluidos en el estudio.(S05)

	Evaluación antes de la pandemia (n = 45)	Evaluación durante la pandemia (n = 23)
Edad, años, media ± DE	48.68 ± 13.66	35.34 ± 10.43
Sexo femenino, n (%)	45 (100)	23 (100)
Estado civil		
Soltera	19 (42.2)	11 (47.8)
Casada	14 (31.1)	8 (34.8)
Divorciada	9 (20)	2 (8.7)
Unión libre	1 (2.2)	2 (8.7)
Viuda	2 (4.4)	0
Diagnóstico, n (%)		
Artritis reumatoide	31 (68.9)	13 (56.5)
Lupus eritematoso sistémico	14 (31.3)	10 (43.5)
Clasificación por IMC, n (%)		
Bajo peso	2 (4.4)	1 (4.3)
Normal	16 (35.6)	10 (43.5)
Sobrepeso	15 (33.3)	4 (17.4)
Obesidad grado I	7 (15.6)	1 (4.3)
Obesidad grado II	4 (8.9)	4 (17.4)
Obesidad grado III	1 (2.2)	3 (13)
Duración de la enfermedad, meses, ± DE	109 ± 126.4	43.72 ± 44.77

Clasificación HADS, depresión, n (%)		
Normal	31 (68.9)	20 (87.0)
Limitrofe	7 (15.6)	2 (8.7)
Anormal	7 (15.6)	1 (4.3)
Puntaje HADS, depresión, media ± DE	5.48 ± 4.60	3.30 ± 3.29
Clasificación HADS, ansiedad, n (%)		
Normal	28 (62.2)	26 (69.6)
Limitrofe	5 (11.1)	3 (13)
Anormal	12 (26.7)	4 (17.4)
Puntaje HADS, ansiedad, media ± DE	6.26 ± 4.61	5.21 ± 4.16

Abreviaturas. DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Conclusiones: Durante la pandemia por COVID-19 acuden a consulta externa pacientes más jóvenes de edad, lo cual influyó en los resultados obtenidos. Se deben continuar esfuerzos para mejorar la obtención de datos durante la pandemia y a su vez respetar las medidas de prevención para la infección por SARS-CoV-2.

Bibliografía

- Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3(9), e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>.
- Czeisler ME, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:1049-1057. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>.

S06

Impacto de la pandemia COVID-19 en las enfermedades reumáticas

Sotelo-Popoca T¹, Moctezuma-Ríos JF¹, Peláez-Ballestas I¹, Gastelum-Strozzi A², Álvarez-Hernández E¹, Gómez-Ruiz CJ¹, Pérez-Sevilla CL¹, García-Maturano JS¹, Lobato-Belmonte AC¹, Panamá-Hernández M¹, Medrano-Ramírez G¹, García-García C¹, Sil-Huerta G¹, Vázquez-Mellado Cervantes J¹

⁽¹⁾Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽²⁾ICAT-UNAM

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas son más susceptibles a infecciones por la inmunosupresión y los tratamientos. Sin embargo, se desconoce su comportamiento durante la pandemia por COVID-19.

Objetivos: Describir la percepción de riesgo, fuentes de información, acciones, efectos y consecuencias acerca de la pandemia en el tratamiento de los pacientes de la consulta de reumatología del HGM del 10 de agosto al 29 de noviembre de 2020.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con aplicación de un cuestionario validado que consta de 70 preguntas incluidas en 10 apartados. Se aplicó en línea mediante Limesurvey apoyado por un encuestador en la consulta. Se llevó a cabo análisis descriptivo y comparativo.

Resultados: Participaron 471 pacientes; 84.5% de mujeres, edad de 46.91 años (DE, 14.54), 42.46% con AR, 30.57% con LES y 5.94% con espondilolartrosis. Una proporción de 4.88% tuvo COVID-19. El 36.1% modificó el tratamiento (suspensión), 39.1% empeoró la enfermedad y la percepción de riesgo fue de 85.9% (muy grave/grave). Al comparar COVID-19 (+ vs. -; p > 0.001): mayor actividad de la enfermedad y consumo de leflunomida, mayor percepción de riesgo y contagio, menor respeto de las medidas

de prevención recomendadas, antecedente de contacto con contagiados, mayor efecto económico, efecto laboral, actividades cotidianas y salud mental y física. La fuente de información más consultada fue la televisión (88.7%) y los pacientes con menos contagio escuchaban más radio (35.7% vs. 8%; $p > 0.001$).

Conclusiones: La percepción de riesgo de los pacientes fue alta. El 5% tuvo COVID-19. El efecto en la actividad de la enfermedad, salud física/mental, y economía/trabajo fue mayor en los pacientes con COVID-19.

Bibliografía

1. Michaud. Experiences of patients with rheumatic diseases in the United States during early days of the COVID-19 pandemic. *Am Col Rhem.* 2020;0(0):1-9.
2. Infante C, Peláez I, Murillo S. Opiniones de los universitarios sobre la epidemia de COVID-19 y sus efectos sociales. Informe. Instituto de Investigaciones Sociales. Página Web de la UNAM. México, Julio 2020.

S07

Percepción de riesgo por COVID-19 en pacientes reumatológicos ambulatorios

Guaracha-Basáñez GA¹, Contreras-Yáñez I¹, Pacheco-Santiago LD¹, González-Marín A¹, Hernández-Molina G¹, Peláez-Ballestas I¹, Pascual-Ramos V¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital General de México

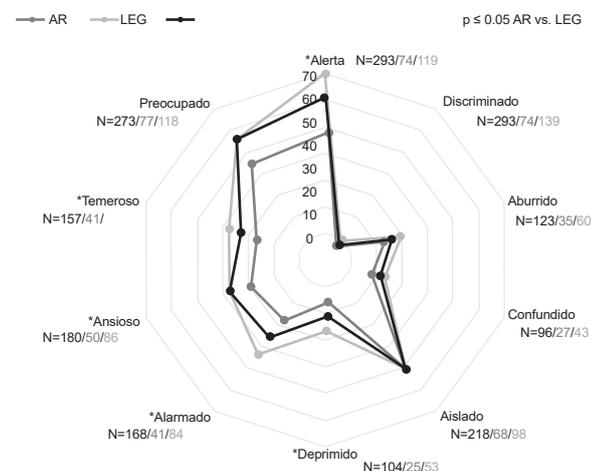
Introducción: La percepción del riesgo (PR) se incrementa durante las emergencias en salud.

Objetivos: Determinar la PR para infección por SARS-CoV-2 (PR-SARS-CoV-2) y la experiencia de los pacientes reumatológicos ambulatorios durante la pandemia, en una institución de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con técnica de encuesta (9 de junio-31 de septiembre) mediante un cuestionario específico de 29 preguntas, con los siguientes dominios: PR-SARS-CoV-2, antecedente de infección, emociones relacionadas, cumplimiento con recomendaciones y efecto de la pandemia. Se registraron los datos mediante estadística descriptiva.

Resultados: Participaron 525 pacientes, 87% mujeres, con mediana de edad de 45 años (RIQ: 34-56), con los diagnósticos de LEG (44.2%), AR (33.2%) y otros diagnósticos reumatológicos (22.6%). Casi la totalidad

Figura 1. Distribución de la presencia de emociones en los enfermos reumatológicos (línea negra) en los pacientes con LEG (línea gris claro) y AR (línea gris medio). (S07)



(94.3%) consideró la pandemia en México como grave/muy grave y el 43% a 47% consideró altamente probable/muy probable el riesgo de contagio al regreso a la normalidad de la atención médica o al momento actual; sin embargo, sólo 1.1% señaló antecedente de infección. Se encontraron diferencias significativas ($p \leq 0.05$) entre las siguientes emociones señaladas por los pacientes con LEG y AR, respectivamente (**Figura 1**): ansiedad (18% vs. 10%), temor (16% vs. 9%), alerta (29% vs. 16%), depresión (11% vs. 5%), alarma (18% vs. 9%). El 90% siguió las recomendaciones de distanciamiento físico. La pandemia modificó positivamente la convivencia familiar (39.6%) y negativamente la economía familiar (72.4%); de estos últimos, la mitad de los casos se debió a disminución del empleo.

Conclusiones: La pandemia COVID-19 afectó la PR de los pacientes; existen diferencias en las emociones según sea el diagnóstico reumatológico.

S08

Mejor calculadora cardiovascular para predecir placa carotídea en artritis psoriásica

Guajardo-Jáuregui N¹, Galarza-Delgado DA¹, Azpiri-López JR², Colunga-Pedraza IJ¹, Flores-Alvarado DE¹, Rodríguez-Romero AB¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Garza-Acosta AC³, Ilizaliturri-Guerra O¹

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Radiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La inflamación sistémica en los pacientes con artritis psoriásica (AP) acelera el proceso de aterosclerosis; esto incrementa el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular (ECV) en comparación con la población general.

Objetivos: Determinar cuál es la mejor calculadora de riesgo cardiovascular (RCV) para predecir la presencia de placa carotídea (PC) en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal y observacional. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años con AP (criterios CASPAR 2006). Se excluyó a los pacientes con antecedente de ECV. Se calculó el RCV con seis

Figura 1. Curva ROC de los seis algoritmos de riesgo cardiovascular. (S08)

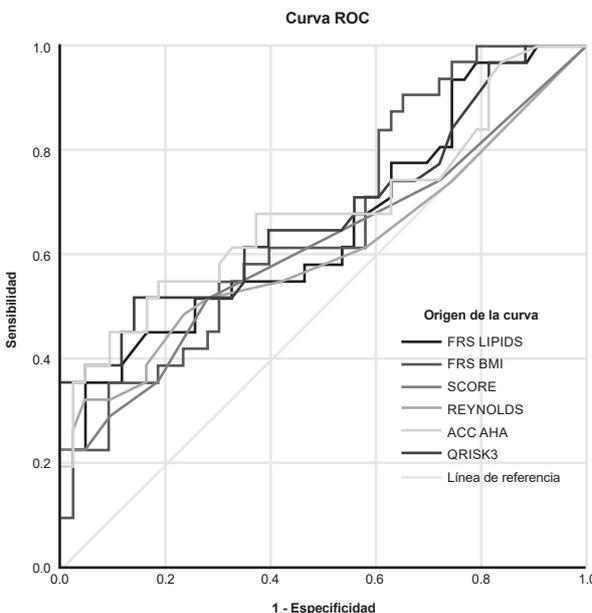


Tabla 1. Capacidad diferenciadora de las calculadoras de riesgo cardiovascular para predecir presencia de placa carotídea. (S08)

Calculadoras (puntos de corte)	AUC	IC95%		p	Sensibilidad	Especificidad	Razón de verosimilitud	
		Límite inferior	Límite superior				+	-
FRS-lípidos (11.55)	0.653	0.523	0.783	0.025	51.5%	68.9%	1.66	0.70
FRS-IMC (13.8)	0.661	0.536	0.786	0.019	59.4%	60.5%	1.50	0.67
SCORE (1.5)	0.614	0.478	0.750	0.096	-	-		
Reynolds (3.5)	0.606	0.467	0.745	0.121	-	-		
ACC/AHA (4.8)	0.681	0.551	0.812	0.008	63.6%	64.4%	1.79	0.56
QRISK3 (5.15)	0.680	0.551	0.810	0.008	62.5%	60.5%	1.58	0.62

AUC, área bajo la curva; FRS, Framingham Risk Score.

algoritmos: FRS-lípidos, FRS-IMC, SCORE, ACC/AHA, Reynolds y QRISK3. Se realizó un ultrasonido carotídeo para identificar la presencia de PC. Comparaciones con χ^2 , T de Student y U de Mann-Whitney. Se realizó un análisis con curva-ROC para determinar los puntos de corte necesarios para predecir presencia de PC, así como el área bajo la curva (AUC), sensibilidad y especificidad.

Resultados: La prevalencia de PC fue de 42.3%. FRS-lípidos: AUC 0.653 (0.523-0.783), $p = 0.025$, punto de corte ≥ 11.55 , sensibilidad de 51.5% y especificidad de 68.9%. FRS-IMC: AUC 0.661 (0.536-0.786), $p = 0.019$, punto de corte ≥ 13.8 , sensibilidad de 59.4% y especificidad de 60.5%. ACC/AHA: AUC 0.681 (0.551-0.812), $p = 0.008$, punto de corte ≥ 4.8 , sensibilidad de 63.6% y especificidad de 64.4%. QRISK3 tuvo AUC 0.680 (0.551-0.810), $p = 0.008$, punto de corte ≥ 5.15 , sensibilidad de 62.5% y especificidad de 60.5% (Figura 1, Tabla 1).

Conclusiones: La mejor calculadora de RCV para detectar PC fue ACC/AHA. Sin embargo, se necesitan puntos de corte menores para identificar a los pacientes clasificados en riesgo bajo o intermedio con aterosclerosis subclínica que se puedan beneficiar de un tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Yim KM, Armstrong AW. Updates on cardiovascular comorbidities associated with psoriatic diseases: epidemiology and mechanisms. Vol. 37, Rheumatology International. Springer Verlag. 2017:97-105.

S09

Duración diaria de sueño y riesgo cardiovascular en artritis reumatoide

Lugo-Pérez S¹, Colunga-Pedraza IJ², Galarza-Delgado DA², Azpuri-López JR¹, Rodríguez-Romero AB², Guajardo-Jáuregui N², Cárdenas-De La Garza JA², Reyes-Soto MA²

⁽¹⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La reducción de la duración del sueño se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y muerte. Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo de ECV. Al igual que otros padecimientos dolorosos crónicos, se ha informado una mala calidad del sueño, fatiga y sensación de falta de descanso después del sueño.

Objetivos: Determinar mediante autoevaluación la prevalencia de la duración del sueño diario total, siestas diurnas y calidad del sueño en pacientes con AR y su relación con factores de riesgo cardiovascular (Tablas 1 y 2).

Material y métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyó a 217 pacientes con AR y controles de 40 a 75 años. La duración, calidad del sueño, siestas diurnas y conciencia de higiene del sueño se evaluaron mediante un cuestionario autoevaluado. Los pacientes con AR se dividieron según fuera la duración calculada del sueño < 6 h y > 6 h. Comparaciones con χ^2 , T de Student y U de Mann-Whitney.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular y características del sueño. (S09)

	AR (n = 102)	Controles (n = 115)	p
Edad, años \pm DE	56.6 \pm 10.7	57.2 \pm 10.0	NS
Sexo femenino, n (%)	93 (91.2)	55 (47.8)	0.001
Obesidad, n (%)	23 (25.3)	31 (31.3)	NS
Tabaquismo, n (%)	12 (11.8)	21 (18.3)	NS
Diabetes mellitus, n (%)	15 (14.7)	13 (11.3)	NS
Dislipidemia, n (%)	32 (31.5)	30 (26)	NS
Hipertensión arterial, n (%)	40 (39.2)	33 (28.7)	NS
Episodio cardiovascular, n (%)	5 (4.9)	3 (2.5)	NS
Presencia de ronquidos, n (%)	3 (2.9)	11 (9.6)	0.047
Tiempo calculado de sueño (< 6 h), n (%)	21 (20.6)	10 (8.7)	0.012
Siestas, n (%)	47 (46.1)	50 (43.5)	NS
Número de siestas diurnas por semana, mediana (p25-p75)	0 (0-7)	1 (0-7)	0.007
Duración de siestas diurnas, minutos (p25-p75)	0 (0-30)	15 (0-40)	NS
Buena calidad de sueño, n (%)	67 (65.7)	69 (60)	NS

NS, no significativo.

Tabla 2. Riesgo cardiovascular en pacientes con AR según el tiempo calculado de sueño. (S09)

	= 6 horas (n = 21)	> 6 horas (n = 81)	p
Sexo femenino, n (%)	21 (100)	72 (88.9)	NS
IMC, kg/m ² \pm DE	27.57 \pm 3.15	26.75 \pm 6.5	NS
Peso normal, n (%)	4 (25)	25 (32.5)	NS
Sobrepeso, n (%)	8 (50)	33 (42.9)	NS
Obesidad, n (%)	4 (25)	19 (24.7)	NS
Tabaquismo, n (%)	3 (14.3)	9 (11.1)	NS
Diabetes mellitus, n (%)	6 (28.6)	9 (11.1)	0.044
Hipercolesterolemia, n (%)	5 (25)	13 (16)	NS
Hipertrigliceridemia, n (%)	7 (33.3)	7 (8.6)	0.003
Hipertensión arterial, n (%)	11 (52.4)	29 (35.8)	NS
Sedentarismo, n (%)	15 (71.4)	45 (55.6)	NS
Presencia de ronquidos, (%)	1 (4.8)	2 (2.5)	NS

NS, no significativo.

Resultados: La duración calculada del sueño (< 6 h) fue mayor en AR que los controles (20.6% vs. 8.7%, $p = 0.012$). La presencia de ronquidos fue más prevalente en los controles (9.6% vs. 2.9%, $p = 0.047$). Los pacientes con duración calculada de sueño (< 6 h) en el grupo de AR tuvieron mayor prevalencia de diabetes mellitus (28.6% vs. 11.1%, $p = 0.044$) e hipertrigliceridemia (33.3% vs. 8.6%, $p = 0.003$).

Conclusiones: Una duración diaria de sueño < 6 h fue más prevalente en pacientes con AR. Los pacientes con AR y una duración calculada de

sueño < 6 h presentaron una mayor prevalencia de hipertrigliceridemia y diabetes mellitus. Es imprescindible evaluar los patrones de sueño para identificar a los individuos de mayor riesgo.

Bibliografía

1. Wang C. Association of estimated sleep duration and naps with mortality and cardiovascular events: a study of 116 632 people from 21 countries. *Eur Heart J.* 2019;40(20):1620-1629.
2. Grabovac I. Sleep quality in patients with rheumatoid arthritis and associations with pain, disability, disease duration, and activity. *J Clin Med.* 2018;7(10).

S10

Variables psicológicas asociadas a la adherencia terapéutica en AR

Vázquez del Mercado-Espinosa M¹, Cárdenas-Cloud E², Corona-Sánchez EG², Brambila-Tapia AJL³, Chavarría-Ávila E¹, Pérez-Vázquez F¹, Pizano-Martínez OE¹, Meda-Lara RM³, Alvarado-Alvarenga KM⁴, Ramos-Hernández A⁴, Gutiérrez-Rivera EX⁴, Palacios-Zárate BL⁴, Durán-Barragán S¹, Llamas-García A⁴, Aguilar-Arreola J⁴, Ávila-Armengol H⁴

⁽¹⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, ⁽²⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, ⁽³⁾Departamento de Psicología Básica, CUCS, UDG, ⁽⁴⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: En el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) se observan bajas tasas de adherencia (30%-80%). Diferentes variables contribuyen a este fenómeno, incluidas las relacionadas con el tratamiento, como falta de experiencia, carga del fármaco, efectos secundarios, actividad de la enfermedad, salud percibida, autoeficacia y creencias sobre medicamentos, educación del paciente, entre otros.

Objetivos: Evaluar la relación de variables psicológicas con la adherencia al tratamiento en AR.

Material y métodos: Estudio transversal a partir de una invitación cuyo criterio de ingreso fue la aceptación; se incluyó a 130 pacientes de una cohorte de AR (EULAR/ACR 2010) del servicio de reumatología del Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara. Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos, HAQ, inteligencia emocional (TMMS-24), autoeficacia, creencias sobre la medicación (BMQ) y adherencia al tratamiento (SMAQ).

Resultados: Treinta y tres pacientes aceptaron participar, 97% mujeres con una edad media ± DE de 48.36 ± 11.39 años y la media ± DE de tiempo de diagnóstico de 9.2 ± 7.6 años; 81.8% tenía un título académico de bachillerato o inferior y 60.6% no trabajaba. Existió una correlación negativa entre el número de fármacos prescritos y la adherencia al tratamiento (R = -0.363, p = 0.03); claridad emocional (R = -0.352, p = 0.044) y reparación emocional (R = 0.360, p = 0.040) (Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre variables sociodemográficas y psicológicas con la adherencia al tratamiento y discapacidad en AR. (S10)

Variable	Adherencia	Discapacidad
Edad	0.037	0.116
Tiempo desde diagnóstico	0.055	-0.312
Nivel educativo	0.247	-0.191
Número de medicamentos	-0.363*	0.109
Autoeficacia	-0.056	-0.098
Claridad emocional	0.352*	-0.318
Atención emocional	-0.249	0.038
Raparación emocional	0.360*	-0.338
BMQ necesidad	0.080	-0.152

BMQ daño	-0.128	-0.030
BMQ sobreuso	-0.151	-0.060
BMQ preocupación	-0.281	0.163
Adherencia	-	-0.243

BMQ, Beliefs Medication Questionnaire, con validación en español. *p < 0.05, correlación de Pearson y Spearman.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento en AR es el resultado de varios factores. Se confirmó la relación entre el número de fármacos prescritos y una menor adherencia. No se halló correlación entre las creencias sobre la medicación o la autoeficacia con la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Lavielle M, Puyraimond-Zemmour D, Romand X, Gossec L, Senbel E, Pouplin S, Molto A. Methods to improve medication adherence in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases: a systematic literature review. *RMD Open.* 2018;4(2), e000684. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2018-000684>

S11

Deterioro cognitivo en lupus eritematoso sistémico; asociación con anticuerpos antifosfolípidos

Guerrero-Solís C, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Amaya-Estrada JL, Tobar-Marcillo M, Chavira-Flores V

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: El deterioro cognitivo es de las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes del lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha descrito su nexa con anticuerpos antifosfolípidos.

Objetivos: Identificar el deterioro cognitivo en LES y valorar la relación con anticuerpos antifosfolípidos.

Material y métodos: Estudio transversal analítico, unicéntrico, de casos y controles, anidado en una cohorte. Pacientes con LES, sin comorbilidades significativas; se crearon los grupos de casos (aPL+) y controles (aPL-). El deterioro cognitivo se identificó mediante las escalas: Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) o Miniexamen cognoscitivo (MEC). Se evaluaron características demográficas, clínicas, serológicas, terapéuticas y biopsicosociales. Se realizó comparación de grupos y contraste de la hipótesis mediante t de Student. Para la magnitud de la relación se utilizaron razón de momios (RM) y correlación de Pearson. Nivel de confianza al 95% con valor (alfa) de 0.05.

Resultados: Se incluyó a 80 pacientes, 93.8% mujeres, con edad promedio de 37.2 años (Tabla 1). Hubo deterioro cognitivo en 24/80 (30%), en especial en áreas de atención, memoria y ejecución. Se encontró una vinculación entre deterioro cognitivo y manifestaciones hematológicas y trombóticas. El deterioro cognitivo fue más frecuente en los casos 23/40 (57.5%) que en los controles 1/40 (2.5%) (p < 0.001). Se reconoció una sólida relación con anticuerpos antifosfolípidos (RM, 52.76; IC95%, 6.58-423.01; p < 0.001). No se halló relación entre deterioro cognitivo y perfil de riesgo de trombosis según EULAR. Si se observó una gran vinculación entre títulos de B2GP1 IgG y deterioro cognitivo con AUC 0.78.

Conclusiones: En este estudio, 30% de los pacientes mostró deterioro cognitivo, con un claro nexa con anticuerpos antifosfolípidos, aun sin existir SAF definido. Destaca la importancia de realizar evaluación basal y periódica del deterioro cognitivo en LES para limitar sus consecuencias.

Bibliografía

1. Chalhoub NE, Luggen ME. Screening for cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus: the Montreal Cognitive Assessment Questionnaire and the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. *Lupus.* 2018;November.
2. Barraclough M. Altered cognitive function in systemic lupus erythematosus and associations with inflammation and functional and structural brain changes. *Ann Rheum Dis.* 2018;214677.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de 80 pacientes con LES, con y sin anticuerpos antifosfolípidos. (S11)

	Total (n = 80)	LES con aPL (n = 40)	LES sin aPL (n = 40)	RM	(IC95%)	Valor p
Edad	37.21 ± DE 12.39	35.4 ± DE 11.62	39.03 ± DE 13.02	-	-	0.326
Género				-	-	0.017
Mujer	75 (93.8)	36 (90)	39 (97.5)			
Hombre	5 (6.3)	4 (10)	1 (2.5)			
Escolaridad	14.45 ± DE 2.09	14.5 ± DE 2.39	14.4 ± DE 1.78	-	-	0.379
Índice de Charlson	1.7 ± DE 1.15	1.78 ± DE 1.36	1.63 ± DE 0.89	-	-	0.327
Años de LES	9.65 ± DE 6.52	9.85 ± DE 6.95	9.45 ± DE 6.26	-	-	0.991
MEX-SLEDAI	2.05 ± DE 2.51	2.0 ± DE 2.52	2.10 ± DE 2.41	-	-	0.395
SLICC	0.68 ± DE 0.88	0.70 ± DE 0.99	0.65 ± DE 0.77	-	-	0.157
<i>Manifestación predominante</i>						
Renal	38 (47.5)	19 (47.5)	19 (47.5)	1.01	(0.416-2.405)	0.388
Hematológica	18 (22.5)	13 (32.5)	5 (12.5)	3.37	(1.070-10.61)	0.030
Articular	14 (17.5)	4 (10)	10 (25)	0.33	(0.095-1.171)	0.070
Mucocutánea	8 (10)	4 (10)	4 (10)	1.01	(0.232-4.310)	0.644
Trombótica	15 (18.7)	15 (37.5)	0 (0)	2.53	(1.882-3.424)	0.001
Otra	2 (2.5)	0 (0)	2 (5)	0.73	(0.320-1.028)	0.750
<i>Pulso de esteroide</i>						
Sí	25 (31.2)	14 (35)	11 (27.5)	1.42	(0.549-3.613)	0.628
No	65 (68.7)	26 (65)	29 (72.5)	0.87	(0.654-1.023)	0.540
<i>Dosis de esteroide</i>						
Baja	42 (52.5)	19 (47.5)	23 (37.5)	0.62	(0.277-1.616)	0.251
Media	21(26.5)	11 (27.5)	10 (25)	1.13	(0.420-3.084)	0.500
Alta	17 (21.2)	10 (25)	7 (17.5)	1.57	(0.531-4.651)	0.293
<i>Tratamiento inmunosupresor</i>						
Micofenolato	26 (32.5)	14 (35)	12 (30)	0.28	(0.068-1.199)	0.083
Rituximab	19 (23.7)	11 (27.5)	8 (20)	2.61	(0.291-23.46)	0.349
Azatioprina	13 (16.5)	5 (12.5)	8 (20)	2.25	(0.248-20.43)	0.416
Metotrexato	9 (11.2)	3 (7.5)	6 (15)	1.286	(0.133-12.42)	0.656
Ciclofosfamida	5 (6.25)	3 (7.5)	2 (5)	0.474	(0.039-5.817)	0.496
<i>Deterioro cognitivo</i>						
Sí	24 (30)	23 (69.6)	1 (4.2)	52.76	(6.58-423.01)	0.001
No	56 (70)	17 (30.4)	39 (95.8)	0.061	(0.091-0.410)	0.001
MEC	32.8 ± DE 2.51	31.65 ± DE 2.81	33.95 ± DE 1.45	-	-	0.445
MoCA	26.11 ± DE 2.41	24.8 ± DE 2.40	27.43 ± DE 1.57	-	-	0.248

Los valores se presentan en media ± desviación estándar o frecuencia absoluta (porcentaje) y valor p.

S12

Prevalencia de vacunación en el paciente adulto con enfermedades reumatológicas

Guzmán-De La Garza DE, Galarza-Delegado DA, Esquivel-Valerio JA, García-Arellano G, Moreno-Arquieta IA, Hernández-Galarza IJ

Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Las infecciones representan una de las comorbilidades más comunes en pacientes con enfermedades reumatológicas, al margen del

tratamiento inmunosupresor. Aunque la vacunación representa una de las medidas más eficaces para su prevención, la tasa de vacunación en este grupo de pacientes es aún subóptima.

Objetivos: Determinar la prevalencia de vacunación en los pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica de acuerdo con el esquema de vacunación del adulto.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, de autoinforme en línea a través de la plataforma de *Google forms*. Se incluyó a pacientes tratados en el contexto público y privado durante el periodo de agosto a diciembre de 2020. Las preguntas incluidas en la encuesta se encuentran en la **Tabla 1**.

Resultados: Se incluyó un total de 105 encuestas (**Tabla 1**). El 96% de los pacientes correspondió a mujeres, con una media de edad de 45.24 ± 13.44 años. El 55.3% de los pacientes se trató en el ámbito privado. El diagnós-

tico reumatológico más común fue artritis reumatoide (48.57% del total de pacientes). El 38.3% y el 50% de los pacientes tratados en el contexto público y privado, respectivamente, respondieron no tener un esquema de vacunación completo.

Tabla 1. Características de los pacientes y resultados de la encuesta. (S12)

		Público n = 47 (%)	Privado n = 58 (%)
Edad, media ± DE*		44.68 ± 14.64	45.74 ± 12.49
Género			
Masculino		3 (6.4)	1 (1.7)
Femenino		44 (93.6)	57 (98.3)
Diagnóstico, n (%)			
Artritis reumatoide		18 (38)	33 (57)
Lupus eritematoso sistémico		11 (23)	14 (24)
Osteoartritis		4 (9)	3 (5)
Otra enfermedad reumatológica		14 (30)	8 (14)
¿Se vacunó el ciclo 2019-2020 contra la influenza?	Sí	30 (63.8)	38 (65.5)
	No	17 (36.2)	20 (34.5)
¿Se ha vacunado alguna vez contra el neumococo?	Sí	16 (34.0)	19 (32.8)
	No	31 (66.0)	39 (67.9)
¿Se ha vacunado en los últimos 10 años contra el tétanos?	Sí	24 (51.1)	26 (44.8)
	No	23 (48.9)	32 (55.2)
¿Se ha vacunado alguna vez contra el virus del papiloma humano?	Sí	8 (17)	5 (8.6)
	No	39 (83.0)	53 (91.4)
¿Se ha vacunado alguna vez contra el virus de la hepatitis B?	Sí	10 (21.3)	13 (22.4)
	No	37 (78.7)	45 (77.6)
¿Usted tiene su esquema de vacunación completo?	Sí	13 (27.7)	3 (5.2)
	No	18 (38.3)	29 (50)
	No sé	16 (34.3)	26 (44.8)

Encuesta realizada para el trabajo: prevalencia de vacunación en el paciente adulto con enfermedades reumatológicas. Se divide la tabla en dos secciones que representan las consultas privada y pública del servicio de reumatología del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se recolectaron 47 respuestas de la consulta pública y 58 de la consulta privada. Se incluyeron edad media de la población estudiada, género, diagnóstico y seis preguntas recolectadas de la encuesta con sus respectivas respuestas.

Conclusiones: La tasa de vacunación en los pacientes con enfermedades reumatológicas es subóptima en las diferentes vacunas incluidas en el esquema de vacunación del adulto. Estos datos subrayan la importancia de instituir medidas de educación para médicos y pacientes enfocadas en reforzar el conocimiento sobre eficacia y seguridad en este grupo de pacientes.

Bibliografía

1. Thomas K, Vassilopoulos D. Immunization in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016 Oct;30(5):946-963.

S13

Impacto económico en pacientes con LES. Estudio piloto

Álvarez-Hernández E, Abril-Jaramillo SL, Valle-Apolinar S

Hospital General de México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria con afectación multiorgánica. Existen pocos estudios, pero en todos se establece un efecto económico elevado, con costos directos por paciente/año de 3 735 a 14 410 dólares. El LES no se considera un problema prioritario en los sistemas de salud. En México no hay cálculos del costo producidos por el LES.

Objetivos: Determinar el efecto económico del LES desde la perspectiva del paciente.

Material y métodos: Se estudió a pacientes con diagnóstico definido de LES. Se recabaron datos sociodemográficos y clínicos y se aplicaron cuestionarios de efecto socioeconómico (características laborales y económicas, de vivienda, tratamiento, estudios de laboratorio y gabinete, y hospitalizaciones). La actividad de la enfermedad se midió con Mex-SLEDAI y BILAG.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes. Hasta 26 (86.7%) fueron del sexo femenino, con 41 ± 9.8 años de edad, escolaridad de 10.3 ± 1.7 años y evolución de 7.9 ± 4 años. El ingreso familiar mensual fue de 8 988.33 ± 6 218.7, los costos mensuales directos fueron de 13 256.4 ± 19 923.4 (los gastos en hospitalización fueron los más importantes), los indirectos de 150 ± 243 y los totales de 13 406.9 ± 19 924.7 pesos. Gastos catastróficos en 12 (40%). En la **Tabla 1** se observan las relaciones y OR relacionadas con gastos catastróficos por órgano afectado. Los pacientes con gastos catastróficos tuvieron un Mex-SLEDAI basal mayor (14 ± 3.3) respecto de los que no los tuvieron (9.83 ± 4.08) (p = 0.006).

Tabla 1. Gastos catastróficos por sistema afectado (BILAG). (S13)

Sistema afectado	Con gastos catastróficos (12) n (%)	Sin gastos catastróficos (18) n (%)	p	OR (IC95%)
Constitucional (4)	1 (25)	3 (75)	0.632	0.45 (0.04-4.98)
Mucocutáneo (27)	9 (33.3)	18 (66.6)	0.054	0.13 (0.01-1.34)
Neuropsiquiátrico (4)	4 (100)	0 (0)	0.018	10.56 (1.07-104.12)
Musculosquelético (22)	8 (36.4)	14 (63.6)	0.678	0.57 (0.11-2.93)
Cardiopulmonar (4)	2 (50)	2 (50)	1.00	1.60 (0.19-13.24)
Renal (21)	10 (47.6)	11 (52.4)	0.249	3.18 (0.53-19.05)
Hematológico (14)	9 (64.3)	5 (35.7)	0.024	7.80 (1.48-41.22)

Conclusiones: El efecto económico del LES es considerable, sobre todo en los pacientes que requieren hospitalización. Un porcentaje elevado incurre en gastos catastróficos. Es necesario un estudio de mayor escala que incluya diferentes sistemas de obertura.

Bibliografía

1. Doria A, Amoura Z, Cervera R, Khamastha MA, Schneider M, Richter J, Guillemín F, et al. Annual direct medical cost of active systemic lupus erythematosus in five European countries. *Ann Rheum Dis.* 2014;73:154-60.
 2. Clarke AE, Esdaile JM, Bloch DA, Lacaille D, Danoff DS, Fries JF. A Canadian study of the total medical costs for patients with systemic lupus erythematosus and the predictors of costs. *Arthritis Rheum.* 1993;36:1548-59.

S14

Violencia en mujeres con enfermedades reumáticas durante embarazo y posparto

Espinosa-Bañuelos LG, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Pérez-Armendáriz SJ, Corral-Trujillo ME, Rodríguez-Chávez RA, Lujano-Negrete AY, Moyeda-Martínez R, Cárdenas-De La Garza JA, Galarza-Delgado DA

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma Nuevo León

Introducción: La violencia de género es un problema mundial. En México, 6 de cada 10 mujeres sufren violencia. Existen factores que aumentan la vulnerabilidad de violencia doméstica como el embarazo, estado socioeconómico, nivel educativo y enfermedades crónicas. La violencia representa un riesgo mayor para depresión, ansiedad, escasa adherencia al tratamiento y desenlaces obstétricos adversos.

Objetivos: Determinar la frecuencia de violencia doméstica en mujeres embarazadas o en posparto con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Mujeres embarazadas o en periodo posparto con enfermedades reumáticas pertenecientes a la Clínica de Embarazo y Enfermedades Reumáticas del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey. Se las evaluó entre agosto y octubre de 2020. La versión validada al español de *Hurt, Insulted, Threatened with Harm, Screamed scale* (HITS) se aplicó por vía telefónica (Tabla 1). La escala HITS evalúa en 4 preguntas la presencia de violencia por pareja en los últimos 12 meses. Una puntuación < 10 puntos se considera positiva.

Tabla 1. Características sociodemográficas y resultados de la escala HITS. (S14)

Características sociodemográficas	
Edad, años, media	27.5
Ocupación, n (%)	
Ama de casa	13 (54.1)
Empleada	6 (25)
Estudiante	4 (16.6)
Otros	1 (4.1)
Nivel educativo, n (%)	
Secundaria	11 (45.8)
Preparatoria	8 (33.3)
Licenciatura	5 (20.8)
Estado marital, n (%)	
Unión Libre	10 (41.6)
Matrimonio	8 (33.3)
Soltera	5 (20.8)
Divorciada	1 (4.1)
Estado, n (%)	
Posparto	18 (75)
Embarazo	6 (25)
Diagnóstico, n (%)	
Artritis reumatoide	13 (54.1)
Lupus eritematoso sistémico	3 (12.5)
Síndrome antifosfolípidos	2 (8.3)
Otros	6 (25)
Resultados de la escala HITS	
Respuestas por pregunta, media	
1. Reactivo para daño físico	1.04
2. Reactivo para insultos	1.45
3. Reactivo para amenazas	1.25
4. Reactivo para gritos	1.62
Total, media	5.378
Puntuación por intervalos, n (%)	
0-9 puntos	20 (83.3)
10-20 puntos	4 (16.6)

Resultados: Se incluyó a 24 mujeres, 6 (25%) embarazadas y 18 (75%) en posparto. Casi todas eran amas de casa (54.1%), con educación secundaria (45%). El estado marital más común fue la unión libre (41%). La escala fue positiva en 4 mujeres (16.6%), 2 mujeres refirieron ser víctimas de violencia sexual y 2 de violencia física/verbal.

Conclusiones: El 16% de esta muestra sufría violencia doméstica por sus compañeros íntimos. La búsqueda de violencia seguida de consejería y referencia temprana son medidas necesarias para mitigar las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia doméstica.

Bibliografía

- Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, Qin J. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies. *European Psychiatry*. 2019;55:90-101. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.10.005
- Debono C, Borg Xuereb R, Scerri J, Camilleri L. Intimate partner violence: psychological and verbal abuse during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(15-16):2426-2438. https://doi.org/10.1111/jocn.13564

S15

Frecuencia de hipertensión arterial pulmonar en pacientes con LES juvenil y relación con anticuerpos antifosfolípidos

Rivera-Navarro D, Arellano-Valdez CA, Méndez-Núñez M, Tlacuilo-Parra JA

Hospital de Pediatría, UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es el prototipo de enfermedad autoinmunitaria y multisistémica. El LES juvenil representa el 15% a 20% de los pacientes con LES que cursan con enfermedad agresiva y peor pronóstico. El compromiso cardiopulmonar se notifica en 7% a 31% como presentación inicial. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se define como una medida de presión de arteria pulmonar > 25 mmHg por cateterismo cardiaco derecho. La segunda causa más frecuente de HAP es la relacionada con enfermedades del tejido conectivo. Los anticuerpos antifosfolípidos (aPL) están presentes en un 30% a 40% de los pacientes con LES y se consideran el principal factor en el desarrollo de HAP.

Objetivos: Determinar la frecuencia de HAP en pacientes con LES juvenil y su vinculación con aPL.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, con participación de menores de 16 años con LES juvenil, en el que se determinó aPL, además de un ecocardiograma transtorácico para medir la presión arterial pulmonar y establecer así la relación entre positividad de aPL y HAP (Tabla 1).

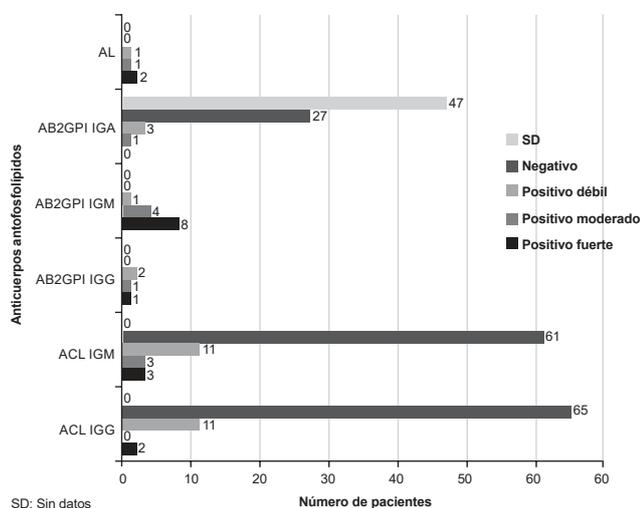
Tabla 1. Positividad de anticuerpos antifosfolípidos en pacientes con diagnóstico de LES juvenil que cursan con hipertensión arterial pulmonar. (S15)

Positividad de aPL	aCL IgG (%)	aCL IgM (%)	aβ2GPI IgG (%)	aβ2GPI IgM (%)	aβ2GPI IgA (%)
Débil	4 (5)	6 (7)	2 (2)	-	1 (1)
Moderado	-	1 (1)	-	-	-
Fuerte	1 (1)	1 (1)	-	4 (5)	-
Total	5 (6)	8 (10)	2 (2)	4 (5)	1 (1)

aPL, anticuerpos antifosfolípidos; aCL, anticardiolipinas; aβ2GPI, anti-β2 glucoproteína I.

Resultados: 36% de los pacientes tiene positividad a aPL. La anticardiolipina IgM fue el anticuerpo más señalado con 22%, seguida de la anticardiolipina IgG con 16% (Figura 1). El 26% tuvo un informe de HAP sin síntomas relacionados con ésta. Hasta 14% de la población tiene positividad a alguno de los aPL e HAP. El anticuerpo anti-β2-glucoproteína IgM con positividad fuerte se encontró en 5 pacientes con LES

Figura 1. Positividad de anticuerpos antifosfolípidos, segunda determinación. (S15)



juvenil y HAP. Ninguno de los pacientes tuvo ninguna manifestación trombotica adjunta.

Conclusiones: La HAP en pacientes con LES juvenil y positividad de aPL se identificó en el 14% y se manifestó de forma subclínica. Se desconoce el poder patogénico de los aPL en HAP, ya que ningún paciente desarrolló signos tromboticos.

Bibliografía

- Anuardo P, Verdier M, Gormezano NW, Ferreira GR, Leal GN, Lianza A, et al. Subclinical pulmonary hypertension in childhood systemic

lupus erythematosus associated with minor disease manifestations. *Pediatr Cardiol.* 2017;38:234-239.

- Chen HA, Hsu TC, Yang SC, Weng CT, Wu CH, Sun CY, et al. Incidence and survival impact of pulmonary arterial hypertension among patients with systemic lupus erythematosus: a nationwide cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2019;21:82.

S16

Perspectiva del paciente con artritis reumatoide sobre la salud sexual-reproductiva

Pascual-Ramos V, Valverde-Hernández SS, Guaracha-Basáñez G, Ledón-Llanes L, Contreras-Yáñez I, González-Marín A, Ballinas-Sánchez AJ, Durand M

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La salud sexual y reproductiva (SSR) altera la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide (AR). Existen pocos datos en pacientes mexicanos.

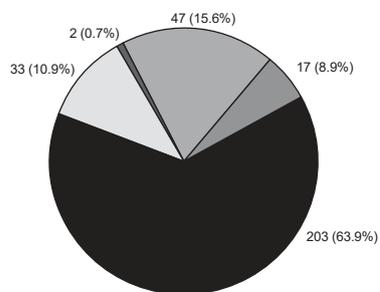
Objetivos: Explorar el interés de los pacientes ambulatorios con AR en abordar el tema de la SSR, evaluar su conocimiento y describir la conceptualización de los pacientes sobre la SSR.

Material y métodos: Se construyó un cuestionario *ad hoc* (9 preguntas con respuestas tipo Likert y 2 preguntas abiertas), el cual se aplicó por encuesta a 303 pacientes consecutivos (91.1% estuvo completo). Las preguntas abiertas evaluaron el conocimiento sobre salud sexual (SS) y salud reproductiva (SR) con base en criterios preestablecidos y dos evaluadores realizaron el análisis de contenido y asignaron 10 temas mayores emergentes obtenidos por consenso a cada descripción individual de SS y SR.

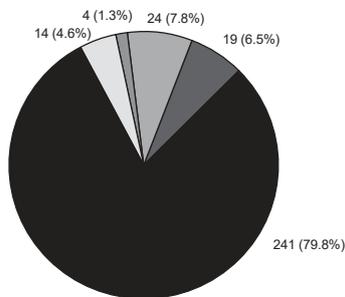
Resultados: Los pacientes fueron en su mayoría mujeres (89.8%), con edad (mediana, P25-P75) de 53 (44-63) años. La **Figura 1** resume las respuestas

Figura 1. Respuestas relevantes del cuestionario.(S16)

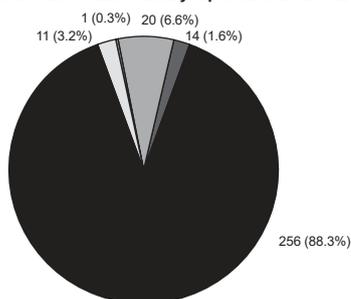
¿Qué tan importante considera usted la SSR para su estado de salud en general? n=302



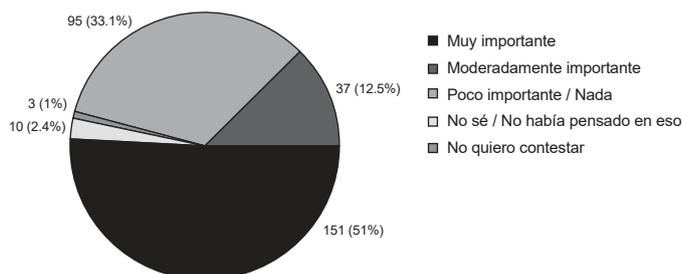
¿Qué tan importante considera usted recibir información sobre la SSR? n=302



¿Qué tan importante considera usted que el personal de salud que labora en el Instituto le proporcione información sobre salud sexual y reproductiva? n=302



¿Qué tan importante considera usted que el/la especialista con quien usted converse sobre su SSR sea una persona de su mismo sexo? n=296



relevantes. El 77.3% nunca abordó la SSR con su reumatólogo. Las mujeres concedieron menor importancia ($p = 0.039$) y menor satisfacción (0.011) a la SSR, en comparación con los hombres. La mayoría de los pacientes tuvo un conocimiento limítrofe sobre SS (73.7%) y SR (80.5%). La mayor edad y la menor educación se vincularon con conocimiento deficiente. La **Tabla 1** resume la distribución de los temas mayores para SS y SR; la mediana de temas para cada descripción de SS y SR fue de 1 (RIQ: 1-2).

Tabla 1. Distribución de los temas mayores para las descripciones de SS y SR. (S16)

	N° (%) de descripciones de SS con el tema mayor asignado	N° (%) de descripciones de SR con el tema mayor asignado
Información/conocimiento	37 (16.9)	21 (9.4)
Cuidado integral del paciente enfocado en la prevención	82 (37.4)	41 (18.4)
Planificación familiar	12 (5.5)	30 (13.5)
Salud en general	50 (22.8)	60 (26.9)
Bienestar	30 (13.7)	16 (7.2)
Relaciones interpersonales de pareja	31 (14.2)	11 (4.9)
Enfoque biomédico (mayoritariamente)	16 (7.3)	91 (40.8)
Enfoque psicosocial (mayoritariamente)	17 (7.8)	34 (15.2)
Expresión de la sexualidad	49 (22.4)	7 (3.1)
Integración de aspectos biopsicosociales	9 (4.1)	3 (1.3)

Conclusiones: La SSR requiere mayor atención en los pacientes mexicanos con AR.

S17

Perfil clínico y complicaciones de neumonías en lupus eritematoso sistémico

Mendoza-Vargas LA, Echeverría-González G, Fajardo-Hermosillo LD, Hernández-González JM, Saucedo-Sánchez AM, López-López CP, Sepúlveda-Cantú H

Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las infecciones graves causan morbimortalidad considerable en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y la neumonía es la principal causa.

Objetivos: Evaluar el perfil clínico y los desenlaces de neumonías en pacientes hospitalizados con LES.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo que incluyó a pacientes ≥ 18 años hospitalizados en un centro de tercer nivel con diagnóstico de LES de acuerdo con criterios SLICC 2012, durante el periodo 2017-2019. Se evaluaron características demográficas, comorbilidades, SLEDAI 2K y tratamiento inmunosupresor. Las neumonías se clasificaron en adquirida en la comunidad (NAC) o relacionada con cuidados de salud (NACS), con descripción de perfil clínico, escalas de gravedad (CURB 65/ PSI) y desenlaces finales. Se realizó un análisis univariado-multivariado de dichas variables (**Tablas 1 y 2**).

Resultados: Se analizó a 162 pacientes, de los cuales 59 tuvieron neumonía (36%). El 84.7% correspondió a mujeres y 15.3% a hombres con edad media de 38 años y mediana de SLEDAI 2K de 8 puntos; 91.5% con prednisona (dosis mediana de 30 mg/día). La comorbilidad más frecuente

Tabla 1. Análisis univariado de variables con neumonía adquirida en la comunidad ($n = 36$). (S17)

	Sí	No	p
Choque séptico, n (%)	5 (13.9)	31 (86.1)	> 0.001
Ventilación mecánica invasiva, n (%)	4 (11.1)	32 (88.9)	0.001
SLEDAI 2K, media + DE	7.3 ± 6.7	13.5 ± 11.6	0.01
SLICC ACR Damage Index, media + DE	3.5 ± 2.7	4.1 ± 3.3	0.46
Muerte, n (%)	4 (11.1)	32 (88.9)	0.02

Tabla 2. Análisis univariado de variables con neumonía relacionada con cuidados de la salud ($n = 23$). (S17)

	Sí	No	p
Choque séptico, n (%)	14 (60.9)	9 (39.1)	> 0.001
Ventilación mecánica invasiva, n (%)	12 (52.2)	11 (47.8)	0.001
SLEDAI 2K, media + DE	13.5 ± 11.6	7.3 ± 6.7	0.01
SLICC ACR Damage Index, media + DE	4.1 ± 3.3	3.5 ± 2.7	0.46
Muerte, n (%)	9 (39.1)	14 (60.9)	0.02

fue hipertensión arterial sistémica (49.2%). La NAC se encontró en 61% y la NACS en 39%, con la disnea como la manifestación más frecuente (74.6%). La gravedad más frecuente fue CURB 65 y PSI, ambos de bajo riesgo (57.6% y 55.9%, respectivamente). Los desenlaces fueron choque séptico (32.2%), requerimiento de ventilación mecánica invasiva (27.1%) y muerte (22%). Se encontró relación en NACS con mayor SLEDAI 2K de 13.5 contra 7.3 puntos con aquellos que no presentaban este tipo de neumonía con una $p < 0.05$.

Conclusiones: Las neumonías en LES provocan morbimortalidad elevada y se relaciona un mayor SLEDAI 2K con una mayor frecuencia de NACS.

Bibliografía

- García-Guevara G, Ríos-Corzo R, Díaz-Mora A, López-López M, Hernández-Flores J, Fragoso-Loyo H, et al. Pneumonia in patients with systemic lupus erythematosus: epidemiology, microbiology and outcomes. *Lupus*. 2018;27(12):1953-9.
- Rúa-Figueroa I, López-Longo J, Galindo-Izquierdo M, Calvo-Alén J, Del Campo V, Olivé-Marqués A, et al. Incidence, associated factors and clinical impact of severe infections in a large, multicentric cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;47(1):38-45.

S18

Mejor calculadora cardiovascular para predecir geometría ventricular en artritis reumatoide

Lugo-Pérez S¹, Azpiri-López JR¹, Galarza-Delgado DA², Colunga-Pedraza IJ², Dávila-Jiménez JA³, Guajardo-Jáuregui N², Rodríguez-Romero AB², Cárdenas-De La Garza JA², Azpiri-Díaz H¹, Cepeda-Ayala OA¹, García-Heredia A¹

⁽¹⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: En pacientes con artritis reumatoide (AR) existe una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y sólida relación con anomalías del remodelado ventricular, además de variaciones entre calculadoras de riesgo cardiovascular (RCV).

Objetivos: Determinar la calculadora de RCV que mejor prediga alteraciones de la geometría ventricular en AR.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal en 108 pacientes con AR (40-75 años, ACR/EULAR 2010). Se compararon las calculadoras QRISK3, OMNIBUS, Framingham Risk Score Lípidos (FRSL), Framingham Risk Score IMC (FRS-IMC) y Reynolds Risk Score (RRS). Se determinaron el rendimiento diagnóstico (curvas ROC) y la capacidad diferenciadora mediante el área bajo la curva (AUC), IC95%. El ecocardiograma fue la norma de referencia diagnóstica.

Resultados: La prevalencia de alteraciones en la geometría ventricular fue de 38.9%. QRISK3 registró AUC de 0.656 (IC95%, 0.550-0.762; $p = 0.006$), punto de corte ≥ 4.6 , sensibilidad de 73.8% y especificidad de 54.5%, y razón de verosimilitud de + 1.62. FRS-IMC mostró AUC de 0.653 (IC95%, 0.543-0.762; $p = 0.008$), punto de corte ≥ 11.02 , sensibilidad y especificidad de 61.9% y 57.6%, respectivamente, y razón de verosimilitud de + 1.46. OMNIBUS mostró AUC de 0.635 (IC95%, 0.525-0.746; $p = 0.018$), punto de corte ≥ 3.8 , sensibilidad y especificidad de 57.1% y 68.2%. Por su parte, RRS tuvo AUC 0.644 (IC95%, 0.534-0.755; $p = 0.012$), punto de corte de 2.25, sensibilidad de 47.6% y especificidad 78.8%, y razón de verosimilitud de + 2.24 (Figura 1 y Tabla 1).

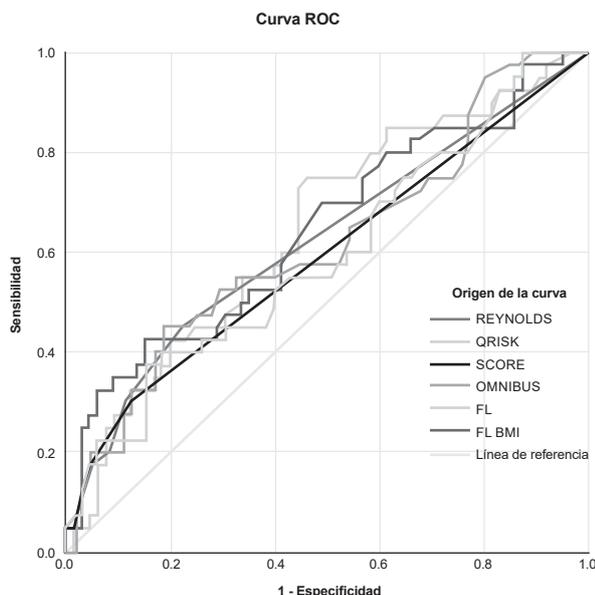
Tabla 1. Capacidad diferenciadora de las distintas calculadoras de riesgo cardiovascular. (S18)

Calculadoras (puntos de corte)	AUC	IC95%		p	Sensibilidad	Especificidad
		Límite inferior	Límite superior			
QRISK (≥ 4.60)	0.646	0.537	0.754	0.012	73.8%	54.5%
SCORE	0.591	0.475	0.706	NS	-	-
OMNIBUS (≥ 3.80)	0.621	0.509	0.734	0.038	57.1%	68.2%
FRSL	0.594	0.480	0.707	NS	-	-
FRS-BMI (≥ 11.02)	0.642	0.530	0.754	0.015	61.9%	57.6%
RRS (≥ 2.25)	0.627	0.514	0.741	0.029	47.6%	78.8%

NS, no significativo; FRSL, Framingham Risk Score Lípidos; FRS-IMC, Framingham Risk Score IMC; RRS, Reynolds Risk Score.

Conclusiones: La calculadora QRISK3 mostró mayor capacidad diferenciadora. Sin embargo, todas las calculadoras demostraron la necesidad de un punto de corte menor para predecir alteraciones en la geometría ventricular.

Figura 1. Curvas ROC de las diferentes calculadoras de riesgo cardiovascular. (S18)



Bibliografía

1. Pascale V, Finelli R, Giannotti R, Coscioni E, Izzo R, Rozza F, et al. Cardiac eccentric remodeling in patients with rheumatoid arthritis. *Sci Rep.* 2018;8(1):5867.

S19

El patrón ultrasonográfico de afectación enteseal puede diferenciar la gota de la espondiloartritis (SpA)

Ventura-Ríos L¹, Gallegos-Nava S², Gómez-Ruiz C³, Rodríguez-Henríquez P⁴, Hernández-Díaz C¹, Vázquez-Mellado J³, Casasola-Vargas J³, Cazenave T⁵, De Miguel E⁶, Silva-Luna K⁷

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽²⁾Hospital Darío Fernández, ISSSTE, ⁽³⁾Hospital General de México, ⁽⁴⁾Hospital Manuel Gea González, ⁽⁵⁾Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, ⁽⁶⁾Hospital La Paz, ⁽⁷⁾Hospital Universitario, Nuevo León, Monterrey

Introducción: Poco se ha estudiado la capacidad diferenciadora de la ultrasonografía (US) en relación con la entesis.

Objetivos: Comparar los hallazgos del US entesal con base en el MASEI entre pacientes con SpA y gota.

Material y métodos: En este estudio transversal se seleccionaron videos grabados de 30 pacientes con SpA diagnosticados según los criterios ASAS y 30 pacientes con gota establecida por la demostración de cristales de urato monosódico. Las entesis de estos pacientes se evaluaron con US de lesiones elementales que incluye el MASEI en dos institutos en México y Argentina. Se registraron datos demográficos y clínicos. Se realizó un ejercicio de confiabilidad entre seis ecografistas con el uso de videos.

Resultados: La edad media en ambos grupos no tuvo diferencias significativas; más mujeres tuvieron SpA y más hombres gota. Los pacientes con SpA mostraron alta disfunción y disminución de la movilidad espinal por >B>ASDAI y BASMI. En todas las entesis, excepto en el tendón de Aquiles, se observaron con mayor frecuencia cambios estructurales, engrosamiento y calcificaciones en el grupo de gota respecto de SpA. La señal Doppler de poder fue significativamente mayor en el tendón rotuliano distal y el tendón de Aquiles en el grupo de SpA. Los percentiles del puntaje MASEI al 25%, 50% y 75% fueron mayores en pacientes con Spa en comparación con gota, aunque sin diferencias significativas. La concordancia entre lectores fue excelente (0.93; IC95%, 0.87-0.96; $p = 0.001$).

Conclusiones: El índice MASEI muestra un patrón de lesiones elementales diferente entre gota y SpA; con gota predominaron los cambios estructurales crónicos en las entesis y en SpA más inflamación representada por Doppler y más erosiones óseas.

Bibliografía

1. Expósito Molinero MR, de Miguel Mendieta E. Discriminant validity study of ultrasound achilles entesis. *Reumatol Clin.* 2016;12:206-9.
2. De Miguel E, Cobo T, Muñoz-Fernández S, Naredo E, Uson J, Acebes JC, et al. Validity of entesis ultrasound assessment in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:169-174.

S20

Estado nutricional en mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas autoinmunes

Moyeda-Martínez R¹, Ancer-Rodríguez PR², Herrera-López MG³, Skinner-Taylor CM¹, Pérez-Barbosa L¹, Rodríguez-Chávez RA¹, Espinosa-Bañuelos LG¹, Lujano-Negrete AY¹, Barriga-Maldonado ES¹, Cárdenas-De La Garza JA¹, Galarza-Delgado DA¹

⁽¹⁾Departamento de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Clínica de Nutrición, Departamento

de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Introducción: Los trastornos nutricionales se acompañan de resultados letales y obstétricos adversos. Las mujeres con enfermedades reumatólogicas autoinmunitarias (ERA) tienen mayor riesgo de sufrir resultados obstétricos y perinatales adversos.

Objetivos: Describir la ingestión de micronutrientes y frecuencia de trastornos nutricionales en gestantes con ERA de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario, Monterrey, NL.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Nutricionistas clínicos certificados evaluaron a las pacientes desde febrero del 2019 hasta agosto del 2020. Se tomaron medidas antropométricas y se calculó el índice de masa corporal (IMC). La ingestión de calorías, macronutrientes y micronutrientes se clasificó de acuerdo con la ingestión dietética de referencia (IDR). Para la evaluación dietética se utilizó un recordatorio de 24 horas y también el software Nutrimind.

Resultados: Se incluyó a 34 pacientes. El consumo de nutrientes según el estado nutricional y la información demográfica se muestran en la **Figura 1** y la **Tabla 1**, respectivamente. La anomalía nutricional más frecuentes fue la diabetes mellitus gestacional (n = 4, 11.76%). El IMC gestacional se clasificó como bajo peso en 3 (8.82%), normal en 14 (41.18%), sobrepeso en 11 (32.35%) y obesidad en 6 (17.64%) pacientes. La ingestión de micronutrientes fue deficiente en la mayoría de los pacientes, incluidos hierro en 94%, ácido fólico en 79%, zinc en 77% y calcio en 67%.

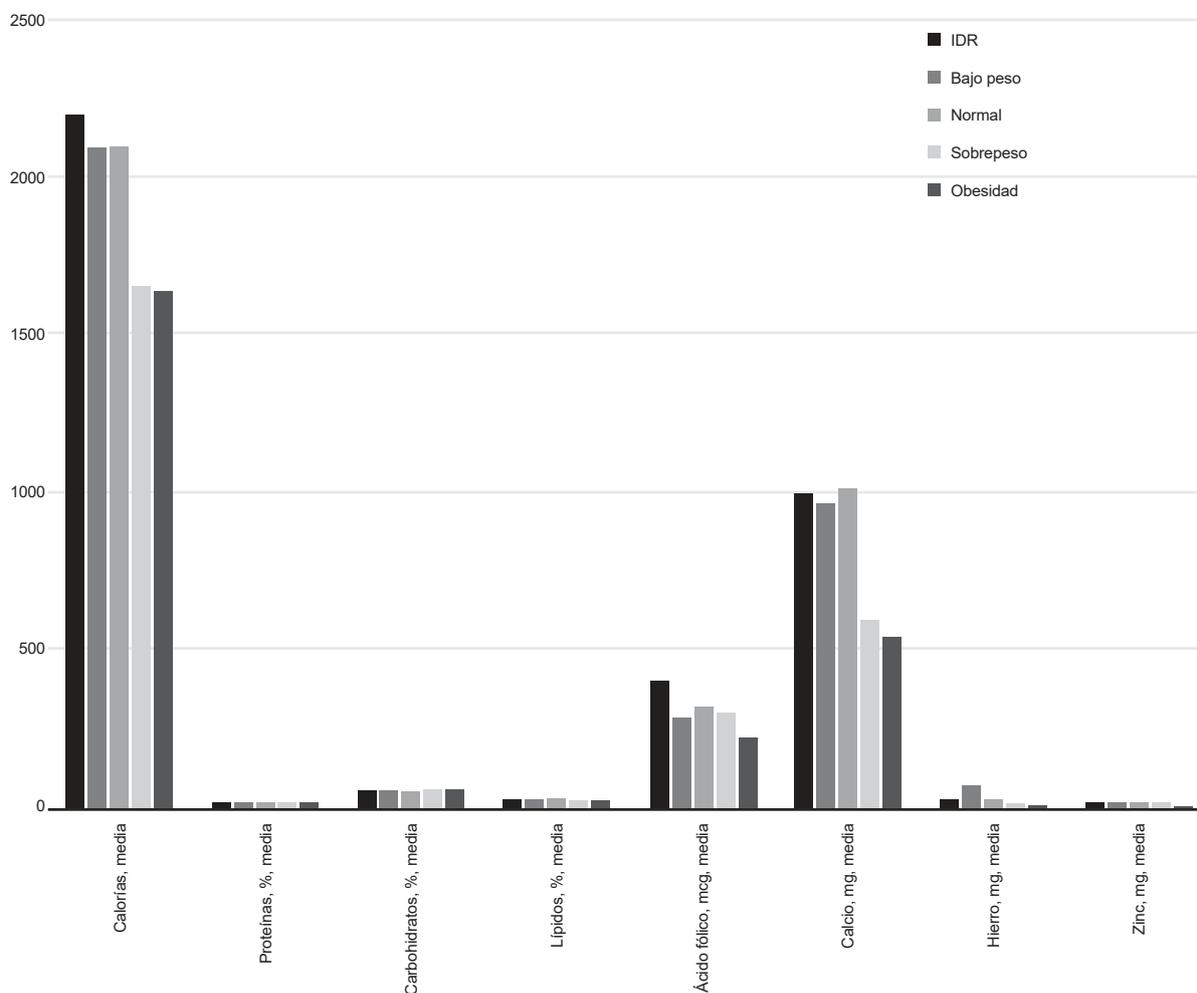
Tabla 1. Características de las pacientes. (S20)

Edad, años, media ± DE	27.08 ± 6.19
Semanas de embarazo, media ± DE	21.21 ± 10.68
Diagnóstico, n (%)	
Artritis reumatoide	13 (38.23)
Lupus eritematoso sistémico	6 (17.65)
Síndrome antifosfolípido	6 (17.65)
Artritis idiopática juvenil	4 (11.76)
Otros	5 (14.70)
Altura, m, media ± DE	1.55 ± 0.07
Peso pregestacional, kg, media ± DE	61.76 ± 16.18
Peso gestacional, kg, media ± DE	65.4 ± 13.94
IMC pregestacional, kg/m ² , media ± DE	25.52 ± 5.59
IMC gestacional, kg/m ² , media ± DE	27.74 ± 6.14

DE, desviación estándar. Otros: *síndrome de Sjögren*, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, dermatomiositis, esclerosis sistémica. IMC, índice de masa corporal.

Conclusiones: Se identificó una frecuencia elevada de trastornos del peso. La mayoría de los pacientes tenía un consumo de micronutrientes inferior

Figura 1. Consumo de nutrientes de acuerdo con el estado nutricional.(S20)



al recomendado por las guías internacionales. La evaluación nutricional anterior a la concepción puede ayudar a detectar a pacientes de alto riesgo.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Perinatología (México), Rincón-Gómez I, Morales-Chomina YA, Espinosa-Velasco MJ, Zárate A, Hernández-Valencia M. Perinatología y reproducción humana. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatol y Reprod Humana*. 2014;28(3):159-166. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007.
2. Østensen M, Andreoli L, Brucato A, et al. State of the art: reproduction and pregnancy in rheumatic diseases. *Autoimmun Rev*. 2015;14(5):376-386. doi:10.1016/j.autrev.2014.12.011

S21

Características de recién nacidos hijos de madres con enfermedades reumáticas

Jirón-Mendiola KV¹, Villarreal-Treviño AV², García-Rodríguez F², Romero-López M³, Pérez-Barbosa L⁴, Skinner-Taylor C⁴, Hernández-Castro F⁵, Medina-De La Cruz Y⁶, De La O-Cavazos M⁷, Galarza-Delgado D⁸, Rubio-Pérez N⁹

⁽¹⁾Reumatología Pediátrica, ⁽²⁾Profesor de la Especialidad de Reumatología Pediátrica, ⁽³⁾Médico Pasante de Reumatología, ⁽⁴⁾Profesor de Reumatología, ⁽⁵⁾Profesor de Obstetricia/Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario Dr. José E. González, ⁽⁶⁾Pediatra neonatólogo, ⁽⁷⁾Jefe de Servicio de Pediatría, ⁽⁸⁾Profesor Titular de la Especialidad de Reumatología, ⁽⁹⁾Profesor Titular de la Especialidad de Reumatología Pediátrica

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) afectan de manera predominante a mujeres en edad fecunda, incluidos LES y AR. Las ERA maternas se han relacionado con abortos tempranos y tardíos, partos prematuros y recién nacidos con bajo peso al nacer, lo que altera después su desarrollo neurológico.

Objetivos: Describir las características de los recién nacidos de mujeres con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Estudio prospectivo entre julio de 2017 y noviembre de 2020 de niños nacidos de mujeres con ERA tratadas en la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas CEER.

Resultados: Se incluyó a 53 recién nacidos de 48 mujeres con ERA, dos de ellos gemelares y un embarazo de trillizos. La ERA más frecuente fue AR en 21 (39.6%) (Tabla 1). Nacieron con mediana de EG 36 3/7 semanas, 42 nacidos (79.2%) por cesárea y 33 (62.2%) de sexo femenino. Fueron de pretérmino tardío 27 (47%), 2 de ellos con prematuridad extrema (3.7%). Según la tabla de crecimiento de Fenton, 12 de ellos se clasificaron como de BPN. Dos requirieron oxígeno complementario mediante CPAP y casco cefálico en la UCIN. La mortalidad registrada fue del 7.5%. Se identificó un RN con lupus neonatal y BAV completo (Tabla 2).

Tabla 1. Enfermedades reumáticas autoinmunitarias del estudio. (S21)

ERA	N = 53	Recién nacidos	Anomalías
AR	21	1 (1.8 %)	Policitemia
LES	8	0	Normal
Sjögren	3	1 (1.8%)	Conducto arterioso persistente
SAF	9	1 (1.8%)	Cardiopatía cianógena
Asintomática	2	1 (1.8%)	Bloqueo AV neonatal
LES + SAF	1	0	Normal
Dermatomiositis	2	0	Normal
Otras	7	0	Normal

AR, artritis reumatoide; ERA, enfermedad reumática autoinmunitaria; SAF, síndrome antifosfolípidos; LES, lupus eritematoso sistémico; AV, auriculoventricular.

Tabla 2. Características de los recién nacidos de madres con ERA. (S21)

ERA	n = 53	BPN	RNpr	RNT	PEG	Oxígeno complementario
AR	21	2	11	10	2	0
LES	8	1	2	6	2	1
AIJ	2	2	2	2	0	0
S. Sjögren	3	1	2	1	0	0
SAF	9	3	4	5	2	1
Fibromialgia	3	1	2	1	0	0
Poliartralgia indiferenciada	1	1	0	1	0	0
Asintomática	2	0	1	1	0	0
LES + SAF	1	0	1	0	0	0
Dermatomiositis	2	1	1	0	1	0
AR indiferenciada	1	0	1	0	0	0

AR, artritis reumatoide; ERA, enfermedad reumática autoinmunitaria; SAF, síndrome antifosfolípidos; LES, lupus eritematoso sistémico; AIJ, artritis idiopática juvenil; AV, auriculoventricular.

Conclusiones: Los datos recolectados hasta la fecha de esta cohorte de niños demostraron prematuridad en la mitad de los nacimientos; sin embargo, casi todos eran de pretérmino tardío y con bajo porcentaje de hospitalización posterior al nacimiento. Se requieren seguimientos extensos para obtener más datos sobre el efecto de las ERA en los recién nacidos.

Bibliografía

1. Ostensen M, Brucato A, Carp H, Chambers C, Dolhain RJ, Doria A, et al. Embarazo y reproducción en enfermedades reumáticas autoinmunes. *Reumatología (Oxford)*. 2011;50:657-64.

S22

Respuesta al tratamiento inicial en pacientes con miopatía inmunomediada (MI). Evaluación a 2 años de seguimiento

Amaya-Estrada JL, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Chavira-Flores MV, Guerrero-Solís C

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

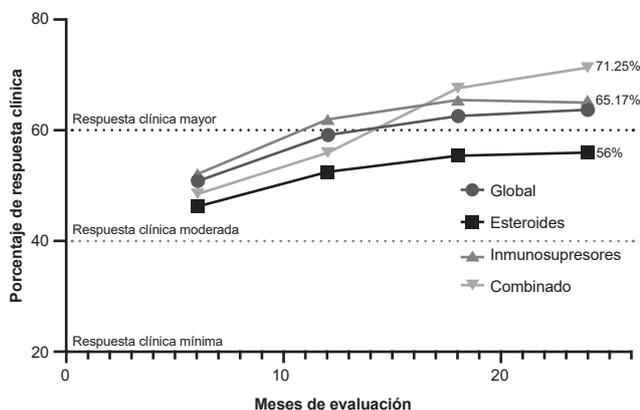
Introducción: Las MI son padecimientos poco frecuentes y heterogéneos, con respuesta variable al tratamiento que depende del tipo de miositis, el tiempo de evolución y la línea terapéutica inicial.

Objetivos: Analizar la respuesta al tratamiento inicial en los pacientes con MI durante los primeros dos años de evolución. Determinar el porcentaje de respuesta clínica mayor, moderada o falla de acuerdo con la línea terapéutica.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de la cohorte de los autores con MI activos sin tratamiento previo y se analizó la respuesta al tratamiento inicial a 24 meses. Se registraron características clínicas y serológicas. Se evaluó el porcentaje de respuesta clínica mayor, moderada o mínima según IMACS (Figura 1).

Resultados: Los 56 pacientes tuvieron diagnósticos de DM (22), PM (16), DMJ (9), relacionada con cáncer (5), antisintetasa (3), necrosante (2), cuerpos de inclusión (1) y amioipática (1), con tiempo de evolución de 136.47 meses. El tratamiento inicial consistió en esteroides (16.4%), inmunosupresor de primera línea más esteroide (77.96%) o inmunosupresor de segunda línea más biológico o gammaglobulina (5.08%). Se observó buena respuesta (clínica mayor y moderada) en 63.73% (mejor respuesta en el grupo de biológicos/inmunoglobulina con 71.25%). A los 24 meses, 50.85% mantenía el mismo tratamiento, 39% lo redujo o suspendió por mejoría y 22.03% sufrió

Figura 1. Porcentaje de respuesta clínica en los distintos grupos de tratamiento a los 6, 12, 18 y 24 meses de seguimiento. (S22)



falla terapéutica y fue necesario intensificarlo; en particular, el grupo de esteroides solos requirió aumentar la intensidad de tratamiento (Tabla 1). No se observaron recaídas durante este tiempo de seguimiento.

Tabla 1. Modificación del tratamiento a los 24 meses. (S22)

Modificaciones a los 24 meses en el tratamiento inicial			
	Inicial (n)	Reducción por mejoría	Incremento por falla
Esteroides	10	3 (30 %)	4 (40 %)
Esteroides + inmunosupresores	46	6 (13.04 %)	8 (17.39 %)
Inmunosupresores + biológico/ inmunoglobulina	3	1 (33.33 %)	N/A

Conclusiones: En esta cohorte, un alto porcentaje de pacientes tuvo respuesta adecuada al tratamiento inicial. Según lo descrito en las publicaciones médicas, la respuesta fue mejor en los pacientes tratados con inmunosupresores más esteroides y sólo 5% necesitó tratamiento biológico/ inmunoglobulina, con buena respuesta.

Bibliografía

- González-Bello Y, García-Valladares I, Reyes-Pérez IV, García-Cerda D, Medrano-Ramírez G, Navarro-Zarza JE, et al. Myositis-specific antibodies and myositis-associated antibodies in patients with idiopathic inflammatory myopathies from the PANLAR Myositis Study Group. *JCR J Clin Rheumatol*. 2020.
- Landon-Cardinal O, Bachasson D, Guillaume-Jugnot P, Vautier M, Champtiaux N, Hervier B, et al. Relationship between change in physical activity and in clinical status in patients with idiopathic inflammatory myopathy: a prospective cohort study. *Semin Arthritis Rheum*. 2020;50(5):1140-9.

S23

Seguridad de etanercept biocomparable en pacientes con enfermedades reumáticas

Rivera-Terán V¹, Alpizar-Rodríguez D²

⁽¹⁾Monitora BIOBADAMEX, ⁽²⁾Unidad de Investigación CMR

Introducción: En México hay acceso a fármacos biológicos biocomparables desde el 2014. La información sobre su seguridad en la vida real es limitada en este país.

Objetivos: Comparar la seguridad del etanercept biocomparable (ETNbc) con etanercept original (ETNo) según los episodios adversos presentados, con base en información del Registro Mexicano de Acontecimientos Adversos (BIOBADAMEX).

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de 18 a 65 años en tratamiento con ETNo o ETNbc. Se analizaron la frecuencia de los episodios adversos (EA), gravedad y desenlace. Se usó un modelo de regresión logística para analizar las relaciones univariadas y multivariadas.

Resultados: Al momento del análisis, 119 pacientes recibieron tratamiento con ETNo y 38 con ETNbc. La media de seguimiento fue de 1.35 años. Las enfermedades más comunes fueron artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (AP). Ambos grupos tuvieron características basales similares (Tabla 1). Los EA ocurrieron en 4 (3.4%) pacientes con ETNo y 6 (15.8%) con ETNbc (OR, 0.2; IC95%, 0.04-0.7). El EA más frecuente en el grupo de ETNo fue la reacción alérgica e infecciones en el grupo de ETNbc. Ningún paciente en el grupo de ETNo tuvo EA graves en comparación con 2 en el grupo de ETNbc (p = 0.012). En el análisis multivariado se encontró que el uso de ETNbc (OR, 4.6; IC95%, 1.1-19.5) y las comorbilidades (OR, 4.6; IC95%, 1.01-20.5) se vincularon con el desarrollo de EA. El consumo de glucocorticoides no tuvo significancia estadística.

Conclusiones: En este estudio, los EA fueron más frecuentes y graves en pacientes con consumo de ETNbc comparados con pacientes con ETNo.

Tabla 1. Características basales (n = 157). (S23)

	Etanercept original (n = 119)	Etanercept biocomparable (n = 38)	Análisis univariado ^a OR (CI95%)
Sexo (femenino), n (%)	98 (82.4)	27 (71.0)	1.9 (0.8-4.4)
Edad, mediana (RIC)	53.6 (45-61)	51.3 (43-58)	1.0 (0.9-1.0)
Índice de masa corporal, mediana (RIC)	27.5 (23.4-32.5)	26.7 (24-29)	1.0 (0.9-1.1)
Diagnóstico, n (%):			
Artritis reumatoide	98 (82.4)	26 (68)	1
Espondilitis anquilosante	13 (10.9)	9 (24.0)	0.3 (0.1-0.9)
Artritis psoriásica	8 (6.9)	3 (8.0)	0.7 (0.1-2.8)
Comorbilidades, n (%):	41 (34.5)	14 (40.0)	0.3 (0.3-1.5)
Uso previo de biológicos, n (%):	95 (79.8)	16 (42.1)	5.4 (2.5-11.9)
Uso de glucocorticoides, n (%):	45 (37.8)	22 (57.8)	0.4 (0.2-0.9)
Uso de FARME, n (%):	94 (78.9)	35 (92.1)	0.3 (0.1-1.1)
Episodios adversos, ^b n (%):	4 (3.4)	6 (15.8)	0.2 (0.04-0.7)
Graves, ^b n (%):	0 (0)	2 (5.3)	p = 0.012 ^c
Infecciones, ^b n (%):	1 (0.8)	2 (5.3)	0.15 (0.1-1.7)
Reacciones alérgicas, ^b n (%):	3 (2.5)	1 (2.6)	0.9 (0.1-9.5)

^aAnálisis de regresión logística univariado. ^bAcumulado al momento del análisis.

^cPrueba de ji cuadrada.

S24

Índices de comorbilidad en gota

Panamá-Hernández M, Gómez-Ruiz C, Peláez-Ballestas I, Sánchez-Rodríguez A, Álvarez-Hernández E, Vázquez-Mellado J

Servicio de Reumatología, Hospital General de México

Introducción: La gota se vincula con múltiples comorbilidades que determinan riesgos a mediano y largo plazos. Diversos índices de han usado para evaluarlas.

Objetivos: Determinar en la visita basal de los pacientes con gota de la cohorte GRESGO diversos índices de comorbilidad, correlación entre ellos y factores adjuntos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Con variables de la visita basal (n = 500), se calcularon los índices de Charlson, COUNT, *Functional comorbidity index* (FCI), *Rheumatic disease comorbidity index* (RDCI) y RDCIm (modificado para gota) en el cual se agregaron obesidad y función renal. Además, se obtuvieron variables demográficas, clínicas, relacionadas con tratamiento previo, clinimetría y puntuaciones de riesgo cardiovascular (Framingham y *American Heart Association*). Análisis estadístico: prueba t, χ^2 , correlación lineal, análisis multivariado.

Resultados: Hombres con 94%, edad (promedio \pm DE) y duración de la enfermedad de 47 \pm 13 y 13 \pm 10 años, respectivamente, 69% con gota tófica. Enfermedades relacionadas más frecuentes: obesidad (81%) e hipertrigliceridemia (74%). Los índices tuvieron alta correlación entre ellos (0.403-0.803). Según los valores de RDCIm, se conformaron dos grupos (Tabla 1): RDCIm alto con > puntuación en todos los índices de comorbilidad y > porcentaje de alteraciones metabólicas pero no > riesgo cardiovascular. Los pacientes con RDCIm alto tuvieron significativamente > nivel socioeconómico, más articulaciones dolorosas, > gravedad de gota, > ansiedad y depresión.

Tabla 1. Valores de RDCIm. (S24)

	RDCIm bajo < 2.5 % (n) 49.4 (247)	RDCIm alto \geq 2.5 % (n) 50.6 (253)	Valor de P
Nivel socioeconómico/AMAI	92.35 (44.6)	110.00 (52.2)	.036
Crisis agudas/año	5.8 (8.2)	8.25 (13.2)	.008
Articulaciones dolorosas	2.8 (5.6)	4.00 (6.5)	.035
EVA estado de salud, px	3.5 (2.8)	4.3 (2.9)	.005
EQ5D, alt. movilidad % (n)	51.4 (127)	63.2 (160)	.011
EQ5D, alt. actividades cotidianas % (n)	41.2 (101)	51.0 (129)	.031
EQ5D, ansiedad y depresión, % (n)	35.5 (87)	52.6 (133)	.000
Urato basal, media (DE)	7.8 (2.17)	8.4 (2.1)	.003

Conclusiones: Los índices de comorbilidad tienen buena correlación entre sí; RDCIm es útil para la valoración de los pacientes con gota.

Bibliografía

- England BR, Sayles H, Mikuls TR, et al. Validation of the rheumatic disease comorbidity index. *Arthritis Care Res* (Hoboken). 2015;67(6): 865-872.
- Spaetgens B, Wijnands JM, van Durme C, et al. Content and construct validity of the Rheumatic Diseases Comorbidity Index in patients with gout. *Rheumatology* (Oxford). 2015;54(9):1659-1663.

S25

Desarrollo de placa carotídea en artritis reumatoide: seguimiento a 5 años

Rodríguez-Romero AB¹, Galarza-Delgado DA¹, Azpiri-López JR², Colunga-Pedraza IJ¹, Lugo-Pérez S², Guajardo-Jáuregui N¹, Cárdenas-De La Garza JA¹, Garza-Acosta AC³

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Radiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) son más susceptibles de sufrir infarto agudo al miocardio asintomático y muerte cardíaca

súbita. La placa carotídea (PC) en pacientes con AR ha demostrado ser predictor de futuros efectos cardiovasculares y se considera un equivalente de enfermedad aterosclerótica.

Objetivos: Comparar las características entre los pacientes que desarrollaron PC a cinco años de seguimiento y los que no.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a 37 pacientes con diagnóstico de AR que cumplieran criterios ACR/EULAR 2010. Se definió PC como un engrosamiento focal \geq 0.5 mm o un grosor íntima-media carotídeo \geq 1.2 mm. Comparaciones con χ^2 , T de Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: De los 37 pacientes, 21 (56.8%) desarrollaron placa carotídea después de cinco años de seguimiento. Las características demográficas se hallan en la Tabla 1. Se encontró diferencia significativa en la edad (62.1 vs. 55.6, p = 0.044), dislipidemia (5 vs. 0, p = 0.047), diabetes mellitus (5 vs. 0, p = 0.047) y valores séricos de triglicéridos (169.5 vs. 112.0, p = 0.028).

Conclusiones: Los pacientes que desarrollaron PC eran de mayor edad, tenían mayor prevalencia de diabetes mellitus y dislipidemia, por lo que se debe hacer énfasis en el control estricto de estos factores de riesgo cardiovascular. Se debe individualizar la realización del ultrasonido carotídeo de acuerdo con el riesgo cardiovascular de los pacientes.

Bibliografía

- Crowson CS, Rollefstad S, Ikdahl E, Kitas GD, van Riel P, Gabriel SE, et al. Impact of risk factors associated with cardiovascular outcomes in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(1):48-54.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes. (S25)

	Formación de placa carotídea durante seguimiento		p
	Sí (n = 21)	No (n = 16)	
Edad al final de seguimiento	62.1 10.8	55.6 8.1	0.044
Género femenino, n (%)	19 (90.5)	15 (93.8)	NS
FRCV durante seguimiento, (n%)			
Hipertensión arterial	13 (61.9)	5 (31.3)	0.065
Dislipidemia	5 (23.8)	0 (0)	0.047
Diabetes mellitus	5 (23.8)	0 (0)	0.047
Tabaquismo activo	1 (4.8)	1 (6.3)	NS
Sobrepeso/obesidad	12 (63.2)	12 (80)	NS
Características AR			
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	14 (7-22)	9 (6-14.2)	NS
DAS28-VSG, media DE	5.5 1.2	5.3 1.3	NS
DAS28-PCR, media DE	4.0 1.2	3.9 1.4	NS
Medicamentos durante el seguimiento, n (%)			
Metotrexato	17 (81.0)	13 (81.3)	NS
Biológicos	2 (9.5)	2 (12.5)	NS
Glucocorticoides	6 (35.3)	7 (46.7)	NS
Antihipertensivo	11 (52.4)	4 (25.0)	NS
Estatinas	4 (19.0)	2 (12.5)	NS
Serología			
Colesterol total, mg/dl DE	172.0 30.5	1.5 24.8	NS
Triglicéridos, mg/dl (p25-p75)	169.5 (118-206.9)	112.0 (102.7-133.2)	0.028
HDL, mg/dl DE	52.1 15.1	57.4 14.0	NS
LDL, mg/dl (p25-p75)	91.1 (73-111.4)	90.9 (69.2-97.9)	NS
Positividad anti-CCP, n (%)	15 (71.4)	15 (93.8)	NS
Positividad FR, n (%)	16 (80.0)	15 (93.8)	NS
Placa carotídea basal, n (%)	1	2	-

NS, no significativa; FRCV, factores de riesgo cardiovascular; DAS28, *Disease activity score using 28 joints*; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; FR, factor reumatoide; HDL, lipoproteína de alta densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad; anti-CCP, anticuerpo antipéptido cíclico citrulinado.

S26

Validez de criterios EULAR/ACR-2019 para lupus en población pediátrica mexicana

Loor-Chávez RE, Faugier-Fuentes E

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: En el 2019, EULAR y ACR desarrollaron un conjunto de criterios para el lupus, cuya validez no se ha estudiado hasta el momento en pacientes con lupus eritematoso sistémico juvenil (LESJ).

Objetivos: Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de los criterios EULAR/ACR 2019 para LES y compararlos con los criterios ACR 1997 y con las Clínicas Colaboradoras Internacionales de Lupus Sistémico (SLICC) 2012.

Material y métodos: Recolección retrospectiva de datos clínicos y paraclínicos durante el primer mes de enfermedad en pacientes con LESJ y sus controles.

Resultados: Se incluyó a 100 pacientes con LESJ y 100 del grupo control. El 88% de los casos y 76% de los controles fueron del género femenino. La edad promedio fue de 10.5 ± 3.78 años (2-17 años). Al comparar los criterios EULAR-ACR 2019, ACR 1997 y SLICC 2012 se obtuvo mayor sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo en los criterios EULAR-ACR 2019 (98%, 100%, 100% y 98%, respectivamente) como se refleja en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de los criterios de clasificación de la *European League Against Rheumatism* y el *American College of Rheumatology* de 2019, *American College of Rheumatology* 1997 y el grupo de Clínicas Colaboradoras Internacionales de Lupus Sistémico del 2012. (S26)

Criterios	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)
EULAR-ACR 2019	98	100	100	98
ACR 1997	91	98	98	92
SLICC 2012	88	97	97	89

EULAR, *European League Against Rheumatism*; ACR, *American College of Rheumatology*; SLICC, Clínicas Colaboradoras Internacionales de Lupus Sistémico; VPP, valor predictivo positivo; VPN, valor predictivo negativo.

Conclusiones. Es el primer estudio en población pediátrica en el que se realiza una comparación de los tres grupos de criterios de clasificación y revela una sensibilidad de 98% y especificidad de 100% para los criterios EULAR-ACR 2019, lo que demuestra una mayor sensibilidad y especificidad en comparación con los criterios de ACR 1997 y SLICC 2012.

Bibliografía

- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 6 de septiembre de 2019;71(9):1400-12. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.40930>
- Dörner T, Furie R. Novel paradigms in systemic lupus erythematosus. *Lancet* [Internet]. junio de 2019;393(10188):2344-58. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30546-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30546-X)

S27

Correlación índice inmunidad-inflamación sistémica con actividad y pronóstico en vasculitis

Medina-García G¹, Zaldívar-López N², Ordóñez-González F³, Vera-Las-tra O², Briceño-Moya F², Cruz-Domínguez MP⁴

⁽¹⁾Unidad de Investigación Traslacional, UMAE, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México, ⁽²⁾Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, ⁽³⁾Universidad Veracruzana, Veracruz, México, ⁽⁴⁾División de Investigación, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

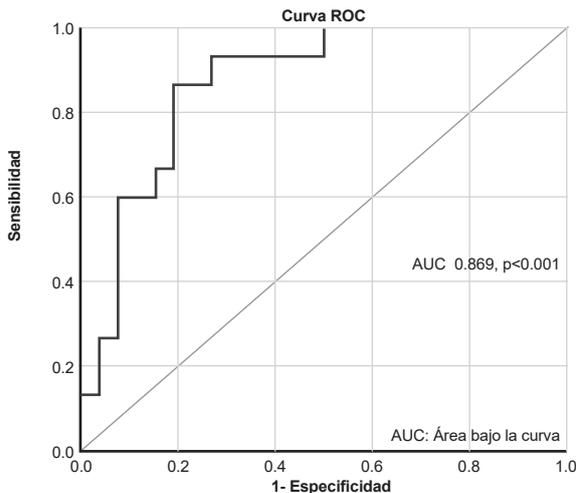
Introducción: El índice inmunidad-inflamación sistémica (IIIS) puede ser un marcador de actividad de enfermedad y peor pronóstico en vasculitis relacionadas con ANCA.

Objetivos: Establecer la correlación entre la variabilidad del IIIS con la actividad y pronóstico de las vasculitis relacionadas con ANCA.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y longitudinal. Se incluyó a pacientes con vasculitis relacionadas con ANCA y se evaluaron el IIIS, el *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS), el *Five Factor score* (FFS) y los reactantes de fase aguda al diagnóstico (tiempo 1), 0.5-3 años (tiempo 2), 3-6 años (tiempo 3) y seguimiento actual (tiempo 4). Estadística: correlación de Spearman, curva ROC para calcular el punto de corte del IIIS, prueba χ^2 y ANOVA para variaciones de laboratorio en repetidas tomas.

Resultados: Se incluyó a 41 pacientes, 68.3% del género masculino, con media de edad de 51.4 años. Hasta 78% tenía granulomatosis con poliangeítis (GPA), 2.4% poliangeítis microscópica (PAM) y 19.5% granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA). La correlación IIIS-BVAS al tiempo 1 fue $r = 0.570$ ($p < 0.01$), tiempo 2 $r = 0.513$ ($p < 0.01$), tiempo 3 $r = 0.462$ ($p < 0.001$) y tiempo 4 $r = 0.450$ ($p < 0.01$). Se obtuvo una curva ROC con área bajo la curva de 0.869 ($p < 0.001$) y se encontró que 2 047 puntos del IIIS establecen la actividad grave de la enfermedad (BVAS ≥ 16) (sensibilidad 86.7% y especificidad 80.8%) (**Figura 1**). Las correlaciones IIIS-albúmina fueron $r = -0.600$ ($p < 0.001$) y IIIS-proteína C reactiva $r = 0.566$ ($p < 0.001$).

Figura 1. Curva ROC del índice de inmunidad-inflamación sistémica en la predicción de la actividad grave de las vasculitis positivas a ANCA. (S27)



Se realizó una curva ROC para establecer el punto de corte en el cual el IIIS al diagnóstico (tiempo 1) demostraba una actividad grave de vasculitis (BVAS ≥ 16), con lo que se obtuvo un área bajo la curva de 0.869 (intervalo de confianza al 95%) con una $p < 0.001$.

Conclusiones: La variabilidad del IIIS se correlacionó positivamente con la actividad grave y el pronóstico de vasculitis relacionadas con ANCA, lo cual podría ser un marcador inflamatorio accesible durante el seguimiento de la enfermedad.

Bibliografía

- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature Of Vasculitides. *Arthritis Rheum*. 2013;65(1):1-11.
- Geetha D, Jefferson JA. ANCA-Associated vasculitis: core curriculum 2020. *Am J Kidney Dis*. 2019;1-14.

S28

Índices neutrófilo/linfocito y plaqueta/linfocito en actividad en enfermedad de Still

Medina-García G¹, Mora-Pérez JC², Ordóñez-González I³, Peralta-Amaro AL², Saavedra-Salinas MA⁴

⁽¹⁾Unidad de Investigación Traslacional, UMAE, Hospital de Especialidades, ⁽²⁾Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, ⁽³⁾Universidad Veracruzana, Veracruz, México, ⁽⁴⁾Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad de Still de inicio en el adulto (ESA) es una enfermedad inflamatoria sistémica. Los índices neutrófilo/linfocito (INL) y plaqueta/linfocito (IPL) pueden ser marcadores relacionados con actividad de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la utilidad de los INL e IPL para detectar actividad de la enfermedad durante el seguimiento en pacientes con ESA.

Material y métodos: Diseño: cohorte retrospectiva. Se incluyó a pacientes diagnosticados con ESA (criterios de Yamaguchi). Se excluyó a aquellos con infecciones, neoplasias, enfermedad autoinmunitaria o con otro diagnóstico. Durante el seguimiento se empleó la puntuación de actividad de Colina. Se determinaron INL e IPL y se compararon con la Escala de actividad de Colina durante el seguimiento a los meses 1, 3 y 6 después del diagnóstico (Tabla 1). Se utilizaron las pruebas de Wilcoxon y Friedman, la correlación de Spearman y la curva ROC. Se determinaron sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Tabla 1. Diferencias de INL e IPL durante el seguimiento de pacientes. (S28)

Índice	1° mes de seguimiento Mediana (RIC)	3° mes de seguimiento Mediana (RIC)	6° mes de seguimiento Mediana (RIC)	p*
INL	4.50 (2.0-12.1)	2.60 (1.6-4.7)	1.80 (1.5-3.1)	< 0.001
IPL	158.00 (117.1-351.4)	132.00 (109.6-224.3)	113.90 (100.1-161.0)	0.002

* Prueba de Friedman.

Al analizar los cambios en las medianas de INL e IPL durante el seguimiento de los pacientes se encontró un decremento estadísticamente significativo para ambos índices con la prueba de Friedman.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes con media de edad de 36.7 ± 13.8 años, con predominio del género femenino (64%) y seguimiento promedio de 25 ± 14.4 meses. La manifestación clínica más prevalente fue artralgias/artritis (60%). El tratamiento basado en fármacos modificadores de enfermedad fue el más utilizado (92%) seguido de esteroides (8%). Se determinaron puntos de corte para INL > 2 (sensibilidad 94.7% y especificidad 83.3%), así como IPL > 117.1 (sensibilidad 89.5% y especificidad 66.7%) para actividad sistémica y articular. Ambos índices mostraron correlaciones significativas a los meses primero (r = 0.858, p < 0.001), tercero (r = 0.810, p < 0.001), y sexto (r = 0.756, p < 0.001).

Conclusiones: El INL en combinación con IPL es útil para evaluar la actividad sistémica y articular durante el seguimiento en pacientes con ESA.

Bibliografía

- Mahroum N, Mahagna H, Amital H. Diagnosis and classification of adult Still's disease. J Autoimmun. 2014;48-49:34-7.
- Bywaters EG. Still's disease in the adult. Ann Rheum Dis. 1971;30(2): 121-133.

S29

Ansiedad, depresión y riesgo suicida en AR y vitamina D

Calderón-Espinoza I¹, Alvarado-Alvarenga KM¹, Gutiérrez-Rivera EX¹, Ramos-Hernández A¹, Palacios-Zárate BL¹, Chavarría-Ávila E²,

Pérez-Vázquez F², Pizano-Martínez OE², Rodríguez-Ramírez AM³, Ávila-Armengol H¹, Aguilar-Arreola JE¹, Durán-Barragán S², Llamas-García A¹, Vázquez-Del Mercado M²

⁽¹⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, ⁽²⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, ⁽³⁾Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, Ciudad de México

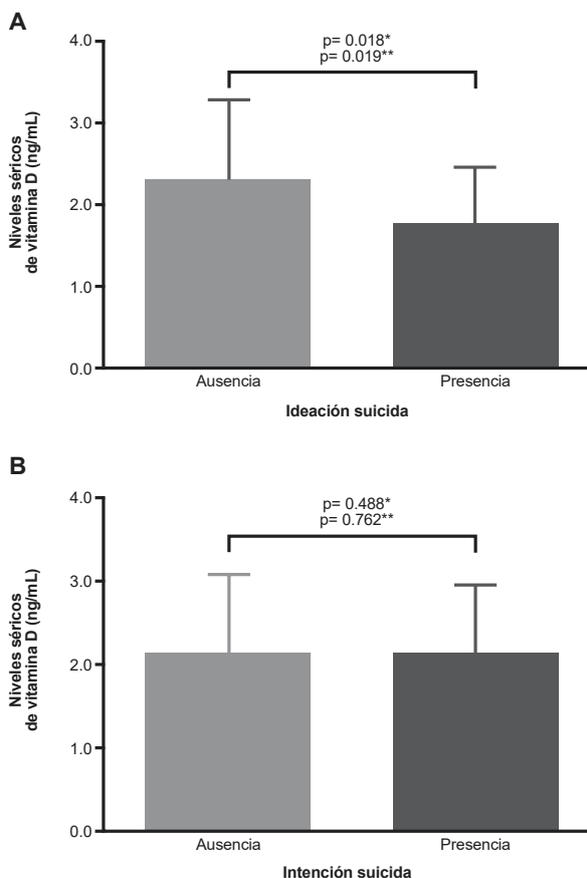
Introducción: En la artritis reumatoide (AR) se han demostrado bajos valores séricos de vitamina D con riesgo de depresión, ansiedad e ideación suicida. Las cifras subóptimas de 25(OH)D3 se consideran un factor contribuyente a trastornos psiquiátricos.

Objetivos: Determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y riesgo suicida en pacientes con AR y su relación con los valores séricos de 25(OH)D3.

Material y métodos: Setenta y dos pacientes con AR se clasificaron en tres grupos de acuerdo con las cifras séricas de vitamina D: suficiencia: > 30 ng/ml; insuficiencia: 20-30 ng/ml; y deficiencia: < 19 ng/ml; y se determinó su relación con la prevalencia y las puntuaciones de las escalas para los síntomas de ansiedad, depresión y riesgo suicida mediante HADS y Plutchik.

Resultados: Se observaron menores cifras de vitamina D en los sujetos con ideación suicida, no así en aquellos con intencionalidad (Figura 1). Se evaluaron las puntuaciones de las escalas para los síntomas de ansiedad, depresión y riesgo suicida de acuerdo con la clasificación de vitamina D en suficiente, insuficiente y deficiente. Se encontró diferencia (p = 0.048) en las puntuaciones de la escala de Plutchik, que resultaron mayores en los pacientes con deficiencia de vitamina D (Figura 2).

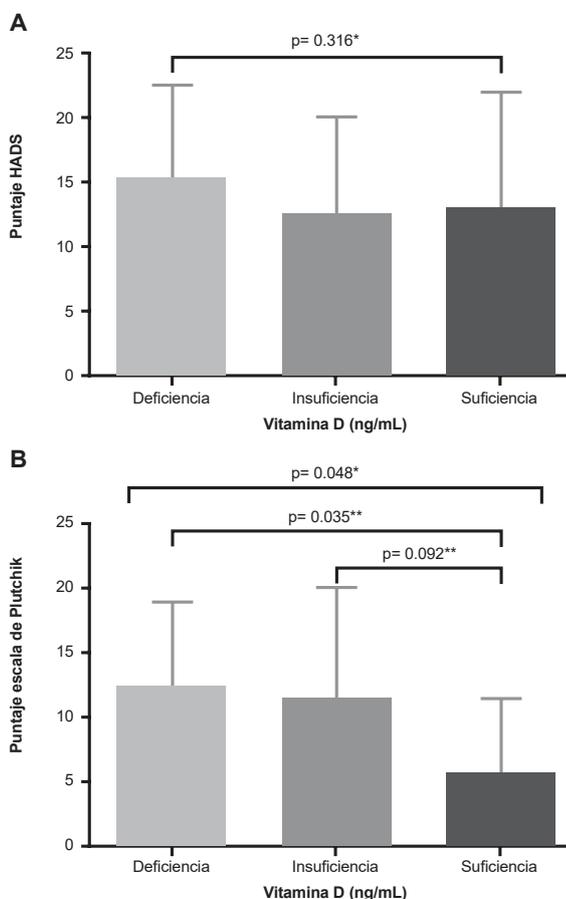
Figura 1. Valores de vitamina D. (S29)



A. Respecto a la ideación B. Respecto a la intencionalidad

*Kruskal-Wallis; **Tukey

Figura 2. Puntuaciones de las escalas (Plutchik y HADS) para los síntomas de ansiedad, depresión y riesgo suicida de acuerdo con la clasificación de vitamina D.(S29)



A. Puntaje HADS B. Puntaje escala de Plutchik
*Kruskal-Wallis; **Tukey

Conclusiones: Los valores séricos bajos de vitamina D se relacionan con mayor riesgo de ideación suicida. Se destaca que un 50% de pacientes con AR mostró algún grado de intencionalidad, ideación o riesgo suicida. Se sugiere desarrollar estudios con mayor número de pacientes, uso y comparación con otros instrumentos validados que permitan realizar una detección confiable en la práctica clínica.

Bibliografía

- González-Gamboa LM. Disease activity score on 28 joints and polypharmacy are independent predictors for health-related quality of life evaluated by INCAVISA in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2016;22(8):399-404.
- Wang Y, Bomiao Ju, Xiaohong Lv, Ping Fan, Lan He. Prevalence of depression and anxiety in rheumatoid arthritis patients and their associations with serum vitamin D level. *Clinical Rheumatology*. 2018;37(1).

S30

Estrés, depresión y afrontamiento en postparto con enfermedades reumáticas autoinmunes

Moyeda-Martínez R, Corral-Trujillo ME, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Rodríguez-Chávez RA, Espinosa-Bañuelos LG, Lujano-Negrete AY, Cárdenas-De La Garza JA, Galarza-Delgado DA

Departamento de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

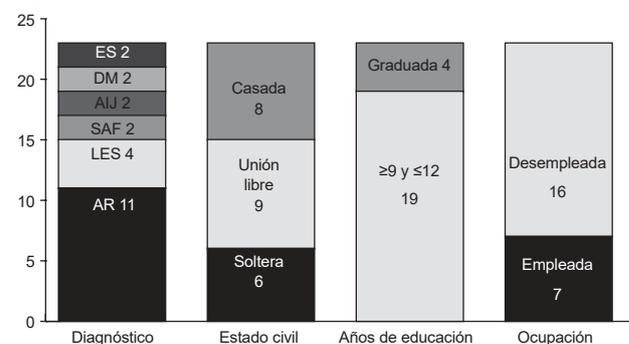
Introducción: En México, el 13.3% de la población femenina se diagnostica con depresión posparto (DPP). La Escala de Estrés Percibido (EEP-10) evalúa la incapacidad de los sujetos para aclimatarse a su rutina diaria. La Escala COPE Breve (*Brief COPE*) mide conductas de afrontamiento (EA) adaptativas y disfuncionales empleadas durante situaciones adversas.

Objetivos: Describir el grado de estrés percibido, EA y su relación con DPP en mujeres-posparto con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA).

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo. Los pacientes posparto de la Clínica de Embarazo y Enfermedades Reumáticas del Hospital Universitario, Monterrey, se encuestaron por vía telefónica con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), EEP-10 y *Brief COPE*. Se utilizaron χ^2 y coeficiente de correlación de Spearman para evaluar relaciones entre escalas.

Resultados: Se incluyó a 23 pacientes. Las características demográficas se muestran en la **Figura 1** y resultados de las escalas en la **Tabla 1**. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las categorías: leve o moderado/grave de EEP-10 y sin riesgo o riesgo posible/probable de EPDS ($p = 0.10$). La puntuación total de EEP-10 y EPDS presentó una alta correlación positiva y estadísticamente significativa ($r = 0.784$, $p \leq 0.01$). Según *Brief COPE*, el 68.4% presentaba EA adaptativas mientras que el 31.5% disfuncionales. La aceptación fue la EA más empleada seguida del afrontamiento activo y autodistracción.

Figura 1. Características demográficas de la muestra.(S30)



Edad, años, media ± DE: 26.26 ± 5.78. DE: Desviación estándar. AR: Artritis reumatoide, LES: Lupus eritematoso sistémico. SAF: Síndrome antifosfolípido. AIJ: Artritis idiopática juvenil. DM: Dermatomiositis. ES: Esclerosis sistémica.

Tabla 1. EEP-10: Escala de estrés percibido. (S30)

Resultados y categorización de escalas				
Escala, n (%)	AR, n = 11	LES, n = 4	Otros, n = 8	Total, n = 23
EEP-10				
Puntuación total, media ± DE	16.18 ± 6.95	11 ± 4.69	9.37 ± 4.5	12.91 ± 6.48
Leve, n (%)	5 (45.45)	3 (75)	6 (75)	14 (60.87)
Moderada, n (%)	4 (36.36)	1 (25)	2 (25)	7 (30.43)
Grave, n (%)	2 (18.18)	0	0	2 (8.7)
EPDS				
Puntuación total, media ± DE	7.27 ± 5.88	3.25 ± 3.4	3.62 ± 3.7	5.3 ± 5.04
Sin riesgo, n (%)	7 (63.63)	4 (100)	8 (100)	19 (82.61)
Riesgo posible, n (%)	1 (9.1)	0	0	1 (4.35)
Riesgo probable, n (%)	3 (27.27)	0	0	3 (13.04)
Brief COPE				
Puntuación total, media ± DE	3.18 ± 2.22	2.75 ± 1.7	3.62 ± 2.13	3.26 ± 2.04

EA adaptativas, n (%)	23 (30.26)	7 (9.21)	22 (28.95)	52 (68.42)
EA disfuncionales, n (%)	12 (15.8)	4 (5.26)	8 (10.52)	24 (31.58)

EPDS, Escala de depresión posnatal de Edimburgo; *Brief COPE*, Escala COPE breve; EA, estrategias de afrontamiento; AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; Otros, *síndrome* antifosfolípido, artritis idiopática juvenil, dermatomiositis, esclerosis sistémica; DE, desviación estándar.

Conclusiones: Se identificó una elevada correlación positiva entre las escalas EEP-10 y EPDS, lo que indica una relación entre estrés y depresión. Casi un tercio de la población presentaba EA disfuncionales. Las mujeres-posparto con ERA pueden beneficiarse de la detección temprana de estrés, depresión y trastornos de afrontamiento.

Bibliografía

1. Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Corral-Trujillo ME, et al. Anxiety and depression in reproductive age women with rheumatic diseases. *Rheumatol Int.* 2020;40(9):1433-1438. doi:10.1007/s00296-020-04591-8
2. Perczek R, Carver CS, Price AA, Pozo-Kaderman C. Coping, mood, and aspects of personality in spanish translation and evidence of convergence with English versions. *J Pers Assess.* 2000;74(1):63-87. doi:10.1207/S15327752JPA740105

S31

Comparación de citocinas entre pacientes con AR vs. diabetes/AR

Montiel-Hernández JL¹, Hernández-Torres AV¹, Xibille-Friedmann DX², Castillo-Gregorio ME¹, Galindo-Pacheco MP², Ortiz-Saldívar EA¹

⁽¹⁾Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital General de Cuernavaca, SSM, Morelos

Introducción: Varios estudios han informado una alta prevalencia de diabetes tipo 2 (DT2) en pacientes con artritis reumatoide (AR), pero sin comparar el perfil de citocinas inflamatorias.

Objetivos: Comparar los valores sanguíneos de citocinas proinflamatorias entre pacientes sólo con AR y aquellos con AR y DT2.

Material y métodos: Todos los pacientes cumplieron con criterios de AR (ACR/EULAR, 2010) y de DT2 (ADA 2010). Se determinaron las cifras de IL-1b, IL-8, IL-6, TNF- α , leptina, HGF, MCP1 y Acrp30. Para la comparación entre grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y análisis de regresión logística para determinar la relación entre variables clínicas y valores de citocinas.

Resultados: Se incluyó a 66 pacientes con AR, de los cuales 27 cumplieron criterios para DT2. No se observaron diferencias significativas en las cifras de citocinas entre los grupos de pacientes. Al ajustar por IMC, edad y actividad de la enfermedad (DAS28) se observaron en los dos grupos de pacientes, con un IMC > 25, valores elevados de leptina (p = 0.04). Por su parte, el grupo AR/DT2 > 45 años presentó cifras mayores de TNF- α (p = 0.003), mientras que aquellos < 45 años tuvieron valores más elevados de leptina. En el grupo de AR/DM con actividad baja (DAS28 < 3.2), las cifras de NGF e IL-1b fueron significativamente mayores (p = 0.02 y p = 0.01, respectivamente).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la edad, el IMC y la actividad de la enfermedad están relacionados con los valores circulantes de algunas citocinas, así como con DT2 en pacientes con AR.

Bibliografía

1. Albrecht K. 2018. High prevalence of diabetes in patients with rheumatoid arthritis: results from a questionnaire survey linked to claims data. *Rheumatology.* 57:329-336.
2. Ruscitti P. Occurrence and predictive factors of high blood pressure, type 2 diabetes, and metabolic syndrome in rheumatoid arthritis: findings from a 3-year, multicentre, prospective, observational study. *Clin Exp Rheumatol.* 2020;dec 4. Online ahead of print.

S32

Barreras para la vacunación en pacientes con enfermedades reumáticas

Álvarez-Hernández E¹, Panamá-Hernández M¹, Peláez-Ballesteros I¹, Gastelum-Strozzi A², Moctezuma-Ríos JF¹, Infante-Castañeda C³, Sotelo-Popoca T¹, Gómez-Ruiz CJ¹, Pérez-Sevilla CL¹, García-Maturano JS¹, Lobato-Belmonte AC¹, Medrano-Ramírez G¹, García-García C¹, Huerta-Sil G¹, Vázquez-Mellado J¹

⁽¹⁾Hospital General de México, ⁽²⁾ICAT, UNAM, ⁽³⁾Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

Introducción: La vacunación permite prevenir algunas enfermedades infecciosas o sus complicaciones. Por otro lado, las enfermedades reumáticas (ER), por su naturaleza y el uso de fármacos inmunosupresores, tienen mayor propensión a las infecciones. Lamentablemente, la vacunación en pacientes con ER es baja porque no se deriva a los pacientes a vacunación y existen preocupaciones sobre la eficacia y seguridad de las vacunas.

Objetivos: Conocer las percepciones y barreras para la vacunación en pacientes con ER.

Material y métodos: Se diseñó una encuesta para evaluar los conocimientos, percepciones y barreras que tienen los pacientes con ER para aplicarse las vacunas recomendadas. La encuesta se aplicó a los pacientes que acudieron a la consulta externa de marzo a noviembre de 2020 a través de un dispositivo electrónico con apoyo del encuestador.

Resultados: Se incluyó a 471 pacientes, 84.5% mujeres, con edad de 46.91 \pm 14.54 años, 42.46% de AR, 30.57% de LES, 5.94% de espondiloartritis y 21.03% de otros trastornos. Sólo 120 (25.48%) conocían el esquema de vacunación. Apenas 279 (59.24%) se habían aplicado una vacuna en los últimos cinco años. Las principales causas para no vacunarse fueron falta de indicación del médico, desconocimiento y miedo a efectos adversos o interacciones con sus fármacos (**Tabla 1**).

Tabla 1. Conocimiento y barreras para vacunarse en pacientes con ER. (S32)

Conocimiento del esquema de vacunación (n = 471)	n (%)
¿Conoce el esquema de vacunación del adulto?	120 (25.48)
¿Se ha aplicado vacunas en los últimos 5 años?	279 (52.8)
¿Cuáles?	
Hepatitis B	8 (2.86)
Neumococo	25 (8.96)
Influenza	248 (88.88)
Sarampión	4 (1.43)
Toxide tetánico	73 (26.16)
Herpes zóster	1 (0.35)
Varicela	0(0)
Antirrábica	1 (0.35)
Motivos para no vacunarse (n = 192)	
Miedo a reacciones adversas	91 (47.4)
Miedo a no tener una respuesta adecuada	47 (24.5)
Miedo a interacciones con el tratamiento	58 (30.2)
No se lo ha propuesto su médico	144 (75)
No creo que sea importante vacunarme	18 (9.4)
No sabía que tenía que vacunarme	112 (58.3)
Falta de tiempo	7 (3.6)
He intentado vacunarme, pero no tengo facilidad de acceso	12 (6.3)

Conclusiones: Las barreras para la vacunación en ER son la falta de indicación por el médico y el desconocimiento del paciente del esquema recomendado. Es importante dedicar tiempo en la consulta para hablar sobre este tema con el paciente para mejorar los índices de vacunación.

Bibliografía

1. Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, et al. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(1):39-52.

S33

Desenlace materno-fetal en SAF primario, SAF asociado y LES con antifosfolípidos

Saavedra-Salinas MA, Sánchez-Cruz AA, Miranda-Hernández DG, Sánchez-González A

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) primario se vincula con una mayor frecuencia de desenlace materno-fetal adverso, lo que eleva el riesgo cuando el SAF se relaciona con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivos: Comparar las complicaciones materno-fetales en pacientes con SAF primario, SAF vinculado con LES y LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos (AF+).

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal y comparativo, entre 2009 y 2019. Se compararon tres grupos: SAF primario, SAF relacionado con LES y LES con AF+.

Resultados: Se incluyeron 179 embarazos, 31.8% con SAF primario, 35.8% con SAF vinculado con LES y 32.4% con LES y AF+. Se encontró antecedente de mayor frecuencia de abortos en el SAF relacionado con LES (62.5%, $p < 0.001$) y trombosis (61.9%, $p < 0.001$) y aCL IgG+ en SAF primario (80.7%, $p = 0.011$). Se identificó un consumo más frecuente durante el embarazo de antipalúdicos en el SAF adjunto (81.30%, $p < 0.001$) y ácido acetilsalicílico/heparina en el SAF primario (96.5%/94.7%, $p < 0.001$). Los abortos se observaron con más frecuencia en el SAF relacionado con LES (23.80%, $p = 0.021$) y preeclampsia/HELLP en el SAF primario (31.6% y 15.8%, $p = 0.047$), quienes además recibieron antipalúdicos con menos frecuencia (24% vs. 81.3% vs. 72.4%, $p < 0.001$) en comparación con los otros grupos (**Tabla 1**).

Tabla 1. Comparación entre grupos del desenlace materno-fetal adverso. (S33)

	LES + SAF (n = 64)	SAF primario (n = 57)	LES con AF+ (n = 58)	P
Complicaciones fetales	48 (76.20%)	43 (75.40%)	31 (56.40%)	0.034
Restricción del crecimiento	9 (14.30%)	8 (14%)	7 (12.50%)	0.955
Oligohidramnios	6 (9.50%)	5 (8.80%)	5 (8.90%)	0.989
Prematurez	23 (52.30%)	25 (56.80%)	19 (42.20%)	0.37
Aborto	15 (23.80%)	3 (5.40%)	9 (16.10%)	0.021
Óbito	7 (11.10%)	10 (17.90%)	5 (9.10%)	0.343
Bajo peso al nacer	20 (52.60%)	21 (48.80%)	15 (37.50%)	0.373
Malformaciones	5 (8.10%)	0 (0%)	0 (0%)	0.01
Complicaciones maternas	40 (63.50%)	25 (43.90%)	21 (36.80%)	0.01
Preeclampsia	15 (23.80%)	18 (31.60%)	7 (12.30%)	0.046

Tabla 1. Diagnóstico final de enfermedades reumatológicas. (S34)

Diagnóstico	Causa de internamiento: enfermedad reumatológica		Enfermedad reumatológica confirmada antes del internamiento		Diagnóstico reciente de enfermedad reumatológica	
	n = 384	%	n = 237	%	n = 147	%
LES	186	48%	131	55.27%	55	37.41%
AR	22	6%	16	6.75%	6	4.08%
Miopatía inflamatoria	23	6%	12	5.06%	11	7.48%
Vasculitis ANCA	22	6%	7	2.95%	15	10.20%
Sd. antifosfolípidos	17	4%	10	4.22%	7	4.76%
Esclerosis sistémica	7	2%	6	2.53%	1	0.68%
EMTC	2	1%	1	0.42%	1	0.68%
OA	7	2%	4	1.69%	3	2.04%
Artritis séptica	21	5%	13	5.49%	8	5.44%

Preeclampsia temprana (34 SDG)	11 (17.50%)	15 (25.30%)	5 (9.10%)	0.058
HELLP	4 (6.30%)	9 (15.8%)	2 (3.50%)	0.047
Ruptura prematura de membranas	7 (11.10%)	5 (8.8%)	4 (7.10%)	0.75
Muerte materna	1 (1.60%)	0 (0%)	1 (1.80%)	0.616

Conclusiones: Las pacientes con SAF y LES tienen un riesgo incrementado de abortos, en tanto que aquellas con SAF primario lo tienen para preeclampsia/HELLP. La administración de antipalúdicos podría reducir el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo.

Bibliografía

- Schreiber K, Sciascia S, de Groot PG, et al. Antiphospholipid syndrome. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:17103.
- De Carolis S, Tabacco S, Rizzo F, et al. Antiphospholipid syndrome: an update on risk factors for pregnancy outcome. *Autoimmun Rev* 2018;17:956-66.

S34

Experiencia del comportamiento intrahospitalario de pacientes con enfermedades reumatológicas

Gamboa-Alonso CM, Figueroa-Parra G, De León-Ibarra AL, Díaz-Angulo JE, Vega-Morales D, Villarreal-Alarcón M, Galarza-Delgado D

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La causa del internamiento en pacientes con enfermedades reumatológicas varía ampliamente. Estas enfermedades tienen un riesgo incrementado de infecciones, enfermedad cardiovascular y otras comorbilidades debido a una pérdida de tolerancia inmunitaria que incrementa la morbilidad en estos pacientes.

Objetivos: Describir el comportamiento intrahospitalario de los pacientes que recibieron una evaluación reumatológica en un hospital escuela.

Material y métodos: Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y observacional de marzo de 2017 a marzo de 2020 en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, incluidos pacientes con antecedente confirmado o diagnóstico reciente de enfermedad reumatológica. Se utilizó estadística descriptiva para registrar características demográficas, clínicas y complicaciones como infección, reingreso, uso de ventilación mecánica y mortalidad. Se utilizó regresión logística binaria para buscar un nexo entre los desenlaces secundarios con el programa SPSS V20.

Resultados: Se incluyó a 384 pacientes con edad media de 39.69 (15-89), 285 eran mujeres (74.2%); 237 (61.72%) tenían una enfermedad reumatológica confirmada y 147 (38.28%) se diagnosticaron durante el internamiento. Los motivos de consulta principales fueron disnea 66

EITC	7	2%	4	1.69%	3	2.04%
Sd Sjögren	2	1%	0	0.00%	2	1.36%
Artritis indiferenciada	6	2%	2	0.84%	4	2.72%
EA	4	1%	1	0.42%	3	2.04%
Artritis psoriásica	0	0%	0	0.00%	0	0.00%
AIJ	2	1%	2	0.84%	0	0.00%
Gota	17	4%	9	3.80%	8	5.44%
Otro	39	10%	19	8.02%	20	13.61%
	384		237		147	

LES, lupus eritematoso sistémico; AR, artritis reumatoide; ANCA, anticuerpos antineutrófilo citoplasmático; OA, osteoartritis; AIJ, artritis idiopática juvenil; EMTC, enfermedad mixta del tejido conectivo; EITC, enfermedad indiferenciada de tejido conectivo; EA, espondilitis anquilosante.

(17.2%), fiebre 50 (13%) y poliartritis 29 (7.6%). Los diagnósticos reumatológicos más frecuentes fueron LES 186 (48%), miopatía inflamatoria 23 (6%), vasculitis ANCA 22 (6%) y AR 22 (6%) (Tabla 1). De los pacientes evaluados, 148 (38.5%) presentaron alguna infección, 26 (6.8%) requirieron ventilación mecánica, 64 (16.67%) tuvieron un reinternamiento y 39 (10.2%) fallecieron. Los factores relacionados con infección y mortalidad se registran en la Tabla 2.

Tabla 2. Relaciones entre factores clínicos, tratamiento y complicaciones con infección y mortalidad. (S34)

Factores relacionados con infección	Univariado	Multivariado
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Edad	1.02 (1-1.02)*	1.02 (1.01-1.03)*
Uso de ventilación mecánica	4.82 (1.97-11.77)*	4.28 (1.67-10.97)*
Uso previo de esteroides	1.55 (1.01-2.39)*	1.33 (0.74-2.4)
Uso previo de inmunosupresores	1.37 (0.9-2.07)	1.16 (0.65-2.04)
Readmisión	1.76 (1.02-3.02)*	1.4 (0.76-2.56)
Factores relacionados con mortalidad	Univariado	Multivariado
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Edad	0.71 (0.99-1.02)	0.99 (0.98-1.02)
Uso de ventilación mecánica	7.09 (2.95-17.04)*	8.54 (2.89-25.23)*
Uso previo de esteroides	1.95 (1-3.8)*	0.97 (0.39-2.39)
Uso previo de inmunosupresores	2.58 (1.31-5.1)*	3.06 (1.21-7.72)*
Infección	3.66 (1.81-7.37)*	2.96 (1.41-6.23)*
Readmisión	1.33 (0.58-3.05)	0.42 (0.14-1.24)

p < 0.05 *

Conclusiones: El diagnóstico que requirió más atención intrahospitalaria fue el LES. El consumo de esteroides e inmunosupresores se acompañó de infección y mortalidad. Los resultados en este estudio ayudan a conocer el comportamiento de las enfermedades reumatológicas en un ambiente hospitalario al mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico y conocer los factores que predisponen a un peor pronóstico.

Bibliografía

- Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(3):229.

S35

Índice neutrófilo/linfocito, nuevo marcador diagnóstico en enfermedad de Still

Barrientos-Flores CJ, Albarrán-Sánchez A, Noyola-García ME, Alberti-Minutti P, Pablo-Olivares L

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: En México, la enfermedad de Still del adulto (ESA) es la quinta causa de fiebre de origen desconocido (FOD), después de las infecciosas y las neoplásicas. La prevalencia es de 0.6 a 1.4 y la edad de presentación tiene dos puntos máximos: de 16 a 25 y de 35 a 45 años. El diagnóstico se establece con los criterios de Yamaguchi que incluyen síntomas y marcadores bioquímicos. El índice neutrófilo/linfocito INL es un marcador usado como diagnóstico y pronóstico en enfermedades reumatológicas como ESA en la población asiática.

Objetivos: Comparar las características clínicas y bioquímicas de los casos de ESA y otras causas de FOD y calcular el mejor punto de corte del INL en mexicanos (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Comparación de características clínicas y bioquímicas de la enfermedad de Still y otras causas de fiebre de origen desconocido (2010-2020). (S35)

	Otras causas de fiebre, n = 38	Enfermedad de Still, n = 24	p
Género (%) femenino	20 (52.6)	18 (72)	0.123
Edad años, mediana (RIC)	45.5 (29.7-63)	45 (37.7-59.7)	0.862
Tiempo de evolución, meses	4 (2-9)	4 (2-12)	0.647
Artralgias	7 (22.6)	21 (91.3)	0.000
Manifestaciones cutáneas*	8 (21.1)	19 (79.2)	0.000
Linfadenopatía	19 (50)	18 (72)	0.518
Hepatomegalia	12 (31.6)	10 (40)	0.417
Esplenomegalia	13 (34.2)	11 (44)	0.372
Mialgias	6 (19.4)	9 (36)	0.098
IMC kg/m ²	24 (20-26.5)	24.19 (22.2-28.1)	0.238
Leucocitos cel × 10 ³ /μL	7.15 (5.0-12.3)	14.8 (9.7-17.3)	0.000
Neutrófilos cel × 10 ³ /μL	4.9 (2.6-7.8)	11.4 (6.3-14.7)	0.000
Linfocitos cel × 10 ³ /μL	1.2 (.69-1.6)	1.4 (0.99-1.9)	0.142
Plaquetas cel × 10 ³ /μL	205 (97.2-349)	322 (153-431)	0.048
Hemoglobina g/dl	10.1 (8.7-12.7)	11.4 (8.6-12.9)	0.305
Ferritina ng/ml	2 461 (384-6 278)	4 867 (1 369-12 722)	0.042
VSG mm/h	34 (30-41)	36 (17-45)	0.908
PCR mg/dl	7.9 (2.8-13.9)	11.2 (6.4-20.08)	0.075
DHL U/L	440 (318-767)	741 (468-1 349)	0.019
INL	3.4 (2-7.03)	6.88 (4.15-11.3)	0.009

Todos los valores están expresados en medianas y rangos intercuartílicos (RIC). VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; DHL, deshidrogenasa láctica; INL, índice neutrófilo-lymfocito. **Exantema típico: macular o maculopapular no pruriginoso de color asalmonado, casi siempre en tronco y extremidades, que se presenta en episodios de fiebre.*

Tabla 2. Factores clínicos y bioquímicos relacionados con enfermedad de Still (con análisis multivariado). (S35)

	OR	P
Manifestaciones cutáneas*	4.9 (2.11-11.49)	0.000
Artralgias	9.7 (2.53-37.55)	0.000
Leucocitos > 9.9 cel × 10 ³ /μL	3.80 (1.6-8.89)	0.000
INL > 4.3	2.8 (1.2-6.7)	0.006
DHL > 534 U/L	2.5 (1.2-5.3)	0.005

VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; DHL, deshidrogenasa láctica; INL, índice neutrófilo-linfocito. *Exantema típico: macular o maculopapular no pruriginoso de color asalmonado, casi siempre en tronco y extremidades, que se presenta en episodios de fiebre.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Se compararon casos con ESA y otras causas de FOD, de 2010 a 2020 en el HECMN SXXI, en las variables que se relacionan con ESA de forma significativa; se calculó OR y punto de corte de INL, con curvas ROC.

Resultados: De 62 casos de FOD, 24 (37.5%) fueron ESA y presentaron mayor frecuencia de artralgias (91.3%), exantema evanescente (79.2%), leucocitosis y elevación de INL. Se relacionaron con ESA las artralgias (OR, 9.7; 2.53-37.55; p = 0.000), exantema (OR, 4.9; 2.11-11.49; p = 0.000), leucocitos > 9.9 X 10³/μl (OR, 3.80; 1.6-8.89; p = 0.000), INL > 4.3 (OR, 2.8; 1.2-6.7; p = 0.006), DHL > 534 (OR, 2.5; 1.2-5.3; p = 0.005). El mejor punto de corte para ESA fue INL > 4.3, con sensibilidad de 78% y especificidad de 57%, y AUC de 0.70.

Conclusiones: EL INL > 4.3 es un marcador clínico útil y accesible en el diagnóstico de ESA, aunado a la presencia de artralgias, exantema y leucocitosis en el abordaje de FOD.

Bibliografía

1. Casarrubias-Ramírez M, Alfaro-Mejía JA, De Santiago-Leaños J, Mendoza-Álvarez SA, Pineda-Galindo LF, Vera-Lastra OL. Fiebre de origen oscuro, comparación de dos series con 26 años de diferencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53 Supl 1:S6-S17.
2. Seo JY, Suh CH, Jung JY, Kim AR, Yang JW, Kim HA. The neutrophil-to-lymphocyte ratio could be a good diagnostic marker and predictor of relapse in patients with adult-onset Still's disease: a STROBE-compliant retrospective observational analysis. Medicine (Baltimore)017;96(29): e7546. doi:10.1097/MD.00000000000007546

S36

Disfunción diastólica asociada a mayor actividad en artritis reumatoide

Lugo-Pérez S¹, Azpiri-López JR¹, Colunga-Pedraza J², Galarza-Delgado DA², Guajardo-Jáuregui N², Rodríguez-Romero AB², Cárdenas-De La Garza JA², Cepeda-Ayala OA¹, Azpiri-Díaz H¹

⁽¹⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor riesgo de desarrollar disfunción diastólica (DD) en comparación con la población general. La presencia de DD se relaciona con un aumento del riesgo de episodios cardiovasculares y mortalidad.

Objetivos: Identificar la relación de la actividad de la enfermedad y la DD en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo de una cohorte de pacientes hispanos con AR (ACR/EULAR 2010) de 40 a 75 años. Se realizó un ecocardiograma transtorácico. Se incluyó a 51 pacientes con AR diagnosticados con DD por las guías de la Sociedad Americana de Ecocardiografía 2016 y se parearon por edad, género y comorbilidades con 51

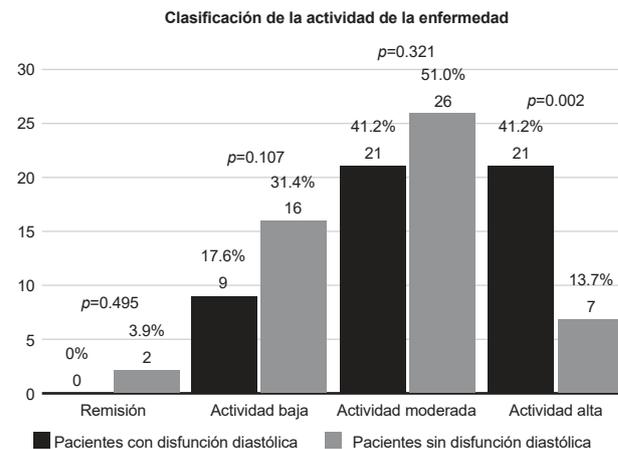
pacientes con AR sin DD. La actividad de la enfermedad se evaluó por DAS28-PCR. Comparaciones con χ^2 , T de Student y U de Mann-Whitney. **Resultados:** Los pacientes con DD demostraron tener una mayor actividad de la enfermedad evaluada por DAS28-PCR (4.88 vs. 3.56, p = 0.004) (Tabla 1). Se observó que los pacientes con DD tienen mayor prevalencia de encontrarse en la categoría de actividad de la enfermedad alta (41.2% vs. 13.7%, p = 0.002) (Figura 1). Al realizar una regresión logística binaria se encontró que una actividad de la enfermedad alta fue el único predictor independiente para desarrollar DD, con una RM de 4.70 (IC95%, 1.63-13.50; p = 0.004).

Tabla 1. Características demográficas y patológicas. (S36)

	Pacientes con AR y DD (n = 51)	Pacientes con AR sin DD (n = 51)	p
Género femenino, n (%)	50 (98)	47 (92.2)	NS
Edad, años ± DE	56.12 ± 8.76	53.91 ± 5.61	NS
HTA, n (%)	17 (33.3)	13 (25.5)	NS
DMT2, n (%)	6 (11.8)	10 (19.6)	NS
Dislipidemia, n (%)	17 (33.3)	11 (21.6)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	5 (9.8)	5 (9.8)	NS
IMC, kg/m ² ± DE	28.20 ± 4.89	29.40 ± 5.13	NS
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	10.70 (5.16-17.87)	5.66 (2.67-15.64)	0.033
DAS28-PCR, mediana (p25-p75)	4.88 (3.53-5.45)	3.56 (3.00-4.69)	0.004

NS, no significativo; HTA, hipertensión arterial; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; IMC, índice de masa corporal; DAS28, Disease activity score using 28 joints; PCR, proteína C reactiva.

Figura 1. Clasificación de la actividad de la enfermedad por DAS28-PCR. (S36)



Conclusiones: Los pacientes con AR y DD tienen una mayor actividad de la enfermedad, por lo que se debe hacer énfasis en el tratamiento estricto de la enfermedad para controlar la inflamación sistémica y de esa manera evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Bibliografía

1. Sharma A, Kaushik R, Kaushik RM, Kakkar R. Echocardiographic evaluation of diastolic dysfunction in rheumatoid arthritis a case-control study. Mod Rheumatol. 2015;25(4):552-7.
2. Ladeiras-Lopes R, Araújo M, Sampaio F, Leite-Moreira A, Fontes-Carvalho R. The impact of diastolic dysfunction as a predictor of cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. Rev Port Cardiol (English ed. 2019;38(11):789-804.