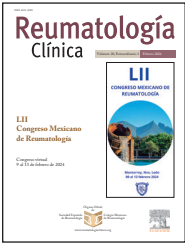




Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiacleinica.org



LII Congreso Mexicano de Reumatología

PLENARIAS

P01

COMPARACIÓN DE HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS TEMPRANOS ENTRE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y NIÑOS SANOS

R. Escamilla-Violante¹, A. Arellano-Valdez¹, A.V. Villarreal-Treviño², M. Méndez-Núñez¹, A. Portillo-Rivera¹, J.A. Tlacuilo-Parra¹

⁽¹⁾Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (pediatría), ⁽²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL (pediatría)

Introducción: La capilaroscopia del pliegue ungueal es una técnica de estudio directa, *in vivo*, segura y no invasiva, que apoya la identificación de lesiones características en enfermedades del tejido conectivo, reflejo de alteraciones microvasculares. Se ha utilizado en adultos como herramienta diagnóstica del fenómeno de Raynaud, esclerodermia (ED), esclerosis sistémica (ES), dermatomiositis y lupus eritematoso sistémico (LES), dado que son posibles alteraciones de la morfología capilar que se correlacionan con el diagnóstico, como criterio de clasificación e incluso con la actividad de la enfermedad; esto le confiere un valor pronóstico. Sin embargo, los estudios sobre hallazgos capilaroscópicos en pacientes pediátricos, sobre todo en el diagnóstico de la enfermedad, son escasos y poco concluyentes.

En la actualidad, el Grupo de Estudio de la Microcirculación en Enfermedades Reumáticas de EULAR fundó una colaboración internacional para la recolección de datos en pacientes pediátricos; su objetivo es servir de marco para la interpretación de la capilaroscopia en la práctica clínica de la reumatología pediátrica.

Objetivo: Comparar los hallazgos capilaroscópicos en los primeros 12 meses de diagnóstico entre pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas y niños sanos.

Material y métodos: Estudio transversal analítico en el que se realizó una comparación entre pacientes con diagnóstico de LES juvenil, dermatomiositis juvenil, esclerosis sistémica, esclerodermia y fenómeno de Raynaud primario del servicio de reumatología pediátrica de la UMAE Hospital de Pediatría, del Centro Médico Nacional de Occidente, y niños sanos.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes con enfermedades reumáticas, en los cuales se observó un predominio del sexo femenino con 36 pacientes

(90%), con una media de edad al momento del diagnóstico de enfermedad de 13 ± 3 años. En cuanto al diagnóstico, 32 pacientes tuvieron LESj (80%), 3 fenómeno de Raynaud primario (7%), 2 ES y DMJ (5%) y 1 ED (3%). El análisis por grupos encontró que en el LESj destacó la presencia de una distribución con desorganización leve en 22/32 (69%), una densidad capilar promedio de $7,3 \pm 0,9$, capilares tortuosos en 25/32 (78%) y un patrón capilaroscópico con anomalías leves en 14/32 (44%).

En los pacientes con fenómeno de Raynaud primario se reconoció una distribución con desorganización leve en 2/3 (67%), una mediana de densidad capilar de 10 (8-10), capilares tortuosos, dilatados y hemorragias en 2/3 (67%).

En los pacientes con ES se encontró una distribución con desorganización grave en 2/2 (100%), una densidad capilar disminuida con mediana de 3; áreas avasculares, capilares tortuosos, dilatados, arborescencias y angiogénesis, signos consistentes con patrón esclerodermiforme tardío.

El grupo con DMJ mostró una distribución con desorganización de moderada a grave, disminución de la densidad capilar con una mediana de cinco capilares, presencia de capilares tortuosos, dilatados, arborescencias, hemorragias y angiogénesis en 2/2 (100%), con patrón esclerodermiforme temprano en 1/2 y tardío en 1/2 (50 y 50%). Por último, en el paciente con ED no se encontraron hallazgos anormales. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: La capilaroscopia es una herramienta útil para el abordaje y complementación diagnóstica de pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas, aun en etapas tempranas de la enfermedad. Sin embargo, se requieren estudios con mayor número de muestra que permitan establecer la relación entre la afección capilar temprana y el grado de actividad de la enfermedad, y el significado de las anomalías leves en población sana, como un posible factor de predictibilidad de la enfermedad.

Bibliografía

- Piotto D, Sekiyama J, Kayser C, Yamada M, Len C, Terreri M. Nailfold videocapillaroscopy in healthy children and adolescents: description of normal patterns. Clin Exp Rheumatol. 2016;34 Suppl 100(5):193-199.
- Melsens K, Cutolo M, Schonenberg-Meinema D, Foeldvari I, Leone MC, Mostmans Y, et al. EULAR Study Group on microcirculation in rheumatic diseases. Standardized nailfold capillaroscopy in children with rheumatic diseases: a worldwide study. Rheumatology (Oxford). 2023;62(4):1605-1615.

Tabla 1. Descripción de hallazgos capilaroscópicos. (P01)

Variable	Controles (n = 40)	LESj (n = 32)	Raynaud (n = 3)	ES (n = 2)	DMJ (n = 2)	ED (n = 1)
Transparencia						
Buena	35 (87%)	24 (75%)	3 (100%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)
Mala	5 (13%)	8 (25%)	0	1 (50%)	0	0
Nula	0	0	0	0	0	0
Plexo venoso						
Visible	19 (47%)	14 (44%)	3	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)
No visible	21 (53%)	18 (56%)	0	0	1 (50%)	0

Distribución						
Normal	16 (40%)	3 (9%)	1 (33%)	0	0	1 (100%)
Desorganización leve	21 (52%)	22 (69%)	2 (67%)	0	0	0
Desorganización moderada	3 (8%)	7 (22%)	0	0	1 (50%)	0
Desorganización grave	0	0	0	2 (100%)	1 (50%)	0
Morfología						
Conservada	32 (80%)	20 (62%)	3 (100%)	0	0	1 (100%)
No conservada	8 (20%)	12 (38%)	0	2 (100%)	2 (100%)	0
Densidad (número de capilares/mm lineal)	8 ± 1	7,3 ± 0,9	10 (8-10)	3	5	10
Áreas vasculares	0	7 (22%)	1 (33%)	2 (100%)	2 (100%)	0
Capilares tortuosos	18 (45%)	25 (78%)	2 (67%)	2 (100%)	2 (100%)	0
Capilares dilatados	8 (20%)	13 (41%)	2 (67%)	1 (50%)	2 (100%)	0
Capilares gigantes	0	0	1 (33%)	0	1 (50%)	0
Arborescencias	4 (10%)	10 (31%)	1 (33%)	2 (100%)	2 (100%)	0
Hemorragias	1 (3%)	6 (19%)	2 (67%)	1 (50%)	2 (100%)	0
Angiogénesis	0	2 (6%)	0	2 (100%)	2 (100%)	0
Patrón capilaroscópico						
Normal	11 (27%)	5 (16%)	1 (33%)	0	0	1 (100%)
Anormalidades leves	23 (58%)	14 (44%)	0	0	0	0
Anormalidades mayores	6 (15%)	13 (41%)	1 (33%)	0	0	0
Esclerodermiforme temprano	0	0	1 (33%)	0	1 (50%)	0
Esclerodermiforme activo	0	0	0	0	0	0
Esclerodermiforme tardío	0	0	0	2 (100%)	1 (50%)	0

P02

CONOCIMIENTO SOBRE LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y SU ASOCIACIÓN CON LOS DESENLACES EN SALUD PERCIBIDOS

I. Contreras-Yáñez, A. Sánchez-Hernández, G. Guaracha-Basáñez, V. Pascual-Ramos, S. Villanueva

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las voluntades anticipadas (VA) describen los deseos de un paciente con respecto al tratamiento médico al final de la vida, cuando no pueden tomar decisiones relativas a su salud. Desde el año 2008, la Ley de Salud Mexicana regula las VA; sin embargo, se desconoce el nivel de conocimiento de los pacientes con enfermedades reumatológicas (PER) sobre este derecho.

Objetivo: Investigar el conocimiento sobre la VA de los PER en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México y su relación con los desenlaces en salud percibidos por el paciente (DSP).

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes ambulatorios con las 10 ER más prevalentes en la consulta externa de la institución, en quienes se recabaron características sociodemográficas, relacionadas con la ER, comorbilidades y tratamiento. Además, todos los pacientes respondieron dos encuestas, la primera sobre el conocimiento de VA (CVA) y la segunda sobre DSP (**Fig. 1 y 2**). Ambas las diseñó un grupo de expertos multidisciplinario que las sometió a validez de contenido por juicio de expertos. El CVA incluyó 16 reactivos y una EVA de 0 a 10 en la que se exploró la percepción del CVA del paciente, con una puntuación de -16 a 16. Además, un observador independiente (experto jurídico) determinó mediante un sistema ponderado de puntuación y la presencia/ausencia del CVA suficiente (CVAS). La encuesta DSP evaluó la probabilidad percibida (0-10) por el paciente de presentar nueve desenlaces en salud negativos

(perder o cambiar de trabajo, infectarse, acudir a urgencias, hospitalizarse, hospitalizarse en la UTI, depender de otra persona, ser una carga económica y emocional para la familia y fallecer, **Fig. 1**). Se usó regresión lineal para evaluar la relación entre el CVA y los DSP.

Resultados: Se incluyó a 173 pacientes, de los cuales 56 (32,4%) tuvieron AR y 53 (30,6%) LEG, en su mayoría mujeres (162 [93,6%]), con una mediana de edad de 47 años (P25-P75: 34,5-58), con 12 (9-16) años de educación formal y nivel socioeconómico medio-bajo (158 [91,3%]).

Los pacientes tuvieron ER de larga duración (12 años [6-20] y ≥ 1 comorbilidad 94 [54,3%]), recibían inmunosupresores (138 [78,6%]), glucocorticoides (75 [43%]) y fármacos biológicos (21 [12%]). Se identificaron remisión o baja actividad/gravedad de la enfermedad (RAPID-3) en 75 (43,4%) pacientes.

La percepción del paciente sobre su conocimiento fue extremadamente mala (EVA: 0 [0-5]) y la puntuación del CVA fue de 10 (7-13). La **Tabla 1** resume los resultados relevantes. La frecuencia de respuestas “no sé” osciló entre 8,7% y 41% y fue mayor para los aspectos legales de la VA. La frecuencia de respuestas erróneas fluctuó entre 1,7% y 27,7%, y esta última se obtuvo en el reactivo que consideraba a la VA como eutanasia. Por último, la frecuencia de respuestas correctas osciló entre el 37,6% y el 89% y fue mayor para los reactivos que evaluaban la perspectiva de VA desde los derechos humanos (**Tabla 1**). Hubo 63 (36,4%) pacientes con conocimiento suficiente.

La probabilidad de cada uno de los DSP no se vinculó con la puntuación de la encuesta CVA.

Conclusiones: Los pacientes con ER perciben su CVA como nulo. El mejor CVA se relacionó con la perspectiva de derechos humanos y el peor con aspectos legales. El mayor error de CVA fue considerarla igual a la eutanasia. El CVA no se vinculó con la percepción de los pacientes sobre sus desenlaces en salud.

Bibliografía

Ley General de Salud (1984). Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, febrero 7, 1984.

Tabla 1. Frecuencia de respuestas correctas, incorrectas y con desconocimiento para el Cuestionario de Voluntad Anticipada (CVA) en pacientes con enfermedades reumatológicas (PER). (P02)

Reactivos del CVA	Resultado derivado de las respuestas otorgadas por 173 PER		
	Correctas	Incorrectas	No sé
1. Es un derecho regulado y protegido por la ley.	82 (47,4)	24 (13,9)	67 (38,7)
2. Permite decidir el tratamiento y los cuidados que el paciente quiere y no quiere al final de la vida.	133 (76,9)	7 (4)	33 (19,1)
3. Es una acción voluntaria y libre, no obligatoria.	150 (86,7)	3 (1,7)	20 (11,6)
4. Respeta el momento natural de la muerte del paciente, no prolonga ni acorta la vida.	115 (66,5)	20 (11,6)	38 (22)
5. Es equivalente a eutanasia.	65 (37,6)	48 (27,7)	60 (34,7)
6. Es abandonar a un paciente, sin atenderlo o darle tratamiento.	132 (76,3)	12 (6,9)	29 (16,8)
7. La responsabilidad de decidir el tratamiento y cuidado al final de la vida recae en el paciente y no en la familia.	119 (68,8)	20 (11,6)	34 (19,7)
8. Puede evitar conflictos en la familia en la toma decisiones al final de la vida.	124 (71,7)	20 (11,6)	29 (16,8)
9. Es negarle atención médica y tratamiento al paciente.	142 (82,1)	12 (6,9)	19 (11)
10. Permite decidir al paciente el destino de su cuerpo y órganos después de morir.	137 (79,2)	11 (6,4)	25 (14,5)
11. El paciente puede estipular anticipadamente su voluntad, con un documento ante notario y con costo.	83 (48)	19 (11)	71 (41)
12. El paciente puede estipular anticipadamente su voluntad, llenando una forma, sin costo, en la institución de salud donde es atendido.	112 (64,7)	2 (1,2)	59 (34,1)
13. El médico puede invitar a los pacientes a que elaboren su voluntad anticipada.	79 (45,7)	29 (16,8)	65 (37,6)
14. El paciente puede nombrar a un representante para vigilar que se cumpla su voluntad.	142 (82,1)	4 (2,3)	27 (15,6)
15. Lo expresado en la voluntad anticipada se puede cambiar en cualquier momento que lo decida el paciente.	135 (78)	5 (2,9)	33 (19,1)
1. Los médicos y familiares deben respetar la voluntad anticipada del paciente cuando ya no pueda decidir.	154 (89)	4 (2,3)	15 (8,7)

Figura 1. Cuestionario sobre “voluntad anticipada”. (P02)

Cuestionario sobre “Voluntad anticipada”

A continuación, le pedimos que nos comparta, ¿Cuánto considera usted conocer acerca del término “voluntad anticipada”?

No sé nada al respecto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Conozco bastante bien el tema

Finalmente le pedimos que, para cada fila, elija una sola opción, la que mejor refleje lo que para usted es o no la voluntad anticipada, considerando lo que hasta hoy piensa o sabe al respecto.

	SI	NO	NO SÉ
1. Es un derecho regulado y protegido por la ley.			
2. Permite decidir el tratamiento y los cuidados que el paciente quiere y no quiere al final de la vida.			
3. Es una acción voluntaria y libre, no es obligatoria.			
4. Respeta el momento natural de la muerte del paciente, no prolonga ni acorta la vida.			
5. Es equivalente a eutanasia.			
6. Es abandonar a un paciente, sin atenderlo o darle tratamiento.			
7. La responsabilidad de decidir el tratamiento y cuidado al final de la vida, recae en el paciente y no en la familia.			
8. Puede evitar conflictos en la familia en la toma decisiones al final de la vida.			
9. Es negarle atención médica y tratamiento al paciente.			
10. Permite decidir al paciente el destino de su cuerpo y órganos después de morir.			
11. El paciente puede estipular anticipadamente su voluntad, con un documento ante notario y con costo.			
12. El paciente puede estipular anticipadamente su voluntad, llenando una forma, sin costo, en la institución de salud donde es atendido.			
13. El médico puede invitar a los pacientes a que elaboren su voluntad anticipada.			
14. El paciente puede nombrar un representante para vigilar que se cumpla su voluntad.			
15. Lo expresado en la voluntad anticipada se puede cambiar en cualquier momento que lo decida el paciente.			
16. Los médicos y familiares deben respetar la voluntad anticipada del paciente cuando ya no pueda decidir.			

MUCHAS GRACIAS POR HABER CONTESTADO ESTE CUESTIONARIO

Figura 2. Cuestionario sobre “percepciones por tener una enfermedad reumatológica”. (P02)

Cuestionario sobre “Percepciones por tener una enfermedad reumatológica”

Con este cuestionario quisiéramos conocer algunas de sus percepciones por tener una enfermedad reumatológica.

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste las siguientes preguntas. Elija la respuesta que más se acerque a lo que usted piensa, tachando el círculo de su elección, considere que no hay respuestas correctas o incorrectas.

De acuerdo con lo que usted piensa, sabe o percibe con respecto a su enfermedad reumatológica, ¿Qué tan probable es?	¿En qué se basó para contestar la pregunta a la izquierda? <i>Puede marcar más de una opción</i>
1. Perder su trabajo o tener que cambiar de trabajo. Nada probable que me suceda ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 Muy probable que me suceda	○ Lo intuyo / me late / lo siento. ○ Experiencias personales (me ha pasado, le ha pasado a algún familiar o conocido que tiene alguna enfermedad reumatológica). ○ Es algo que he hablado con algún familiar, amigo o conocido. ○ Es algo que he hablado con mi reumatóloga/reumatólogo o con otros médicos que participan en mi atención. ○ Investigué en internet o en algún otro medio de información. ○ Otro (especificar): _____
2. Contagiarse de alguna enfermedad infecciosa. Nada probable que me suceda ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 Muy probable que me suceda	○ Lo intuyo / me late / lo siento. ○ Experiencias personales (me ha pasado, le ha pasado a algún familiar o conocido que tiene alguna enfermedad reumatológica). ○ Es algo que he hablado con algún familiar, amigo o conocido. ○ Es algo que he hablado con mi reumatóloga/reumatólogo o con otros médicos que participan en mi atención. ○ Investigué en internet o en algún otro medio de información. ○ Otro (especificar): _____
3. Tener que acudir al servicio de Urgencias. Nada probable que me suceda ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 Muy probable que me suceda	○ Lo intuyo / me late / lo siento. ○ Experiencias personales (me ha pasado, le ha pasado a algún familiar o conocido que tiene alguna enfermedad reumatológica). ○ Es algo que he hablado con algún familiar, amigo o conocido. ○ Es algo que he hablado con mi reumatóloga/reumatólogo o con otros médicos que participan en mi atención. ○ Investigué en internet o en algún otro medio de información. ○ Otro (especificar): _____

Solo se presentan los 3 primeros desenlaces desfavorables en salud

P03

EVALUACIÓN VIDEOCAPILAROSCÓPICA DE LA MICROVASCULATURA DEL LECHO UNGUEAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO Y SECUNDARIO

Y.F. Macías-Huerta, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, A.K. Leos-Leija, N. Rubio-Pérez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL (Pediatría)

Introducción: La capilaroscopia es una herramienta que ayuda a valorar la microcirculación mediante la observación de la forma, densidad, estructura y alteraciones de los capilares del pliegue ungueal. La microcirculación tiene una importante relación con las enfermedades reumáticas, por lo que se ha convertido en una herramienta en reumatología y se considera un método no invasivo y de bajo costo. El fenómeno de Raynaud, una anomalía clínica identificada con frecuencia en pacientes con enfermedades reumáticas, requiere valoración capilaroscópica para diferenciar el fenómeno de Raynaud primario del secundario, y también ayuda a vigilar la actividad de la enfermedad y determinar la respuesta al tratamiento y el pronóstico. Hasta la fecha son pocos los datos publicados relacionados con las características capilaroscópicas en poblaciones pediátricas.

Objetivo: Describir las diferencias capilaroscópicas cualitativas, semicuantitativas y cuantitativas entre pacientes pediátricos con fenómeno de Raynaud primario y secundario.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes del departamento de pediatría en seguimiento por el servicio de reumatología pediátrica de un centro terciario en Monterrey, Nuevo León, desde julio de 2017 hasta octubre de 2023. Se analizaron ocho dedos, salvo los pulgares, con base en la imagen

de 1 mm más representativa de cada dedo con un videocapilaroscopio x200 (Optilia); un mismo observador efectuó todas las mediciones. Se recopiló datos demográficos para describir el diagnóstico, edad y presencia de fenómeno de Raynaud. En cuanto a los datos de la videocapilaroscopia, se capturaron datos cualitativos como el patrón capilaroscópico (Cuto-lo), densidad, ectasias, microhemorragias y edema; para las características cuantitativas de cada dedo se obtuvieron la longitud, diámetro de asa, distancia intercapilar, diámetro aferente y diámetro eferente.

Resultados: Se incluyó a 28 pacientes, 24 (85,71%) de los cuales eran mujeres y la edad media de presentación fue de 13 años (Tabla 1). Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis idiopática juvenil (28,57%), lupus eritematoso sistémico (25%), fenómeno de Raynaud primario (25%), enfermedad del tejido conectivo no diferenciada (7,14%), esclerosis sistémica (7,14%) y otros (7,14%).

Entre las características cualitativas se observa una mayor cantidad de alteraciones inespecíficas (59,75%), seguidas por un patrón esclerodérmico (21%); también se encontró un patrón normal (19,25%) en los capilares de los pacientes. Se evidenció una longitud media de 219, una distancia intercapilar media de 99, un ancho medio de 52, diámetro arterial medio de 18,5 y diámetro venoso medio de 23. Las características cualitativas de cada dedo se pueden encontrar en la Tabla 2 y las medidas cuantitativas en la Tabla 3.

Conclusiones: Se hallaron diferencias cualitativas y cuantitativas en los pacientes con fenómeno de Raynaud, en particular en el diámetro aferente para todos los dedos; en el cuarto dedo de la mano izquierda se identificó una diferencia en la mayoría de las mediciones. Este estudio muestra los datos cualitativos y cuantitativos del análisis videocapilaroscópico; por lo tanto, se propone como una posible herramienta para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades reumatológicas en pacientes pediátricos.

A pesar de encontrar alteraciones en las imágenes de los pacientes sería de utilidad realizar estudios con controles en niños sanos para inferir conclusiones más sólidas de las características de los pacientes con fenómeno de Raynaud.

Bibliografía

- Ocampo-Garza SS, Villarreal-Alarcón MA, Villarreal-Treviño AV, Ocampo-Candiani J. Capilaroscopia: una herramienta diagnóstica valiosa. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2019 [citado el 25 de octubre de 2023];110(5):347-52. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-capilaroscopia-una-herramienta-diagnostica-valiosa-articulo-S0001731018305477>.
- Facio-Lince García A, Velásquez-Franco CJ, Zapata-Castellanos AL, Rodríguez-Padilla LM, Mesa-Navas MA. Características de la videocapilaroscopia del lecho ungular y de los anticuerpos antinucleares en una cohorte de pacientes con enfermedad autoinmune sistémica con fenómeno de Raynaud. *Rev. Colomb. Reumatol.* [Internet]. 2018 Sep [cited 2023 Oct 25]; 25(3): 169-176. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232018000300169&lng=en. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.06.003>.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes. (P03)

n = 28 (%)		Pacientes con fenómeno de Raynaud
Edad		13 (10-16)*
Femenino		24 (85,71%)
Diagnostico	AIJ	8 (28,57%)
	LES	7 (25%)
	FR Primario	7 (25%)
	ETC	2 (7,14%)
	Esclerosis sistémica	2 (7,14%)
	Otras	2 (7,14%)

Tabla 2. Evaluación cualitativa de la videocapilaroscopia en pacientes con fenómeno de Raynaud. (P03)

Evaluación cualitativa		Sí n = 28 (%)
R2	Normal	11%
	Alteraciones inespecíficas	67%
	Patrón esclerótico	22%
R3	Normal	33%
	Alteraciones inespecíficas	44%
	Patrón esclerótico	22%
R4	Normal	22%
	Alteraciones inespecíficas	56%
	Patrón esclerótico	22%
FR5	Normal	11%
	Alteraciones inespecíficas	78%
	Patrón esclerótico	11%
L2	Normal	22%
	Alteraciones inespecíficas	44%
	Patrón esclerótico	33%
L3	Normal	22%
	Alteraciones inespecíficas	67%
	Patrón esclerótico	11%
L4	Normal	22%
	Alteraciones inespecíficas	44%
	Patrón esclerótico	33%
L5	Normal	11%
	Alteraciones inespecíficas	78%
	Patrón esclerótico	11%

Tabla 3. Evaluación cuantitativa de la videocapilaroscopia en pacientes con fenómeno de Raynaud. Se agrupan los datos como promedio de todos los valores en todos los dedos evaluados. (P03)

	Pacientes n = 28 Mediana (RIC)
Longitud media	219 (190-275)
Ancho medio	52 (47-58)
Distancia intercapilar media	99 (84-111)
Diámetro arterial medio	18,5 (17-26)
Diámetro venoso medio	23 (21-25)

P04

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON COMPLICACIONES POSOPERATORIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

N. García-Mosqueda, G.E. Silva-Jiménez, M.M. Fonseca-Hernández, R. García-Granados, Z.N. Herbert-Anaya, J.I. Velasco-Santos, I.N. Morales-Avedaño, C. Abud-Mendoza, D.A. Herrera-Van Oostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) requieren en ocasiones intervención quirúrgica, con mayor frecuencia de carácter ortopédico, con tasa variable de complicaciones posoperatorias, entre ellas las complicaciones médicas en 24% a 29% y las ortopédicas en 0,8% a 2,8%.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo perioperatorios relacionados con complicaciones posoperatorias en pacientes con ER sometidos a cirugías ortopédicas y no ortopédicas.

Material y métodos: Estudio de cohorte, ambispectivo y analítico de pacientes con ER que requirieron alguna cirugía electiva o de emergencia durante el periodo 2019-2021. Se utilizó como grupo control a pacientes con enfermedades no reumatológicas (ENR). Todos los pacientes tuvieron una valoración preoperatoria basada en el índice de cirugía de Lee y la puntuación del Programa Nacional de Mejora de la Calidad del Colegio Americano de Cirujanos (NSQIP); se calculó la actividad de la enfermedad de todas las ER de acuerdo con las puntuaciones de actividad específicas de cada una de ellas (**Tabla 1**). Se realizó seguimiento de los pacientes hasta el alta hospitalaria o el fallecimiento. Se aplicaron modelos univariados y multivariados para determinar los factores de riesgo de complicaciones posoperatorias (resultado compuesto: complicaciones cardíacas o pulmonares, transfusión de sangre, infección, reintervención quirúrgica, insuficiencia respiratoria, administración de vasopresores).

Resultados: Se incluyó a 428 pacientes, 118 con ER y 310 con ENR. La mediana de edad fue de 52,8 años y la mayoría correspondió a mujeres, el 78,8% de quienes tuvieron ER. Los pacientes con ENR tenían cifras más altas de glucosa sérica, mayor tasa de diabetes mellitus, lesión renal aguda, neoplasias de cualquier tipo y tabaquismo. En el grupo de ER, 56,7% tenía artritis reumatoide, 20,3% lupus eritematoso sistémico, 1,69% vasculitis relacionada con ANCA, 3,39% síndrome antifosfolípidos y 21,1% otras enfermedades autoinmunitarias. La enfermedad reumática activa estuvo presente en 44,9% de los pacientes. La cirugía electiva es la más frecuente en ambos grupos (ENR 83,5% vs. ER 74,5; $p < 0,03$). En esta cohorte predominó la cirugía abdominal en ambos grupos, seguida de la ortopédica en el grupo de ER (27,1%; $p = 0,001$). El 65,2% de los pacientes con ER tuvo un riesgo moderado a alto de sufrir alguna complicación y 55% riesgo grave, según la puntuación NSQIP. Fueron más prevalentes las complicaciones posoperatorias en el grupo de ER respecto de ENR (49,1% vs. 20,9%; $p < 0,0001$), respectivamente. Las principales complicaciones fueron infección (ER 19,49% vs. 3,54% ENR; $p < 0,0001$), hiperglucemia (11% ER vs. 1,6% ENR; $p < 0,0001$) y crisis hipertensiva (5,9% ER vs. 0,64% ENR; $p = 0,002$). Cuatro pacientes (3,39%; $p = 0,50$) con ER fallecieron. El 75,4% de pacientes con ER

ingería de forma prehospitalaria algún inmunosupresor distinto de los glucocorticoides (IS-no GC); y se indicaron GC en la hospitalización a 76,2% y otro IS-no GC se continuó en 22%. En el análisis de regresión logística, la presencia de ER activa al momento de la cirugía (OR 3,33; IC95% 1,08-10,33; $p = 0,03$), la lesión renal aguda preoperatoria (OR 3,12; IC95% 1,42-6,79; $p = 0,004$) y la práctica de una cirugía urgente (OR 2,73; IC95% 1,56-4,77; $p = 0,0003$) fueron los predictores de complicaciones posoperatorias en el grupo de pacientes con ER (**Tabla 2**).

Conclusiones: Los principales factores pronósticos fueron la enfermedad reumática activa, lesión renal preoperatoria y temporalidad de la cirugía realizada. La hipertensión arterial sistémica, consumo de GC e IS-no GC intrahospitalario no se vincularon con complicaciones posoperatorias en pacientes con ER.

Bibliografía

- Goodman SM. American College of Rheumatology/American Association of hip and knee surgeons guideline for the perioperative management of antirheumatic medication in patients with rheumatic diseases undergoing elective total hip or total knee arthroplasty. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022 Sep;74(9):1399-1408.
- Goodman SM, MacKenzie CR. Outcomes and perioperative management of patients with inflammatory arthritis and systemic lupus erythematosus undergoing total joint arthroplasty. *Rheumatology* 2022;1:455-461.

Tabla 1. Características basales. (P04)

Variable	Enfermedad reumática (n = 118)	Controles (n = 310)	P
Edad, años	52,8 (15,1)	54,2 (13,9)	0,39
Femenino	93 (78,81)	149 (48,06)	< 0,0001
Datos de laboratorio			
Creatinina sérica (mg/dL)	0,9 (1,2)	1,1 (1,5)	0,24
Glucosa central (mg/dL)	108,1 (57,4)	130 (66,2)	0,001
Hemoglobina (g/dL)	12,2 (2,2)	12,2 (2,7)	0,87
Comorbilidades			
Diabetes mellitus	26 (22,03)	116 (37,41)	0,002
Hipertensión arterial sistémica	47 (39,83)	110 (35,48)	0,40
Lesión renal aguda	5 (4,23)	32 (10,32)	0,04
Neoplasia	16 (13,55)	80 (25,80)	0,006
Enfermedad renal crónica	8 (6,78)	19 (6,12)	0,80
Insuficiencia cardíaca congestiva	5 (4,23)	10 (3,22)	0,56
Cardiopatía isquémica	7 (5,93)	9 (2,90)	0,15
Tabaquismo	8 (6,78)	37 (11,93)	0,05
Enfermedades reumáticas			
Artritis reumatoide	67 (56,78)	0	NA
Lupus eritematoso sistémico	24 (20,33)	0	
Vasculitis relacionada con ANCA	2 (1,69)	0	
Síndrome antifosfolípidos	4 (3,39)	0	
Otras enfermedades autoinmunitarias	25 (21,18)	0	
Enfermedad reumática activa	53 (44,91)	0	NA
Temporalidad de cirugía			
Electiva	88 (74,57)	259 (83,54)	0,03
Urgente	30 (25,42)	51 (16,45)	
Tipo de cirugía			
Abdominal	36 (30,50)	115 (37,09)	0,003
Ginecológica	15 (12,71)	11 (3,54)	0,85
Neuroquirúrgica	2 (1,69)	4 (1,29)	0,2
Ortopédica	32 (27,11)	59 (19,03)	0,001
Torácica	10 (8,47)	15 (4,83)	0,04
Otras	23 (19,49)	106 (34,19)	0,004
Complicación presente	58 (49,15)	65 (20,96)	< 0,0001
Complicaciones transoperatorias			
Perforación	0	2 (0,64)	0,9
Choque	1 (0,84)	6 (1,93)	0,67
Otras complicaciones	10 (8,47)	19 (6,12)	0,11

Complicaciones posoperatorias			
Infección	23 (19,49)	11 (3,54)	< 0,0001
Arritmia	1 (0,84)	4 (1,29)	0,9
Choque	3 (2,54)	15 (4,83)	0,42
Hiperglucemia	13 (11,01)	5 (1,61)	< 0,0001
Crisis hipertensiva	7 (5,93)	2 (0,64)	0,002
Otras complicaciones	3 (2,54)	2 (0,64)	0,13
Índice de Lee			
Bajo	81 (68,64)	194 (62,58)	0,07
Intermedio	27 (22,88)	101 (32,58)	
Alto	10 (8,47)	15 (4,83)	
NSQIP, cualquier riesgo			
Alto	49 (41,52)	22 (7,09)	< 0,0001
Moderado	28 (23,72)	56 (18,06)	
Bajo	41 (34,74)	232 (74,83)	
NSQIP, riesgo grave			
Alto	48 (40,67)	20 (6,45)	< 0,0001
Moderado	17 (14,40)	38 (12,25)	
Bajo	53 (44,91)	252 (81,29)	
Consumo de inmunosupresor prehospitalario	89 (75,42)	2 (0,64)	< 0,0001
Consumo de inmunosupresor hospitalario	26 (22,03)	0	NA
Consumo de glucocorticoide hospitalario	90 (76,27)	8 (2,58)	< 0,0001
Dosis de esteroide	10,8 (30,4)	21,2 (14,9)	0,10
Unidad de terapia intensiva	7 (5,93)	15 (4,83)	0,64
Estancia UTI	6,7 (6,8)	5,2 (5,5)	0,61
Muerte	4 (3,39)	7 (2,25)	0,50
Estancia hospitalaria (días)	14,6 (26,2)	9,7 (24,2)	0,08

Tabla 2. Análisis de regresión logística. (P04)

Variable	Odds ratio (IC95%)	p
Tipo de enfermedad reumática	0,49 (0,21-1,16)	0,10
Enfermedad reumática activa	3,33 (1,08-10,33)	0,03
Hipertensión arterial sistémica	0,99 (0,60-1,61)	0,97
Lesión renal aguda	3,12 (1,42-6,79)	0,004
Glucocorticoide hospitalario	1,42 (0,62-3,25)	0,39
Temporalidad de cirugía (urgente)	2,73 (1,56-4,77)	0,0003
Uso inmunosupresor hospitalario	0,33 (0,63-2,88)	0,09

P05

DESENLACES EN SALUD PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

I. Contreras-Yáñez, A. Sánchez-Hernández, G. Guaracha-Basáñez, S. Villanueva, V. Pascual-Ramos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatológicas (PER) pueden seguir cualquiera de las tres evoluciones reconocidas de las enfermedades crónicas: un periodo de declive abrupto y corto, un deterioro progresivo con episodios de descompensación y una discapacidad de lenta progresión hasta la muerte, muchas veces considerada como prematura. Pese a lo anterior, se desconoce la percepción de los PER sobre sus desenlaces en salud.

Objetivo: Comparar la probabilidad percibida (PP) de ciertos desenlaces en salud desfavorables (DSD) entre PER y población sana y analizar el origen de dicha percepción.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal en PER ambulatorios, en quienes se recabaron características sociodemográficas, en relación con la enfermedad reumatológica, las comorbilidades y el tratamiento. Para cada paciente se identificó un control sano pareado por sexo y edad (± 5 años). Todos los participantes respondieron la encuesta de DSD para evaluar la PP (0-10) de presentar nueve desenlaces (perder o cambiar de trabajo, infectarse, acudir a urgencias, hospitalizarse, hospitalizarse en la UTI, depender de otros para las actividades básicas de la vida diaria [ABVD], ser una carga económica para la familia, ser una carga emocional para la familia y fallecer), así como la fuente de dicha percepción. Se compararon los datos de los pacientes y sus controles mediante la U de Mann-Whitney para las percepciones y la ji cuadrada para las fuentes de información.

Resultados: Se incluyó a 173 pacientes y sus respectivos controles, con 162 (93,6%) mujeres y mediana de edad de 47 años (P25-P75: 33-59). Los pacientes fueron en su mayoría mujeres (162 [93,6%]) con una mediana de edad de 47 años (34,5-58), con 12 (9-16) años de educación formal y nivel socioeconómico medio-bajo (158 [91,3%]). Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoide en 56 (32,4%) pacientes y lupus eritematoso generalizado en 53 (30,6%). Las PP por los pacientes fueron altas para necesitar acudir a una unidad de urgencias, sufrir una enfermedad infecciosa, convertirse en una carga emocional y económica para la familia y perder o cambiar de trabajo. Los pacientes tuvieron baja PP para necesitar hospitalización en una unidad de cuidados intensivos, mientras que la PP de muerte fue sustancial. Para todos los DSD, los PER tuvieron una mayor PP que sus controles ($p \leq 0,037$), en quienes las probabilidades más altas fueron para necesitar acudir a una unidad de urgencias y desarrollar una enfermedad infecciosa, mientras que la más baja fue para depender de otros en las ABVD (0 [0-1]) (Tabla 1).

En general, tanto pacientes como controles seleccionaron la intuición y la experiencia personal y con personas cercanas como las fuentes más frecuentes para cada PP de DSD. Para los pacientes, el intercambio de información con sus reumatólogos como fuente para establecer la probabilidad de DSD sólo se refirió en 2,9% a 23,7% (Fig. 1).

Conclusiones: Los PER tienen PP de DSD más altos que sus controles sanos. La PP de DSD en PER fue mayor para desenlaces clínicos y con efectos socioeconómicos, mientras que en la población sana lo fue para los desenlaces clínicos. En general, las fuentes más frecuentes para la PP

de DSD de los pacientes y los controles fueron intuitivas o basadas en su experiencia. Para los PER, el reumatólogo tuvo poca participación en la PP de DSD, incluida la PP de muerte.

Bibliografía

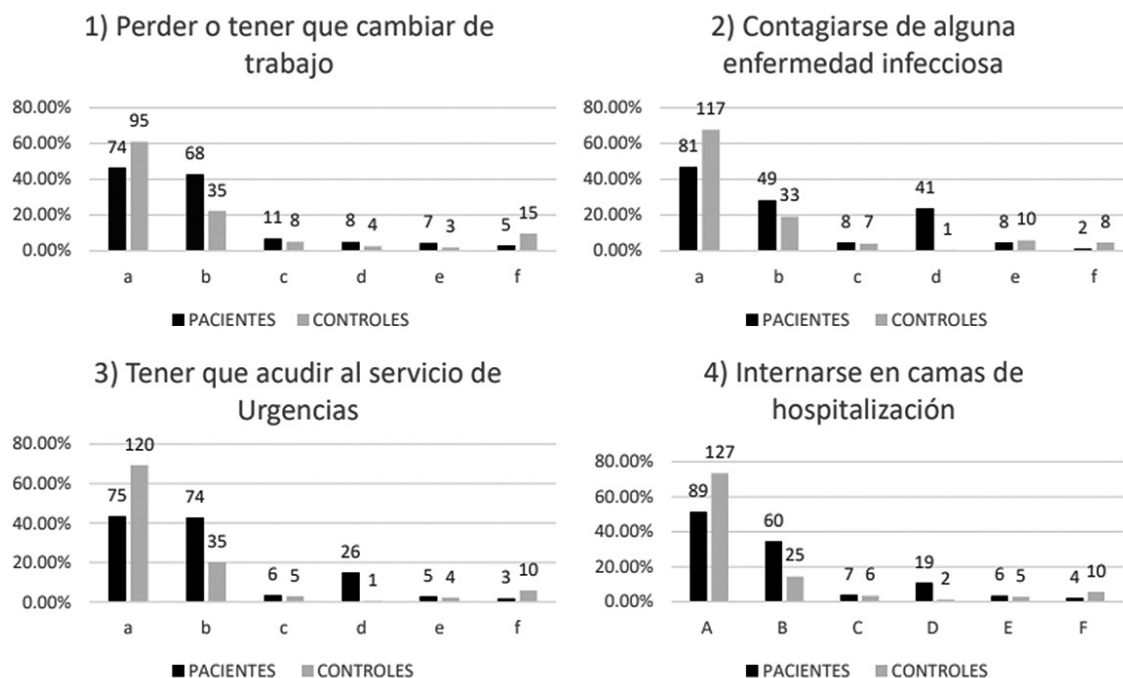
Cho J, Zhou J, Lo D, Mak A, Tay SH. Palliative and end-of-life care in rheumatology: High symptom prevalence and unmet needs. *Semin Arthritis Rheum.* 2019 Aug;49:156-61.

Tabla 1. Comparación de las probabilidades percibidas de tener un desenlace desfavorable en salud entre pacientes con enfermedades reumatológicas y sus controles sanos. (P05)

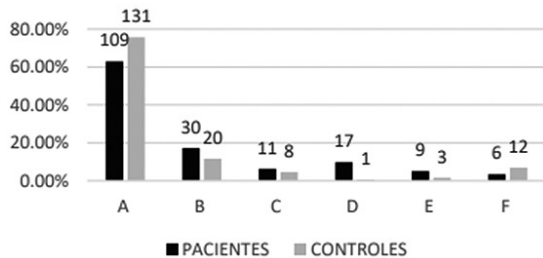
Desenlaces desfavorables en salud	Pacientes con ER n = 173	Controles sanos n = 173	p
Perder o tener que cambiar de trabajo	5 (0-8)	1 (0-5)	0,000
Contagiarse de alguna enfermedad infecciosa	5 (1-9)	2 (0-5)	0,000
Tener que acudir al servicio de Urgencias	5 (2,5-9)	2 (0-5)	0,000
Internarse en camas de hospitalización	4 (0-7)	1 (0-4,5)	0,000
Internarse en la unidad de terapia intensiva	1 (0-5)	0 (0-2)	0,037
Depender de alguna persona	3 (0-7)	0 (0-1)	0,000
Convertirse en una carga económica	5 (0-8)	0 (0-2)	0,000
Convertirse en una carga emocional	5 (0-8)	0 (0-4,5)	0,000
Morir/fallecer	4 (0-7,5)	0 (0-5)	0,000

Datos presentados como mediana (percentiles 25°-75°) de las probabilidades evaluadas en escala de 0 a 10, la máxima probabilidad.

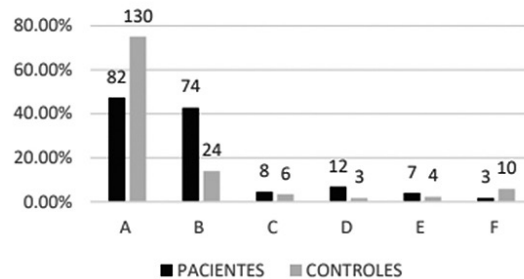
Figura 1. Comparación de las probabilidades percibidas de tener un desenlace desfavorable de salud entre pacientes con enfermedades reumatológicas y sus controles sanos. (P05)



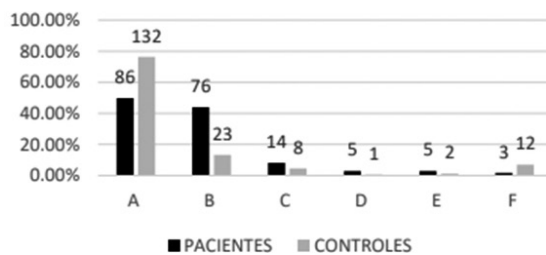
5) Internarse en Unidad de Terapia Intensiva



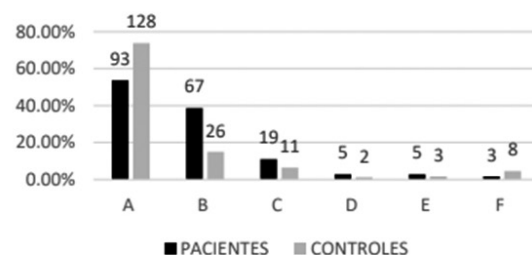
6) Depender de alguna persona



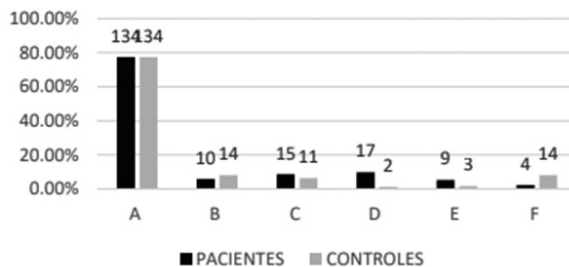
7) Convertirse en carga económica



8) Convertirse en carga emocional



9) Morir/fallecer



Los datos se presentan como el porcentaje de pacientes/controles que seleccionaron la fuente para estimar la probabilidad percibida a cada desenlace desfavorable de salud. Fuente: A – lo intuyo/me late/lo siento, B – experiencias personales, C – hablado con algún familiar/amigo, D – hablado con reumatólogo, E – internet, F – otros.

Po6

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO EN PEDIATRÍA: REPORTE DE 51 CASOS Y UTILIDAD DE LOS CRITERIOS ACR/EULAR 2023

A.R. Torres-Jiménez¹, B. Sánchez-Jara², V. Ramírez-Nova³, A. Velázquez-Cruz², G.C. Cortina-Olvera², A.I. Céspedes-Cruz², F.X. Guerra-Castillo², V.C. Bekker-Méndez²

⁽¹⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (pediatría), ⁽²⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (pediatría), ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome antifosfolípido es una causa importante de trombosis y pérdidas obstétricas. Los criterios de clasificación actuales se basaron en estudios realizados en adultos y, dado que en los niños prácticamente no existe morbilidad obstétrica y los factores de riesgo protrombóticos son menores, se necesitan criterios enfocados en la población pediátrica.

Objetivo: Describir la frecuencia de manifestaciones clínicas trombóticas y no trombóticas, de laboratorio y terapéuticas en pacientes con síndrome antifosfolípido primario pediátrico, además de probar los criterios de clasificación ACR/EULAR 2023 en una población pediátrica que cumple con los criterios del laboratorio de Sydney, con manifestaciones clínicas trombóticas y no trombóticas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario, menores de 16 años, en seguimiento por el servicio de reumatología pediátrica del Hospital General, Centro Médico Nacional, La Raza, desde enero de 2013 hasta abril de 2023. El síndrome antifosfolípido se definió cuando cumplía los criterios de laboratorio de Sidney y presencia de trombosis o manifestaciones distintas de los criterios (hematológicas, neurológicas, cutáneas, renales, cardíacas o pulmonares). Se recogieron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y terapéuticos. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con los criterios del síndrome antifosfolípido de ACR/EULAR 2023 para determinar su utilidad en pacientes pediátricos.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes, 35 mujeres y 16 hombres, con edad media de 12,2 años. Se identificó trombosis en 11 pacientes (22%), 3 arteriales y 8 venosas. Sólo hubo manifestaciones trombóticas en 2 (4%) y no trombóticas sólo en 40 (78%) y con ambas manifestaciones en 9 (18%). Entre las manifestaciones no trombóticas se reconocieron las hematológicas: trombocitopenia (35 pacientes), anemia hemolítica autoinmunitaria (24), síndrome de Fisher-Evans (14) y síndrome de anticoagulante lúpico con hipoprotrombinemia en 2 (4%); de las dermatológicas: livedo reticular en 28 (55%), úlceras cutáneas en 3 (6%), fenómeno de Raynaud en 11 (22%); de las neurológicas: epilepsia en 1 (2%), migraña en 4 (8%), corea en 1 (2%) y deterioro cognitivo en 3 (6%). Las manifestaciones renales se reconocieron en 8 (16%). Pruebas de laboratorio: aPTT prolongado en 47 (92%), anticoagulante lúpico en 51 (100%), anticardiolipina IgG en 36 (71%), anticardiolipina IgM en 31 (61%). El anti-B2GPI se realizó sólo en 7 pacientes, todos positivos. Manifestaciones terapéuticas: anticoagulación

en pacientes con trombosis, antiagregante plaquetario en 41 (80%), esteroide en 47 (92%), inmunosupresor en 46 (90%) y rituximab en 6 (12%). No se registraron muertes. Según los criterios preliminares del síndrome antifosfolípido ACR/EULAR 2023, fue posible clasificar a 26 pacientes (51%) con síndrome antifosfolípido primario; con los criterios de Sydney sólo a 11 pacientes (22%). Si se suman otras manifestaciones hematológicas, con el mismo valor que el de la trombocitopenia a la anemia hemolítica, además de 3 puntos a la combinación de anemia hemolítica y trombocitopenia o al síndrome de anticoagulante lúpico con hipoprotrombinemia, se sumaron 13 pacientes más, para un total de 39 pacientes clasificados con síndrome antifosfolípido primario (76%).

Conclusiones: Las características clínicas de los pacientes con síndrome antifosfolípido primario pediátrico difieren de las identificadas en adultos, ya que las manifestaciones no trombóticas son más frecuentes en los niños, por lo que se requieren criterios de clasificación que incluyan estas manifestaciones para una mejor caracterización de la enfermedad en la población pediátrica. Los criterios ACR/EULAR 2023 mejoran la clasificación de los pacientes pediátricos con síndrome antifosfolípido primario, pero aún no logran clasificar a la mitad de los pacientes, por lo que se sugiere agregar a éstos otras manifestaciones hematológicas para mejorar su utilidad en la población pediátrica.

Bibliografía

- Torres-Jiménez AR, Ramírez-Nova V, Céspedes-Cruz AI, Sánchez-Jara B, Velázquez-Cruz A, Bekker-Méndez VC, Guerra-Castillo FX. Primary antiphospholipid syndrome in pediatrics: beyond thrombosis. Report of 32 cases and review of the evidence. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2022 Feb 14;20(1):13. doi: 10.1186/s12969-022-00673-y. PMID: 35164787; PMCID: PMC8842521.
- Barbhaiya M, Zuily S, Naden R, Hendry A, Manneville F, Amigo MC, Amoura Z, Andrade D, Andreoli L, Artim-Esen B, Atsumi T, Avcin T, Belmont MH, Bertolaccini ML, Branch DW, Carvalheiras G, Casini A, Cervera R, Cohen H, Costedoat-Chalumeau N. ACR/EULAR APS Classification Criteria Collaborators. 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Annals of the rheumatic diseases* 2023;82(10):1258-1270. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224609>.

Po7

REPORTE DE PRIMERA FASE DE ACTUALIZACIÓN Y VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE DAÑO ACUMULADO EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO TROMBÓTICO (DIAPSv2)

M.C. Amigo-Castañeda¹, M.V. Goycochea-Robles², G. Medica-García³, L.A. Martínez-Martínez⁴, C. Mendoza-Pinto⁵, C. Meléndez-Mercado⁶, P. Medina-San Millán¹, A.A. Pérez-Ruiz⁷, S. Vázquez-Guzmán⁸, V. Cano-Nigeda⁷, A.A. Arauz-Góngora⁷, A.A. Mercado-Pompa⁷, L.A. Meillón-García¹, D. Soriano-Valdez⁹

⁽¹⁾Centro Médico ABC, ⁽²⁾Centro Asociado Cochrane, Facultad de Medicina, UNAM, ⁽³⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁴⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽⁵⁾Hospital Regional No 36 Puebla, IMSS, ⁽⁶⁾Centro Médico ISSEMYM Toluca, ⁽⁷⁾Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, ⁽⁸⁾HS Estudios Farmacoeconómicos SA de CV, ⁽⁹⁾BIOCOMLAB-ICAT UNAM

Introducción: El índice para valorar el daño crónico (DIAPS) en el síndrome antifosfolípido trombótico (SAFT) se desarrolló y validó a través del Primer registro Latinoamericano de pacientes con SAF. Se ha aplicado en todo el mundo en escenarios reales, incluso en la edad pediátrica, lo que demuestra su validez externa. El DIAPS se ha relacionado con diversos desenlaces, como comorbilidad, calidad de vida, discapacidad y aun mortalidad. También se ha señalado la pertinencia de optimizarlo y actualizar las definiciones operativas e incluir otras entidades que infligen daño crónico y su tratamiento, por lo que es conveniente una nueva versión (DIAPSv2). **Objetivo:** Notificar el desarrollo y la validación de la fase1 del proceso de validación de una nueva versión: DIAPSv2.

Material y métodos: Método Delphi modificado en modalidad virtual para obtener consenso de especialistas. El comité organizador (cuatro de los autores originales: MCA, LAM, GM, MVGR) realizó la revisión sistemática de las publicaciones médicas sobre utilización y aplicabilidad de DIAPS original. Los datos de ésta demostraron reproducibilidad, sensibilidad al cambio y especificidad para SAFT, y confirmaron su aplicabilidad para usar en la vida real y en investigación. Con esta información, el comité organizador y un grupo de expertos clínicos (CMP, PMSM, CMM, SGV) elaboraron un cuestionario para valorar la pertinencia de los 38 reactivos de la versión original. La finalidad era obtener información para a) establecer la conveniencia de la aplicación de DIAPS, b) determinar si es necesaria la adecuación de las definiciones utilizadas, con base en la retroalimentación obtenida del uso cotidiano c) validar los reactivos susceptibles de modificación, así como actualizar con nuevos reactivos. El análisis cualitativo de las opiniones se expresó en seis sesiones virtuales con técnica del análisis de contenido para el tratamiento de estos datos. Se definió el consenso como la concordancia > 80% de los expertos.

Resultados: Un consenso > 90% consideró conveniente la aplicación de DIAPS e identificó la necesidad de revisar y actualizar las definiciones de la versión inicial. DIAPSv2 incluye esta actualización, así como la referencia y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). Las modificaciones más significativas tuvieron lugar en dos de los nueve dominios originales. En el pulmón se incluyó la hemorragia alveolar. El dominio de neurología sufrió cambios significativos porque las entidades consideradas como daño acumulado se reclasificaron en el consenso con expertos en neurología vascular (AAA, VCG, AMP, AAP). El reactivo de evento vascular incluyó las secuelas de hemiparesia y hemiplejía; la neuropatía craneal incluyó la pérdida súbita de audición y se agregaron dos reactivos: trombosis venosa cerebral y síndrome similar a la esclerosis. El reactivo de demencia postinfarto se reclasificó y se incluyó en los trastornos psiquiátricos. Otro reactivo incluido por un consenso mayor de 90% entre el comité y un hematólogo especialista en trombosis (LAM) fue el sangrado mayor secundario al tratamiento anticoagulante, como un reactivo distinto e incluido en un nuevo dominio.

Conclusiones: La fase 1 de validación de contenido del DIAPSv2 conformó un nuevo instrumento, hasta ahora con 40 reactivos. El dominio con más modificaciones fue el neurológico, lo cual confirma que es el sistema sujeto a mayor daño irreversible en el SAFT. La fase 2 de validación, a través de un segundo panel Delphi con subespecialistas de cada dominio, especialistas internacionales en SAFT y aplicación del cuestionario en pacientes a través del registro remoto, está en desarrollo (DSB) para demostrar la validez del constructo y la reproducibilidad.

Bibliografía

- Amigo MC, Goycochea-Robles MV, Espinosa-Cuervo G, Medina G, Barragán-Garfías JA, Vargas A, Jara LJ. Development and initial validation of a damage index (DIAPS) in patients with thrombotic antiphospholipid syndrome (APS). *Lupus*. 2015 Aug;24(9):927-34.
- Goycochea-Robles MV. 17º Congreso Internacional de Anticuerpos Antifosfolípidos 2022 Sesión Disease Activity Damage, Risk scores and classification criteria in APS (presentación oral), Córdoba Argentina 2022.

Po8

ACTIVACIÓN DE NEURONAS NOCICEPTIVAS/CÉLULAS GLIALES DEL GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL DE RATA POR EL SUEÑO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

F. Mercado-Aca¹, P.D. Segura-Chama¹, M.A. Almanza-Gutiérrez¹, L.A. Martínez-Martínez², M. Martínez-Lavín²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ⁽²⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Los mecanismos que llevan al desarrollo de la fibromialgia (FM) no se han dilucidado. Las investigaciones recientes proponen que los ganglios de las raíces dorsales (GRD) de la médula espinal juegan un papel importante en su patogenia. Los somas de las fibras nerviosas finas se encuentran en los GRD envueltos por células gliales satelitales (CGS)

inmunocompetentes. Hay una sólida relación de la FM con la neuropatía de fibras finas. La IgG de personas con FM inyectada en ratones provoca hiperalgesia neuropática y se deposita específicamente en los GRD. No existen estudios sobre el efecto que tendría el contacto directo del suero de pacientes con FM sobre la activación de las células de los GRD.

Objetivo: Caracterizar la activación aguda de los nociceptores y las CGS de los GRD de rata por el suero de pacientes que sufren FM y compararla con las respuestas al suero de personas sanas.

Material y métodos: Se analizó el suero de seis pacientes con FM (criterios ACR del 1990 y 2016) sin comorbilidades ni consumo de medicamentos al momento de donar sangre y seis personas sanas pareadas por edad, sexo e índice de masa corporal (Tabla 1). Se realizó cultivo primario de células del GRD de ratas hembra (8-12 semanas) disociadas por métodos enzimáticos (tripsina porcina y colagenasa IA) y mecánicos (Fig. 1). Se estudiaron los cambios en la concentración de calcio intracelular con Fluo-4. El suero de las participantes y las sustancias utilizadas como controles positivos de activación de nociceptores y CGS (capsaicina 1 μ M, ATP 10 μ M y K+ 60 mM) se perfundieron por gravedad.

Resultados: Los sueros de mujeres sanas (n = 6) y de pacientes con FM (n = 6) activan a las neuronas del GRD, presumiblemente nociceptores ya que tienen un diámetro somático < 28 μ m y la mayoría se activa por capsaicina o ATP; dicha activación sólo sucede en un subgrupo de estas neuronas, de acuerdo con lo notificado con anterioridad. No se observaron cambios estadísticamente significativos en cuanto al patrón de activación ($p > 0,05$, c2; n = 328 que respondieron al suero control y n = 297 que respondieron al suero de FM) o intensidad relativa de la activación de las neuronas con el suero de controles en comparación con el de las pacientes con FM ($p > 0,05$, prueba t de Student). Como se esperaba, las CGS mostraron respuesta a ATP y no a las otras sustancias que activan a neuronas y que se utilizaron como controles positivos. El suero de pacientes y controles incrementó de manera significativa la concentración de Ca intracelular en las CGS, un fenómeno que no se había informado. El suero de pacientes con FM activó a un número significativamente mayor de CGS comparado con el suero de mujeres sanas ($p < 0,0001$, c2), y la respuesta al suero fue de mayor magnitud (área bajo la curva, $p = 0,0122$, prueba t de Student; n = 87 CGS con suero control y 136 CGS con suero de FM).

Conclusiones: Existe una sustancia en el suero de las pacientes con fibromialgia que activa con mayor intensidad a las CGS de los GRD de rata al compararlas con mujeres sanas. Este nuevo hallazgo refuerza la hipótesis de la importancia de los GRD en la patogenia de la fibromialgia y abre la posibilidad de poder aislar la(s) sustancia(s) sérica(s) inductora(s) del dolor fibromiálgico.

Bibliografía

- Martínez-Lavín M. Dorsal root ganglia: fibromyalgia pain factory. Clin Rheumatol. 2021;40(2):783-787. doi:10.1007/s10067-020-05528-z.

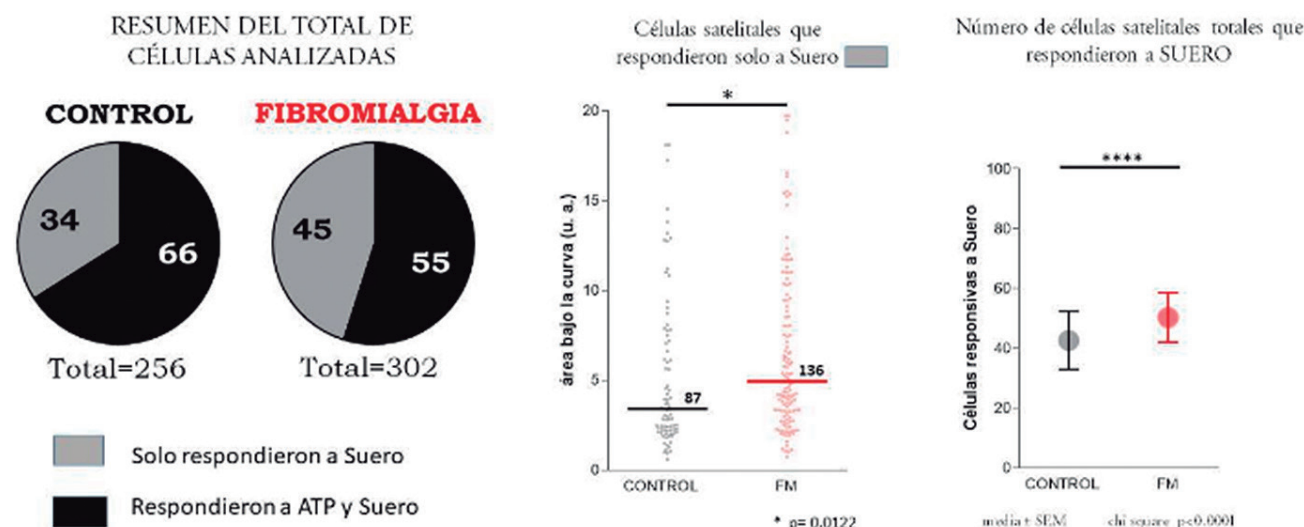
- Goebel A, Krock E, Gentry C, et al. Passive transfer of fibromyalgia symptoms from patients to mice. J Clin Invest. 2021;131(13):e144201. doi:10.1172/JCI144201.

- DuBreuil DM, Chiang BM, Zhu K, et al. A high-content platform for physiological profiling and unbiased classification of individual neurons. Cell Rep Methods. 2021 May 24;1(1):100004. doi: 10.1016/j.crmeth.2021.100004.

Tabla 1. (P08)

	Fibromialgia n = 6	Controles n = 6	P
Sexo femenino	6	6	0,999
Edad	37 $\pm$ 7	38 $\pm$ 8	0,818
Índice de masa corporal	24 $\pm$ 1	25 $\pm$ 2	0,131
Tiempo de evolución en años, mediana (IQR)	8 (3-10%)	-	NA
Escala visual de dolor generalizado (mm)	85 $\pm$ 18	22 $\pm$ 34	0,004
Puntos hipersensibles	17 $\pm$ 3	3 $\pm$ 3	0,002
Índice de dolor generalizado (WPI)	16 $\pm$ 3	4 $\pm$ 4	0,002
Escala de gravedad de los síntomas (SSS)	9 $\pm$ 2	4 $\pm$ 2	0,009
Escala de distrés polisintomático (PDS)	25 $\pm$ 3	8 $\pm$ 6	0,002
Cuestionario revisado de efectos de fibromialgia (FIQR)	57 (44-72)	4 (0,7-9)	0,002
Síntomas autonómicos (COMPASS31)	38 17	13 9	0,015
Síntomas de neuropatía de fibra fina	52 (41-61)	8 (3-11)	0,004
Síntomas de dolor neuropático (S-LANSS $\geq$ 12)	6 (100%)	0	0,001
PHQ9 Depresión	10 (5-13)	5 (2-6)	0,093
GAD7 Ansiedad	4 (3-9)	4 (0-7)	0,394
Actividad física			
Leve	1 (16,7%)	0	0,400
Moderada	2 (33,3%)	1 (16,7%)	
Alta	3 (50%)	5 (83,3%)	
Termómetro de salud EuroQol	45 (35-50)	90 (50-97)	0,132
Nervios delgados: grosor < 5,6 micras	4 (66,7%)	-	NA
Densidad de plexo corneal anterior disminuida: 87,1 nervios/mm ²	5 (83,3%)	-	NA

Figura 1. Resumen del total de células analizadas. (P08)



P09

ANÁLISIS DE LA IMAGEN Y LA IDENTIDAD CORPORATIVA DEL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA (CMR). ¿ES TIEMPO DE REDEFINIRSE?

J.L. Guzmán-Serratos, R.D. Martínez-Ramírez, I. Gutiérrez-Jiménez, A. Vargas-Amésquita, F.J. Aceves-Ávila, C. Ramos-Remus

Universidad de Guadalajara

Introducción: El CMR es un corporativo y su marca está dirigida a grupos de influencia. Esta marca tiene dos elementos: la imagen (cómo se percibe el CMR desde el exterior) y la identidad (cómo desea el CMR que lo perciba la sociedad). Su imagen e identidad son esenciales para diferenciarse en un mercado saturado de opciones para la atención médica, en el cual muchos consideran que hay servicios intercambiables.

Objetivo: Evaluar los aspectos de la imagen e identidad corporativas del CMR: la imagen mediante encuestas a individuos sanos; la identidad con un análisis del discurso de su sitio web.

Material y métodos: Se utilizaron los abordajes de prueba de concepto y experimento de elección discreta para diseñar una encuesta sobre imagen corporativa: qué definición (la del ortopedista, el reumatólogo o el rehabilitador) es más significativa en un contexto de cuatro escenarios: dolor de manos, dolor de rodillas, artritis en manos y la mejor definición de un reumatólogo. Las definiciones de cada especialidad fueron consistentes con sus respectivos gremios. Además, se preguntó: ¿quién en la familia influye más en las decisiones en salud? Se encuestó a individuos en cuatro muestras independientes: tres no aleatorias de familiares y amigos de tres estudiantes de medicina; la cuarta fue por una agencia encuestadora, con entrevistas aleatorias simples a mayores de 17, distribuidos en clases económicas, mitad mujeres, en una región occidental del país. La identidad corporativa la realizó un experto no reumatólogo y se usaron cinco índices de lecturabilidad (Inflesz, Szigriszt-Pazos, etc.) de su sitio web. Se determinaron diferencias con la prueba ji cuadrada de Pearson y Cramér-V o Phi. Los intervalos de confianza fueron al 95% y el nivel de significancia se fijó en $p \leq 0,05$.

Resultados: Hubo 700 encuestados (308 de estudiantes y 392 de la agencia). Por cada reumatólogo elegido en el escenario de mano, los encuestados optaron por 1,13 ortopedistas y 0,7 rehabilitadores. En el escenario de rodilla, por cada reumatólogo los encuestados eligieron a 2,36 ortopedistas y a 0,64 rehabilitadores. Para el escenario de artritis, por cada reumatólogo se eligió a 0,85 ortopedistas y a 0,58 rehabilitadores. Sólo el 38% de los encuestados seleccionó la definición de reumatología para describir a un reumatólogo. El grupo de edad más joven prefirió al ortopedista sobre el reumatólogo (50% vs. 31%, $p < 0,001$). La escolaridad se relacionó en el escenario de la artritis. A mayor escolaridad, la elección de reumatólogo aumentó del 27% para los de primaria a 29%, 38,5% y 49% en los grupos de secundaria, bachillerato y universidad, respectivamente ($p < 0,001$). Para la toma de decisiones, los hombres le preguntan a la madre, al padre y al médico (37%, 15% y 15%, respectivamente), mientras que las mujeres prefirieron a la madre, al médico y a amigos (41%, 15,5% y 10%, respectivamente) ($p < 0,001$). En el análisis discursivo se interpretó que el CMR se posiciona como un “nosotros” colectivo restringido a los “compañeros”, en el cual el paciente no tiene representación agitiva. La estructura semiótica de su misión-visión es imprecisa y faltan las declaraciones de valores y propósitos. Las puntuaciones de legibilidad correspondieron a un texto muy difícil y árido.

Conclusiones: La imagen corporativa no diferencia al CMR de otros servicios. La identidad corporativa parece ambigua con direccionalidad restringida. No es seguro que estos hallazgos representen la visión de sus colegiados o sólo las características de comunicación del CMR. Estos datos abonan a la pertinencia para una asamblea de consenso.

Bibliografía

1. Caballero-Hernández CI, González-Chávez SA, Urenda-Quezada A, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine despite limited perceived efficacy in patients with rheumatic diseases in Mexico: Cross-sectional study. *PLoS One* 2021;16(9):e0257319.
2. Karaosmanoglu E, Melewar T. Corporate communications, identity and image: a research agenda. *J Brand Manag* 2006;14:196-206.

3. Sayago Sebastián. El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta de Moebius* 2014;49:1-10.

P10

EVOLUCIÓN DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL A UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

N.G. Román-Morales, C.A. Arellano-Valdez, M. Méndez-Núñez, A.C. Portillo-Rivera, J.A. Tlacuilo-Parra

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente en pacientes pediátricos de causa desconocida que ocurre antes de los 16 años. Se clasifica en siete subtipos según la ILAR. Durante su evolución, la actividad de la enfermedad se evalúa a través de escalas en cada visita médica y su inactividad se valora con o sin medicación.

Objetivo: Valorar la evolución de la AIJ a un año de seguimiento con uso de los índices de actividad: *Juvenile Arthritis Disease Activity Score* (JADAS) y *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI), así como criterios de remisión clínica de Wallace, con o sin fármacos.

Material y métodos: Para valorar la actividad de la AIJ se usó JADAS y BASDAI; este último, no aprobado en niños, se empleó para valorar la variedad relacionada con entesitis; para la valoración de la remisión clínica se emplearon los criterios de Wallace y se valoró la remisión con medicación durante seis meses continuos y sin medicación durante 12 meses. También se incluyeron ANA, FR y ACPA.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes, con predominio del sexo femenino, 18/30 (60%). La edad promedio fue de $9,7 \pm 4,8$ años. La actividad fue más frecuente en la AIJ poliarticular FR + con 8/30 (26,7%), seguida de la poliarticular FR - y la variedad ERA con 6,9/30 (23,3%), respectivamente; la oligoarticular se identificó en 5/30 (16,7%) y la sistémica en 3/30 (10%). De acuerdo con los criterios de inactividad de Wallace, la AIJ alcanzó en general 36,7% de remisión a los seis meses y 70% a los 12 meses de tratamiento. El FARME sintético más usado al inicio de la enfermedad fue el metotrexato en 25/30 (83%), seguido del FARME sintético sulfasalazina en 9/30 (30%), mientras que el FARME biológico más usado a los 12 meses fue el etanercept con 8/30 (26,7%). La positividad de FR y ACPA fue de 26,7% relacionada con la poliarticular FR +; la ANA se presentó en 33,3% vinculada con la oligoarticular sin uveítis. HLA B27 estuvo presente en el 6,7% en relación con el subtipo ERA y las causas vinculadas con la falta de remisión durante los primeros seis meses fueron mal apego al tratamiento, suspensión del medicamento y dosis subterapéutica administrada por el cuidador.

Conclusiones: La evolución de la AIJ depende del subtipo, terapéutica empleada, positividad de FR, ACPA, ANA, además de las manifestaciones extraarticulares; es indispensable educar a los pacientes y cuidadores acerca de su enfermedad y el apego terapéutico, ya que en esta población la actividad de AIJ fue mayor en aquellos con mal apego, lo que se refleja en clínica y en los reactantes inflamatorios. Durante el seguimiento, un tercio alcanzó remisión de la enfermedad, con o sin medicación. El uso de FARME sintéticos y biológicos se acompaña de mayor remisión, lo cual mejora el pronóstico a corto y largo plazos.

Bibliografía

1. Wallace CA, Ruperto N, Giannini E, et al. Preliminary criteria for clinical remission for select categories of juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol* [Internet]. Noviembre 2004;31(11):2290-4.
2. Castillo-Vilella M, Giménez N, Tandaipan JL, et al. Clinical remission and subsequent relapse in patients with juvenile idiopathic arthritis: predictive factors according to therapeutic approach. *Pediatric Rheumatology*. 2021;19(1).

P11

IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME VEXAS EN PACIENTES MEXICANOS CON MANIFESTACIONES INFLAMATORIAS Y CITOPENIAS

E. Martín-Nares¹, B. Sánchez-Hernández¹, P. Grayson², J.C. Crispín¹, D. Montante-Montes de Oca¹, A. Hinojosa-Azaola¹, G. Hernández-Molina¹, E. Apodaca¹, E.E. Groarke³, J. Delgado-De la Mora¹, S. Méndez-Flores¹, A. Gamboa-Domínguez¹, M. Rull-Gabayet¹, B. Patel³, M. Ferrada²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾National Institutes of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NLAMS), National Institutes of Health (NIH), ⁽³⁾Hematology Branch, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health (NIH)

Introducción: El síndrome VEXAS (*vacuoles, E1 enzyme, X-linked, auto-inflammatory, somatic*) es un síndrome autoinflamatorio descrito en fecha reciente. Existe información limitada en la población latinoamericana.

Objetivo: Identificar mutaciones en UBA1 que causan el síndrome VEXAS en pacientes mexicanos con manifestaciones inflamatorias y citopenias.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes que tenían (i) una o más manifestaciones inflamatorias relacionadas con el síndrome VEXAS (p. ej., condritis, dermatosis neutrofilicas, vasculitis, neumonitis o inflamación orbital) y (ii) una o más citopenias crónicas o macrocitosis aislada. Se extrajo DNA genómico de sangre periférica o biopsias disponibles (médula ósea o piel). Para identificar mutaciones patogénicas en UBA1 se realizó secuenciación de Sanger en los exones 3, 14 y 16. Para identificar variables vinculadas con un resultado positivo se comparó a pacientes con resultado positivo en UBA1 y a pacientes con resultado negativo. Los primeros se compararon con una cohorte externa de 20 pacientes de Estados Unidos con síndrome VEXAS.

Resultados: Se valoró a un total de 29 pacientes, de los cuales 11 tenían una mutación en UBA1 (tasa de detección positiva, 37,9%). Ocho eran hombres (72,7%) y la edad promedio al inicio de los síntomas fue de $59 \pm 17,2$ años. El paciente más joven tenía 23 años. Nueve (81,8%) tenían la mutación p.Met41Thr, uno la p.Met41Val y uno la p.Ser56Phe. Los diagnósticos clínicos (no mutuamente excluyentes) incluyeron síndrome mielodisplásico en 6 (54,5%), policondritis recidivante en 4 (36,5%), síndrome de Sweet en 2 (18,2%), y uno de cada uno de poliarteritis nodosa, crioglobulinemia tipo I, pioderma gangrenoso, orbitopatía tiroidea, síndrome autoinflamatorio no diferenciado, mieloma múltiple y leucemia mieloide crónica.

Las manifestaciones clínicas y hematológicas se resumen en la **Tabla 1**. Diez pacientes (90,9%) mostraron manifestaciones hematológicas, la más común de las cuales fue la anemia macrocítica en 8 casos (72,7%), aunque la mayoría tenía macrocitosis (90,9%). De los 7 pacientes sometidos a un aspirado de médula ósea, 4 (57,1%) tenían vacuolas. Se indicaron glucocorticoides e inmunosupresores en 7 pacientes (58,3%), mientras que se utilizaron regímenes quimioterapéuticos en 2 (18,2%). La mediana de líneas de tratamiento fue de 1,5 (RIC, 1-2,5). Con una mediana de seguimiento de 44 meses (RIQ 24-66), dos pacientes fallecieron.

La macrocitosis (RM: 12,5; IC, 1,3-119,3) y la anemia macrocítica (RM: 6,9; IC, 1,2-37,2) se vincularon con una mutación patogénica en UBA1. Por otro lado, un diagnóstico clínico distinto de los notificados más a menudo en el síndrome VEXAS mostró un nexo negativo con una mutación positiva en UBA1 (RM: 0,064; IC, 0,007-0,612).

Comparada con la cohorte externa, esta cohorte incluyó a más pacientes mujeres y mayor frecuencia de leucopenia y neutropenia, pero menor frecuencia de fiebre, edema periorbitario, artritis, neumonitis y trombosis venosa (**Tabla 1**).

Conclusiones: Los pacientes con diagnósticos clínicos casi siempre relacionados con el síndrome VEXAS, junto con macrocitosis o anemia macrocítica, poseen una mayor probabilidad de tener una mutación patogénica en UBA1. Aunque esta cohorte mostró algunas manifestaciones clínicas y hematológicas distintas en comparación con la cohorte de Estados Unidos, el tipo de mutaciones en UBA1 y los diagnósticos clínicos fueron consistentes. Es importante destacar que esta cohorte incluyó una proporción más alta de pacientes mujeres y uno de los casos más jóvenes informados de síndrome VEXAS.

Bibliografía

1. Beck DB, Ferrada MA, Sikora KA, Ombrello AK, Collins JC, Pei W, et al. Somatic mutations in UBA1 and severe adult-onset autoinflammatory disease. *N Engl J Med*. 2020 Dec 31;383(27):2628-2638.
2. Koster MJ, Samec MJ, Warrington KJ. VEXAS syndrome-A review of pathophysiology, presentation, and prognosis. *J Clin Rheumatol*. 2023 Sep 1;29(6):298-306.

Tabla 1. Características demográficas, genéticas y clínicas de ambas cohortes. (P11)

	Cohorte mexicana n = 11	Cohorte de Estados Unidos n = 20	p*
Hombres, n (%)	8 (72,7)	20 (100)	0,03
Edad de inicio de los síntomas, años, media (DE)	$59 \pm 17,2$	61 ± 7	0,55
Mutación p.Met41Thr, n (%)	9 (81,8)	13 (65)	0,32
Mutación p.Met41Val, n (%)	1 (9,1)	2 (10)	0,93
Mutación p.Met41Leu, n (%)	0	4 (20)	0,16
Policondritis recidivante, n (%)	4 (36,4)	13 (65)	0,12
Síndrome de Sweet, n (%)	2 (18,2)	7 (35)	0,32
Síndrome autoinflamatorio no diferenciado, n (%)	1 (9,1)	4 (20)	0,63
Síndrome mielodisplásico, n (%)	6 (54,5)	5 (25)	0,10
Fiebre, n (%)	6 (54,5)	17 (85)	0,06
Dermatosis, n (%)	10 (90,9)	16 (80)	0,42
Inflamación ocular, n (%)	3 (27,3)	8 (40)	0,47
Edema periorbitario, n (%)	2 (18,2)	12 (60)	0,02
Artritis, n (%)	4 (36,4)	17 (85)	0,006
Neumonitis, n (%)	2 (18,2)	13 (65)	0,01
Condritis auricular, n (%)	5 (45,5)	14 (70)	0,17
Condritis nasal, n (%)	3 (27,3)	11 (55)	0,13
Trombosis venosa, n (%)	2 (18,2)	10 (50)	0,08
Orquitis, n (%)	2/8 (25)	3 (15)	0,60
Anemia macrocítica, n (%)	8 (72,7)	10 (50)	0,22
Leucopenia, n (%)	6 (54,5)	4 (20)	0,04
Neutropenia, n (%)	5 (45,5)	0	0,003
Trombocitopenia, n (%)	5 (45,5)	5 (25)	0,24

* Las variables dicotómicas se analizaron con la prueba ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher. La comparación entre medias se realizó con la prueba t de Student.

P12

EL ITINERARIO EXISTENCIAL DE LA PERSONA CON LUPUS: HERRAMIENTA PARA POTENCIAR EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

L.I. Athié-Juárez

ICS y H BUAP, Puebla

Introducción: Uno de los mayores desafíos frente al lupus eritematoso sistémico (LES) es el diagnóstico. En consecuencia, la información y la comunicación oportuna entre médico y paciente es vital. Quien recibe un diagnóstico de esta enfermedad suele enfrentar un periodo de dos a cuatro años de incertidumbre, durante el cual desconoce qué padece y puede sufrir episodios adversos relacionados con su existencia: momentos

de discriminación laboral, personal, social y familiar. Esto, aunado a los estragos de la enfermedad, dificulta el seguimiento de un tratamiento. Es por ello que conocer el vínculo emocional-discursivo de las personas con LES ofrece al médico esferas autobiográficas que inciden de forma positiva en el desarrollo de la enfermedad.

Objetivo: Analizar la reconfiguración identitaria de la persona con lupus a partir de los patrones discursivos del lenguaje en la relación dialógica médico-enfermo y la conceptualización del itinerario existencial a partir de las narraciones autobiográficas.

Material y métodos: Estudio mixto (cuantitativo y cualitativo) longitudinal. Entre 2015 y 2023 se invitó a participar a personas con LES de México, América Latina, Estados Unidos y Europa. Se utilizaron técnicas de la autoetnografía y entrevistas de profundidad para la parte cualitativa y una encuesta digital para la parte cuantitativa. Se llevó a cabo un análisis crítico-lingüístico y performativo del discurso. Mediante la teoría fundamentada se derivaron seis categorías conceptuales que permitieron clasificar los perfiles de las personas con lupus. Entre las variables se consideraron: a) la forma verbal y actitudinal en la que se les notificó el diagnóstico; b) el tiempo que tardaron en recibirlo y c) los comportamientos previos y posteriores a dicha notificación.

Resultados: El corpus se integró con 352 testimonios de México y otros países de personas de 11 a 65 años de edad. La muestra se observó durante ocho años continuos. Se llevaron a cabo 22 entrevistas de largo aliento y se seleccionó a cuatro personas, quienes fueron objeto de seguimiento del 2015 al 2023. El análisis incluye una encuesta digital por 330 personas (**Tabla 1**). El análisis permitió delimitar la relación entre emoción y discurso a lo largo de la enfermedad, antes y después del diagnóstico, desde ambas posturas: la que diagnostica y la que recibe la noticia de la enfermedad. A partir de estas muestras, observaciones y entrevistas se concentró un corpus discursivo que permitió derivar "itinerancias" y tránsitos del yo en concordancia con el itinerario existencial de la persona enferma mediante la metodología de la teoría fundamentada.

Conclusiones: A partir de los hallazgos de esta investigación se desprenden seis maneras de transitar por el yo a lo largo de la historia de vida de la persona con lupus, antes y después del diagnóstico, con rasgos visibles en sus narraciones, y un vocabulario particular vinculado con la enfermedad. Estas itinerancias definen un recorrido observado a través del análisis del discurso, en el que la persona busca la certeza de saber con precisión qué enfermedad sufre, así como el derecho a recibir un diagnóstico y un tratamiento.

Algunos de los hallazgos de la investigación son seis tramas narrativas en la vida de las personas con LES, un itinerario existencial que coexiste con el saber médico, así como una propuesta de comunicación médico-persona enferma.

Nota: esta ponencia se deriva de la investigación "Contranarrativas ante la violencia discursiva: el caso de las personas con lupus" (Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Athié, 2023).

Bibliografía

1. Denzin, Norman Kent. *Interpretive biography USA*: Sage publications. 1989;17.
2. Pons-Estel Bernardo A, Catoggio Luis J, Cardiel Mario H, et al. The Gladel Multinational Latin American Prospective Inception Cohort of 1,214 patients with systemic lupus erythematosus. *Medicine*. 2004;83(1).

P13

EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE LINFOCITOS Tph (CXCR5-PD-1hi), cTfh (CXCR5+ PD-1+) Y B DN (CD27- IgD-) EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I.M. Borunda-Calderón¹, P.C. Ortiz-Lazareno², E. Oregón-Romero³, D.C. Salazar-Camarena⁴, J.F. Muñoz-Valle³, M. Marín-Rosales⁵, C.A. Palafox-Sánchez³

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁴⁾Grupo de Inmunología Molecular, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por la producción de autoanticuerpos con la capacidad de afectar a múltiples órganos. En la patogenia del LES, la interleucina 21 (IL-21) es esencial para la acción conjunta de linfocitos T y linfocitos B. Esta citocina promueve la proliferación de células autorreactivas, la respuesta del centro germinal, la diferenciación de plasmablastos y la producción de autoanticuerpos. Las células colaboradoras periféricas T (Tph, *T peripheral helper cell*) (CD4+ PD1hi CXCR5-) y las células colaboradoras foliculares T circulantes (cTfh, *T follicular helper cell*) (CD4+ PD1+ CXCR5+) son subpoblaciones productoras de IL-21 y su frecuencia se encuentra elevada en pacientes con LES y vinculada con la actividad de la enfermedad. Entre los linfocitos B, las subpoblaciones de memoria atípica,

Tabla 1. Características sociodemográficas generales de las personas con lupus que respondieron la encuesta en línea*. (P12)

	Mujeres	Hombres	Nivel educativo	Ubicación geográfica
México y otros países	98,1%	1,9%	Doctorado: 0,30% Maestría completa: 7,27% Maestría trunca: 0,30% Maestría en curso: 0,30% Posgrado completo: 0,90% Posgrado trunca: 0,30% Especialidad completa: 0,30% Licenciatura completa: 42,42% Licenciatura en curso: 3,33% Licenciatura trunca: 6,36% Carrera técnica completa: 12,72% Carrera técnica trunca: 0,30% Carrera comercial completa: 2,42% Bachillerato completo: 13,33% Bachillerato trunca: 1,81% Bachillerato en curso: 2,42% Secundaria completa: 14,24% Secundaria en curso: 0,30% Secundaria trunca: 0,90% Primaria completa: 1,51% EGB en curso: 0,30% Estudios en curso (no se especifica): 0,60%	Personas que respondieron por país: Argentina (21) Bolivia (3) Chile (11) Colombia (11) Costa Rica (3) Cuba (2) Ecuador (3) España (15) Guatemala (3) Lima (5) México (241) Perú (3) Uruguay (2) EUA (3) Venezuela (4)

*No se preguntó por el nivel socioeconómico. Fuente: Athié, 2022. Elaboración propia.

De las personas que respondieron la encuesta en línea, 2,72% (9) afirma tener un diagnóstico de cinco a 10 años; 3,06% (119) tener más de 10 años con diagnóstico; 21,81% (72) más de un año con diagnóstico y 11,51% con diagnóstico reciente (38).

conocidas como dobles negativas (DN) (CD27- IgD-), se caracterizan por su expresión de CD11c y se han vuelto foco de estudio en el LES, ya que tienden a diferenciarse en células plasmáticas productoras de anticuerpos, proceso en el cual intervienen factores transcripcionales como T-bet.

Objetivo: Valorar las frecuencias de las subpoblaciones de los linfocitos Tph, cTfh, y B DN, incluidos DN1 y DN2. Además, se midió la expresión intracelular de IL-21, el receptor de IL-21 (IL-21R) y la activación (HLA-DR) en las células T. Por su parte, de los linfocitos B se cuantificaron T-bet y CD11c.

Material y métodos: Se incluyó a 28 pacientes con LES y 9 controles sanos (CCS) en este estudio. Se aislaron las células mononucleares de sangre periférica por gradiente de densidad y se realizó la tinción celular con anticuerpos (anti-CD3, anti-CD4, anti-CXCR5, anti-PD1, anti-IL-21, anti-IL21R, anti-HLADR, anti-CD27, anti-IgD, anti-CD11c, anti-Tbet, anti-CD19) para su análisis mediante citometría de flujo. El análisis de los datos de citometría se efectuó con FlowJo y el estadístico en R.

Resultados: Los hallazgos indican un aumento significativo de la frecuencia de las células Tph y cTfh en pacientes con LES en comparación con los CCS. De la misma manera, se observó un incremento de la expresión de los valores intracelulares de IL-21, la presencia del receptor IL-21R y la activación celular vía HLA-DR. Para los linfocitos B se encontró un aumento de la frecuencia de la población de DN, DN1 (CD27- IgD-, CXCR5+ CD11c-) y DN2 (CD27- IgD-, CXCR5- CD11c+) con una alta expresión de T-bet en las DN2. Además, se identificó una sólida correlación entre la frecuencia de linfocitos Tph con las subpoblaciones de DN y la actividad de la enfermedad por su puntaje SLEDAI-2k.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que existe una relación importante entre los linfocitos Tph y el desarrollo de linfocitos B de memoria atípica (DN). Esta interacción podría estar vinculada con la producción de IL-21 y la expresión del receptor IL-21R, cuyas moléculas se relacionan con la actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

Bibliografía

1. Sagero-Fabela N, Ortiz-Lazareno PC, Salazar-Camarena DC, Cruz A, Cerpa-Cruz S, Muñoz-Valle JF, et al. BAFFR expression in circulating T follicular helper (CD4+CXCR5+PD-1+) and T peripheral helper (CD4+CXCR5-PD-1+) cells in systemic lupus erythematosus. *Lupus* [Internet]. 2023 [citado el 19 de octubre de 2023];32(9):1093–104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37460408/>
2. Álvarez Gómez JA, Salazar-Camarena DC, Román-Fernández IV, Ortiz-Lazareno PC, Cruz A, Muñoz-Valle JF, et al. BAFF system expression in double negative 2, activated naïve and activated memory B cells in systemic lupus erythematosus. *Front Immunol* [Internet]. 2023;14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2023.1235937>

P14

ANÁLISIS DE LAS VARIANTES DE SLCO1B1 COMO PREDICTORES DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN NIÑOS MEXICANOS CON AIJ

J. García-Silva¹, B. Silva-Ramírez², A.K. Leos-Leija¹, V.L. Mata-Tijerina², M.L. Aldana-Galván¹, A.V. Villarreal-Treviño¹, N.E. Rubio-Pérez¹, F. García-Rodríguez¹

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL (pediatría), ⁽²⁾Centro de Investigación Biomédica del Noreste, IMSS, Monterrey, NL

Introducción: El metotrexato (MTX) en una dosis de 15 a 20 mg/m² es el fármaco modificador de la enfermedad de elección para la mayoría de las formas clínicas de artritis idiopática juvenil (AIJ). Los efectos adversos (EA) más frecuentes del MTX son alteraciones gastrointestinales y hepatotoxicidad, los cuales pueden determinar la adherencia al tratamiento y su interrupción da origen a la activación de la enfermedad. El gen *SLCO1B1* codifica a una proteína hepática que se encarga de la transportación del fármaco. Algunos informes recientes relacionan los haplotipos conformados por variantes tipo SNP (polimorfismos de un sólo nucleótido) del gen con su función.

Objetivo: Determinar la relación entre los polimorfismos de un solo nucleótido en el gen *SLCO1B1* (rs4149056, rs2306283) con los efectos secundarios al tratamiento con MTX en pacientes con AIJ.

Material y métodos: Estudio transversal que analizó los polimorfismos del gen *SLCO1B1* en 23 pacientes con AIJ y su vinculación con los efectos adversos registrados en el expediente clínico durante el tratamiento con MTX. Los SNP se genotificaron mediante PCR-TR con sondas TaqMan. Los haplotipos se conformaron con los dos SNP en *1A, *1B, *5, y *15. Se compararon las frecuencias alélicas, genotipos y haplotipos con los siguientes programas: SNPStats (<https://www.snpstats.net/>) y Epi Info V7 (https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_index.html).

Resultados: El grupo de estudio consistió en 23 niños mexicanos con diagnóstico de AIJ: 17 niñas y 6 niños, con una media de edad de 11,26 (3-17) años. Hasta 14 pacientes (6,86%) presentaron algún tipo de efecto adverso y las alteraciones gastrointestinales fueron el EA más frecuente en esta población. La distribución de los genotipos se encontró en equilibrio de Hardy-Weinberg. El haplotipo*1B del gen *SLCO1B1* se relaciona con efectos adversos (gástricos y hepáticos) en la respuesta al MTX en pacientes con AIJ (OR = 4,22; IC95%, 1,19 -18,89; p = 0,03).

Conclusiones: La genotipificación de *SLCO1B1* es una forma prometedora para identificar a los pacientes con mayor riesgo de sufrir EA en el tratamiento con MTX y permitir por tanto la individualización del tratamiento. Debido al tamaño del grupo de estudio, los resultados deben interpretarse como preliminares y necesitan más estudios confirmatorios en una cohorte más grande.

Bibliografía

1. Kyvsgaard N, Mikkelsen TS, Als TS, Cristensen AE, Herlin T. Single nucleotide polymorphisms associated with methotrexate-induced nausea in juvenile idiopathic arthritis. *Pedia Rheu* 2021;19:51.<https://doi.org/10.1186/s12969-021-00539-9>.
2. Mehta RS, Taylor ZL, Martin LJ, Rosen MJ, Ramsey LB. *SLCO1B1**15 allele is associated with methotrexate-induced nausea in pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Clinical Translational Science* 2022;15(1):63-69.

P15

IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA EN LA EXPERIENCIA DE DOLOR EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Ortiz-Nuño, E. Campos-Tinajero, D.P. Flores-Gutiérrez, J.A. Esquivel-Valerio, G. García-Arellano, J.A. Cárdenas-De la Garza, E. Aguilar-Rivera, D.A. Galarza-Delgado, G. Serna-Peña

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El dolor es un malestar frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). A pesar de ser un factor relevante en la limitación de la actividad física, muchas veces los médicos lo soslayan. Las víctimas de violencia de pareja íntima (VPI) tienen mayor porcentaje de dolor crónico, con predominio del dolor de tipo articular, que resulta en un motivo de consulta frecuente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de dolor en mujeres con LES y la gravedad autopercebida en víctimas y no víctimas de VPI.

Material y métodos: Se incluyó a mujeres ≥ 18 años con diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2019, un mínimo de dos consultas de seguimiento en los 12 meses previos y con al menos una pareja sentimental en cualquier momento de la vida. Se excluyó a aquellas con otras enfermedades autoinmunitarias y a quienes no consintieron participar. La VPI se detectó mediante los siguientes cuestionarios: daño, insulto, amenaza y grito (HITS), que incluye cuatro reactivos, y el Índice de Violencia en la Pareja (ISA) de 30 reactivos subdivididos en 11 sobre violencia física y 19 sobre violencia no física. Se aplicó una escala visual análoga de 0 a 10 para detectar dolor abdominal, dolor musculoesquelético, dolor al orinar, dolor lumbar y dolor de cabeza en los últimos meses. La calidad de vida se evaluó con LupusQoL. El Índice de la Actividad de

la Enfermedad de Lupus Eritematoso Sistémico 2000 (SLEDAI-2K), la Evaluación Global del Médico (PGA) y el Índice de Daño de SLICC/ACR (SDI) se obtuvieron al final de la consulta.

Resultados: Se evaluó a 85 pacientes con LES, con una mediana de edad de 36 años (26-47,5). La mediana de SLEDAI-2K fue de 0 (0-4). En el análisis de VPI en el año previo se excluyó a tres pacientes que no contaban con pareja > 1 año anterior al estudio. La prevalencia de VPI fue de 24,4% (20) en el año previo y 36,5% (31) en la vida. La prevalencia de dolor correspondió a cefalea en 78,8% (67), artralgias/mialgias en 76,5% (65), lumbalgia en 56,5% (48), dolor abdominal en 49,4% (42) y dolor al orinar en 12,9% (11) (**Fig. 1**). No se demostraron diferencias significativas entre prevalencia de dolor en grupos de pacientes expuestas a VPI y no expuestas, pero sí se observó que quienes fueron víctimas de VPI en el año previo presentaban mayor intensidad de dolor abdominal ($p = 0,012$), artralgias/mialgias ($p = 0,039$) y lumbalgia ($p = 0,036$). En quienes sufrieron VPI en la vida, la intensidad del dolor abdominal ($p = 0,028$) y las artralgias/mialgias ($p = 0,029$) fueron mayores en comparación con las no víctimas de violencia (**Tabla 1**).

Conclusiones: Las mujeres con LES tienen alta prevalencia de dolor crónico y su intensidad se eleva en aquellas pacientes con antecedente de VPI. En particular, los dolores abdominal, musculoesquelético y lumbar son las manifestaciones más comunes en esta población y la gravedad percibida por la paciente se incrementa cuando se es víctima de violencia.

Bibliografía

1. Greco CM, Rudy TE, Manzi S. Effects of disease activity, pain, and distress on activity limitations in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 2004;31(2):260-267.
2. Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain.* 2008;9(11):1049-1057.

Figura 1. Prevalencia de dolor en pacientes con lupus eritematoso sistémico. (P15)

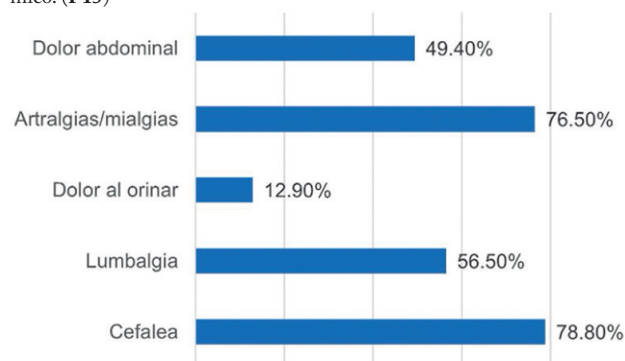


Tabla 1. Intensidad del dolor de acuerdo con ser víctima y no de VPI. (P15)

	Experimentó VPI	No experimentó VPI	p
VPI en el año previo, n = 82*	n = 30	n = 52	
Dolor abdominal, mediana (RIQ)	4,5 (0-7,75)	0 (0-4)	0,012
Artralgias/mialgias, mediana (RIQ)	5 (2,25-9,75)	2,5 (0,375-7)	0,039
Dolor al orinar, mediana (RIQ)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,219
Lumbalgia, mediana (RIQ)	4 (0-7)	1 (0-3,25)	0,036
Cefalea, mediana (RIQ)	6,5 (3-8)	4 (1,75-7)	0,162
VPI en la vida, n = 85	n = 31	n = 54	
Dolor abdominal, mediana (RIQ)	3 (0-6)	0 (0-4)	0,028
Artralgias/mialgias, mediana (RIQ)	5 (2-9)	2 (0-7)	0,029
Dolor al orinar, mediana (RIQ)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,600

Lumbalgia, mediana (RIQ)	3 (0-6)	1 (0-4)	0,209
Cefalea, mediana (RIQ)	5 (2-8)	3,5 (1,75-6)	0,151

VPI, violencia de pareja íntima; RIQ, rango intercuartílico.

*Tres de las pacientes evaluadas no contaban con pareja por más de un año antes del estudio, por lo que no se incluyeron en el análisis de VPI en el año previo.

P16

SÍNTOMAS DE NEUROPATÍA DE FIBRA FINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON Y SIN FIBROMIALGIA

M. Martínez-Lavín, D. Vera-Bustamante, I. Palafox-Sosa, A. Martínez-Martínez

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La neuropatía de fibra fina (NFF) es una enfermedad que afecta al sistema nervioso periférico, en especial a las fibras de tipo C o las fibras Aδ finamente mielinizadas. Este daño ocasiona dolor neuropático, parestesias y disfunción autonómica. El diagnóstico de esta anomalía puede establecerse mediante diversas pruebas, desde la encuesta de síntomas de neuropatía fina (SFSS) hasta la biopsia de piel. En el contexto de las enfermedades reumatológicas hay una prevalencia hasta de 49% de NFF en pacientes con fibromialgia (FM), pero no es clara la relación entre la NFF y otros padecimientos de dolor crónico como la artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Explorar los síntomas de neuropatía de fibra fina en los pacientes con AR sin FM primaria, pacientes con AR y FM secundaria y pacientes con FM primaria sin otras comorbilidades.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con cuatro grupos de un centro hospitalario único. En el primer grupo se invitó a pacientes con AR que cumplieran los criterios de clasificación del ACR de 1984 o ACR/EULAR 2010. El segundo grupo se conformó con pacientes que tenían AR y satisfacían los criterios previamente mencionados de AR, además de fibromialgia documentada con los criterios de Wolf del 2016. El tercer grupo se integró con pacientes con FM primaria que cumplieran los criterios de 2016 sin otra enfermedad concomitante o consumo de medicamentos al momento del estudio. En el cuarto grupo se incluyó a mujeres sanas. Se excluyó a los participantes del sexo masculino. Se emplearon los cuestionarios SFSS, FIQR, WPI, SSS, PDS, COMPASS-31 de síntomas autonómicos, S-LANSS de dolor neuropático, EuroQol de calidad de vida, PHQ9 de depresión y GAD7 de ansiedad para describir a todas las participantes. Además, las pacientes con AR se evaluaron con DAS28 y HAQ-DI.

Resultados: Se incluyó a 108 participantes, 23 (21,3%) con AR sin FM, 13 (12%) con AR y FM, 46 con FM (42,6%) y 26 controles (24,1%). Todas las participantes eran mujeres con una edad media de 43 ± 10 años. Las puntuaciones en WPI, SSS, PDS, FIQR, SFSS, COMPASS-31, SLANSS, PHQ9, GAD7, EuroQol fueron diferentes entre los cuatro grupos ($p < 0,001$). Los SFSS entre controles y pacientes AR sin FM fueron similares ($p = 0,246$) y en los controles el SFSS es menor que en los pacientes con FM primaria ($p < 0,001$) o AR con FM ($p = 0,006$). Las mujeres con FM primaria mostraron los puntajes más altos de SFSS ($p < 0,01$). Los pacientes con AR tuvieron puntajes similares de HAQ-DI ($p = 0,149$) y DAS28, tanto PCR ($p = 0,511$) como VSG ($p = 0,697$).

Conclusiones: En este estudio se observó un gradiente en la presencia de síntomas de neuropatía de fibra fina; el puntaje de SFSS es mayor en los pacientes con FM primaria cuando se compararon con AR y controles sanos. En realidad, aunque exista comorbilidad entre AR y FM, los síntomas de la FM primaria son más intensos. Interesantemente, la actividad de la AR y la funcionalidad de los pacientes no son distintos en los pacientes con AR independiente de la presencia de FM.

Bibliografía

1. Oaklander AL, Nolano M. Scientific advances in and clinical approaches to small-fiber polyneuropathy: a review. *JAMA Neurol.* 2019;76(10):1240-1251.
2. Devigili G, Cazzato D, Lauria G. Clinical diagnosis and management of small fiber neuropathy: an update on best practice. *Expert Rev Neurother.* 2020;20(9):967-980.

P17

ACTITUD, AUTOEFICACIA Y CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

A. Carrasco-Chapa, A.G. Rodríguez-Flores, G. Rodríguez-Orozco, D.J. Ramos-Suque, R.L. Polina-Lugo, M.A. Ponce-Santillán, K. Palomo-Arnaud, G.G. Sandoval-Torres, A.L. Guajardo-Aldaco, F. Gorostieta-Espinosa, P. Reyes-Sierra, J.A. Cárdenas-De La Garza, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La lactancia materna (LM) se acompaña de innumerales beneficios para la salud de los lactantes y sus madres. Existen diversos factores que influyen en su práctica, como el nivel de conocimientos, la actitud de las mujeres hacia las prácticas de alimentación, determinantes sociodemográficos y la autoeficacia para lactar, que se refiere a la confianza de la madre para amamantar a su hijo. La falta de información y apoyo sobre LM en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) hace difícil que las pacientes tomen decisiones bien informadas sobre la alimentación infantil durante el tratamiento de su enfermedad.

Objetivo: Describir la actitud, autoeficacia y conocimientos de la LM en mujeres con ERA.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se incluyó a mujeres en edad reproductiva (18-50 años) con ERA con alguna gesta previa, procedentes de la consulta de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL, en Monterrey. Contestaron tres encuestas sobre LM: la Escala de Actitudes hacia la Alimentación Infantil de Iowa (IIFAS), que identifica la actitud en tres categorías: positiva hacia la lactancia artificial (17-48 puntos), neutral (49-69 puntos) o positiva hacia la LM (70-85 puntos); la escala de autoeficacia para lactar con un puntaje mínimo de 0 y uno máximo de 48; el cuestionario de conocimientos básicos en LM para calificar el grado de conocimientos en malo (< 9,5 puntos), regular (9,5-11,5) y bueno (> 11,5). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad. Las características sociodemográficas y clínicas se presentaron como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y media, desviación estándar (DE), mediana y rango intercuartílico (RIC) para las variables continuas. Se realizó la prueba de Spearman, en la que $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 65 mujeres de edad reproductiva con ERA, con una edad media de $41,32 \pm 7,48$. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoide con 38 (58,5%) mujeres, lupus eritematoso sistémico con 10 (15,4%) y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos con 6 (9,2%). Las características sociodemográficas y clínicas se encuentran en la **Tabla 1**. La media del puntaje de actitud fue de $55,95 \pm 7,79$, la mediana del puntaje de autoeficacia de 41 (RIC 35-43) y la mediana del puntaje de conocimientos de 9 (RIC 7-10). Del total de mujeres, 64 (98,5%) estaban de acuerdo con proporcionar LM exclusiva los primeros seis meses de vida. En la actitud hacia la alimentación infantil, 52 (80%) mujeres tuvieron una actitud neutral hacia la LM. En conocimientos básicos, 45 (69,2%) mujeres señalaron un conocimiento malo sobre LM. Se encontró una correlación negativa entre el grado de conocimientos sobre LM y la edad ($p = 0,049$, $r = -0,245$) y una correlación positiva entre el grado de conocimientos sobre LM y los años de educación ($p = 0,001$, $r = 0,464$). Se observó una correlación positiva entre la autoeficacia para lactar y edad ($p = 0,039$, $r = 0,257$) y una correlación negativa entre la IIFAS y los años de educación ($p = 0,001$, $r = -0,432$).

Conclusiones: La mayoría de las mujeres con ERA tenía una actitud neutral hacia la LM. A pesar de que casi todas las mujeres estaban de acuerdo con la LM, < 5% tenía un grado de conocimientos bueno sobre la LM. Las correlaciones indicaron que entre menor edad y más años de educación, más grado de conocimientos sobre LM, que cuanto mayor es la edad, más autoeficaz es la lactancia y que entre más años se tenga de educación, menor actitud positiva se observa hacia la LM.

Bibliografía

1. Aguilar-Navarro H, Coronado-Castilleja A, Gómez-Hernández O, Cobos-Aguilar H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. Acta pediátrica de México. 2016;37(3):149-58.
2. Suárez-Cotelo MDC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Arias BF, Novío S. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03433.

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y sobre lactancia materna. (P17)

	n = 65
Edad, media $\pm$ DE	41,32 $\pm$ 7,48
Lugar de residencia, n (%)	
Rural	12 (18,5)
Urbana	53 (81,5)
Estado civil, n (%)	
Soltera	11 (16,9)
Unión libre	15 (23,1)
Casada	36 (55,4)
Divorciada	3 (4,6)
Escolaridad, n (%)	
Primaria	12 (18,5)
Secundaria	30 (46,2)
Preparatoria	11 (16,9)
Universidad o más	12 (18,5)
Ocupación, n (%)	
Hogar	48 (73,8)
Empleada	13 (20,0)
Negocio propio	4 (6,2)
Diagnóstico, n (%)	
Artritis reumatoide	38 (58,5)
Lupus eritematoso sistémico	10 (15,4)
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos	6 (9,2)
EITC	3 (4,6)
Escleroderma	2 (3,1)
Síndrome de Sjögren primario	1 (1,5)
Otros	5 (7,7)
Actitudes hacia la alimentación infantil, n (%)	
Positiva hacia la fórmula artificial (puntaje 17-48)	9 (13,8)
Neutral (puntaje 49-69)	52 (80)
Positiva hacia la LM (puntaje 70-85)	4 (6,2)
Grado de conocimientos básicos sobre LM, n (%)	
Malo	45 (69,2)
Regular	17 (26,2)
Bueno	3 (4,6)

DE, desviación estándar; EITC, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo; LM, lactancia materna.

P18

DISTRÉS ASOCIADO A DIGNIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO

V. Pascual-Ramos¹, I. Contreras-Yáñez¹, M. Cuevas-Montoya², G.A. Guaracha-Basáñez¹, L.L. Franco-Mejía¹, M. García-Alanís¹, O. Rodríguez-Mayoral³, M. Chochinov-Harvey⁴

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Centro Médico ABC, ⁽³⁾Instituto Nacional de Cancerología, ⁽⁴⁾Cancer Care Manitoba

Introducción: La pérdida de la dignidad percibida es una fuente de distrés multifactorial (DDP). En un trabajo previo se indicó que el 26,8% de los pacientes con enfermedades reumatológicas (ER) sufría DDP, el cual se vinculó con comorbilidad en salud mental, un tratamiento de la ER más intensivo y peor calidad de vida.

Objetivo: Investigar los efectos del diagnóstico de la ER en el DDP y sus dominios y explorar los factores relacionados adicionales.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal en pacientes ambulatorios del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado (LEG), artritis reumatoide (AR) y esclerosis sistémica (ES), en quienes se recabaron características sociodemográficas, datos de la ER, comorbilidades y tratamiento. Se aplicó el Inventario de Dignidad del Paciente, Versión Mexicana (PDI-Mx) que consta de cuatro dominios: pérdida del sentido de la vida, incertidumbre, pérdida de la autonomía y pérdida del apoyo social. Además, se aplicaron la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS21), la Escala breve de afrontamiento resiliente (EBAR), el Índice de actividad/gravedad (RAPID-3), el Índice de soporte familiar (APGAR), la Escala de fatiga (FACIT), el HAQ-DI (limitación funcional), el Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) y el Cuestionario de satisfacción con el servicio médico (SSM).

El reumatólogo tratante determinó el control adecuado de la ER (sí/no). Se definió DDP de acuerdo con la puntuación del PDI-Mx ($\geq 54,5$, mínimo de 25 y máximo de 125).

Se utilizaron análisis de regresión logística y lineal múltiples para identificar los factores vinculados con los desenlaces de interés.

Resultados: Se incluyó a 137 pacientes con LEG (38,3%), 124 (34,6%) con AR y 97 (27,1%) con ES. Los pacientes con LEG, en comparación con los de AR y ES, fueron más jóvenes (38 años [29-48], 49,5 [38,3-60,8], 53 [47-61]*), menos frecuentemente mujeres (111 [81%], 108 [87%], 91 [93,8%]**), con mayor nivel educativo (12 años [11-16], 12 [9-16], 12

[9-14]**) y tratados más a menudo con glucocorticoides (66 [48%], 46 [37%], 19 [20%]*). Además, tuvieron puntuaciones más bajas en el HAQ-DI (0,2 [0-0,8], 0,5 [0-1,1], 0,3 [0-0,9]**), SSM (78 [71-80], 80 [74-80], 80 [77-8]**) y en la EBAR (14 [11-17], 15 [12-18], 16 [14-17]**) (* $p \leq 0,0001$; ** $p \leq 0,039$).

Hasta 88 pacientes (24,6%) mostraron DDP. Los factores relacionados con DDP fueron la limitación funcional, el diagnóstico de LEG y la edad (**Fig. 1**). El diagnóstico de LEG se vinculó con el puntaje global del PDI-Mx y el puntaje de los dominios de pérdida del sentido de la vida y pérdida del apoyo social. Además, la limitación funcional y un inadecuado control de la ER se relacionaron con las puntuaciones del PDI-Mx global y las puntuaciones de cada dominio. La edad se vinculó con el puntaje del dominio de incertidumbre. Los años de estudio se relacionaron con el puntaje global del PDI-Mx y con el puntaje de los dominios de pérdida del sentido de vida y pérdida de independencia. El puntaje de SSM se vinculó con el puntaje del dominio de pérdida de independencia (**Tabla 1**).

Conclusiones: El diagnóstico de LEG afecta a la dignidad percibida y se relaciona con DDP. La limitación funcional y un inadecuado control de la ER están consistentemente vinculados con el DDP y sus dominios. La edad, el nivel educativo y la satisfacción con el servicio médico tienen un efecto adicional.

Bibliografía

- Ramos P. Perceived dignity is an unrecognized source of emotional distress in patients with rheumatic diseases: results from the validation of the Mexican version of the patient dignity inventory. Plos One 2023.

Figura 1. Factores relacionados con DDP. (P18)

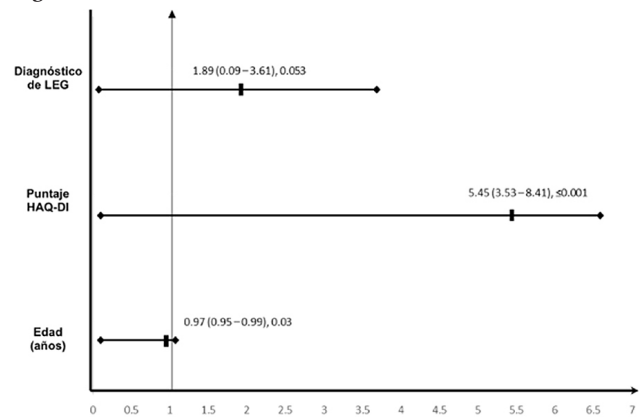


Tabla 1. Factores relacionados con las puntuaciones del PDI-Mx y sus cuatro dominios. (P18)

	PDI-MX ¹	Pérdida del sentido de la vida ²	Incertidumbre ³	Pérdida de independencia ⁴	Pérdida de apoyo social ⁵
Puntuación HAQ-DI	0,371 (0,149–0,592) 0,001	0,209 (0,091–0,326) 0,001	0,064 (0,001–0,126) 0,048	0,046 (0,007–0,085) 0,022	0,036 (0,013–0,059) 0,002
Inadecuado control de la ER	13,413 (6,681–20,144) $\leq 0,0001$	5,731 (2,160–9,302) 0,002	3,817 (1,903–5,730) $\leq 0,0001$	2,943 (1,763–4,123) $\leq 0,0001$	0,843 (0,147–1,537) 0,018
Diagnóstico de LEG	6,495 (2,271–10,718) 0,003	3,857 (1,616–6,097) 0,001			0,445 (0,015–0,874) 0,047
Años de educación	-0,486 (-0,973 to -0,004) 0,052	-0,295 (-0,554 a -0,036) 0,026		-0,100 (-0,184 a -0,016) 0,02	
Años de edad			-0,060 (-0,099 a -0,02) 0,03		
Puntuación del SSM				0,001 (0,000–0,003) 0,028	

Datos expresados como Expß (IC95%), p. R² de Nagelkerke ¹ = 0,100; ² = 0,096; ³ = 0,078; ⁴ = 0,114 and ⁵ = 0,053. PDI-Mx, Inventario de Dignidad del Paciente, Versión Mexicana; SSM, satisfacción con el servicio médico.