

Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

CARTELES GENERALES

CG001

EFFECTO DE LA MULTIMORBILIDAD EN LA RESPUESTA A TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: INFORMACIÓN DE BIOBADAMEX

V. Rivera-Terán¹, D. Vega-Morales², I.J. Colunga-Pedraza³, S. Sicsik-Ayala⁴, A. Castillo-Ortiz⁵, G. Guaracha-Basáñez⁶, M.A. Saavedra-Salinas⁷, F. Irazoqui-Palazuelos⁸, J.C. Casasola-Vargas⁹, O. Monroy-Muñoz¹⁰, S. Carrillo-Vázquez¹¹, J. Merayo-Chalico¹², E. Torres-Valdez¹³, L. Valdés-Corona¹⁴, J. Torres-Ruiz¹⁴

⁽¹⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽²⁾Clínica 17, IMSS, ⁽³⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁴⁾Hospital Regional ISSSTE Mérida, ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁶⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁷⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁸⁾Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, ⁽⁹⁾Hospital Central Militar, ⁽¹⁰⁾Hospital Regional 1 de Octubre, ⁽¹¹⁾Reumatika, Centro de Vanguardia en Reumatología, ⁽¹²⁾Hospital General Regional Querétaro, ⁽¹³⁾Hospital Ángeles Lomas, ⁽¹⁴⁾Colegio Mexicano de Reumatología

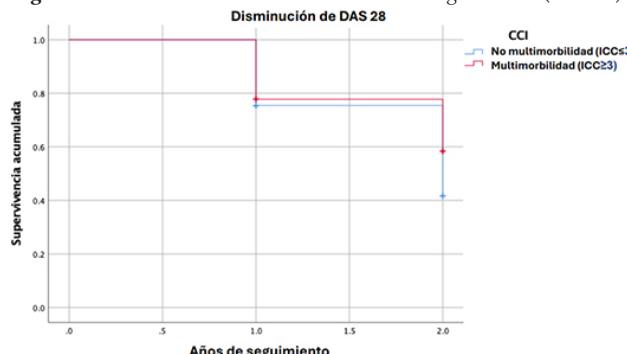
Tabla 1. Características basales clasificadas por la presencia de multimorbilidad definida por el índice de Charlson (CCI). (CG001)

| | Total n = 706 | Multimorbilidad (CCI > 3) n = 15 | Sin multimorbilidad (CCI < 3) n = 691 | p |
|--------------------------------------|------------------|-------------------------------------|--|-------|
| Edad al diagnóstico, media (DE) | 41 (13,4) | 48,9 (12,9) | 40,8 (13,4) | 0,02 |
| Edad al inicio de FARMEb, media (DE) | 51,7 (12,6) | 62,6 (8,7) | 51,5 (12,6) | 0,001 |
| Años diagnóstico, media (DE) | 10,7 (9,6) | 13,7 (12,3) | 10,7 (9,5) | 0,2 |
| Sexo femenino, (%) | 651 (92,2) | 14 (93,3) | 637 (92,2) | 0,87 |
| IMC, media (DE) | 26,9 (6,3) | | | |
| FR positivo, (%) | 511 (72,4) | 12 (80) | 499 (72,2) | 0,39 |
| Anti-CCP positivo, (%) | 157 (22,2) | 4 (26,7) | 153 (22,) | 0,8 |
| DAS28 media (DE) | 4,9 (1,4) | 4,6 (1,8) | 4,9 (1,4) | 0,3 |
| Tratamiento, (%) | | | | 0,7 |
| - Anti-TNF | 390 (55,2) | 6 (40) | 384 (5,6) | 0,2 |
| - Anti-CD20 | 55 (7,8) | 1 (6,7) | 54 (7,8) | 0,8 |
| - Inhibidores JAK | 68 (9,6) | 2 (13,3) | 66 (9,6) | 0,6 |
| - Inhibidores CTLA4 | 98 (13,9) | 3 (20) | 95 (13,7) | 0,4 |
| - Inhibidores IL6 | 95 (13,5) | 3 (20) | 92 (13,3) | 0,4 |
| Uso de glucocorticoides, (%) | 287 (40,7) | 6 (40) | 281 (40,7) | 0,9 |
| Uso de FARMEc, % | 560 (79,3) | 9 (60) | 551 (79,7) | 0,6 |
| Uso de FARMEb previo, (%) | 263 (37,3) | 5 (33,3) | 258 (37,3) | 0,7 |
| Suspensión de FARMEb, (%) | 279 (39,5) | 5 (33,3) | 274 (39,6) | 0,6 |
| Motivo de suspensión, (%) | | | | 0,7 |
| Ineficacia | 131 (47) | 3 (60) | 128 (46,7) | |
| Efectos adversos | 25 (9) | - | 25 (9,1) | |
| Pérdida del paciente | 29 (10,4) | 1 (20) | 28 (10,2) | |
| Remisión | 20 (7,2) | - | 20 (7,5) | |
| Otros | 74 (26,4) | 1 (20) | 73 (26,5) | |
| Tabaquismo | 12 (1,7) | 0 | 12 (1,7) | 0,03 |

inicio de FARMEb/s de 10,7 (9,6) años. Los FARMEb más indicados fueron los antagonistas de TNF- α (55%) seguidos por los inhibidores de CTLA4 (14%). Sin embargo, al comparar con los controles, no se halló significancia estadística ($p = 0,08$). Las comorbilidades más prevalentes entre los pacientes fueron diabetes mellitus no complicada (9,8%), hepatopatía leve (1,8%), tumor sólido y úlcera péptica (1,3%), respectivamente. Un total de 15 pacientes (2,12%) tuvo multimorbilidad definida por un ICC ≥ 3 . Estos pacientes tenían una mayor edad al diagnóstico (48,9 [12,9] vs. 40,8 [1,4], $p = 0,02$) y mayor edad al inicio del tratamiento con FARMEb/s (51,7 [12,6] vs. 51,5 [12,6], $p = 0,001$). La proteína C reactiva fue similar en ambos grupos (6 [8,8] vs. 6,9 [15,2], $p = 0,8$) y la actividad de la enfermedad medida por DAS28 fue ligeramente menor en el grupo con multimorbilidad (4,6 [1,8] vs. 4,9 [1,4], $p = 0,3$), aunque sin significancia estadística. Los antagonistas de TNF- α fueron el FARMEb más prescrito, si bien con menor proporción en el grupo de multimorbilidad. La administración concomitante de glucocorticoides fue similar en ambos grupos, mientras que el FARME convencional fue menor en el grupo de multimorbilidad. La proporción de los pacientes que alcanzaron remisión fue mayor en sujetos que no tenían comorbilidad al primer año (40,4% vs. 10%, $p = 0,9$) y al segundo año (44,6% vs. 25%, $p = 0,2$) de seguimiento, aunque no se identificó significancia estadística. En la evolución de los pacientes se observó que la reducción de DAS28 (**Figura 1**) fue similar en ambos grupos durante el primer año y mostró mayor reducción durante el segundo año en el grupo sin multimorbilidad, aunque sin significancia estadística ($p = 0,4$).

Conclusiones: En este estudio se advirtió que la multimorbilidad parece modificar la efectividad del tratamiento con compuestos biológicos de los pacientes con AR determinada por un mayor DAS28 en un seguimiento a dos años. Contar con una muestra pequeña en el grupo de multimorbilidad pudo afectar quizás la significancia estadística de los resultados.

Figura 1. Disminución de DAS28 a dos años de seguimiento. (CG001)



Bibliografía

1. Calvo-Gutiérrez J, et al. Impact of multimorbidity on the first ts/bD-MARD effectiveness and retention rate after two years of follow-up in patients with rheumatoid arthritis from the BIOBADASER registry. *Arthritis Res Ther.* 2024 Feb 23;26(1):57. doi: 10.1186/s13075-024-03287-9. PMID: 38395899; PMCID: PMC10885598.

CG002

VACUNACIÓN CONTRA EL VPH: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO, PERCEPCIONES Y BARRERAS ENTRE MÉDICOS

V. Cantú-Martínez, H.A. Martínez-Espinosa, M. Martínez-García, A.M. Jáuregui-Espinosa, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomiendan la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para adolescentes y adultos jóvenes de 9 a 26 años. Esta vacuna es una herramienta clave para prevenir la infección por nuevos serotipos de VPH y reducir el riesgo de desarrollar verrugas genitales y cáncer cervicouterino.

Además, sugieren que, en circunstancias de riesgo, la vacunación puede ser eficaz para personas de 26 a 45 años. El conocimiento del personal de salud influye en la aceptación de la vacuna, por lo cual es crucial la comprensión de esta inmunización. Analizar su percepción permite identificar barreras potenciales y diseñar estrategias más efectivas para aumentar la cobertura de vacunación en la población general.

Objetivo: Evaluar el conocimiento, percepciones y barreras del personal médico sobre la vacunación contra el VPH.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con una encuesta basada en las recomendaciones de los CDC y en las publicaciones médicas sobre las vacunas disponibles (**Tabla 1**). El cuestionario en Google Forms incluyó preguntas sobre conocimiento de las recomendaciones de los CDC, serotipos del VPH en las vacunas, percepción y prácticas, y barreras observadas para la vacunación. La encuesta se distribuyó entre médicos pasantes, residentes y profesores a través de WhatsApp y su llenado fue voluntario y anónimo. Los datos se analizaron en R (versión 4.4.1) y se muestran frecuencias y porcentajes para variables categóricas y mediana con rango intercuartílico (RIC) para variables continuas.

Tabla 1. Conocimiento de las recomendaciones de los CDC sobre la vacunación contra el VPH. (CG002)

| Preguntas | Respuesta correcta | Aciertos, n (%) |
|---|--------------------|-----------------|
| 1a. ¿A qué edad se recomienda iniciar la vacunación de rutina? | 9 años | 14 (37%) |
| 1b. ¿Cuántas dosis se recomienda aplicar a esta edad? | 2 dosis | 22 (58%) |
| 2a. Si una persona mayor a 14 años no se vacunó contra el VPH, ¿hasta qué edad está recomendado aplicar el esquema de rutina? | 26 años | 10 (26%) |
| 2b. ¿Cuántas dosis se recomienda aplicar a mayores de 14 años? | 3 dosis | 26 (68%) |
| 3. ¿Cuántas dosis se recomienda aplicar en personas inmunocomprometidas? | 3 dosis | 23 (61%) |
| 4. ¿Es recomendable vacunar contra el VPH durante el embarazo? | No | 19 (50%) |
| 5. ¿Cuál es la edad máxima recomendada para aplicar la vacuna contra el VPH en aquellos mayores de 26 años? | 45 años | 12 (32%) |

CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*; VPH, virus del papiloma humano. Se muestran las preguntas realizadas al personal médico a partir de las recomendaciones de los CDC sobre la vacunación contra el VPH. Se registran la frecuencia y el porcentaje de aciertos por pregunta.

Resultados: Se obtuvieron 38 respuestas, de las cuales el 63% procedía de mujeres, con una mediana de edad de 26 años. El 63% de los encuestados se integró con médicos pasantes, el 32% con residentes y el 5% con profesores. El 47% de los participantes señaló haber recibido al menos una dosis de la vacuna contra el VPH, con un solo hombre vacunado. La mediana de edad a la que las mujeres recibieron la primera dosis fue de 13 años. El 76% identificó correctamente los serotipos en la vacuna bivalente, el 63% en la tetravalente y solo el 5% en la nonavalente. El 71% conocía los serotipos causantes de la mayor parte de los cánceres relacionados con el VPH y el 79% los vinculados con verrugas anogenitales. De los 20 participantes que atienden a pacientes de manera regular, el 85% recomendó la vacuna a la mitad de sus pacientes, aunque creen que solo 1 de cada 10 sigue la recomendación. Las principales barreras identificadas fueron el costo de la vacuna (55%) y la desinformación (25%). El 50% sugirió mejorar la accesibilidad y los costos, en tanto que el 35% resaltó la importancia de la educación. En promedio, los participantes estarían dispuestos a pagar 1,255 pesos por una dosis, pero solo el 45% se aplicaría el esquema completo de tres dosis. El 58% indicó saber dónde acudir para la vacunación.

Conclusiones: El personal médico posee un conocimiento general adecuado sobre las recomendaciones de los CDC para la vacunación contra el VPH, pero aún existen áreas críticas que requieren mejoras, especialmente en relación con las vacunas más recientes. La mayoría de los profesionales de la salud recomienda la vacunación a sus pacientes, pero las barreras clave son todavía el costo y la desinformación. Esto enfatiza la necesidad de mejorar la accesibilidad económica y desarrollar campañas educativas efectivas para aumentar la aceptación y cobertura de la vacuna.

Bibliografía

1. Warner EL, Ding Q, Pappas L, et al. Health care providers? Knowledge of HPV vaccination, barriers, and strategies in a state with low HPV vaccine receipt: mixed-methods study. *JMIR Cancer*. 2017 Aug 11;3(2):e12.
2. David E, Roy P, Belot A, et al. Human papilloma virus vaccination in patients with rheumatic diseases in France: a study of vaccination coverage and drivers of vaccination. *Journal of Clinical Medicine*. [Internet] 2022 Jul 16 [cited 2024 Sep 20];11(14):4137-7. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/14/4137>
3. Srivastava RK, Sapra L, Mishra PK. Osteometabolism: metabolic alterations in bone pathologies. *Cells*. 2022;11(23).
4. Pludowski P, Kos-Kudla B, Walczak M, et al. Guidelines for preventing and treating vitamin D deficiency: A 2023 Update in Poland. *Nutrients*. 2023;15(3).
5. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis- 2020 update executive summary. *Endocr Pract*. 2020;26(5):564-70.

CG003**INSUFICIENCIA Y DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES POTOSINOS CON OSTEOPOROSIS: PREVALENCIA Y RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD**

A. Sánchez-Arriaga¹, X.E. Aguilar-Vergara², V.M. Dimas-Pecina³, J.M. García-Barboza⁴, A. Telles-Gómez⁵

⁽¹⁾Hospital Ángeles San Luis Potosí, ⁽²⁾Colpos, ⁽³⁾Hospital Star Médica San Luis Potosí, ⁽⁴⁾Hospital de Especialidades No. 50, San Luis Potosí, ⁽⁵⁾Universidad Cuauhtémoc San Luis Potosí

Introducción: La osteoporosis es una de las principales enfermedades en el ser humano; se calcula que afecta alrededor de 200 millones de personas en el mundo y esta prevalencia se elevará debido al incremento de la población adulta mayor. La vitamina D, en especial su metabolito activo 25-OH-vitamina D, juega un papel importante en la homeostasis del hueso a través de diversos mecanismos, uno de los cuales es la promoción de la osteoblastogénesis; sin adecuadas cantidades podría propiciarse el desarrollo de enfermedades, entre ellas osteopenia y osteoporosis. Los valores normales de la vitamina D son > 30 ng/mL, la insuficiencia se define por cifras de 20 a 29 ng/mL y la deficiencia por valores < 20 ng/mL. La American Association of Clinical Endocrinology (ACE) junto con el American College of Endocrinology (ACE) establecieron dos grupos de pacientes con osteoporosis basados en el riesgo de fractura para ofrecer un tratamiento adecuado, los cuales son los de riesgo alto y los de riesgo muy alto.

Objetivos: Conocer si existe una correlación entre los valores de vitamina D y el riesgo alto o muy alto de fractura en pacientes potosinos con osteoporosis.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes potosinos con osteoporosis de la consulta de reumatología del Hospital Ángeles de San Luis Potosí. Se registraron medias, frecuencias y correlación entre la vitamina D y la osteoporosis de riesgo alto y muy alto de fractura.

Resultados: Se analizó a 86 pacientes con osteoporosis, conformados por 95,3% de mujeres con una media de edad de 67,8 años (Tabla 1). La prevalencia de cifras normales de vitamina D fue de 7%, la de insuficiencia de vitamina D de 68,6% y la de deficiencia de vitamina D de 24,4%. Las distribuciones de insuficiencia de vitamina D fueron similares entre los grupos con osteoporosis de riesgo alto y riesgo muy alto (70% vs. 65,4%), no así entre los valores normales de vitamina D (10% vs. 0%) y la deficiencia de vitamina D (20% vs. 34,6%). A pesar de la mayor prevalencia de deficiencia de vitamina D en el grupo de riesgo muy alto de fractura no se encontró una correlación significativa (coeficiente de correlación de rho de Spearman de -0,267 con un valor de p bilateral de 0,3), probablemente por el tamaño de la muestra incluido.

Conclusiones: La prevalencia de cifras bajas de vitamina D en la población con osteoporosis de San Luis Potosí es alta (93%), por lo que requiere intervenciones a edades tempranas, por ejemplo, programas de escrutinio y complementación en poblaciones de riesgo antes de la aparición de la osteoporosis. Aunque la relación negativa entre los valores de vitamina D y la osteoporosis de alto riesgo no tuvo significancia estadística, es necesario ampliar la muestra y generar intervenciones para la población potosina.

Bibliografía

1. Reginster JY, Burlet N. Osteoporosis: a still increasing prevalence. *Bone*. 2006;38(2 Suppl 1):S4-9.

2. Srivastava RK, Sapra L, Mishra PK. Osteometabolism: metabolic alterations in bone pathologies. *Cells*. 2022;11(23).
3. Pludowski P, Kos-Kudla B, Walczak M, et al. Guidelines for preventing and treating vitamin D deficiency: A 2023 Update in Poland. *Nutrients*. 2023;15(3).
4. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis- 2020 update executive summary. *Endocr Pract*. 2020;26(5):564-70.

Tabla 1. Datos demográficos de la población de 86 pacientes incluidos en el estudio. (CG003)

| Datos demográficos | Media | Intervalos |
|-------------------------------|---------------|----------------|
| Edad | 67,8 años | 51-91 años |
| Peso | 60,8 kg | 38,5-88 kg |
| Talla | 1,53 m | 1,38-1,74 m |
| Índice de masa corporal (IMC) | 25,7 | 18,49-4,03 |
| Datos demográficos | Pacientes (n) | Porcentaje (%) |
| Género | | |
| Mujeres | 82 | 95,3 |
| Hombres | 4 | 4,7 |

CG004**FATIGA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES**

E.A. Galindo-Calvillo, K.Y. Ramos-Reza, F. Humphrey-Escamilla, A.C. Dávila-Herrada, F.X. Moreno-Acuña, A.J. Rodríguez-Raygoza, M.D. Escobedo-Moreno, M.E. Corral-Trujillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, I. Hernández-Galarza, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) suelen sufrir trastornos relacionados con el sueño, además de una alta prevalencia en alteraciones como la ansiedad y la depresión (90%) y índices elevados de fatiga (61%). La mala calidad de sueño es multifactorial y se modifica por factores genéticos, psicológicos, estilo de vida, cambios en el sistema nervioso, actividad de la enfermedad, comorbilidades, entre otros.

Objetivo: Describir la calidad del sueño, presencia de fatiga y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional en pacientes de la consulta externa del Hospital Universitario José Eleuterio González que acudieron en el periodo de junio a agosto del 2024. Se incluyó a pacientes > 18 años con diagnóstico de ERA. Se los encuestó mediante la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), que mide la calidad del sueño y las alteraciones en el último mes mediante siete componentes (de 0 a 3 puntos), lo que suma un máximo de 21 puntos y clasifica como “buen sueño” < 5 puntos totales y “mal sueño” como > 5; la Escala de Evaluación Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-T), que mide síntomas de fatiga de los últimos siete días, con puntuación de 0 a 52; no existe un punto de corte, pero en este estudio se utilizó una puntuación < 30 para evaluar la presencia de fatiga; y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), que mide los síntomas de ansiedad y depresión con siete preguntas para cada subescala con un máximo de 21 puntos (las puntuaciones ≥ 8 sugieren síntomas de depresión o ansiedad y ≥ 11 síntomas graves). Para el análisis y la descripción de resultados, el estudio se dividió en dos grupos: buen y mal sueño (Tabla 1).

Resultados: Se incluyó a un total de 32 pacientes con ERA, con edad media total de 45,31 (DE ± 15,42), un IMC con media de 28,42 (DE ± 5,32) y predominio del género femenino (93,73%). El diagnóstico más fre-

cuente fue AR (33,33%). En general, el 71,87% duerme menos de 7 horas y el 30,43% de estos pacientes refiere haber tomado medicamentos para dormir tres o más veces en el último mes. En el grupo de buena calidad de sueño, 12 pacientes (37,5%) tuvieron una buena calidad, de los cuales 1 (8,33%) mostró fatiga, 1 (8,33%) depresión y 1 (8,33%) ansiedad. En comparación, 20 pacientes (62,5%) refirieron tener una mala calidad del sueño, más prevalente en pacientes con AR (35%) y en aquellos con una evolución mayor de seis años de su ERA (70%). En este grupo, 10 sujetos (50%) señalaron fatiga, 12 (60%) ansiedad y 9 (45%) depresión; el 45% cuenta con síntomas de ansiedad grave y 20% con síntomas de depresión grave.

Tabla 1. (CG004)

| | < 5 puntos Buen sueño n (%) = 12 (37,5) | > 5 puntos Mal sueño n (%) = 20 (62,5) |
|-------------------------------------|---|--|
| Género | | |
| Femenino, n (%) | 10 (83,33) | 20 (100) |
| Edad, media ± DE | 38,25 (15,55) | 49,55 (12,97) |
| IMC, media ± DE | 27,28 (4,47) | 29,11 (5,66) |
| Ocupación, n (%) | | |
| • Empleado | 6 (50) | 9 (45) |
| • Desempleado | 6 (50) | 11 (55) |
| Escolaridad, n (%) | | |
| • Educación básica | 5 (41,66) | 8 (40) |
| • Educación superior y media | 7 (58,3) | 12 (60) |
| Comorbilidades, n (%) | | |
| • Obesidad | 3 (25) | 8 (40) |
| • HAS | 3 (25) | 7 (35) |
| • Diabetes mellitus | 0 (0) | 5 (15) |
| • Otras | 4 (33,33) | 12 (60) |
| Diagnóstico, n (%) | | |
| • AR | 4 (33,33) | 7 (35) |
| • LES | 4 (33,33) | 5 (15) |
| • Esclerodermia | 2 (16,66) | 1 (5) |
| • Síndrome de Sjögren | 0 (0) | 4 (20) |
| • Miopatías inflamatorias | 2 (16,7) | 2 (10) |
| Tiempo de evolución en años, n (%) | | |
| • < 1 año | 3 (25) | 3 (15) |
| • 1-5 años | 7 (58,3) | 3 (15) |
| • 6-9 años | 1 (8,33) | 7 (35) |
| • ≥ 10 años | 1 (8,33) | 7 (35) |
| Anticuerpos, n (%) | | |
| • ANA + | 7 (58,3) | 13 (65) |
| • FR + | 5 (41,66) | 11 (55) |
| • Anti-CCP | 1 (8,33) | 7 (35) |
| • Anti-RO | 2 (16,66) | 6 (30) |
| • Anti-DNA | 3 (25) | 2 (10) |
| • Otros anticuerpos | 6 (50) | 6 (30) |
| FACIT-F, media de puntuaciones ± DE | 36,6 (14,41) | 30,6 (10,93) |
| HADS, media de puntuaciones ± DE | | |
| • Ansiedad | 4 (33,33) | 7,1 (4,22) |
| • Depresión | 2,25 (2,27) | 10,15 (4,19) |

Conclusiones: En el grupo de pacientes con mala calidad de sueño se identificó una mayor frecuencia de pacientes con síntomas de depresión (20%) y ansiedad grave (45%), con tiempo de evolución mayor de seis años, con comorbilidades y una edad media de 10 años por encima del grupo con buena calidad de sueño. Los patrones de mala calidad y salud del sueño e indicadores de insomnio deben evaluarse como parte de una atención integral en los individuos con ERA para un control integral del paciente reumático.

Bibliografía

- Torta R, Pennazio F, Ieraci V. Anxiety and depression in rheumatologic diseases: the relevance of diagnosis and management. *Reumatismo*. 2014 Jun;66(1):92-7.
- Pilgaard T, Hagelund L, Stallknecht SE, et al. Severity of fatigue in people with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and spondyloarthritis-Results of a cross-sectional study. Navarini L, editor. *PLoS ONE*. 2019 Jun;28;14(6).

CG005

ESTUDIO RETROSPETIVO SOBRE LA ENFERMEDAD POR MODELANTES Y SU ASOCIACIÓN CON ASIA Y CÁNCER

A. Lucas-Hernández¹, A.L. Peralta-Amaro², O. Vera-Lastra², N. Flores-Flores², D.I. Pérez-Román³, H. Anduaga-Domínguez¹, G. Valdez-Vargas¹, M.O. Molina-Chávez¹

⁽¹⁾Hospital General de Teziutlán, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽³⁾Hospital Velmar

Introducción: El embellecimiento y mejora del cuerpo han sido prácticas asociadas comunes en la cirugía plástica y reconstructiva. Sin embargo, muchos procedimientos se realizan por personas no capacitadas, utilizando sustancias dañinas como el aceite mineral (MO), lo que lleva riesgos graves para la salud, incluyendo el desarrollo del síndrome inflamatorio/autoinmune inducido por aceite mineral (ASIA-MO). Este síndrome se caracteriza por una inflamación crónica que puede desencadenar enfermedades autoinmunes y, en algunos casos, contribuir al desarrollo de neoplasias. ASIA-MO puede manifestarse localmente (artralgias, mialgias y fiebre) y de forma sistémica con enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, la esclerosis sistémica, y la artritis reumatoide. Así mismo se ha descrito previamente la asociación con algunas neoplasias debido a la inflamación crónica asociada a la aplicación de los modelantes.

Objetivo: Analizar a una cohorte retrospectiva de pacientes con aplicación de agentes modelantes y su relación con el desarrollo de enfermedad autoinmunitaria y neoplasias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal en un hospital de tercer nivel que incluyó a pacientes que recibieron inyecciones de agentes modelantes (aceite mineral, aceite vegetal, etc.) entre enero de 2012 y junio de 2023. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años.

Resultados: Participaron 111 pacientes con enfermedad relacionada con agentes modelantes; el 90,1% correspondió a mujeres con una edad media de 54 ± 12 años. Del total, el 85,6% desarrolló ASIA, mientras que el 7,2% tenía antecedentes familiares de cáncer y el mismo porcentaje desarrolló cáncer. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (14,4%), diabetes mellitus (10,8%) e hipotiroidismo (8,1%) (**Tabla 1**). El periodo medio entre la inyección y la aparición de síntomas fue de 10 años, que fue más prolongado en los pacientes con ASIA (12 años) frente a aquellos que no lo desarrollaron (4,5 años). El MO fue la sustancia más inyectada (62,2%), seguido del silicón (16,2%). Las áreas más inyectadas fueron los glúteos (65,8%) y los senos (46,8%). No se halló una relación entre el tipo de sustancia o el número de áreas inyectadas con el desarrollo de ASIA, salvo por los casos en los que se inyectaron menos de 100 mL o en la cara, lo que se vinculó de modo significativo con no desarrollar ASIA.

Conclusiones: La frecuencia de ASIA inducida por agentes modelantes fue del 85,6% y el 7,5% de los pacientes desarrolló cánceres, los más frecuentes de los cuales fueron los linfomas, el cáncer de mama y el melanoma. El MO fue la sustancia más vinculada con el cáncer, seguido del silicón y el metacrilato. Este estudio destaca la necesidad urgente de regular el uso de sustancias modelantes debido a sus graves consecuencias para la salud, incluidos enfermedades autoinmunitarias y cáncer, lo cual destaca la importancia de informar sobre los riesgos de estas prácticas a los pacientes.

Bibliografía

- Torres Gómez B, Burgos Vargas R, Medrano Ramírez G, Priego Blancas RB (2010) Instrumento para evaluar y estandarizar el daño producido por la infiltración de sustancias modelantes. *Cir Plast*. 20 (3): 105-111. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28686>
- Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Domínguez MP, Ramírez GM, Blancas RBP, Amaro ALP, Martínez AV, Delgado JS, Jara LJ (2018) Autoimmune/inflammatory syndrome induced by mineral oil: a health problem. *Clin Rheumatol*. 37(6):1441-1448. doi: 10.1007/s10067-018-4078-2.

Tabla 1. Enfermedades sistémicas autoinmunitarias y neoplásicas en pacientes con ASIA por enfermedad por modelantes. (CG005)

| Tipo | Modelante | Cantidad (millilitros) | Sitios | Intervalo de tiempo (años)* | Antecedente familiar oncológico |
|--|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Enfermedad autoinmunitaria | | | | | |
| LES | Silicón | > 300 | Glúteos | 4 | Ninguno |
| LES y neumopatía intersticial | Aceite mineral | > 300 | Glúteos | 20 | Cervicouterino, piel |
| LES (renal y mucocutáneo) | Aceite mineral | > 300 | Mamas | 20 | Ninguno |
| Esclerosis sistémica | Silicón | > 300 | Glúteos | 11 | Ninguno |
| Artritis reumatoide | Aceite mineral | > 300 | Mamas | 12 | Ninguno |
| Artritis reumatoide | Silicón | > 300 | Glúteos | 6 | Ninguno |
| Hipertiroidismo | Aceite mineral y silicón | > 300 | Mamas | 8 | LNH |
| Hipertiroidismo | Grasa bovina | > 300 | Glúteos | 25 | Ninguno |
| Sarcoidosis | Carnitina | < 100 | Mamas y cara | 4 | Ninguno |
| Enfermedad oncológica | | | | | |
| LNH de células B grandes | Metacrilato | > 300 | Glúteos | 6 | Ninguno |
| Melanoma | Aceite mineral | > 300 | Mamas y glúteos | 6 | Piel |
| Mama | Aceite mineral | 100-300 | Mamas | 1 | Hígado |
| Mama | Silicón | > 300 | Mamas | 3 | Ninguno |
| Condrosarcoma | Aceite mineral | > 300 | Glúteos | 26 | Pulmón, estómago |
| Adenocarcinoma intestinal | Aceite mineral | > 300 | Glúteos | 17 | |
| Enfermedad autoinmunitaria y oncológica | | | | | |
| Esclerosis sistémica y cáncer de ovario | Aceite mineral | > 300 | Glúteos y pantorrillas | 7 | Colon |
| Esclerosis sistémica y LNH angioinmunoblastico | Grasa bovina | > 300 | Mamas y glúteos | 7 | Ninguno |

CG006**EFICACIA DE RITUXIMAB EVALUADO POR TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

D.G. Aldaba-Rodríguez, L. Ortiz-Treviño, Y. Mejía-Holguín, A. Peñalozza-Andrade, L.B. De la Cruz-Becerra, S.A. Vázquez-Guevara

UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, NL

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las principales causas de mortalidad en pacientes con enfermedades reumáticas, con una prevalencia de 6% a 72%, y es más frecuente en la esclerosis sistémica y la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). El principal método diagnóstico es la tomografía pulmonar de alta resolución (TACAR) y, entre los patrones más frecuentes identificados, figuran la neumonía intersticial no específica (NINE) y la neumonía intersticial usual (NIU). Dentro de las opciones terapéuticas, algunos fármacos biológicos han demostrado mejoría en parámetros como las pruebas de función respiratoria, entre ellos el rituximab (RTX); sin embargo, hay pocos estudios que valoren su eficacia mediante cambios en la TACAR, por lo que obtener esta información puede guiar la toma de decisiones terapéuticas en los pacientes.

Objetivo: Valorar la eficacia del rituximab mediante tomografía de tórax en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa vinculada con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, observacional, longitudinal y analítico. Se seleccionó a pacientes con EPID relacionada con enfermedad reumática en mayores de 18 años que recibieron un mínimo de dos dosis de 1 g de rituximab y tenían una TACAR basal antes de la administración del rituximab y una de control a partir de dos meses y hasta un máximo de 18 meses posteriores a la administración del rituximab, en el periodo del 2019 al 2024. Se evaluó mediante la escala semicuantitativa para hallazgos en la tomografía axial computarizada del *Scleroderma Lung Study* antes y después del tratamiento; la diferencia entre las puntuaciones se determinó mediante la prueba t de Student.

Resultados: Del total de 20 pacientes, 17 (85%) eran mujeres, con edad media de 52 años (21-75 años); los diagnósticos más frecuentes fueron

miopatía inflamatoria en 10 pacientes (30%) y esclerosis sistémica en 6 (20%); menos frecuentes fueron la artritis reumatoide en 1 (5%), EMTC en 1 (5%), síndrome de Sjögren en 1 (5%) y vasculitis ANCA positivo en 1 (5%); y el patrón más común fue NINE en 18 (90%) y 17 (85%) se encontraban bajo tratamiento con ácido micofenólico y 14 (70%) tomaban esteroides. El tiempo promedio entre el diagnóstico de EPID por TACAR y la aplicación de RTX fue de cuatro meses (1-15 meses) y el tiempo en promedio entre la TACAR antes y después del RTX fue de 9,6 meses (3,27 meses). La media de la puntuación de actividad por TACAR antes del RTX fue de 31 puntos (IC95%, 27 a 37 puntos) y después de RTX de 29 puntos (IC95%, 24 a 35 puntos). La diferencia entre la media de la puntuación entre TACAR antes y después de RTX (-1,5 puntos) no fue estadísticamente significativa ($p = 0,40$, IC95%, -3,69 a 9,78) y 14 pacientes (70%) no registraron disminución de la puntuación en la TACAR luego del RTX. En los subgrupos por diagnóstico, patrón en TACAR y tiempo de TACAR de control no existió tampoco diferencia significativa.

Conclusiones: El tratamiento con RTX en pacientes con EPID vinculada con enfermedad reumática no mostró cambios significativos en la tomografía de tórax; sin embargo, gran parte de los pacientes se mantuvo estable, sin avance en el estudio de imagen.

Bibliografía

1. Joy GM, Arbiv OA, Wong CK, *et al*. Prevalence, imaging patterns and risk factors of interstitial lung disease in connective tissue disease: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir Rev. 2023;32(167):197-205.
2. Atzeni F, Gerardi MC, Barilaro G, *et al*. Interstitial lung disease in systemic autoimmune rheumatic diseases: a comprehensive review. Expert Rev Clin Immunol. 2018;14(1):69-82.

CG007**EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO A OSTEOPOROSIS EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE**

M.L. Íñiguez-Marín¹, F.A. Ávalos-Salgado², I. Calderón-Espinoza³, E.M. Contreras-Fernández¹, P. García-Pérez¹, A.M. Hernández-Atilano¹, P. López-Ontiveros¹, E.L. Amaya-Cabrera¹

⁽¹⁾Hospital Ángeles del Carmen, ⁽²⁾Departamento de Farmacología, ⁽³⁾Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y la osteoporosis se relacionan sólidamente desde el punto de vista epidemiológico y patogénico. La AR es una artropatía inflamatoria crónica y progresiva de origen autoinmunitario que afecta al 0,5% al 1% de la población mundial. Por su parte, la osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por baja masa ósea y deterioro de la microconfiguración ósea, lo que resulta en fragilidad y un mayor riesgo de fracturas. Su prevalencia en personas mayores de 50 años se aproxima al 12,6% y, aunque la forma posmenopáusica es la más frecuente, hasta el 50% de las mujeres premenopáusicas y entre 50% y 80% de los hombres tienen causas secundarias, la AR una de las principales. Una proporción de 30% a 50% de los pacientes con AR desarrolla osteoporosis, con riesgo duplicado de fracturas. En 2017, entre la población mestiza mexicana con diagnóstico de AR, se registró una prevalencia de 19,1% de osteoporosis. Ante el envejecimiento progresivo de la población en México y la proyección de un aumento del 431% de las fracturas osteoporóticas para el año 2050, es fundamental optimizar las intervenciones tempranas y asignar los recursos de manera eficiente, enfocados en los grupos con mayor riesgo de fracturas de cadera u osteoporóticas mayores, de tal manera que se contribuya a mejorar su calidad de vida con base en el conocimiento de la prevalencia real.

Objetivo: Evaluar los principales factores de riesgo vinculados con la osteoporosis en adultos diagnosticados con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se evaluaron los expedientes clínicos de pacientes con AR en un hospital de tercer nivel de atención. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con los criterios del *American College of Rheumatology* del 2010. Criterio adicional de inclusión: ≥ 18 años. Se excluyó a los pacientes con enfermedad renal crónica y embarazadas. Mediante un modelo de regresión logística se analizaron las principales variables de riesgo relacionadas con osteoporosis en pacientes con AR.

Resultados: Se analizaron 251 expedientes clínicos, la mayoría de los pacientes era de sexo femenino (86,9%) y la edad promedio fue de $56,6 \pm 14,8$ años. El 59,0% tenía menopausia; las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial (16,3%) y diabetes mellitus tipo 2 (12,7%). Solo 19,1% sufría osteoporosis. Se realizó un modelo de regresión logística en el cual la variable dependiente fue la osteoporosis y las variables intervenientes fueron la edad, menopausia, sexo femenino, duración de la enfermedad de AR, consumo de glucocorticoides y comorbilidades. Se observó que la edad (aOR = 1,09; IC95%, 1,01-1,13; $p \leq 0,001$) y la menopausia (aOR = 3,79; IC95%, 1,21-11,85; $p = 0,022$) actuaron como factores de riesgo para osteoporosis.

Conclusiones: La prevalencia de osteoporosis en pacientes con AR fue de 19,1%, similar a lo previamente descrito en la población mexicana. La identificación de factores de riesgo, como la edad y la menopausia, enfatiza la importancia de realizar una evaluación integral en pacientes con AR para prevenir y disminuir el riesgo de fracturas por osteoporosis.

Bibliografía

1. Compston JE, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. Lancet. 2019; 393:364-376.
2. Ensrud KE, Crandall CJ. Osteoporosis. Ann Intern Med. 2024;177: ITC1-ITC16.

CG008

IMPACTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

H.A. Martínez-Espinosa, P. Gámez-Siller, A.C. Bardán-Incháustegui, A.K. Garza-Elizondo, K.J. Durán-Villarreal, A.J. Osuna-Corrales, E.C. Dávila-Correa, A.A. Prado-Prado, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El nivel socioeconómico (NSE) está relacionado con enfermedades y peores resultados de salud, como retrasos diagnósticos y mayor gravedad de las enfermedades. Esto es en particular cierto en el caso de las infecciones, en las cuales la hospitalización indica cuán grave es la enfermedad

y limitado el acceso a los servicios de salud. Las personas con un NSE más bajo suelen tener dificultades para recibir atención médica de primer contacto, lo que retrasa el tratamiento y eleva el riesgo de complicaciones graves que pueden llevar a la hospitalización. Por lo tanto, el NSE es un factor importante que contribuye al mayor riesgo de hospitalización por infecciones.

Objetivo: Relacionar el efecto que tiene el nivel socioeconómico en las hospitalizaciones relacionadas con infecciones en pacientes con enfermedades autoinmunitarias sistémicas (EAS).

Material y métodos: Se efectuó un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Universitario José Eleuterio González desde marzo de 2023 hasta mayo de 2024. Se evaluó el NSE de los pacientes hospitalizados con EAS. Se recopilaron datos sobre detalles de la hospitalización, características de la enfermedad y fármacos a partir de los expedientes médicos. Se compararon hospitalizaciones infecciosas (casos) y no infecciosas (controles) y se revisaron los factores del NSE, como ingresos mensuales y nivel educativo. Se consideró un valor $p < 0,05$ estadísticamente significativo para las diferencias.

Resultados: Un total de 249 pacientes se evaluó a través de sus expedientes médicos. No participaron los pacientes que carecían de diagnóstico de EAS. Se hospitalizó a 66 pacientes con diagnóstico de EAS y se los refirió al servicio de reumatología. De estos pacientes, 28 (42,4%) se hospitalizaron debido a una infección. Hasta 26 (92,9%) eran mujeres y la edad media fue de $37,0 \pm DE 14,31$ años. Un total de 38 (57,6%) eran controles sin causa infecciosa de hospitalización y la mediana de edad fue de $37,5 \pm RIC 23,5$. La comparación sociodemográfica entre los pacientes con y sin infección se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Comparación de los factores demográficos en pacientes con infección y sin ella. (CG008)

| | Infección (n = 28) | Sin infección (n = 38) | Valor de p |
|--|--------------------|------------------------|------------|
| Género, n (%) | | | |
| Mujeres | 26 (92,8%) | 30 (14,2%) | 0,119 |
| Hombres | 2 (7,1%) | 8 (82,1%) | |
| Edad | 37,75 (14,3) | 37,5 (23,5) | 0,491 |
| Lugar de residencia, n (%) | | | |
| Fuera del área metropolitana | 4 (14,2%) | 8 (21,0%) | 0,720 |
| Área metropolitana | 23 (82,1%) | 28 (73,6%) | |
| Otro estado | 1 (3,6%) | 2 (5,3%) | |
| Estado civil, n (%) | | | |
| Soltero | 13 (46,4%) | 14 (36,8%) | 0,711 |
| Casado | 9 (32,1%) | 12 (31,5%) | |
| Unión libre | 5 (17,8%) | 7 (18,4%) | |
| Divorciado | 1 (3,6%) | 4 (10,5%) | |
| Viudo | 0 (0,0%) | 1 (2,6%) | |
| Nivel educativo, n (%) | | | |
| Sin estudios | 0 (0,0%) | 1 (2,6%) | 0,056 |
| Escuela primaria | 6 (21,4%) | 9 (23,6%) | |
| Escuela secundaria | 12 (42,8%) | 8 (21,0%) | |
| Preparatoria | 2 (7,1%) | 13 (34,2%) | |
| Universidad | 8 (28,5%) | 7 (18,4%) | |
| Situación laboral, n (%) | | | |
| Ama de casa | 6 (21,4%) | 24 (63,1%) | |
| Empleado | 3 (10,7%) | 6 (15,7%) | < 0,001 |
| Estudiante | 1 (3,6%) | 4 (10,5%) | |
| Desempleado | 18 (64,2%) | 3 (7,9%) | |
| Jubilado | 0 (0,0%) | 1 (2,6%) | |
| Ingreso mensual en pesos mexicanos, n (%) | | | |
| Sin ingresos | 2 (7,1%) | 2 (5,3%) | |
| Menos de 5,000 | 8 (28,5%) | 10 (26,3%) | |
| 5,000-10,000 | 14 (50,0%) | 16 (42,1%) | 0,471 |
| 10,000-15,000 | 2 (7,1%) | 5 (13,1%) | |
| 15,000-20,000 | 2 (7,1%) | 1 (2,6%) | |
| Más de 20,000 | 0 (0,0%) | 4 (10,5%) | |

Conclusiones: Se encontró una relación significativa entre la situación laboral y la hospitalización por infección, lo que indica que los pacientes desempleados podían tener un mayor riesgo de hospitalización, posiblemente debido a retrasos en el diagnóstico y el tratamiento. Además, se observó una tendencia que sugiere que un nivel educativo inferior al de secundaria se vincula con un mayor riesgo de hospitalización por infecciones. En cuanto a los ingresos, el grupo de pacientes sin infección señaló mayores ingresos, pero no se encontró una relación clara con el riesgo de hospitalización. Tampoco se halló relevancia respecto del género, la edad, el lugar de residencia o el estado civil.

Bibliografía

1. Gergianaki I, Bortoluzzi A, Bertsias G. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of systemic lupus erythematosus. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2018 Apr;132(2):188-205.
2. Chandrashekara S, Shobha V, Dharmanand BG, *et al*. Influence of disease duration and socioeconomic factors on the prevalence of infection and hospitalization in rheumatoid arthritis: KRAC study. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2019 Jul;22(7):1216-25.

CGo09

RESULTADO NEONATAL EN HIJOS DE MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

S.G. Rosiles-De la Garza, Y.F. Macías-Huerta, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, N.E. Rubio-Pérez

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

Introducción: Las enfermedades reumáticas representan un desafío médico importante en el contexto del embarazo y el desarrollo neonatal. Durante las últimas décadas se ha observado un aumento del conocimiento y la conciencia sobre el efecto potencial de las enfermedades reumáticas maternas en la salud y el desarrollo de sus hijos. Las enfermedades reumáticas son trastornos autoinmunitarios caracterizados por una reacción inmunológica anormal contra las propias células u órganos. Estas enfermedades afectan a mujeres en edad fecunda y al embarazo; las pacientes se consideran de alto riesgo porque se ha demostrado que se incrementan las posibilidades de sufrir complicaciones neonatales.

Objetivo: Realizar un análisis exhaustivo de las características demográficas basales en recién nacidos de madres con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Estudio descriptivo y longitudinal. Se integró una cohorte de recién nacidos de mujeres con enfermedades reumáticas. Se trabajó con el universo total de pacientes e hijos de mujeres con enfermedades reumáticas atendidas en la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se evaluaron las características basales de las pacientes y sus hijos, así como características clínicas, tratamiento, complicaciones perinatales al momento del nacimiento y el seguimiento del desarrollo (somatometría, exploración física, estado nutricional).

Resultados: Se evaluó a un total de 111 pacientes en el periodo de 2018 a 2024 en el servicio de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. El diagnóstico más frecuente de las madres fue el de artritis reumatoide con 49 pacientes (44,1%), seguido de lupus eritematoso sistémico con 22 pacientes (19,8%) y síndrome antifosfolípidos con 22 pacientes (19,8%). Dentro de los nacimientos, la vía abdominal fue la más común con 56,4% y, asimismo, el 55,1% de los nacidos vivos correspondió al sexo femenino y 25 individuos fueron prematuros (cuatro de ellos considerados prematuros extremos). Hasta 21 pacientes se clasificaron con bajo peso al nacimiento y 13 con muy bajo peso al nacimiento. El peso promedio de los recién nacidos fue de 2,571 g (690-3,920 g), la talla promedio fue de 47 cm (31-54 cm) y el perímetro céfálico promedio fue de 32 cm (24-37 cm). Un total de 9 (8,1%) pacientes falleció debido a prematuros y complicaciones relacionadas como sepsis neonatal y síndrome de dificultad respiratoria. Tres mostraron bloqueo cardíaco al

momento del nacimiento por anticuerpos anti-Ro positivos en la madre, dos de los cuales fallecieron: uno debido a complicaciones secundarias a internamiento prolongado y el segundo durante el transoperatorio para la colocación de marcapasos definitivo. Durante el seguimiento, ningún paciente ha mostrado enfermedad reumática.

Conclusiones: Las mujeres con enfermedades reumáticas en edad fecunda y con deseo de embarazarse debe recibir atención de un equipo multidisciplinario de manera preconcepcional y durante el transcurso del embarazo. El seguimiento de estos pacientes por especialistas luego del nacimiento debe enfocarse en tratar las comorbilidades y los efectos de medicamentos de las madres; además, hay que planear un seguimiento a largo plazo para valorar el crecimiento y desarrollo. Estos resultados representan el trabajo de seis años de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas y deben continuar a fin de conocer si los factores de riesgo materno representan un riesgo a corto y largo plazos para estos niños y abordarlos de manera temprana.

Bibliografía

1. Eisfeld H, Glimm A, Burmester G, *et al*. Pregnancy outcome in women with different rheumatic diseases: a retrospective analysis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2021 Jul;45(4):299-306.
2. Soh MC, Nelson-Piercy C. High-risk pregnancy and the rheumatologist. *Rheumatology*. (Oxford) 2015 Apr;54(4):572-87.

CGo10

PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL Y SU RELACIÓN CON ICDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

M.I. Alarcón-Jarquín, E.S. Sánchez-Peralta, J.C.L. Riega-Torres, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La salud bucal es esencial para el bienestar general de la población, pero es un área poco abordada en reumatología. Las consultas suelen enfocarse en los problemas reumáticos; la atención dental pasa a segundo término y puede modificar de forma negativa la calidad de vida de esta población.

Objetivo: Determinar la vinculación de las caries con la percepción de la salud bucal en pacientes con enfermedades reumatólogicas.

Material y métodos: Se condujo un estudio observacional, analítico y transversal en la consulta de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a mayores de 18 años con enfermedad reumática. Se evaluó la percepción de la salud bucal mediante el *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI), un cuestionario validado al español, con un intervalo de puntuación de 0 a 60, en el cual una mayor puntuación refleja una mejor percepción bucal. Se evaluó la presencia de caries en los 32 dientes por medio del *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS), un sistema de clasificación que evalúa la gravedad de las caries y la restauración dental. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, con registro de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico) para variables cuantitativas. Para evaluar la normalidad de la muestra se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La relación entre la percepción de la salud bucal y la puntuación de ICDAS, comparado entre dos grupos (ICDAS < y > 3), se evaluó mediante la prueba U de Mann-Whitney, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se incluyó a 88 pacientes, 88,6% de mujeres, con una edad media de $51,5 \pm 14,4$ años. La enfermedad reumática más frecuente fue la artritis reumatoide (34,1%), seguida por el lupus eritematoso sistémico (18,2%). Hasta 43,2% de los encuestados se diagnosticó en los últimos cinco años. En cuanto a la atención de la salud oral, el 46,6% de los pacientes no llevaba un control dental regular. El 79,5% de los pacientes no acude con regularidad al dentista, pero 52,3% tuvo una visita en los últimos 12 meses. El 62,5% de los pacientes desconoce la relación entre enferme-

dades reumatólogicas y problemas dentales. En el 61,6% de los pacientes no se ha realizado referencia a un dentista por parte del reumatólogo. El grupo con ICDAS < 3 puntos, que incluyó a 54 pacientes (61,36%), tuvo una mediana en GOHAI de 52 (42-56) puntos (**Tabla 1**). Por otro lado, el grupo con un ICDAS > 3, que incluyó a 34 pacientes (38,63%), registró una mediana de GOHAI de 46 (38-51) puntos. Al comparar a ambos grupos se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de la salud bucal ($p = 0,015$).

Tabla 1. Clasificación de ICDAS por número de dientes afectados. (CG010)

| ICDAS (n = 86 participantes) | | | | | |
|------------------------------|----|-------|-----------------------------|----|-------|
| ICDAS 1-3 | | | ICDAS 4-6 | | |
| Número de dientes afectados | n | % | Número de dientes afectados | n | % |
| < 5 | 23 | 26,74 | < 5 | 46 | 53,48 |
| 5 a 10 | 39 | 45,34 | 5 a 10 | 34 | 39,53 |
| 11 a 15 | 16 | 18,60 | 11 a 15 | 5 | 5,81 |
| 16 a 20 | 4 | 4,65 | 16 a 20 | 0 | 0,00 |
| > 20 | 4 | 4,65 | > 20 | 1 | 1,16 |

Total de dientes evaluados: 2,177*

*Dientes ausentes = 639.

Se consideró a un total de 2,177 dientes, sin incluir las piezas ausentes. El ICDAS se dividió en el número de pacientes con afectación de cierto número de dientes, lo cual correspondió a una puntuación ICDAS de 1-3 y 4-6.

Conclusiones: Los pacientes con un promedio en ICDAS < 3 puntos tuvieron una percepción de la salud bucal baja, en comparación con los pacientes con un ICDAS > 3. Además, la mayoría de los pacientes no mantenía un seguimiento dental regular, lo que subraya la necesidad de enfatizar la importancia de la salud bucal en las consultas reumatólogicas para mejorar el control integral de estos pacientes.

Bibliografía

1. Schmalz G, Patschan S, Patschan D, et al. Oral-health-related quality of life in adult patients with rheumatic diseases-a systematic review. *J Clin Med*. 2020 Apr;19(4):1172.
2. Armas-Vega A, Parise-Vasco JM. ICDAS: una herramienta para el diagnóstico de la caries dental. *Analysis [Internet]*. 31 de diciembre de 2020;27(6):1-. Disponible en: <https://studiahumanitatis.eu/ojs/index.php/analysis/article/view/2020-armas>.

CG011

MEDICIÓN DE LA SINDEMIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE YUCATÁN

E. Motte-García¹, C. Cadena-Trejo², A. Gastelum-Strozz³, A. Loya-López-Sánchez⁴, K. Castillo-Hernández⁵, C. García-García⁶, E. Álvarez-Hernández⁵, J. Álvarez-Nemegyei⁷, M. Lahr-Maarten⁷, E. Buskens⁸, M.F. Ramírez-Flores⁹, R.D. Reyes-Hernández¹⁰, S. Montoya-Calderón⁹, P.J.M. Cruz-López⁹, I. Peláez-Ballestas⁹

⁽¹⁾Plan de Estudios Combinados en Medicina, UNAM, México; Departamento de Epidemiología, Universidad de Groningen, Países Bajos, ⁽²⁾Programa de maestría y doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud, UNAM, ⁽³⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología (ICAT), UNAM, ⁽⁴⁾Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta, Canadá, ⁽⁵⁾Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Marista de Mérida, México, ⁽⁶⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁷⁾Departamento de Epidemiología, Universidad de Groningen, Países Bajos, ⁽⁸⁾Estudiante de doctorado. Plan de Estudios Combinados en Medicina, UNAM, México, ⁽⁹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽¹⁰⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La sindemia explica la interacción generada entre dos o más enfermedades en un contexto desfavorable que exacerba los desenlaces negativos de salud en las poblaciones. La primera sindemia estudia-

da se integró con HIV, violencia y consumo de drogas intravenosas; sin embargo, se ha observado un avance al estudio de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que, de forma conjunta con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERM), producen sindemia en poblaciones vulnerables, como las comunidades indígenas de Yucatán. Por consiguiente, es relevante crear una métrica para determinar la sindemia con uso de estrategias científicas de datos que incluyan variables biológicas, económicas y sociales.

Objetivo: Medir la sindemia de ERM/ECNT a través de un índice sindémico en tres comunidades indígenas de Yucatán desarrollado con técnicas de ciencias de datos.

Material y métodos: Estudio transversal anidado en una cohorte comunitaria. A través de un censo comunitario con la metodología COP-CORD se obtuvieron los datos para modelar el índice y se identificó a personas con ERM/ECNT. Se utilizaron cuestionarios validados en maya y español para medir la calidad de la vivienda, uso de servicios de salud, efectos económicos, calidad de vida (EuroQol), funcionalidad (HAQ-DI), detección de ECNT, dolor musculoesquelético y ERM. Se determinaron las razones de momios (RM) de cada variable para seleccionar las significativas para mayor riesgo para padecer ERM. El análisis de redes determinó las conexiones de las variables seleccionadas y los grados de similitud entre los pacientes; con posterioridad se realizó una visualización gráfica para identificar los grupos formados en la población y evaluar las similitudes y los factores poblacionales que estuvieran vinculados con el aumento de la sindemia. Los coeficientes de similitud obtenidos en el análisis de redes se combinaron para obtener un número que representa a un sujeto, al grupo o a la comunidad. De esta manera se conformó el índice de sindemia que conjunta variables de distinta naturaleza. Un valor más alto indica mayor sindemia y peores desenlaces de salud. El análisis estadístico se efectuó en R y Python, y las redes se graficaron en Gephi.

Resultados: Participaron 572 personas, con 68% de mujeres; las medias de edad, peso y talla fueron de 48,88 años, 89 kg y 1,46 m, y la glucosa capilar media fue de 152,19 mg/dL. Presión sistólica y diastólica media: 122,90 mmHg y 75,95 mmHg con ERM. Las enfermedades más prevalentes fueron diabetes (19,23%), hipertensión (20,97%) y ERM (7,16%). La puntuación promedio del HAQ-DI fue de 0,22, la jornada laboral media de 8,26 horas al día y el sueldo semanal de 478,81 MXN. La **Tabla 1** describe las RM de las variables que conforman al índice de sindemia. La red muestra la formación de grupos con ERM y peor calidad de vida comparado con aquellos sin ERM; también se observa la formación de subgrupos mediados por las similitudes de otras características que causan la sindemia (**Figura 1**). Se observó una diferencia significativa ($p = 0,002$) en el índice de sindemia entre personas con ERM (0,51) y aquellas sin ERM (0,33).

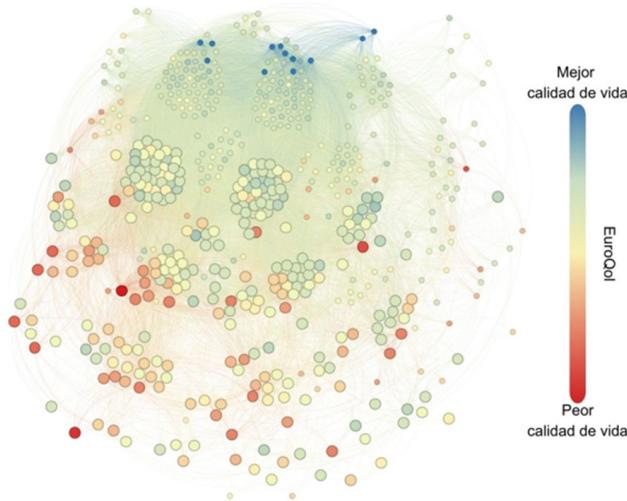
Tabla 1. Razones de momios de las variables incluidas en el modelado del índice de sindemia y análisis de redes. (CG011)

| | | |
|--|----------------------|---------|
| Escolaridad | 0,843 (0,752-0,936) | 0,002 |
| Presión sistólica | 1,015 (1,000-1,033) | 0,056 |
| Calidad de vida (EuroQol) | 1,245 (1,037-1,495) | 0,017 |
| Antecedente familiar de ERM | 3,030 (1,315-6,878) | 0,008 |
| Presencia de dolor en los últimos 7 días | 2,955 (1,299-6,801) | 0,009 |
| Presencia de dolor histórico | 7,090 (3,054-18,347) | < 0,001 |
| Fármacos utilizados | 0,731 (0,477-1,066) | 0,126 |
| Electrodomésticos en el hogar | 3,003 (1,340-7,123) | 0,009 |
| Presencia de cualquier otra comorbilidad | 1,946 (0,864-4,609) | 0,116 |

RM, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza; p, valor de p; ERM, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.

Conclusiones: Las ERM producen mayor sindemia en poblaciones indígenas de Yucatán y peores desenlaces de salud. El índice de sindemia permite determinar los efectos multidimensionales en la salud ocasionados por las ERM. El índice se propone como una métrica compuesta junto con el análisis de redes a través de ciencias de datos; esto hace posible identificar factores estructurales que aumentan la sindemia y diseñar intervenciones basadas en las necesidades y condiciones de cada población.

Figura 1. Representación gráfica del análisis de redes que utilizó los coeficientes de las RM de las variables incluidas en el índice de sindemia. Cada círculo representa a un sujeto y los círculos grandes son personas con comorbilidad; cada línea representa la conexión de similitud de las variables entre sujetos. En el termómetro se representa la calidad de vida (EuroQol) de los individuos. (CG011)



Bibliografía

1. Singer M, Bulled N, Ostrach B, et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. 2017;389(10072):941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X).
2. Ramírez-Flores MF, Cadena-Trejo C, Motte-García E, et al. A mixed-methods systematic review on syndemics in rheumatology. *J Clin Rheumatol*. 2023 Apr 1;29(3):113-1.

CG012

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN Y CUANTIFICACIÓN DE LINFOCITOS T Y B REGULADORES

O. Vera-Lastra¹, E.M. Garrido-Cortez¹, A.K. Alaniz-Flores¹, G. Medina², M.P. Cruz-Domínguez¹, L.A. Montiel-Cervantes¹, A. Lucas-Hernández²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Hospital General de Teziutlán

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es la inmunodeficiencia primaria clínicamente significativa más común en la edad adulta, que poseen un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que a menudo incluyen complicaciones no infecciosas además de una mayor susceptibilidad a las infecciones. La autoinmunidad ocurre hasta en un 30% de los pacientes con IDCV y es una causa importante de morbilidad en este tipo de pacientes que en varios casos no se reconocen ni se tratan de modo adecuado. Se ha demostrado una disminución de los linfocitos T reguladores en pacientes con IDCV.

Objetivo: Identificar la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias (EA) en pacientes con IVC y cuantificar los linfocitos T y B reguladores.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de IDCV en un hospital de tercer nivel. Se realizó un cuestionario para evaluar manifestaciones clínicas y se determinaron autoanticuerpos para identificar EA: reumáticas, endocrinas, hematológicas, dermatológicas y gastroenterológicas. Se cuantificaron los linfocitos (CD3, CD4, CD8, NK, NKT) con citometría de flujo en tres grupos de pacientes: con IDCV y enfermedades autoinmunitarias (IDCV-EA), pacientes con IDCV sin enfermedades autoinmunitarias (IDCV-sin EA) y un grupo de control. Se realizaron estadísticas descriptivas; las variables categóricas se compararon

mediante la prueba χ^2 cuadrada y las variables cuantitativas con distribución normal mediante la prueba t de Student.

Resultados: Se identificó a 31 pacientes con IDCV (15 mujeres, edad promedio de $40,06 \pm 5$ años; y 16 hombres, edades promedio $35,21 \pm 7$ años). La prevalencia de EA en pacientes con IDCV fue del 58%. Las EA más frecuentes fueron los trastornos endocrinos (29%) y de éstos los tiroideos: 9 (siete tiroiditis de Hashimoto y dos enfermedad de Graves); las enfermedades reumáticas (25%) con lupus eritematoso sistémico en cuatro, artritis reumatoide en dos y síndrome de Sjögren en dos; y las anomalías gastrointestinales (enfermedad celíaca en uno). Las cifras de linfocitos CD3 en IDCV (736 vs. control: 1634; $p = 0,03$); CD4 en IDCV (230 vs. control: 851; $p = 0,002$); CD8 en IDCV (183 vs. control: 326; $p = 0,03$); NK en IDCV (66 vs. control 115; $p = 0,012$); NKT (45 vs. 102; $p = 0,021$). Los recuentos de linfocitos fueron estadísticamente significativos más bajos en los pacientes con IDCV respecto de los controles, sin diferencias significativas entre aquellos con y sin enfermedades autoinmunitarias.

Conclusiones: La prevalencia de EA en IDCV fue del 58% y las enfermedades autoinmunitarias endocrinas y reumáticas fueron las más frecuentes. Los recuentos de linfocitos en pacientes con IDCV fueron menores en comparación con los controles, sin diferencias significativas entre los pacientes con IDCV con y sin EA. El reconocimiento temprano y el tratamiento de estas EA son fundamentales para garantizar una mejor calidad de vida y la reducción de las complicaciones vinculadas con la IDCV.

Bibliografía

1. Padem N, Wright H, Fuleihan R, et al. Rheumatologic diseases in patients with inborn errors of immunity in the USIDNET registry. *Clin Rheumatol*. 2022;41(7):2197-2203.
2. Gutierrez MJ, Sullivan KE, Fuleihan R; USIDNET Consortium; Birmingham CO 3rd. Phenotypic characterization of patients with rheumatologic manifestations of common variable immunodeficiency. *Semin Arthritis Rheum*. 2018;48(2):318-326.

CG013

EFEKTOS DE LA TIBOLONA SOBRE EL HUESO CORTICAL Y TRABECULAR EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS COMPARADO CON TERAPIA ESTROGÉNICA

G.A. Cruz-Priego, P. Clark, M.A. Guagnelli, L. Humbert, S. Ortiz-Santiago, L. Castrejón-Delgado, M.A. Sánchez-Rodríguez

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Con la menopausia se observa una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) debido en parte a la reducción de los estrógenos. La tibolona es un esteroide sintético que estimula a los receptores de estrógenos en hueso, de tal manera que aumenta la DMO, pero con menos efectos adversos.

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento con 2,5 mg/día de tibolona en comparación con 0,625 mg/día de estrógenos y placebo sobre el hueso cortical y trabecular en mujeres posmenopáusicas, a los seis y 12 meses de tratamiento.

Material y métodos: Estudio clínico controlado y aleatorizado en mujeres posmenopáusicas de la Ciudad de México. Se conformaron tres grupos: a) tibolona de 2,5 mg/día; b) estrógenos conjugados de 0,625 mg/día + 5 mg/10 día de medroxiprogesterona; c) placebo. Se cuantificó la DMO en cadera a los seis y 12 meses. Para las mediciones del hueso cortical y trabecular se realizó el modelado tridimensional basado en DXA (3D-SHAPER v2.10.1, Galgo Medical, España). Las mediciones corticales 3D-DXA incluyeron vBMD cortical, espesor cortical y su producto DMO de la superficie cortical, así como la vBMD trabecular. Se realizaron comparaciones entre grupos en las diferentes mediciones.

Resultados: En el grupo de tibolona se incluyó a 22 pacientes, a 27 en el de estrógenos y a 22 en el grupo placebo. Se registraron cambios en la aDMO de la cadera con incrementos de 0,34% para el grupo de tibolona y una disminución de 0,47% y 0,31% para los grupos de estrógenos y placebo, respectivamente, a los seis meses de intervención. La integral vBMD

se incrementó en el grupo de tibolona y estrógenos (0,77% y 0,11%, respectivamente), mientras que decreció 1,04% en el grupo de control. La trabecular vBMD aumentó en el grupo de tibolona y estrógenos (1,51% y 0,65%, respectivamente), pero disminuyó 1,5% en el grupo de placebo. El grosor cortical se elevó 1,69% en el grupo que recibió tibolona, el grupo de estrógenos disminuyó 2,17% y el placebo decreció 2,75%.

Conclusiones: El tratamiento con 2,5 mg/día de tibolona muestra una tendencia al crecimiento en los diferentes parámetros y alcanza aumentos de ~2% en el seguimiento a los seis meses, por lo que puede esperarse que a los 12 meses este aumento sea más evidente.

Bibliografía

1. Castrejón-Delgado L, Castelán-Martínez OD, Clark P, *et al.* Effect of tibolone on bone mineral density in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. *Biology*. 2021;10(3).
2. Rizzoli R. Postmenopausal osteoporosis: assessment and management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2018;32(5):739-57.

CG014

NÚMERO DE MEDICAMENTOS Y SU IMPACTO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

M.I. Alarcón-Jarquín, E.S. Sánchez-Peralta, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumatólogicas es fundamental para su control eficaz. Sin embargo, debido a la naturaleza crónica de estas enfermedades y la aparición de otras comorbilidades que también requieren atención, el resultado es una polifarmacia que puede alterar la adherencia al tratamiento, lo que propicia una remisión solo temporal y discontinua en muchos pacientes. Por ello es esencial conocer la forma en que la polifarmacia modifica la adherencia al tratamiento en individuos con enfermedades reumatólogicas.

Objetivo: Determinar el efecto de la cantidad de fármacos en la adherencia al tratamiento en individuos con enfermedades reumatólogicas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y transversal en la consulta de reumatología del hospital universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con enfermedad reumatólogica, en los cuales se utilizó un cuestionario validado (Morisky-Green) para evaluar la observancia del tratamiento reumatólogico, tras considerar como buena adherencia una puntuación < 3 y una mala una puntuación < 3 (**Tabla 1**). Se recolectaron datos sobre factores sociodemográficos y número de medicamentos tomados y la polifarmacia se consideró el consumo de ≥ 5 fármacos. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo, con registro de frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (media/médiana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico). Para la estadística inferencial se evaluó la distribución de la muestra con los instrumentos de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. La relación entre el número de medicamentos y la adherencia se evaluó con la prueba U de

Tabla 1. Resultados obtenidos con la prueba de Morisky-Green (n = 116). (CG014)

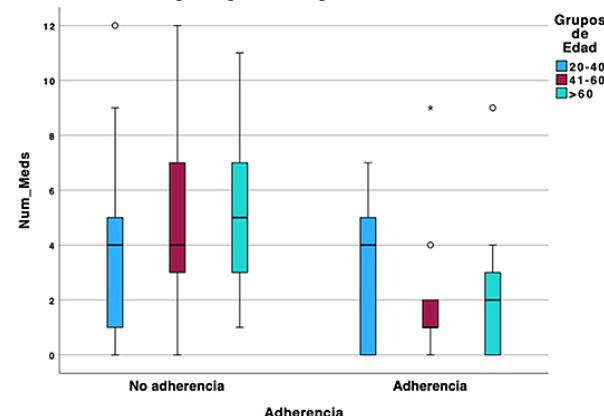
| Reactivos | Sí | No |
|--|--------|--------|
| ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? | 49,13% | 50,86% |
| ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? | 80,17% | 19,82% |
| ¿Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? | 37,93% | 62,06% |
| Si alguna vez se sienta mal, ¿deja usted de tomarla? | 34,48% | 65,51% |

Se evaluó a 116 pacientes con la prueba de Morisky-Green, un cuestionario de cuatro reactivos que mide la adherencia al tratamiento. Se obtiene un punto si se contesta "no" en las preguntas 1, 3 y 4, y un punto si contesta "sí" en la pregunta 2.

Mann-Whitney, luego de considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 26.

Resultados: Se incluyó a un total de 116 pacientes, de los cuales 102 fueron mujeres (87,93%) y 14 hombres (12,06%). La mediana de edad fue de 52 (39-62). Las enfermedades más frecuentes fueron artritis reumatoide (43,96%), lupus eritematoso sistémico (10,34%), fibromialgia (10,24%), síndrome de Sjögren (8,62%) y osteoartrosis (6,03%). En el grupo de 20 a 40 años, que incluyó a 30 pacientes (25,86%), se registró una mediana en número de fármacos de 4 (1-5), con 48,57% de medicamentos reumatólogicos y polifarmacia en 11 sujetos (36,7%), sin diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la adherencia, en comparación con el número de fármacos consumidos ($p = 0,787$). El grupo de 40 a 60 años incluyó a 56 pacientes (48,27%), con una mediana en número de medicamentos de 4 (2-6), con 43,34% de fármacos reumatólogicos y polifarmacia en 22 pacientes (40%). El grupo > 60 años incluyó a 30 pacientes (25,86%), con una mediana en número de medicamentos de 4 (2-6), y con 40,60% de fármacos reumatólogicos y polifarmacia en 14 pacientes (45,2%). En cuanto a la adherencia al tratamiento, ambos grupos (40-60 y > 60 años) mostraron una adherencia significativamente menor en aquellos con polifarmacia, en comparación con enfermos sin polifarmacia ($p = 0,002$, $p = 0,006$, respectivamente; **Figura 1**).

Figura 1. Diagrama de caja dividido en grupo de edades; se muestra una menor adherencia en los participantes con polifarmacia (≥ 5 fármacos). (CG014)



Conclusiones: En pacientes mayores de 40 años, el consumo de más medicamentos se vincula con una disminución de la adherencia al tratamiento, en contraste con los pacientes menores de 40 años. Los pacientes mayores de 60 años mostraron una adherencia al tratamiento aún menor en relación con la polifarmacia. Uno de los factores determinantes es la enfermedad reumatólogica y su cronicidad; sin embargo, la presencia de otras comorbilidades que requieren tratamiento puede atenuar la adherencia en esta población.

Bibliografía

1. Gillespie CW, Morin PE, Tucker JM, *et al.* Medication adherence, health care utilization, and spending among privately insured adults with chronic conditions in the United States, 2010-2016. *Am J Med*. 2020 Jun;133(6):690-704.e19.
2. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet*. 2018 Sep 14;59(3):163-72.

CG015

EVALUACIÓN DE LA RETINOPATÍA ASOCIADA A HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

K. Palomo-Arnaud, J.C. Riega-Torres, G. Figueroa-Parra, F. Morales-Wong, J.H. González-Cortés, J. Mohamed-Hamsho, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Galarza-Delgado, K. Mohamed-Noriega

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los antipalúdicos como la hidroxicloroquina (HCQ) y la cloroquina (CQ) se encuentran entre los fármacos más prescritos en reumatología. La toxicidad de la retina es un efecto secundario no deseado tanto de la HCQ como de la CQ, que en la mayoría de los casos graves podría provocar una reducción de la visión o incluso la ceguera. Sin embargo, la retinopatía por HCQ o CQ en pacientes mexicanos, su prevalencia y sus patrones se conocen poco.

Objetivo: Describir la prevalencia y las características de la retinopatía por HCQ y CQ en una cohorte mexicana de pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se condujo un estudio de cohorte observacional ambispectivo entre 2014 y 2019 en una clínica académica de reumatología. Se incluyó a pacientes con un diagnóstico clínico de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren u otras enfermedades reumáticas, que consumían HCQ o CQ y tenían una evaluación de detección estandarizada para la toxicidad retiniana antipalúdica. Las pruebas de detección estandarizadas fueron una tomografía de coherencia óptica macular y una prueba de campo visual con perimetria automatizada estándar (10-2). Se documentaron los datos demográficos, la medicación antipalúdica (HCQ o CQ), la duración del tratamiento en años y la dosis diaria. Se registraron los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se evaluó a 544 pacientes, con una edad media de 49,9 (DE, 15,6) años y el 94,7% (515/544) correspondió al sexo femenino; las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron artritis reumatoide (41,9%, 228/544), lupus eritematoso sistémico (32,7%, 178/544) y síndrome de Sjögren (9%, 49/544). Casi dos tercios de los pacientes consumía HCQ (65,3%, 404/544) (**Tabla 1**). La duración del uso fue mayor en el momento del diagnóstico de retinopatía para los pacientes que recibieron CQ (9,04; DE, 4,3 años) respecto de los que recibieron HCQ (5,1; DE, 3,3 años). La proporción de pacientes a quienes se administraron dosis más altas que las recomendadas también fue mayor entre los pacientes que consumieron CQ (67,9%, 95/140) en comparación con aquellos que recibieron HCQ (11,4%, 46/404). En general, 34 (6,3%) pacientes tenían retinopatía antipalúdica. Entre los sujetos con enfermedades reumáticas que consumían HCQ, el 2,0% (8/404) tenía toxicidad retiniana, lo cual fue mayor entre los consumidores de CQ, en quienes el 18,6% (26/140) sufría toxicidad retiniana. Según la clasificación óptica por estadificación de la gravedad de los pacientes con toxicidad retiniana por antipalúdicos, la retinopatía fue leve en el 16,64% (6/34), moderada en el 23,5% (8/34) y grave en el 58,8% (20/34) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características generales de pacientes con enfermedades reumáticas que consumen antipalúdicos, hidroxicloroquina o cloroquina. (CG015)

| | Todos n = 544 | Hidroxicloroquina n = 404 | Cloroquina n = 140 |
|---|---------------|---------------------------|--------------------|
| Edad, años, media ± DS | 49,9 ± 15,6 | 49,51 ± 15,8 | 47,85 ± 15,8 |
| Mujeres, n (%) | 515 (94,7) | 385 (95,2) | 130 (92,8) |
| Enfermedades reumáticas, n (%) | | | |
| Artritis reumatoide | 228 (41,9) | -- | -- |
| Lupus eritematoso sistémico | 178 (32,7) | -- | -- |
| Síndrome de Sjögren | 49 (9,0) | -- | -- |
| Otros | 89 (16,4) | | |
| Duración de uso de antipalúdicos, años, media ± DS | 8,1 ± 4,4 | 5,1 ± 3,3 | 9,0 ± 4,3 |
| Dosis diaria, mg/kg, media ± DS | -- | 4,4 ± 15,7 | 2,7 ± 0,9 |
| Dosis mayor que la recomendada, n (%) | 141 (25,9) | 46 (11,4) | 95 (67,9) |
| Toxicidad en retina, n (%) | 34 (6,3) | 8 (2,0) | 26 (18,6) |
| Gravedad de retinopatía, n/N (%) | | | |
| Leve | 6/34 (17,7) | 3/8 (37,5) | 3/26 (11,5) |
| Moderada | 8/34 (23,5) | 2/8 (25) | 6/26 (23,1) |
| Grave | 20/34 (58,8) | 3/8 (37,5) | 17/26 (65,4) |

DS, desviación estándar.

Conclusiones: En pacientes hispanos con enfermedades reumáticas, la toxicidad retiniana antipalúdica fue más frecuente entre los pacientes con CQ y menos entre los pacientes con HCQ. La estadificación de la retinopatía fue grave en más de la mitad de los individuos.

Bibliografía

1. Yusuf IH, Sharma S, Luqmani R, et al. Hydroxychloroquine retinopathy. *EYE* [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 12];31(6):828-45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28282061/>.
2. Marmor MF, Kellner U, Lai TYY, et al. Recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy (2016 revision). *Ophthalmology* [Internet]. 2016 [cited 2024 Sep 12];123(6):1386-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26992838/>.

CG016

IMPACTO DE LA INTENCIÓN DE EMBARAZO EN LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

M.A. Ponce Santillán, A.M. Ortiz-Ríos, E. Domínguez-Chapa, M. Rivera-Long, K.J. Durán-Villarreal, D. Sánchez-Romero, R.M. González-Colina, M.E. Corral-Trujillo, 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 intención y planeación de un embarazo son de vital importancia en mujeres con condiciones médicas que dificultan el embarazo, entre ellas las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA). La depresión perinatal se define como un trastorno del ánimo que puede aparecer en el embarazo o a partir de las cuatro semanas posteriores al parto. La relación entre la intención y la planeación de un embarazo y su efecto en el desarrollo de los trastornos del ánimo perinatales en mujeres con ERA no se ha estudiado bien.

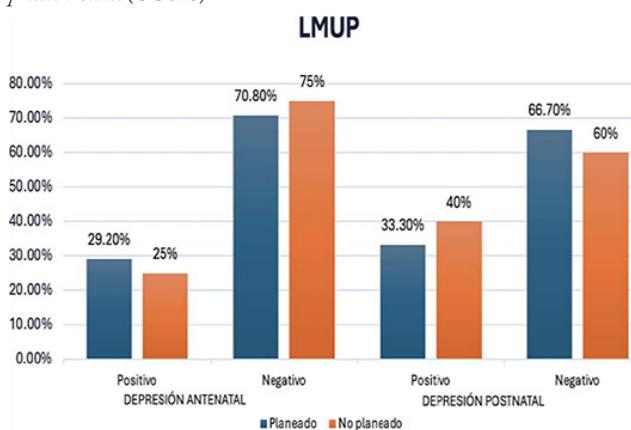
Objetivo: Evaluar la relación entre la intención de embarazo y la depresión posparto en mujeres con ERA.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de cohorte en mujeres posparto con diagnóstico de alguna ERA, pertenecientes a la clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. Se les aplicó el cuestionario *London measure of unplanned pregnancy* (LMUP) que evalúa la prevalencia de embarazos no planeados mediante seis preguntas acerca de lo siguiente: uso de anticonceptivos, planificación del embarazo, intención, deseo de embarazarse, conversación con la pareja y preparación anterior a la concepción. La puntuación mínima es de 0 puntos y la máxima de 12 y se clasifica en planeado (10-12), ambivalente (4-9) y no planeado (0-3). Para evaluar la depresión durante el embarazo y el posparto se empleó la encuesta validada *The Edinburgh Postnatal Depression* (EPDS) que consta de 10 preguntas, con una máxima puntuación de 30; un resultado ≥ 10 se clasificó positiva para depresión posparto. Las características sociodemográficas se expresan como frecuencias y porcentajes para variables categóricas, con media y desviación estándar para variables continuas. Se usó la prueba ji cuadrada para las relaciones.

Resultados: Se incluyó a un total de 44 mujeres posparto con ERA con una media de edad de 30 (DE, 7,43). Las características sociodemográficas se muestran en la **Tabla 1**. Un total de 12 (27,3%) mujeres sufrió depresión antenatal y de ellas 7 (58,3%) planearon su embarazo contra 5 (41%) que no lo planearon; en comparación, 32 (72,7%) mujeres no tuvieron depresión antenatal y de ellas 17 (53,1%) planearon su embarazo contra 15 (46,9%) que no lo planearon ($p = 0,757$). En total, 16 (36,4%) mujeres padecieron depresión posparto, 8 (50%) planearon su embarazo contra 8 (50%) que no; en comparación, de 28 (63,6%) mujeres sin depresión posparto, 16 (57,1%) tuvieron un embarazo planeado y 12 (42,9%) no ($p = 0,647$). El 40% de las pacientes que tuvieron un embarazo no planeado sufrió depresión posparto. Se observó una tendencia mayor a la depresión antenatal en las mujeres que planearon su embarazo (29,2%) respecto de aquellas que no lo planearon (25%). Los resultados se presentan en la **Figura 1**.

Tabla 1. Características sociodemográficas y del embarazo. (CG016)

| | | n (%) n = 44 |
|------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Edad, años, media ± DE | | 30,5 ± 7,43 |
| Diagnóstico, n (%) | | |
| | Artritis reumatoide | 18 (40,9) |
| | Lupus eritematoso sistémico | 8 (18,2) |
| | Síndrome antifosfolípido | 9 (20,5) |
| | Pérdidas recurrentes | 2 (4,5) |
| | Otros | 7 (15,9) |
| Educación, n (%) | | |
| | Primaria | 2 (4,5) |
| | Secundaria | 16 (36,4) |
| | Preparatoria | 12 (27,3) |
| | Universidad o más | 14 (31,8) |
| Ocupación, n (%) | | |
| | Empleada | 16 (36,4) |
| | Desempleada | 28 (63,6) |
| Estado civil, n (%) | | |
| | Casada | 24 (54,5) |
| | Unión libre | 15 (34,1) |
| | Soltera | 5 (11,4) |
| | Divorciada | 0 (0) |
| | Viuda | 0 (0) |
| Residencia, n (%) | | |
| | Urbana | 37 (84,1) |
| | Rural | 7 (15,9) |
| Comorbilidades, n (%) | | |
| | Sí | 9 (20,4) |
| | No | 35 (79,6) |
| Nivel socioeconómico, n (%) | | |
| | Bajo | 21 (47,7) |
| | Medio | 16 (36,4) |
| | Alto | 7 (15,9) |
| Intención de embarazo, n (%) | | |
| | No planeado (0-9 puntos) | 20 (45,5) |
| | Planeado (10-12 puntos) | 24 (54,5) |
| Depresión posparto, n (%) | | |
| | Negativo | 28 (63,6) |
| | Positivo | 16 (36,4) |
| Depresión antenatal, n (%) | | |
| | Negativo | 32 (72,7) |
| | Positivo | 12 (27,3) |

Figura 1. Resumen de la distribución de la escala EPDS de las mujeres embarazadas de acuerdo con la intención y la de su embarazo. LMUP, London Measure of Unplanned Pregnancy; EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale. (CG016)

Conclusiones: Hasta el 45,5% de estas pacientes no tiene intención ni planeación de su embarazo y el 40% sufrió depresión perinatal, lo que indica que es un factor de riesgo para su desarrollo. Sin embargo, el 54,5% de las mujeres tenía la intención y planeación de su embarazo, con una mayor tendencia a la depresión antenatal (29,2%) en comparación con las que no lo planearon. Estos hallazgos resaltan que las mujeres con ERA se sienten personalmente preparadas para concebir, sin tomar en cuenta las dificultades que pueden enfrentar durante el embarazo debido a su enfermedad y para las que médica mente no se encuentran preparadas.

Bibliografía

1. Pryor KP, Albert B, Desai S, et al. Pregnancy intention screening in patients with systemic rheumatic diseases: pilot testing a standardized assessment tool. *ACR Open Rheumatology*. 2022;4(8):682-8.
2. Alsahafi IK, Alblady EH, Maglia SF, et al. Unplanned pregnancy and risk of peripartum depression: a prospective cohort study in Saudi pregnant women attending antenatal care clinic. *Annals of Medicine & Surgery*. 2024;86(2):666-77.

CG017

SEGURIDAD DE TRES DIFERENTES MARCAS DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: EXPERIENCIA DEL INCMNSZ

K. Santana-De Anda, M. Rull-Gabayet, J. Torres-Ruiz, N. Mejía-Domínguez, D. Gómez-Martín

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El desarrollo de fármacos biológicos ha transformado el tratamiento de numerosas enfermedades reumatólogicas; sin embargo, el acceso a estas modalidades puede ser limitado. Un biosimilares se define como un tratamiento biológico semejante a un producto de referencia aprobado en términos de calidad, eficacia y seguridad; es muy similar, pero no idéntico al producto de referencia. Por el contrario, los productos que no cumplen con los criterios estrictos para ser biosimilares se refieren usualmente como intentos de copia o compuestos biológicos no comparables o productos biofarmacéuticos copia. Pueden existir diferencias en la formulación, dosis, eficacia o seguridad entre intentos de copia y el producto de referencia y representar un potencial riesgo de seguridad para los pacientes. La aparición de reacciones relacionadas con la infusión (RRI) es una de las principales preocupaciones del rituximab, especialmente durante la primera infusión, casi siempre reacciones leves a moderadas que surgen en el 10% de los pacientes; sin embargo, se han notificado desenlaces letales en el 0,04% al 0,06%.

Objetivo: Identificar las reacciones relacionadas con la infusión y comparar si existen diferencias entre los diferentes tipos de rituximab disponibles en el instituto.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico reumatólogico que recibieron al menos una infusión de rituximab en el INCMNSZ del 1 de septiembre de 2023 al 28 de febrero de 2024. Se compararon las RRI entre los distintos tipos de rituximab disponibles mediante prueba G. Se documentó el agotamiento de linfocitos B posterior a la infusión del fármaco.

Resultados: Se identificaron 195 infusiones de rituximab en 175 pacientes. Los diagnósticos más identificados fueron lupus eritematoso generalizado en 38,8%, vasculitis sistémicas en 25,7% y miopatías inflamatorias en 13,1%. Se utilizaron tres diferentes tipos de rituximab: Mabthera, Arasamila y Maball, los cuales correspondieron al 3%, 41,2% y 55,8% de las infusiones, respectivamente. Se identificó un total 11 RRI, que se clasificaron de leves a moderadas; 7 (63,6%) se relacionaron con Maball, 3 (27,2%) con Arasamila y 1 (9%) con Mabthera, sin diferencia estadística ($p = 0,43$). Ningún paciente requirió la suspensión del medicamento. Se documentó el objetivo de agotamiento biológico de linfocitos CD19+ en el 100% de los pacientes en quienes se realizó inmunofenotipo ($n = 100$).

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas con respecto a las RRI al comparar tres diferentes marcas de rituximab, pese a lo cual es

deseable que todos los medicamentos biológicos disponibles en este país cumplan con los estándares propuestos por COFEPRIS.

Bibliografía

1. Greenwald M, Tesser J, Sewell KL. Biosimilars have arrived: rituximab. *Arthritis*. 2018;2018:3762864.
2. Wadhwa M, Kang HN, Thorpe R, Knezevic I, following participants of the WHOicorogeoebp, *et al.* WHO informal consultation on revision of guidelines on evaluation of similar biotherapeutic products, virtual meeting, 30 June-2 July 2021. *Biologics*. 2022;76:1-9.
3. Mysler E, Pineda C, Horiuchi T, *et al.* Clinical and regulatory perspectives on biosimilar therapies and intended copies of biologics in rheumatology. *Rheumatol Int*. 2016;36(5):613-25.
4. Paul F, Cartron G. Infusion-related reactions to rituximab: frequency, mechanisms and predictors. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019;15(4):383-9.

CG018

TASA DE VACUNACIÓN E INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS SÉGUN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

V. Cantú-Martínez, P. Siller-Gámez, A.C. Bardán-Incháustegui, A.K. Garza-Elizondo, J.A. Cárdenas-De la Garza, J. Esquivel-Valerio, N. Valdez-Benavides, D.J. Gauna-Leal, A.A. Prado-Prado, D. Morales-Espinozada, N.A. González-Ontiveros, A.J. Osuna-Corrales, K.J. Durán-Villarreal, E.C. Dávila-Correa, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El herpes zóster (HZ), también conocido como culebrilla, es una enfermedad causada por la reactivación de la infección primaria latente del virus de la varicela zóster. Se caracteriza por una erupción vesicular dolorosa que sigue un patrón dermatómico. La complicación más documentada es el dolor persistente > 90 días después de la erupción, la denominada neuralgia posherpética (NPH). La NPH afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes por su naturaleza persistente y difícil control. Esta enfermedad es común en adultos mayores y pacientes inmunocomprometidos, con una incidencia en la población general de 1,2 a 4,9 casos por 1,000 personas al año. Sin embargo, la incidencia se multiplica en pacientes con enfermedades autoinmunitarias como el lupus eritematoso sistémico (LES). Algunos estudios han demostrado que la incidencia de HZ varía entre 6,4 y 37,7 casos por 1,000 personas al año. A pesar de la disponibilidad de vacunas efectivas contra el HZ, las tasas de vacunación en pacientes con enfermedades autoinmunitarias son todavía bajas.

Objetivo: Determinar el riesgo de infección por herpes zóster en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias, de acuerdo con el tratamiento modificador de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en la clínica de reumatología ambulatoria de un hospital universitario. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años que cumplían con los criterios ACR/EULAR 2019 para LES o los criterios ACR/EULAR 2010 para AR. Se excluyó a los pacientes sin AR y LES y aquellos que se negaron a participar. Se recolectó información de marzo de 2023 a mayo de 2024: datos demográficos, historia médica y diagnóstico de enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA). Se aplicó un cuestionario en papel y se revisaron los expedientes médicos para identificar efectos de HZ en pacientes con ERA, incluidos datos demográficos, inicio, recurrencia, estado de vacunación y tratamiento modificador de la enfermedad. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para la normalidad de las variables cuantitativas, la prueba ji cuadrada para comparar variables categóricas y la prueba U de Mann-Whitney para las variables continuas no paramétricas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ para diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyó a 172 pacientes que se evaluaron para HZ. Se excluyó a 48 pacientes que no cumplían con los criterios o que se negaron a participar. Se integró una muestra de 136 pacientes. Un total de 125 (91,9%) correspondió a mujeres, con una edad promedio de 27 años. De

estos pacientes, 108 (79%) tenían diagnóstico de AR y 28 (20,58%) de LES. Se confirmó el diagnóstico de HZ en 18 pacientes (16,7%) con AR y en 9 (32,1%) con LES, con una significancia estadística mayor para los pacientes con LES ($p = 0,016$). El tratamiento en el momento de la infección se presenta en la **Tabla 1**. Solo dos pacientes estaban vacunados contra HZ y todos negaron neuralgia posherpética.

Tabla 1. Infección por herpes zóster en la enfermedad reumática autoinmunitaria y su tratamiento. (CG018)

| | AR n = 108 n (%) | LES n = 28 n (%) | Valor p |
|---|------------------------|------------------------|---------|
| Género | | | |
| Mujer | 99 (91,7%) | 26 (92,9%) | |
| Hombre | 9 (8,3%) | 2 (7,1%) | 0,837 † |
| Edad, mediana RIQ años | | | |
| | 62 (16) | 36 (35) | 0,007* |
| Diagnóstico confirmado herpes zóster | | | |
| No | 90 (83,3%) | 19 (67,9%) | |
| Sí | 18 (16,7%) | 9 (32,1%) | 0,067† |
| Vacunación herpes zóster | | | |
| No | 108 (100%) | 26 (92,9%) | |
| Sí | 0 (0,0%) | 2 (7,1%) | 0,005† |
| Tiempo de infección desde ERA | | | |
| Actualmente | 0 | 2 | 0,016† |
| 1-5 años | 3 | 2 | |
| 6-10 años | 3 | 4 | |
| > 10 años | 13 | 1 | |
| Hospitalización por herpes zóster | | | |
| No | 108 (100%) | 26 (92,9%) | |
| Sí | 0 (0,0%) | 2 (7,1%) | 0,005† |
| Tratamiento antiviral | | | |
| No | 90 (83,3%) | 19 (67,9%) | |
| Sí | 18 (16,7%) | 9 (32,1%) | 0,067† |
| Neuralgia posherpética | | | |
| No | 108 (100%) | 28 (100%) | |
| Sí | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | N/A |
| Fármaco modificado de la enfermedad al momento de la infección | | | |
| Sin tratamiento | 6 (31,6%) | 4 (44,4%) | |
| Prednisona | 5 (26,3%) | 2 (22,2%) | |
| Hidroxicloroquina | 2 (10,5%) | 3 (33,3%) | |
| Metotrexato | 3 (15,8%) | 0 (0,0%) | |
| Otros | 3 (15,8%) | 0 (0,0%) | |
| Informe de herpes zóster | | | |
| Nada | 89 (82,4%) | 19 (67,9%) | |
| Durante la consulta | 0 (0,0%) | 2 (7,1%) | |
| En el cuestionario | 19 (17,6%) | 7 (25,0%) | |

AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; N/A, no aplica; * U de Mann-Whitney; †, ji cuadrada.

Conclusiones: La prevalencia de HZ fue mayor en pacientes con LES, a pesar de que eran más jóvenes que los enfermos con AR. Los bajos índices de vacunación revelan una importante área de mejora en la prevención de esta grave complicación en pacientes inmunocomprometidos. Estos hallazgos subrayan la urgencia de implementar campañas de vacunación robustas y dirigidas en pacientes reumáticos. La integración de la vacunación contra HZ en las estrategias de atención de pacientes reumáticos podría no solo reducir la incidencia de infecciones, sino también mejorar sustancialmente su calidad de vida.

Bibliografía

1. Kwan A, Rayes HA, Lazova T, *et al.* Herpes zoster in SLE: prevalence, incidence and risk factors. *Lupus Science & Medicine*. 2022 Jan 1;9(1):e000574.
2. Guthridge JM, Cogman AR, Merrill JT, *et al.* Herpes zoster vaccination in SLE: a pilot study of immunogenicity. *J Rheumatol*. 2013 Nov;40(11):1875-80.

CG019

DISEÑO DE UN MODELO DE ATENCIÓN PARA REDUCCIÓN DE SINDEMIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOEQUÉLÉTICAS EN POBLACIÓN MAYA-YUCATECA. ESTUDIO MIXTO

C. Cadena-Trejo¹, E. Motte-García², A. Gastelum-Strozzi³, A. Loyola-Sánchez⁴, N. Facio-Escalona⁵, M.V. Fernández-García⁶, J.F. Moctezuma-Ríos⁷, A.C. Lozada-Navarro⁸, D. Flores-Aguilar⁹, K.N. López-Herrera¹⁰, P. Loera-Magaña¹¹, H. Laviada-Molina¹², I. Peláez-Ballesteros⁷

⁽¹⁾Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM, ⁽²⁾Plan de Estudios Combinados en Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, Universidad de Groningen, ⁽³⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, UNAM, ⁽⁴⁾División de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Alberta, ⁽⁵⁾Centro Médico ABC, ⁽⁶⁾Unidad de Investigación, Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM, ⁽⁷⁾Servicio de Reumatología, Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁸⁾Hospital Faro del Mayab Grupo Christus Muguerza, ⁽⁹⁾Independiente, ⁽¹⁰⁾Residente del Municipio de Chankom, Yucatán, ⁽¹¹⁾Medicina de Rehabilitación, Ciencias del Deporte, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽¹²⁾Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Marista de Mérida

Introducción: Se ha informado que las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERM) en la población maya yucateca producen sindemia al interactuar con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) más frecuentes, como diabetes, hipertensión y obesidad, lo que acentúa la discapacidad, empeora los desenlaces de salud y genera mayor inequidad en salud. El modelo de atención sindémico (MAS) es una intervención para la atención de ERM/ECNT y aspectos estructurales que impiden una adecuada atención de la salud de poblaciones marginadas; este modelo emplea la metodología de la investigación participativa basada en la comunidad (IPBC), en la que se crean vínculos colectivos entre investigadores, población y autoridades para la atención de las necesidades de salud particulares de las comunidades.

Objetivo: Diseñar con la comunidad el programa MAS para la atención de las necesidades de salud relacionadas con ERM/ECNT a través de la IPBC en tres comunidades mayas yucatecas (Xkalakdzonot, Xcopteil y Yaxunah).

Tabla 1. Categorías y subcategorías identificadas en la primera fase del brazo cualitativo y que fueron base para la creación del Modelo de Atención Sindémico. (CG019)

| Categoría 1. Barreras | | |
|--|--|--|
| Lenguaje | Pacientes “...Yo comprendo en español un poco... ya nos entendemos con los doctores. Es importante porque hay personas que no lo saben en español, entonces el doctor no te entiende ni tú lo entiendes...”(Hombre con AR) | Profesionales de la salud “Yo no hablo Maya, pero sí es un limitante. [...] A veces pedimos ayuda de las personas que están en espera para que nos apoyen con la traducción...”(Médico) |
| Geográficas/transporte | “...pues está un poquito lejos, pero se me hace más difícil cuando estaba yo en Huhí. Porque en Huhí me puse de alta en el seguro, pero se me hace más difícil porque es un camino angosto, es un camino con curvas y todo. Y no había tráfico [transporte], para ir tengo que ir a moto y si no tengo que fletar. En cambio, para ir a Izamal, puedo salir acá a Piste, el autobús y de Kantunil a Izamal hay taxis. Es más tráfico [transporte] que estar yendo aquí por Huhí...”(Hombre con AR) | “...es muy difícil llegar [...] yo dos veces vine sin carro y saliendo desde las 6 de la mañana de Valladolid [...] el taxi hasta que no se llene no sale y si túquieres que te lleve hasta acá, cobra un flete [...] te anda cobrando entre \$500 y \$400 [...] entonces tienes que esperar que se llene el taxi [...] te cobra como \$50 o \$40”(Médico) |
| Atención | “...Acá no lo atienden bien, es que no hay medicamento... Ayer fue a consultar y para el dolor no le dieron nada que solo para su azúcar...”(Hija de hombre con AR) | “...Son cositas, yo creo que administrativas... en comunidades ponen a un médico para atender a cierta población, pero si se les satura con estas cosas, obviamente no puede atender todo...”(Médico) |
| Categoría 2. Facilitadores | | |
| Red de apoyo familiar | “...Cuando se enfermó pues sí la apoyaron demasiado sus hijos, igual sus nietos... como son varios se intercalan en venir a visitar a su mamá, a veces se fue uno, al día siguiente viene el otro, así vienen a visitar a su mamá en sus descansos, no todos descansan el mismo día, por eso lo vienen a visitar constante...”(Mujer con AR) | “...Si noto que hay muchas personas que a veces no reconoco porque nunca vienen, pero es porque siento que no tienen el apoyo de sus familiares para traerlas o darles seguimiento...”(Médico) |
| Categoría 3. Necesidades | | |
| Prevención y atención de complicaciones por enfermedades crónicas no transmisibles | “...En el caso de las complicaciones, por ejemplo, quieren saber cómo limpiar una herida de una persona diabética, cómo detectar de que esa herida ya rebasó los límites de que tienen que verlo un médico. Porque nosotros no somos los expertos... de que ya necesita con urgencia el medicamento o cosas más fuertes o limpiezas más profundas...”(Coordinadora de campo) | “...La verdad, a mí sí me interesa saber sobre las heridas, ahorita tenemos 2 pacientitos que tienen colostomía y uno con pie diabético que no quiere ir al hospital y por lo menos a mí, sí me gustaría saber cómo poder ayudarlos...”(Enfermero) |

AR, artritis reumatoide

Material y métodos: Estudio mixto paralelo y convergente que sigue las fases de la IPBC en tres comunidades mayas yucatecas. El brazo cuantitativo fue un estudio transversal y el cualitativo uno etnográfico. Fase 1: análisis situacional: censo acorde a la metodología COPCORD para la identificación de ERM/ECNT, medición de funcionalidad (HAQ-Di), calidad de vida (EuroQoL) y cuestionario de utilización de servicios, todos validados en maya y español; y entrevistas semiestructuradas a pacientes y profesionales de salud, registros etnográficos y notas de campo. Fase 2: identificación y priorización de necesidades de salud mediante grupos focales a líderes comunitarios, pacientes y familiares. Fase 3: implementación del MAS. Se realizó análisis exploratorio de las variables y se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas; frecuencias absolutas y relativas para categóricas. Se utilizó RStudio 4.4.1 para Windows. Para el análisis cualitativo se transcribieron los audios de grupos focales y entrevistas. Se realizó codificación inductiva en Atlas.ti. Se empleó análisis temático para la conformación de categorías. El proyecto recibió aprobación del comité de ética e investigación del Hospital General de México (DI/23/404-B/05/22).

Resultados: Participaron 581 personas en el censo, 395 mujeres y 186 hombres, con edad promedio de 48 años. El 42% de participantes correspondió a Xkalakdzonot, 33% a Xcopteil y el resto a Yaxunah. El 7% de la población se diagnosticó con alguna ERM. El 53% de los participantes refirió ser ama de casa. Se entrevistaron a 11 pacientes con ERM y a seis profesionales de la salud. Se realizaron dos grupos focales, uno con coordinadoras de campo de cada comunidad y otro con líderes comunitarios y pacientes. Se llevaron a cabo asambleas comunitarias, reuniones con autoridades de salud y municipales con el fin de establecer vínculos de colaboración. Una vez identificadas y priorizadas las necesidades de salud (**Tabla 1**), se conformaron los elementos del MAS: conexión con el sistema de salud local y regional para la atención de ECNT; colaboración con el gobierno municipal para la dotación de medicamentos y transporte; atención de ERM mediante consultas reumatólogicas y de rehabilitación en cada comunidad y seguimiento por telemedicina, y estrategia de educación para la atención de complicaciones de ECNT (**Figura 1**).

Conclusiones: El MAS es un modelo participativo basado en las necesidades de salud priorizadas por las comunidades mayas yucatecas. Los principales elementos del MAS fueron la conexión con el sistema de salud local y regional, así como municipal; la atención médica especializada de reumatología en la comunidad, el seguimiento por telemedicina y la sensibilidad cultural en dicha atención.

Figura 1. Modelo de atención sindémico. Cada peldaño contiene los elementos que conforman el modelo. Los apartados ubicados a la izquierda son las categorías y los peldaños de la derecha incluyen las acciones realizadas derivadas de la colaboración entre población, lideresas comunitarias, coordinadoras de campo, tomadores de decisiones y equipo de investigación. (CG019)



Bibliografía

1. Singer M, Bulled N, Ostrach B, *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. 2017;389(10072):941-950.
2. Ramírez-Flores MF, Cadena-Trejo C, Motte-García E, *et al.* A mixed-methods systematic review on syndemics in rheumatology. *J Clin Rheumatol*. 2023 Apr;129(3):113-1.

CG020

CONSECUENCIAS DEL SWITCH DE TERAPIA BIOLÓGICA ORIGINAL POR SUS BIOSIMILARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS

B. García-Arellano¹, M.M. Castañeda-Martínez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², G. Carmona-Lara¹, A. Reyes-Salinas¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, E. Vega-Chávez¹, C. Montiel-Castañeda¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1º de Octubre, ⁽²⁾Servicios de Salud del Estado de Morelos

Introducción: Las enfermedades reumáticas son un problema de salud global significativo debido a su gran discapacidad. Los tratamientos biológicos se han desarrollado para tratar estas anomalías y su objetivo es lograr una enfermedad inactiva o de baja actividad. Sin embargo, estos tratamientos son costosos. La pérdida de patente ha permitido el desarrollo de biosimilares, que prometen reducir los costos sin sacrificar eficacia y seguridad.

Objetivo: En el Hospital Regional 1º de Octubre se utilizan tanto biológicos originales como biosimilares, pero la falta de disponibilidad continua provoca la alternancia entre ambos tipos de fármacos en el mismo paciente. Esto plantea la necesidad de evaluar las consecuencias de esta alternancia en términos de eficacia y seguridad, con uso de escalas clínicas para eficacia y vigilancia de los efectos adversos para seguridad. Conocer los efectos del tratamiento alternado entre biológicos originales y sus biosimilares en términos de eficacia y seguridad en pacientes con enfermedades autoinmunitarias reumatólogicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio longitudinal, observacional y analítico que incluyó a 93 pacientes con enfermedades reumatólogicas,

tratados con adalimumab, rituximab o etanercept originales y sus biosimilares, entre agosto de 2023 y junio 2024. Se realizaron mediciones iniciales y a los tres meses para evaluar eficacia y seguridad. Se realizó estadística descriptiva; para las relaciones se utilizó χ^2 cuadrada, la distribución de las variables no fue normal y para la diferencia de media se empleó U de Mann-Whitney.

Resultados: Características demográficas: participaron 93 pacientes, de los cuales 87 eran mujeres (93,5%). Los diagnósticos principales fueron artritis reumatoide (78,5%), espondilitis anquilosante (6,5%) y artritis psoriásica (6,8%). Los tratamientos incluyeron adalimumab (61,3%), rituximab (28%) y etanercept (10,8%). Efectos adversos: el 38% de los pacientes (36 individuos) experimentó efectos adversos, como fallas en dispositivos de autoinyección (adalimumab), aumento de articulaciones dolorosas e inflamadas, infecciones y reacciones alérgicas, incluidas la aparición de vasculitis leucocitoclástica causada por el rituximab. En total se registraron 50 efectos adversos (Tabla 1). Cambios de tratamiento: 22,5% de los pacientes cambió de modalidad debido a la reactivación de la enfermedad o efectos adversos (Tabla 2). Las alternativas más comunes fueron golimumab, certolizumab, baricitinib, secukinumab, etanercept y tocilizumab. Evaluación de la actividad de la enfermedad: artritis reumatoide (AR): de 73 pacientes con AR, 33,3% se hallaba en remisión al inicio y 37,5% al seguimiento de tres meses. El 29,3% experimentó empeoramiento y el 50% mantuvo la misma actividad de la enfermedad. Espondilitis anquilosante (EA): de seis pacientes, 83,3% estaba inactivo al inicio, pero el 33% empeoró en la segunda visita. Artritis psoriásica (AP): de cinco pacientes, 40% se hallaba en remisión en ambas visitas, mientras que el 40% empeoró.

Conclusiones: Los biosimilares son una alternativa menos costosa para los fármacos biológicos originales, con eficacia y seguridad comparables. No obstante, en la práctica clínica real, los biosimilares pueden relacionarse con un mayor porcentaje de empeoramiento de la enfermedad y efectos adversos, especialmente debido a problemas con dispositivos de autoinyección, como en el caso del adalimumab biosimilar. Estos problemas pueden afectar la adherencia al tratamiento y la actividad de la enfermedad. El estudio destaca la importancia de una vigilancia continua y una evaluación exhaustiva para garantizar la seguridad y eficacia de estas modalidades. Aunque el estudio tiene limitaciones, como la falta de aleatorización, proporciona información valiosa sobre el comportamiento de los biosimilares.

en contextos no controlados y subraya la necesidad de continuar la investigación para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 1. Efectos adversos. (CG020)

| Efecto adverso | Total (n = 50) | % |
|--|-------------------|-----|
| Falla en dispositivo autoinyector | 18 | 36% |
| Aumento en número de articulaciones dolorosas e inflamadas | 13 | 26% |
| Infecciones totales | 8 | 16% |
| Infección de vía respiratoria superior | 4 | |
| Infección gastrointestinal | 1 | |
| Infección de vía urinaria | 2 | |
| Herpes zóster | 1 | |
| Reacción alérgica | 5 | 10% |
| Otros | 6 | 12% |

Tabla 2. Motivos del cambio de tratamiento biológico. (CG020)

| Cambio de tratamiento biológico Total, n = 21/93 (22,5%) | | p |
|---|--------------------------------------|-----------|
| Tx biológico basal | Efectos adversos n (%) | 13 (61,9) |
| | Reactivación de la enfermedad, n (%) | 13 (61,9) |
| Adalimumab | Falla del autoinyector, n (%) | 10 (47,6) |
| Rituximab | Reacción alérgica, n (%) | 2 (9,5) |
| | | 0,014* |
| | | 0,000* |
| | | 0,001* |
| | | 0,315 |

Bibliografía

1. Kuek A, Hazleman BL, Ostör AJ. Immune-mediated inflammatory diseases (IMIDs) and biologic therapy: a medical revolution. *Postgrad Med J.* 2007 Apr;83(978):251-60. doi: 10.1136/pgmj.2006.052688. PMID: 17403952; PMCID: PMC2600039.
2. Uhlig T, Goll GL. Reviewing the evidence for biosimilars: key insights, lessons learned and future horizons. *Rheumatology (Oxford).* 2017 Aug 1;56(suppl_4): iv49-iv62. doi: 10.1093/rheumatology/kex276. PMID: 28903542; PMCID: PMC5850213.
3. Jørgensen KK, Olsen IC, Goll GL, et al; NOR-SWITCH study group. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. *Lancet.* 2017 Jun 10;389(10086):2304-2316. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30068-5. Epub 2017 May 11. Erratum in: *Lancet.* 2017 Jun 10;389(10086):2286. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31423-X. PMID: 28502609.

CG021

COMPOSICIÓN CORPORAL Y CONSUMO DE CALORÍAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-López, E.C. Garza-González, J.C.L. Riega-Torres, A.K. Garza-Elizondo, K. Salinas-Zamora, P. Añcer-Rodríguez, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se relaciona con alteraciones de la composición corporal, como la disminución de la masa magra y el aumento de la grasa visceral. Además, los cambios en la ingestión calórica y la composición corporal pueden influir en el estado nutricional y el control de la AR. La identificación de estos factores es fundamental para optimizar las intervenciones terapéuticas, promover hábitos nutricionales adecuados y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Describir la composición corporal y el consumo de calorías en pacientes con AR según su categoría de IMC.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico en una clínica de atención ambulatoria de reumatología. Se incluyó de forma consecutiva a pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación de AR según las guías de ACR/EULAR 2010. Se excluyó a las pacientes embarazadas o con síndromes de sobreposición. Se realizó una historia clínica y se obtuvo información de la composición corporal de los pacientes con el monitor InnerScan TANITA BC-533. Se agrupó a los individuos de acuerdo con su categoría de IMC (peso bajo, normal, sobre peso y obesidad). Las variables cualitativas se expresaron con frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar o mediana y percentiles 25° y 75° (p25°-p75°).

Resultados: Se incluyó a un total de 577 pacientes con AR, 18 con peso bajo, 109 con peso normal, 199 con sobre peso y 254 con obesidad. El consumo de kcal aumentó escalonadamente, desde 1,743 (1664,5-2131,5) en el grupo de peso bajo hasta 2282 (2158,75-2463,75) en los pacientes con obesidad. Los pacientes con bajo peso (42,19 kg ± 1,25 kg) fueron más jóvenes (24 años, 20-54), tuvieron una alta masa muscular (86,04%, 77,46-90,06), baja prevalencia de grasa visceral (1 kg, 13,25), bajo porcentaje de grasa corporal (8,05%, 5 18,27); y un porcentaje elevado de agua corporal (60,12% ± 1,85). En los pacientes con sobre peso se reconoció un porcentaje alto de grasa corporal (36,5%, 33,12-38,67) y visceral (8 kg, 7-9), bajo porcentaje de agua (44%, 42-46) y masa muscular reducida (60,22%,

Tabla 1. Características demográficas y composición corporal en pacientes con AR según su categoría de IMC. (CG021)

| Variable | Peso bajo (n = 18) | Peso normal (n = 109) | Sobrepeso (n = 196) | Obesidad (n = 254) |
|--|----------------------|------------------------|---------------------|------------------------|
| Edad, mediana (p25°-p75°) | 24 (20-54) | 56 (45-67,5) | 51,66 ± 0,85 | 50 (45-56) |
| Género femenino, n (%) | 14 (77,8%) | 98 (89,9%) | 177 (90,3%) | 236 (92,9%) |
| IMC, mediana (p25°-p75°) | 16,46 ± 0,30 | 22,75 (21,19-24,07) | 27,33 | 33,91 (31,79-37,41) |
| Talla (m), mediana (p25°-p75°) | 1,57 (1,54-1,65) | 1,56 (1,52-1,6) | 1,56 (1,52-1,60) | 1,54 (1,50-1,58) |
| Peso (kg), promedio ± DE | 42,19 ± 1,25 | 55,32 ± 0,71 | 68,21 ± 0,53 | 82,60 (76,77-91,3) |
| Consumo de kcal/día, mediana (p25°-p75°) | 1743 (1664,5-2131,5) | 1859,5 (1772,2-1983,7) | 2034 (1910-2152,5) | 2282 (2158,75-2463,75) |
| % Grasa corporal, mediana (p25°-p75°) | 8,05 (5-18,27) | 29,80 (24,40-33,4) | 36,5 (33,12-38,67) | 42,9 (40,37-45,12) |
| Grasa corporal (kg), promedio ± DE | 3,29 (1,77-8,37) | 16,10 ± 0,477 | 24,01 ± 0,34 | 34,9 (31,18-40,63) |
| % Agua, mediana (p25°-p75°) | 60,12 ± 1,85 | 47,70 (46-50,7) | 44 (42-46) | 40,45 (38,67-42) |
| Grasa visceral (kg), mediana (p25°-p75°) | 1 (1-3,25) | 6 (5-7) | 8 (7-9) | 11 (10-13) |
| % Masa muscular, mediana (p25°-p75°) | 86,04 (77,46-90,06) | 67,26 (64,29-72,40) | 60,22 (58,05-63,52) | 54,14 (51,88-56,61) |
| Masa muscular (kg), mediana (p25°-p75°) | 34,95 (31,65-36,40) | 36,90 (35,65-38,75) | 39,95 (38,15-42,70) | 44,30 (42,47-48,12) |
| Cintura (cm), mediana (p25°-75°) | 67,75 (60-70,25) | 79 (73-84) | 89,5 (86-95) | 102 (96-110) |
| Cadera (cm), promedio ± DE | 84,75 (82,62-88,25) | 94,51 ± 0,62 | 104 (100-109) | 116 (109-123) |
| ICC, mediana (p25°-p75°) | 0,795 ± 0,018 | 0,834 (0,792-0,897) | 0,868 ± 0,005 | 0,889 (0,837-0,945) |
| Grasa corporal alta, n (%) | 1 (5,6%) | 17 (15,6 %) | 126 (64,3%) | 240 (94,5%) |
| Grasa visceral alta, n (%) | - | 2 (1,8 %) | 7 (3,6%) | 76 (29,9%) |
| Masa magra baja, n (%) | 1 (5,6%) | 70 (64,2 %) | 175 (89,3%) | 248 (97,6) |
| Bajo % agua, n (%) | 2 (11,1%) | 17 (15,6 %) | 126 (64,3%) | 243 (95,7%) |
| Obesidad sarcopénica, n (%) | - | - | - | 240 (94,5%) |

AR, artritis reumatoide; IMC, índice de masa corporal; ICC, índice cintura-cadera; p25°, percentil 25°; p75°, percentil 75°; DE, desviación estándar.

58,05-63,52). Los pacientes con un IMC en obesidad tienen los valores más altos de grasa corporal (42,9%, 40,37-45,12) y visceral (11 kg, 10-13), y la mayoría padece obesidad sarcopénica (94,5%).

Conclusiones: La composición corporal en pacientes con AR varía según el IMC y la ingestión calórica. Los pacientes con bajo peso son más jóvenes, tienen mayor masa muscular y menor grasa visceral, mientras que los pacientes con sobrepeso y obesidad poseen mayor grasa corporal y visceral, con una alta prevalencia de obesidad sarcopénica. Estos hallazgos resaltan la necesidad de realizar intervenciones nutricionales personalizadas para mejorar el control clínico y el pronóstico de los pacientes con AR.

Bibliografía

1. Letarouilly JG, Flipo RM, Cortet B, et al. Body composition in patients with rheumatoid arthritis: a narrative literature review. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. 2021;13, 1759720X2110150. <https://doi.org/10.1177/1759720X21101506>
2. Son KM, Kang SH, Seo YI et al. Association of body composition with disease activity and disability in rheumatoid arthritis. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 2021;36(1):214-222. <https://doi.org/10.3904/kjim.2019.006>

CG022

LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS NO SE ASOCIAN A UN MAYOR NÚMERO DE INFECCIONES: ESTUDIO DE COHORTE EN EL MUNDO REAL

C.V. Montiel-Castañeda¹, D. Xibillé-Friedmann², G.A. Carmona-Lara¹, M.G. Olvera-Soto¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General José G. Parres, Cuernavaca

Introducción: Los tratamientos biológicos son esenciales para tratar enfermedades autoinmunitarias y mejorar su control. Sin embargo, su uso se vincula con un mayor riesgo de infecciones graves, lo que requiere un análisis más profundo en situaciones de la vida real. Aunque son eficaces y seguros según los estudios clínicos, estos suelen tener limitaciones, ya que no siempre reflejan la práctica clínica diaria. Además, existe poca investigación sobre su efecto en infecciones además de la artritis reumatoide, lo que genera variabilidad en los resultados de los estudios.

Tabla 1. Relación entre los tipos de tratamiento, las comorbilidades y la aparición de episodios infecciosos. (CG022)

| Variables | Total (n = 137) | Infección (n = 34) | Sin infección (n = 103) | OR (IC95%) | p |
|---------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|---------------------|-------|
| FARME biológico | | | | | |
| ADA BS | 11 (8%) | 2 (5,9%) | 9 (8,7%) | 0,653 (0,134-3,18) | 0,595 |
| TCZ | 24 (17,5%) | 6 (17,6%) | 18 (17,5%) | 1,012 (0,366-2,80) | 0,982 |
| ETN | 4 (2,9%) | 1 (2,9%) | 3 (2,9%) | 1,010 (0,102-10,1) | 0,993 |
| RTX BS | 23 (16,8%) | 8 (23,4%) | 15 (14,6%) | 1,805 (0,689-4,729) | 0,225 |
| GOL | 38 (27,7%) | 9 (26,5%) | 29 (28,2%) | 0,919 (0,383-2,203) | 0,849 |
| CZP | 20 (14,6%) | 4 (11,8%) | 16 (15,5%) | 0,72 (0,225-2,34) | 0,589 |
| ABT | 7 (5,1%) | 3 (8,8%) | 4 (3,9%) | 2,392 (0,508-11,2) | 0,257 |
| SEC | 4 (2,9%) | 1 (2,9%) | 3 (2,9%) | 1,010 (0,102-10,04) | 0,993 |
| FARME convencional | | | | | |
| MTX | 52 (37,95%) | 16 (30,7%) | 36 (69,2%) | 1,654 (0,754-3,63) | 0,207 |
| LFN | 13 (9,5%) | 2 (15,3%) | 11 (84,6%) | 0,522 (0,110-2,48) | 0,408 |
| AZA | 3 (2,2%) | 1 (33,3%) | 2 (66,6%) | 1,53 (0,134-17,45) | 0,730 |
| SSZ | 5 (3,64%) | 2 (40%) | 3 (60%) | 2,083 (0,333-13,02) | 0,423 |
| MMF | 6 (4,4%) | 2 (33,3%) | 4 (66,6%) | 1,547 (0,271-8,84) | 0,621 |
| Comorbilidades | | | | | |
| Hipertensión arterial | 14 (10,21%) | 4 (28,5%) | 10 (71,1%) | 1,24 (0,362-4,24) | 0,73 |
| DT2 | 16 (11,67%) | 6 (37,5%) | 10 (62,5%) | 1,99 (0,661-5,96) | 0,21 |
| EPIP | 8 (5,83%) | 5 (62,5%) | 3 (37,5%) | 5,71 (1,295-25,49) | 0,11 |
| Hipotiroidismo | 4 (2,91%) | 1 (25%) | 3 (75%) | 1,01 (0,102-10,04) | 0,93 |
| Uso de esteroides | | | | | |
| Sí | 68 (49,6%) | 23 (67,6%) | 45 (66,2%) | 2,695 (1,19-6,102) | 0,15 |

ADA BS, adalimumab biosimilar; TCZ, toclizumab; ETN, etanercept; RTX BS, rituximab biosimilar; GOL, golimumab; CZP, certolizumab; ABT, abatacept; SEC, secukinumab; MTX, metotrexato; LFN, leflunomida; AZA, azatioprina; SSZ, sulfasalazina; MMF, ácido micofenólico.

Objetivo: Evaluar la incidencia de infecciones en estos pacientes, caracterizar clínicamente a aquellos que sufren infecciones, e identificar los efectos adversos y recaídas vinculadas con diferentes tratamientos biológicos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el que se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnósticos específicos de enfermedades reumáticas que no tenían infecciones previas. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo intencional para la selección de participantes y, una vez identificados y aceptados los pacientes para el estudio, se recopilaron datos demográficos y clínicos relevantes y se entregó un cuadernillo autoaplicable para registrar las infecciones. Los datos clínicos y demográficos se recolectaron y se efectuó un seguimiento para detectar infecciones y ajustar el tratamiento según fuera necesario. Los datos se analizaron con SPSS y se emplearon análisis descriptivos, tablas cruzadas, ji cuadrada y razón de momios para evaluar relaciones y riesgos.

Resultados: Durante el periodo de estudio se integró a 137 pacientes, en su mayoría mujeres (86%), con una edad media de 57,7 años. La artritis reumatoide fue la enfermedad más prevalente (70%). El 31% de los pacientes tenía comorbilidades y el 44% se hallaba bajo tratamiento con modalidades biológicas durante más de cinco años. El golimumab fue el fármaco biológico más administrado (27%), seguido por el toclizumab (17,5%) y el biosimilar de rituximab (17%). El 33,8% de los pacientes experimentó nuevos episodios infecciosos durante el seguimiento a tres meses. Las infecciones más comunes fueron las de las vías respiratorias superiores (46,1%). La incidencia de infecciones graves fue de 3,64 por cada 100 pacientes y las neumonías fueron las más frecuentes (1,45 por cada 100 pacientes): un fallecimiento relacionado con neumonía. De los pacientes con infecciones, 24 (70,6%) informaron una disminución de la frecuencia de infecciones desde el inicio del tratamiento biológico. En contraste, 5 (14,7%) señalaron un incremento de los efectos infecciosos, y otros cinco no notaron cambios en la frecuencia. Los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa y aquellos en tratamiento con glucocorticoides mostraron un riesgo significativamente mayor de nuevas infecciones. No se hallaron diferencias significativas entre los distintos tratamientos biológicos en términos de incidencia de infecciones.

Conclusiones: El estudio subraya el riesgo disminuido (mundo real) de infecciones en pacientes con enfermedades reumáticas que reciben tratamientos biológicos, en particular en presencia de comorbilidades y uso de glucocorticoides. Aunque algunos sujetos identificaron una reducción de la frecuencia de infecciones, otros experimentaron un aumento, lo que indica la necesidad de un enfoque personalizado en la atención de estos enfermos. Se requiere más investigación para identificar perfiles de riesgo y desarrollar estrategias terapéuticas más seguras y efectivas.

Bibliografía

- Drosos AA, Pelechas E, Kaltsonoudis E, et al. Biologic therapies and autoimmune phenomena. *Mediterr J Rheumatol* [Internet]. 2021;32(2):96.
- Abbas AK, Lichtman AH, Pillai S. Cellular and molecular immunology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier-Health Sciences Division; 2021.
- Pisetsky DS. Pathogenesis of autoimmune disease. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 13];19(8):509-24.
- Listing J, Gerhold K, Zink A. The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(1):53-61.
- Dao KH, Herbert M, Habal N, et al. Nonserious infections: should there be cause for serious concerns? *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38(4):707-25.
- Bechman K, Halai K, Yates M, et al. Nonserious infections in patients with rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology biologics register for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(10):1800-9.

CGo23**NIVELES DE GAMMAGLUTAMIL TRANSFERASA Y GROSOR DE LA ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS AUTOINMUNES**

A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, O. Uresti, R.I. De la Rosa-Vázquez, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La gammaglutamil transferasa (GGT) es una enzima sintetizada en las células epiteliales de los conductos intrahepáticos que se relaciona principalmente con el sistema hepatobiliar. Diversos estudios vinculan la GGT con daño endotelial debido al estrés oxidativo e inflamación; además, muestran una correlación entre valores elevados de esta enzima y factores de riesgo cardiovascular (CV), incluidas aterosclerosis carotídea y enfermedad arterial coronaria (EAC). Los pacientes con artropatías inflamatorias autoinmunitarias tienen un mayor riesgo CV en comparación con la población general; sin embargo, las publicaciones médicas sobre las cifras de GGT como biomarcador para explorar la prevalencia de factores de riesgo CV en este grupo de pacientes aún son limitadas.

Objetivos: Comparar la prevalencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con artropatías inflamatorias autoinmunitarias con valores altos y bajos de GGT.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (AP) de 40 a 75 años que cumplieron los criterios ACR/EULAR 2010 y CASSPAR 2006, respectivamente. Se excluyó a los pacientes con enfermedad CV previa, hepática o renal. Se realizó un ultrasonido carotídeo (US) a todos los participantes. La placa carotídea (PC) se definió como un grosor difuso de la íntima-media carotídea (GIMc) $\geq 1,2$ mm o un grosor focal $\geq 0,8$ mm. La aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un aumento del GIMc ($\geq 0,8$ mm). Los pacientes se dividieron en dos grupos según los valores de GGT, tras considerar ≥ 28 U/L como alto. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad. Las comparaciones se realizaron con las pruebas ji cuadrada, T de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 56 pacientes: 28 con AR y 28 con AP. Estos se clasificaron a su vez en dos grupos: 24 pacientes con valores altos de GGT y 32 con bajos. La edad media fue de $54,6 \pm 7,6$ y $53,2 \pm 12,3$ años, respectivamente (**Tabla 1**). La mayoría correspondió a mujeres ($n = 43, 76,7\%$), sin diferencias significativas entre los factores de riesgo CV habituales ni en el grosor de la íntima-media carotídea entre los grupos. No obstante, se observó un ligero aumento de la prevalencia de placa carotídea en el grupo con cifras altas de GGT (54% vs. 46,8%, $p = 0,58$).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de ultrasonido carotídeo. (CGo23)

| Variables | Pacientes con GGT alta (n = 24) | Pacientes con GGT baja (n = 32) | P |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------|
| Edad, años, \pm DE | $54,6 \pm 7,6$ | $53,2 \pm 12,3$ | 0,63 |
| Mujeres, n (%) | 18 (75) | 25 (78) | 0,78 |
| Factores de riesgo CV | | | |
| Diabetes, n (%) | 4 (16,6) | 8 (25) | 0,45 |
| Hipertensión, n (%) | 5 (20) | 11 (34,3) | 0,30 |
| Dislipidemia, n (%) | 15 (62,5) | 17 (53,3) | 0,48 |
| Tabaquismo activo, n (%) | 3 (12,5) | 5 (15,6) | 0,51 |
| Obesidad, n (%) | 9 (37,5) | 6 (18,7) | 0,11 |
| Características clínicas | | | |
| Tiempo de evolución, años, mediana (RIC) | 6,5 (1,0-11,2) | 5,0 (1,0-17,2) | 0,85 |
| DAS28-PCR, \pm DE | $3,6 \pm 1,2$ | $3,3 \pm 1,4$ | 0,47 |
| DAS28-VSG, \pm DE | $4,3 \pm 1,4$ | $3,9 \pm 1,5$ | 0,40 |
| Tratamiento | | | |
| Metotrexato, n (%) | 11 (45,8) | 14 (43,7) | 0,87 |
| Glucocorticoides, n (%) | 8 (33,3) | 12 (37,5) | 0,68 |
| FARME biológicos, n (%) | 3 (12,5) | 7 (21,8) | 0,36 |
| Hallazgos de ultrasonido | | | |
| Placa carotídea, n (%) | 13 (54,1) | 15 (46,8) | 0,58 |
| Unilateral PC, n (%) | 6 (25) | 9 (28,1) | 0,79 |
| Bilateral PC, n (%) | 7 (29,1) | 6 (18,7) | 0,36 |
| Hiperplasia GIMc, n (%) | 5 (20,8) | 6 (18,7) | 0,84 |
| Unilateral GIMc, n (%) | 3 (12,5) | 2 (6,2) | 0,41 |
| Bilateral GIMc, n (%) | 2 (8,3) | 4 (12,5) | 0,61 |
| Aterosclerosis subclínica, n (%) | 16 (66,6) | 19 (59,3) | 0,40 |

GGT, gammaglutamil transferasa; CV, cardiovascular; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-CRP, Índice de Actividad de la Enfermedad 28-articulaciones con Cálculo de la Proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28-articulaciones basado en la Velocidad de Sedimentación Global; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; PC, placa carotídea, GIMc, grosor íntima-media carotídeo.

Conclusiones: Este estudio no reveló diferencias significativas en la prevalencia de aterosclerosis subclínica entre pacientes con artropatías inflamatorias autoinmunitarias con valores altos y bajos de GGT. Estos hallazgos cuestionan los estudios previos que vinculan cifras elevadas de GGT con un mayor riesgo CV. Sin embargo, esta discrepancia podría deberse al componente autoinmunitario de la población estudiada. Se requieren estudios prospectivos con muestras más amplias para validar la utilidad de la GGT como biomarcador para la detección temprana de factores de riesgo CV en este grupo de pacientes.

Bibliografía

- Kim YG, Park GM, Lee SB, et al. Association of gamma-glutamyl transferase with subclinical coronary atherosclerosis and cardiac outcomes in non-alcoholics. *Sci Rep*. 2020;10:17994. Disponible en doi:10.1038/s41598-020-75078-6.
- Ndrepepa G, Colleran R, Kastrati A, et al. Gamma-glutamyl transferase and the risk of atherosclerosis and coronary heart disease. *Clin Chim Acta*. 2018;476:130-138. Disponible en doi: 10.1016/j.cca.2017.11.026.

CGo24**LOGRO Y MANTENIMIENTO DE REMISIÓN CON UPADACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE DE MODERADA A SEVERA EN CONDICIONES REALES: UPHOLD 1 AÑO**

R. Villalobos-Torrijos¹, A. Östör², E. Feist³, P. Sidiropoulos⁴, J. Avouac⁵, M. Rebella⁶, R. Namas⁷, E. McDearmon-Blondell⁸, T. Gao⁹, N. Khan¹⁰, S. Strengolt¹¹, S. Attar¹⁰

¹AbbVie Farmacéuticos S.A. de C.V., ²Universidad de Monash e Investigación Emeritus, Melbourne, Victoria, Australia, ³Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica Helios, Vogelsang-Gommern, Alemania, ⁴Facultad de

Medicina, Universidad de Creta, Heraklion, Grecia, ⁽⁵⁾Service de Rhumatologie, Hôpital Cochin, AP-HP Centre-Universidad de la Ciudad de París, París, Francia, ⁽⁶⁾Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, ⁽⁷⁾Instituto de Subespecialidades Médicas, División de Reumatología, Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos, ⁽⁸⁾AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, Estados Unidos, ⁽⁹⁾AbbVie B.V., Mijdrecht, Utrecht, Países Bajos, ⁽¹⁰⁾Universidad King Abdulaziz, Jeddah, Arabia Saudita

Introducción: El upadacitinib (UPA) es un inhibidor JAK oral reversible con eficacia y seguridad aceptables en pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada a grave en los estudios clínicos SELECT. Sin embargo, los datos del UPA en condiciones reales (CR), que pueden diferir respecto de los estudios clínicos, son limitados.

Objetivo: Evaluar los objetivos coprimarios para alcanzar remisión con UPA a los seis meses y su mantenimiento a los 12 meses de tratamiento en pacientes con AR de moderada a grave en CR.

Material y métodos: UPHOLD (NCT04497597) es un estudio observacional conducido en pacientes con AR de moderada a grave, sin UPA previo, que recibieron UPA de 15 mg. Los criterios de valoración fueron: a) porcentaje de pacientes con UPA que lograron remisión DAS28(PCR) (<2,6) a los seis meses y, de éstos, b) porcentaje de pacientes que mantuvieron remisión (o tuvieron un aumento ≤ 0,6 puntos en DAS28[PCR]) a los 12 meses (imputación de no respondedor modificada [mNRI] y según lo observado [SO]). mFAS1 incluyó a todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de UPA (FAS) que completaron seis meses de tratamiento con datos de DAS28(PCR) y pacientes que interrumpieron antes de los seis meses; mFAS2 incluyó a todos los pacientes que lograron remisión dentro de mFAS1 y completaron 12 meses de tratamiento con datos de DAS28(PCR), y pacientes que interrumpieron entre seis y 12 meses. Los criterios de eficacia adicionales incluyeron: porcentaje de pacientes con baja actividad de la enfermedad (LDA DAS28[PCR] ≤ 3,2) a los seis meses que mantuvieron a los 12 meses y porcentaje de pacientes con remisión CDAI/SDAI (≤ 2,8/< 3,3) a los 12 meses. Los efectos adversos relacionados con el tratamiento (EART) en el FAS se informan como tasas de efectos ajustadas por exposición (EAER; efectos por 100 pacientes-años [E/100PA]).

Resultados: De 1719 participantes, 1701 conformaron el FAS. Una proporción de 48,4% inició UPA como monoterapia y 51,6% en combinación con FARME convencional sintético. De 1523 pacientes que recibieron tratamiento previo, 64,3% recibió ≥ 1 FARME biológico y 18,1% ≥ 1 FARME sintético dirigido. De 1074 pacientes en mFAS1, 46,5% (mNRI) y 55,3% (SO) se hallaban en remisión a los seis meses. De 340 pacientes en mFAS2, 79,1% (mNRI) y 84,9% (SO) mantuvieron remisión a los 12 meses (Figura 1A), con una tendencia similar en aquellos que lograron LDA DAS28(PCR) a los seis meses y mantuvieron a los 12 meses (Figura 1B). El por-

centaje de pacientes que lograron remisión DAS28(PCR), CDAI (≤ 2,8) y SDAI (≤ 3,3) a los 12 meses fue de 59,8%, 28,0% y 28,3%, respectivamente (FAS; SO). De los pacientes que iniciaron UPA basal como monoterapia o en combinación que lograron remisión DAS28(PCR) a los seis meses, 80,5% (136/169) y 79,4% (104/131), respectivamente, mantuvieron remisión a los 12 meses (mNRI). Hubo 2436 EAET (101,45 E/100 PA), con EAER para herpes zóster, infección grave y trastorno hepático de 3,12, 2,62 y 2,46 E/100 PA, respectivamente (Tabla 1). Las EAER para MACE, enfermedad maligna y episodios trombóticos fueron bajas y consistentes con las informadas en los estudios clínicos a largo plazo de UPA.

Conclusiones: El UPA de 15 mg es eficaz como tratamiento de AR de moderada a grave en la práctica CR: se ha informado > 79% de pacientes con remisión DAS28(PCR) a los seis meses sostenida hasta los 12 meses.

Figura 1. (A) Logro de remisión DAS28(PCR) (<2,6) a los 6 meses y mantenimiento de la remisión a los 12 meses (criterios de valoración coprimarios). (B) Consecución de LDA DAS28(PCR) a los 6 meses y mantenimiento de LDA a los 12 meses entre pacientes con AR tratados con upadacitinib de 15 mg (mNRI y SO). (CG024)

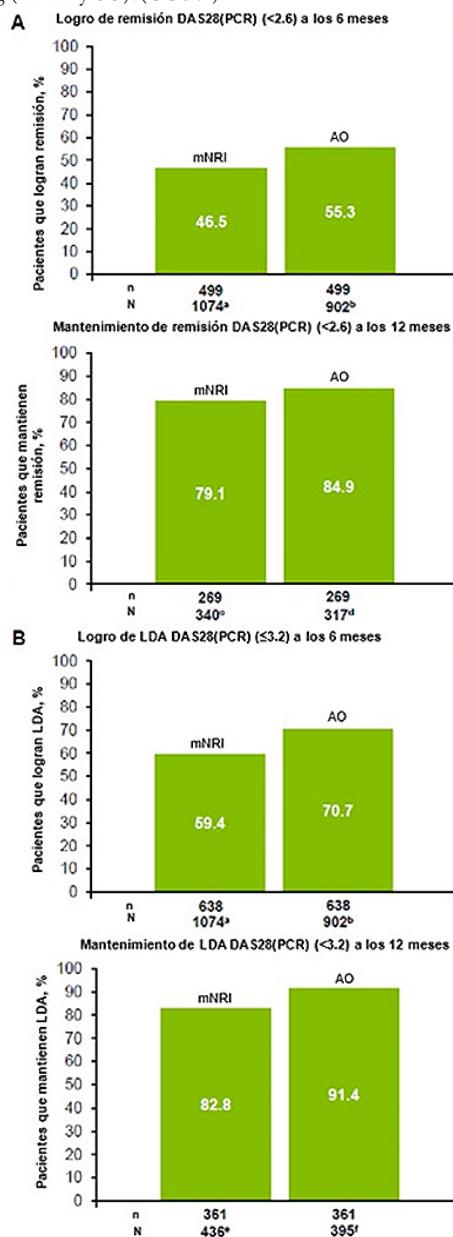


Tabla 1. Seguridad evaluada hasta el corte de datos^a en pacientes con AR tratados con upadacitinib de 15 mg. (CG024)

| EAET | EAER, E (E/100 PA) (PA = 2401,1) |
|--|-------------------------------------|
| Todos los EAET | 2436 (101,45) |
| EAET graves | 22 (9,20) |
| EAET que produjeron interrupción del fármaco | 263 (10,95) |
| EAET que causaron la muerte | 14 (0,58) |
| EAET de interés seleccionados | |
| Herpes zóster | 75 (3,12) |
| Infección grave | 63 (2,62) |
| Trastorno hepático | 59 (2,46) |
| Neoplasia maligna, salvo CPNM | 20 (0,83) |
| CPNM | 9 (0,37) |
| MACE ^b | 6 (0,25) |
| Episodios trombóticos ^c | 15 (0,62) |

^aLa seguridad se evaluó mediante la evaluación de todos los EAET que ocurrieron en el FAS hasta la fecha de corte de datos del 10 de agosto de 2023.

^bDefinido como muerte cardiovascular, infarto del miocardio no letal y accidente cerebrovascular no letal.

^cDefinido como TEV, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, otras trombosis venosas y episodios tromboembólicos arteriales.

E, efecto; EAER, tasa de efectos ajustada por exposición; FAS, conjunto de análisis completo; CPNM, cáncer de piel no melanómico; PA, pacientes-años; EAET, efecto adverso emergente durante el tratamiento.

La relación beneficio-riesgo de UPA es todavía favorable en la práctica CR y es consistente con los datos de los estudios clínicos de fase 3.

Bibliografía

1. Conaghan PG, et al. Drug Saf. 2021;44:515-30.
2. Östör A, et al. ACR. 2023:pos 0424.
3. Burmester GR, et al. RMD Open. 2023;e002735.

CGo25

CAMBIO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO POR INDICACIÓN NO MÉDICA Y RETORNO A TERAPIA PREVIA

D.X. Xibillé-Friedmann¹, A.X. Hinojosa-Enciso², G.A. Carmona-Lara², M.G. Olvera-Soto², S.M. Carrillo-Vázquez²

⁽¹⁾Hospital General de Cuernavaca, IMSS-Bienestar, Morelos, ⁽²⁾Hospital Regional 1 de octubre, ISSSTE

Introducción: El cambio de tratamiento no médico (CNM) implica el acto de modificar el tratamiento con fármacos moduladores de la enfermedad biológicos (FARMEb) de un paciente que se encontraba estable con su tratamiento actual debido a motivos no médicos (por lo regular razones administrativas o desabasto). En este caso, en virtud de la discontinuidad observada en el ISSSTE en el suministro del golimumab, muchos pacientes debieron cambiar a otras modalidades elegidas por el reumatólogo a cargo de su atención.

Objetivo: Describir la incidencia de pacientes con enfermedades reumáticas que regresaron al tratamiento biológico previo (golimumab) tras someterse al CNM.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de pacientes diagnosticados con enfermedades reumáticas sometidos al CNM. Se obtuvo la información de los expedientes clínicos físicos y electrónicos de la plataforma SIMEF y se realizaron estadística descriptiva y un análisis univariado con proporciones para los datos cualitativos y con medidas de tendencia central para los datos cuantitativos, y un análisis bivariado con pruebas de relación estadística.

Resultados: Se analizó la información de 112 pacientes, 87% de mujeres, con edad promedio de 60,3 años (34-81), la mayoría de las cuales tenía artritis reumatoide (AR) (83%; 10% sufrió espondiloartritis y 7% se hallaba bajo tratamiento para otras enfermedades reumáticas). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 15 años (2-49). Hasta 52% de los pacientes recibió metotrexato o leflunomida de forma concomitante a su tratamiento y 37% consumía glucocorticoides. Aunque 30% de los pacientes con golimumab pudo mantenerse con este fármaco tras el CNM, 28% cambió a adalimumab y 28% a certolizumab pegol, 5% a secukinumab y, de manera interesante, 7% continuó su tratamiento con etanercept, 5% con abatacept y el 4% restante con otros FARMEb. Tras el reabastecimiento del golimumab, 52% de quienes sufrieron el CNM a otro fármaco regresaron al golimumab pero, de modo notable, 8% perdió su seguimiento. Durante el CNM, más de la mitad de los pacientes (54%) que cambiaron la modalidad se consideró como falla al tratamiento. La mediana de tiempo transcurrido antes del reabastecimiento del golimumab fue de 180 días (40-571). Un total de 44 pacientes (39,2%) no regresó al golimumab.

Conclusiones: El CNM tiene consecuencias importantes para los pacientes y reumatólogos, en particular la pérdida de la eficacia, el abandono en el seguimiento y los posibles efectos adversos secundarios a esta práctica.

CGo26

EL IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA FUNCIONALIDAD DE EXTREMIDAD SUPERIOR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS

E. Domínguez-Chapa, I.C. Reynosa-Silva, V. Carrillo-Torres, G. García-Arellano, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La obesidad es un estado de inflamación crónica de bajo grado que se ha relacionado con peores desenlaces tanto en enfermedades reumatólogicas inflamatorias como no inflamatorias. Los estudios que han explorado la presencia de obesidad en enfermedades reumatólogicas no hacen énfasis en la funcionalidad del paciente. Es importante conocer el efecto de esta alteración sobre la funcionalidad de la extremidad superior en pacientes con enfermedades reumatólogicas, ya que implica un riesgo en diferentes esferas de la vida del paciente, como la funcional, la socioeconómica y la emocional. El objetivo es desarrollar intervenciones oportunas y mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Objetivos: Determinar la relación entre la obesidad y el grado de funcionalidad de la extremidad superior en pacientes con enfermedades reumatólogicas inflamatorias y no inflamatorias.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se inscribió de forma consecutiva a pacientes de la consulta 12 de reumatología del Hospital José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (como artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico) y no inflamatorias (como fibromialgia y osteoartrosis) y se les aplicó la encuesta DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*): un cuestionario de 30 reactivos para determinar la función física y los síntomas relacionados con enfermedades musculoesqueléticas de extremidad superior. Se tomó una puntuación > 40 puntos como discapacidad grave. Se realizó un análisis de las características demográficas de la población y se utilizaron ji cuadrada y U de Mann-Whitney para analizar las variables categóricas y continuas, respectivamente. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la correlación entre el índice de masa corporal (IMC) y la puntuación de DASH.

Resultados: Se incluyó a un total de 149 pacientes, con una mediana de edad de 53 (RIC, 45,5-63) años, IMC 28,1 (RIC, 25,3-32,4) kg/m², puntuación de DASH 21,6 (RIC, 6,2-34,1) puntos. Hasta 142 pacientes (95,3%) fueron mujeres y 118 pacientes sufrían una enfermedad reumática inflamatoria (79,2%), la más prevalente de las cuales fue la artritis reumatoide (n = 79, 53%). La enfermedad más prevalente en los pacientes con enfermedades reumatólogicas no inflamatorias fue la osteoartrosis (n = 10, 6,7%). Entre los individuos con enfermedad reumatólogica y obesidad se registró una mayor puntuación de DASH y mayor proporción de pacientes con discapacidad grave; sin embargo, esto no fue significativo (**Tabla 1**). No se reconoció una correlación estadísticamente significativa entre IMC y la puntuación de DASH ($r = 0,132$, $p = 0,108$).

Tabla 1. Características demográficas de acuerdo con la presencia o la ausencia de obesidad en pacientes con enfermedades reumáticas. (CG026)

| | Obesidad n = 59 | Sin obesidad n = 90 | p* |
|--|--------------------|------------------------|---------|
| Edad, años, mediana (RIC) | 55 (50-62,7) | 53 (45-63) | 0,614 |
| Género femenino (n, %) | 56 (94,9) | 86 (95,5) | 0,574 |
| Peso, kg, mediana (RIC) | 79,2 (73,8-92,8) | 60,5 (56,1-66,7) | < 0,001 |
| Presión sistólica, mmHg, mediana (RIC) | 120 (110-127,7) | 116 (105,5-126,5) | 0,143 |
| Presión diastólica, mmHg, mediana (RIC) | 76,5 (70-80,75) | 70 (67-78,5) | 0,106 |
| Glucosa, mg/dL, mediana (RIC) | 96 (90,2-110) | 90 (83-99) | 0,002 |
| VSG, mm/H, mediana (RIC) | 25 (10,2-36,2) | 20 (7,5-33) | 0,639 |
| Ocupación hogar (n, %) | 33 (55,9) | 61 (67,7) | 0,098 |
| Enfermedad reumática inflamatoria (n, %) | 46 (77,9) | 72 (80) | 0,460 |
| Artritis reumatoide (n, %) | 32 (54,2) | 49 (54,4) | 0,557 |
| Osteoartrosis (n, %) | 8 (13,5) | 10 (11,1) | 0,419 |
| Puntuación cuestionario DASH, mediana (RIC) | 25,8 (12,5-35) | 15 (2,9-30,8) | 0,196 |
| Discapacidad grave por DASH > 40 puntos (n, %) | 9 (15,2) | 15 (12) | 0,504 |

RIC, rango intercuartílico; DASH, *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*.

Conclusiones: No se encontró una relación significativa entre el IMC y el grado de funcionalidad en la extremidad superior en pacientes con enfermedades reumatólogicas inflamatorias y no inflamatorias. Este ha-

llazgo contrasta con los resultados de estudios previos, lo que sugiere que la relación entre funcionalidad e IMC en esta población es más compleja. Esto resalta la importancia de conceder una atención integral al paciente, incluidos los factores clínicos, psicológicos y sociales, entre otros, para lograr su pronta rehabilitación.

Bibliografía

1. Mohajer B, Kwee RM, Guermazi A, et al. Metabolic syndrome and osteoarthritis distribution in the hand joints: A propensity score matching analysis from the osteoarthritis initiative. *The Journal of Rheumatology*. 2021 Jun 15;48(10):1608-15.
2. Cruz M, Rodrigues AM, Dias S, et al. Obesity and diabetes are associated with disability in women with hand osteoarthritis. Results from the Epi-ReumaPt nationwide study. *Acta Reumatol Port*. 2021;46(3):208-17.

CGo27

MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA EN AR USANDO LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE TERIFLUNOMIDA CIRCULANTE

H. Jacobo-Cuevas, L. González-López, F.A. Ávalos-Salgado, N.S. Fajardo-Robledo, A.M. Saldaña-Cruz, J.M. Ponce-Guarneros, M.B. Ornelas-Fajardo, E.E. Gómez-Ramírez, L.R. Rodríguez-Santillán, E.M. Campechano-Valdez, A.J.L. Brambila-Tapia, J.I. Gámez-Nava

Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La leflunomida se emplea como una opción terapéutica de otros fármacos inductores de remisión sintéticos en alrededor de 20% de los pacientes con artritis reumatoide (AR). Los principales efectos de este fármaco como inductor de remisión están mediados a través de la inhibición de la enzima dihidroorotato deshidrogenasa, una inhibición que tiene mediación principal de su metabolito activo: teriflunomida. Sin embargo, para esta inhibición se requieren adecuados valores circulantes de este componente. Uno de los problemas para obtener una adecuada respuesta terapéutica es la falta de adherencia a los fármacos en los pacientes con artritis reumatoide. Uno de los métodos más precisos para determinar la adherencia es la medición de los metabolitos del fármaco circulante. Pocos estudios han relacionado la determinación de los valores de teriflunomida en la AR.

Objetivo: Identificar la adherencia terapéutica a la prescripción de leflunomida, determinada con base en las cifras de teriflunomida en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se incluyó a 115 pacientes adultos con AR en quienes se administró leflunomida (20 mg diarios por un mínimo de tres meses) como parte del tratamiento de AR. A todos se los interrogó acerca de la adherencia al tratamiento con leflunomida a través de un cuestionario. Todos los pacientes incluidos contestaron ser adherentes en el cuestionario. Para confirmarlo se determinaron los valores de teriflunomida circulantes mediante un método de cromatografía de líquidos de alta resolución (CLAR) validado y desarrollado para este fin. Para la extracción de la teriflunomida de la muestra de sangre del paciente se utilizaron cartuchos de extracción sólido-líquido.

Resultados: Se consideró adherentes a aquellos pacientes con valores de teriflunomida $\geq 10,0 \mu\text{g/mL}$, adherentes bajos a los sujetos con cifras de $> 1,24 \mu\text{g/mL}$ a $< 10,0 \mu\text{g/mL}$ y adherentes nulos a los individuos en quienes no se detectó el metabolito. El 27,8% (n = 32) mostró falta absoluta de adherencia, 20% (n = 23) tenía baja adherencia y solo el 52,2% (n = 60) registró apego adecuado a la leflunomida. En el análisis estadístico se identificó una relación significativa con el apego completo al tratamiento con menor número de articulaciones inflamadas ($p < 0,001$) y una mejor percepción de control de la actividad de la enfermedad ($p < 0,001$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: A pesar de que en la encuesta los pacientes resultaron adherentes a la leflunomida, los resultados obtenidos mediante la cuantificación de la teriflunomida en muestras que solo el 52,2% observa el tratamiento por medición de la teriflunomida. Por ello deben establecerse

estrategias para garantizar el apego al tratamiento para mejorar la probabilidad de respuesta al tratamiento en pacientes con AR.

Tabla 1. Características de los pacientes. (CG027)

| Variable | n = 115 |
|---|-----------------|
| Edad (años), media \pm DE | 60 \pm 11 |
| Duración de la enfermedad (años), media \pm DE | 16 \pm 11 |
| Características clínicas | |
| - Articulaciones inflamadas, media \pm DE | 3,1 \pm 3,4 |
| - No respondedores (DAS28-PCR > 3,2), n (%) | 76 (66,1) |
| - Respondedores (DAS28-PCR \leq 3,2), n (%) | 39 (33,9) |
| Tratamiento | |
| - Leflunomida, n (%) | 115 (100) |
| - Leflunomida como monoterapia, n (%) | 54 (47,0) |
| - Leflunomida combinada con otros FARMs, n (%) | 61 (53,0) |
| - AINE, n (%) | 107 (93) |
| - Corticosteroides, n (%) | 85 (73) |
| Variables de laboratorio | |
| - PCR, (mg/L), media \pm DE | 18 \pm 23 |
| - VSG, (mm/h), media \pm DE | 28 \pm 12 |
| - Valores de teriflunomida ($\mu\text{g/mL}$), media \pm DE | 21,0 \pm 28,6 |

DE, desviación estándar; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva.

Bibliografía

1. Ensom MH, Davis GA, Cropp CD, et al. Clinical pharmacokinetics in the 21st century. Does the evidence support definitive outcomes? *Clin Pharmacokinet*. 1998;34(4):265-79.
2. Cardiel MH, Díaz-Borjón A, Vázquez del Mercado-Espinosa M, et al. Mexican College of Rheumatology. Update of the Mexican College of Rheumatology guidelines for the pharmacologic treatment of rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2014 Jul-Aug;10(4):227-40.

CGo28

NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

P. García-Espinosa, J.D. Centeno-Valadez, M.C. Espinel-Bermúdez

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) tiene una prevalencia mundial aproximada de 1% y una de las manifestaciones extraarticulares más graves es la enfermedad pulmonar intersticial (EPI); la deficiencia sérica de vitamina D se vincula con la actividad de la enfermedad.

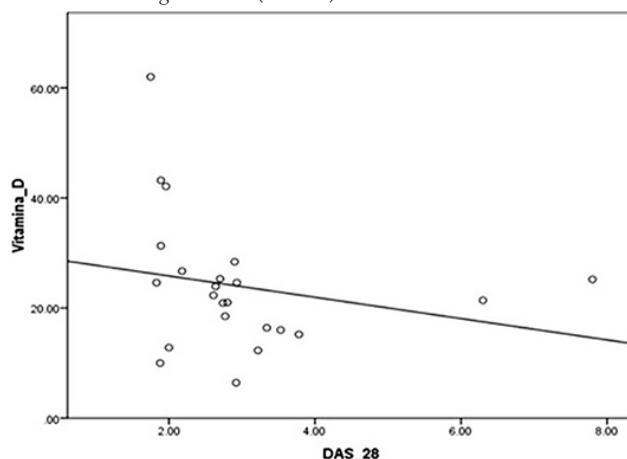
Objetivo: Comparar las concentraciones séricas de vitamina D en pacientes con AR con y sin EPI, identificar el valor sérico de vitamina D en pacientes con actividad de la AR con y sin EPI, y determinar el tipo de EPI en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico en pacientes con diagnóstico de AR con y sin EPI, mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica, síndrome de Sjögren primario, lupus eritematoso sistémico y miopatías inflamatorias, así como otras causas de EPI, sea por agentes orgánicos o químicos, consumo de medicamentos o afecciones que alteraran las concentraciones séricas de vitamina D. La muestra se conformó mediante muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

Resultados: La mayoría de los participantes correspondió a mujeres con el 91% y el 8,69% a hombres. La edad media de los pacientes fue de 62,4 años. Actividad de la enfermedad por DAS28: 34,8% en remisión y 65,2% en actividad; de estos últimos, 60% mostró un grado bajo de actividad, 26,7% un grado moderado y 13,3% un grado alto. De los 23 pacientes totales, 9 tenían EPI y 14 no; en cuanto al patrón de EPI,

11,1% registró el patrón linfoideo, el 66,7% NINE y el 22,2% NIU. De acuerdo con las concentraciones de vitamina D, el 17,39% se encontraba en suficiencia, el 78,26% en insuficiencia y el 4,35% en deficiencia. La media de vitamina D fue de 23,9 ng/mL y, al analizar los subgrupos, se identificaron los valores más altos en pacientes sin EPI (26,1 ng/mL) en comparación con los pacientes con EPI (20,5 ng/mL; $p > 0,05$). En relación con la vitamina D y la actividad de la enfermedad, en la **Figura 1** se observa que el 34,8% estaba en remisión y el 65,2% en actividad; las cifras de vitamina D en estos grupos fueron de 31,5 y 19,8 ng/mL, respectivamente, con una correlación inversa y moderada que indica que cuando el DAS 28 aumenta, la vitamina D disminuye, lo que representa una correlación significativa: $p < 0,05$. En el subgrupo sin EPI, el 50% estaba en remisión, el 42,86% en actividad baja y el 7,14% en actividad moderada, con valores de vitamina D de 32,2, 20,6 y 16 ng/mL respectivamente ($p > 0,05$). En el grupo con EPI, el 11,11% se encontraba en remisión, el 33,33% en actividad baja, el 33,33% en actividad moderada y 22,22% en actividad alta, con cifras de vitamina D de 26,7, 22,5, 14,6 y 23,3 ng/mL respectivamente ($p > 0,05$).

Figura 1. Correlación entre DAS28 y el valor de vitamina D en AR ($r = -0,416$, $p = 0,049$). Una correlación inversa y moderada indica que, cuando el DAS28 aumenta, la vitamina D tiende a disminuir, lo que representa una correlación significativa. (CG028)



Conclusiones: La deficiencia de vitamina D es muy frecuente en los pacientes con AR, por lo que existe una relación inversa entre la actividad de la enfermedad y las concentraciones séricas. Se ha observado que si disminuye el valor sérico de dicha vitamina, aumenta la actividad de la enfermedad, lo que es estadísticamente significativo, como en el estudio de Deng *et al.*, por lo que se investigó si esto se relacionaba con la presentación de la EPI; sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar esa relación, ya que este estudio fue unicéntrico y con un tamaño de muestra limitado.

Bibliografía

1. Sparks JA. Rheumatoid arthritis. Ann Intern Med. 2019 Jan 1;170(1):ITC1.
2. Deng M, Tang L, Huang D, *et al.* Vitamin D deficiency in connective tissue disease-associated interstitial lung disease Vitamin D deficiency in CTD-ILD/M. Clin Exp Rheumatol. 2018 Nov-Dec;36(6):1049-1055.

CG029

ANÁLISIS DE COSTO-EFICACIA DE UPADACITINIB VERSUS ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA ARTRITIS REUMATOIDE CON RESPUESTA INADECUADA A iTNF

K. Gómez-García¹, P.C. Taylor², A. Kadakia³, Y. Song⁴, S. Strengoltz³, M. Fillbrunn⁵, A. Jiang⁴, M.H. Buch⁵

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos, ⁽²⁾Universidad de Oxford, Departamento de Ortopedia de Nuffield, Oxford, Reino Unido, ⁽³⁾AbbVie Inc., North Chicago, Estados Unidos,

⁽⁴⁾Analysis Group, Inc., Boston, Estados Unidos, ⁽⁵⁾Universidad de Manchester y Centro de Investigación Biomédica del NIHR de Manchester, Manchester, Reino Unido

Introducción: El tratamiento de la AR tiene como objetivo la remisión, pero la baja actividad de la enfermedad (LDA) es un objetivo alternativo si la remisión es inalcanzable. Los metaanálisis previos y las evaluaciones económicas encontraron que el cambio de un tratamiento avanzado por un MoA diferente puede ser más efectivo y menos costoso que repetir ciclos de los iTNF en pacientes con AR. El upadacitinib (UPA) es un inhibidor JAK recientemente aprobado y su relación costo-eficacia como tratamiento avanzado de 2L después de interrumpir un iTNF, en comparación con otras modalidades terapéuticas, aún no se ha informado.

Objetivo: Determinar la relación costo-eficacia del UPA 2L en comparación con otras formas de tratamiento, incluidos el ciclo de iTNF o el cambio a otras modalidades avanzadas para AR, entre pacientes con AR activa que tuvieron una falla terapéutica con un iTNF.

Material y métodos: Se definieron cuatro estados por DAS28-PCR: remisión, LDA, actividad de la enfermedad moderada/alta y muerte. Después del iTNF de 1L, el modelo evaluó una gama de estrategias de tratamiento. Cada una comenzó con un tratamiento de interés (UPA, iTNF, BAR, TOF, TCZ, ABT y FLG) y fue seguida por TCZ RTX y mejores cuidados paliativos. Para la secuencia de TCZ se utilizó ABA como primer tratamiento de seguimiento. Los pacientes avanzaron al siguiente tratamiento después de entrar en el estado de actividad de la enfermedad moderada/alta en el tratamiento actual. Se calcularon los costos de adquisición y administración del medicamento, efectos adversos (EA), vigilancia y hospitalización. Las utilidades de los estados de salud se calcularon a partir de las puntuaciones del cuestionario de evaluación de la salud (HAQ). Se calculó el costo médico directo anual total, tras ponderar los costos del tratamiento basados en las cuotas de mercado actuales y multiplicarlos por un cálculo del número de pacientes en 2L con AR activa.

Resultados: La secuencia de tratamiento con UPA 2L fue efectiva en términos del costo respecto de las secuencias con ciclos de iTNF, BAR, TOF y FLG en un umbral de £30,000/AVAC, y dominante en comparación con las secuencias de TCZ y ABT (**Tabla 1** y **Figura 1**). En el análisis de sensibilidad, el UPA conservó una buena relación costo-eficacia respecto de todos los comparadores. Las ganancias de AVAC de la secuencia de tratamiento con UPA fueron impulsadas por el tiempo extendido en remisión al ser tratado con UPA (3,16 años vs. 0,72-2,16 años para el tratamiento con ciclos de iTNF u otras estrategias terapéuticas). Los costos de adquisición más altos para UPA impulsados principalmente por un tiempo más largo de tratamiento (£60,388 para UPA vs. £49 003-£59 184 para ciclos de iTNF y otras modalidades de tratamiento) fueron parcialmente compensados por los costos de administración más bajos (£3 849 para UPA vs. £4 772-£11 247 para ciclos de iTNF y otros tratamientos) y costos más bajos de EA, vigilancia y hospitalización debido a un tiempo más largo en remisión con UPA. Los costos anuales totales para el tratamiento 2L de AR en el Reino Unido fueron de £756 millones.

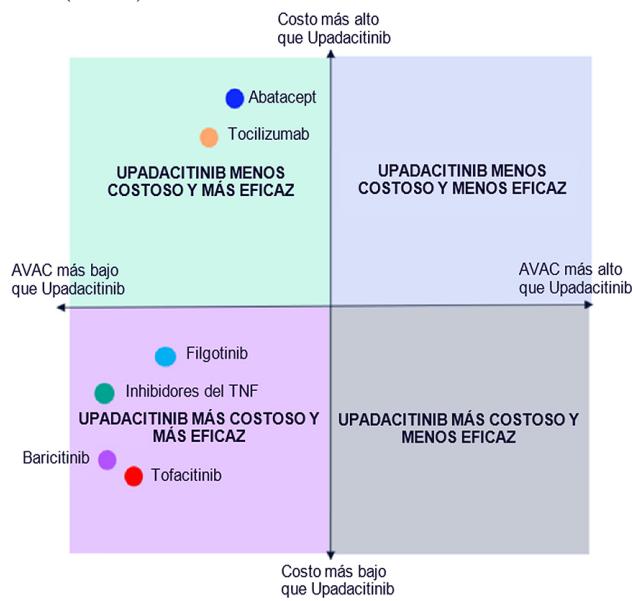
Conclusiones: En esta evaluación económica, cambiar a UPA después del iTNF 1L se acompañó de un AVAC más alto en comparación con los ciclos de iTNF y otras estrategias terapéuticas, y se encontró que tenía una buena relación costo-eficacia en comparación con otros tratamientos con base en un umbral típico de disposición a pagar de £30 000/AVAC en el Reino Unido.

Bibliografía

1. Nikiphorou E. Rheumatology. (Oxford) 2020;59(6):127280.
2. Smolen JS. Ann Rheum Dis Ene. 2023;82(1):318.
3. Instituto para la Revisión Clínica y Económica. 2017.
4. Datos de archivo de AbbVie. SELECT-CHOICE.
5. Radner H. J Rheumatol. 2015;42(7):1099104.
6. Bansback N. Eur J Health Econ. 2004;5(2):1889.
7. Soliman MM. Arthritis Care Res. (Hoboken) 2012;64(8):110815.
8. DAngelo S. J Clin Med. 2022;11(14).
9. Emery P. Ann Rheum Dis. 2008;67(11):151623.
10. Burmester GR. Lancet. 2013;381(9865):45160.

Tabla 1. Resultados de la relación costo-eficacia. (CG029)

| Secuencia de tratamiento | Secuencia UPA | Secuencia TNF | Secuencia BAR | Secuencia TOF | Secuencia FLG | Secuencia TCZ | Secuencia ABT |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|------------------|
| Costos totales (GBP 2021) | £82559 | £75085 | £74550 | £72894 | £77667 | £87046 | £89046 |
| AVAC totales | 4,68 | 4,19 | 4,21 | 4,31 | 4,37 | 4,44 | 4,45 |
| Costos incrementales por AVAC ganado | | £15417 | £17053 | £26383 | £16169 | UPA es dominante | UPA es dominante |

Figura 1. Plano de costo-eficacia incremental: upadacitinib vs. comparadores. (CG029)**CG030****DETECCIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

M.A. Gallegos-Becerra, M. Pérez-Cristóbal, M. Portela-Hernández

UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica que puede causar afectación pulmonar, la denominada enfermedad pulmonar intersticial (EPID). Esta afecta la calidad de vida e incrementa la mortalidad y es actualmente la segunda causa de muerte en pacientes con AR, por lo que es de relevancia identificar al paciente con alto riesgo de desarrollarla. La EPID tiene un diagnóstico difícil en etapas iniciales; la prueba diagnóstica más adecuada es la tomografía de alta resolución (TACAR). Se han propuesto escalas de riesgo con la finalidad de justificar la realización de la TACAR para identificar EPID. Se realizó un estudio transversal analítico en el departamento de reumatología mediante una escala de riesgo descrita por Narváez *et al.*, quienes propusieron una serie de criterios para evaluar el riesgo de desarrollar EPID.

Objetivo: Detectar en fase temprana enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con artritis reumatoide asintomáticos, en el plano respiratorio, con factores de riesgo alto para desarrollar EPID.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieron criterios de clasificación para artritis reumatoide de la ACR 2010 y sin diagnóstico previo de enfermedad pulmonar intersticial o afectación pulmonar de cualquier otro tipo que estuvieran en seguimiento de la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del CMN Siglo XXI. Se identificó por cuestionario durante la entrevista a aquellos pacientes con una puntuación de alto de riesgo para enfermedad pulmonar intersticial, según los criterios

de Narváez *et al.*, ≥ 5 puntos, y se solicitó tomografía pulmonar de alta resolución en búsqueda de EPID.

Resultados: Del 01/03/2024 al 13/09/2024 se identificó a 557 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, de los cuales 27 se clasificaron con riesgo para EPID según los criterios de Narváez: 19 calificados con riesgo medio y ocho con riesgo alto. Al momento se han realizado 14 TAC de alto resolución e identificado 5 (35%) de ellos con patrón tomográfico consistente a EPID: dos con patrón NINE, dos con patrón NIU y uno con patrón inespecífico. La edad promedio fue de 63,3 años, 25 sujetos eran mujeres y el tiempo de evolución de la AR fue de 17,6 años en promedio.

Tabla 1. Criterios de cribado para el riesgo alto de desarrollar EPI de Narváez *et al.* (CG030)

| Criterios | Puntuación |
|--|------------|
| Edad > 60 años | 2 puntos |
| Varón | 1 punto |
| AR > 5 años de diagnóstico | 1 punto |
| Actividad moderada-alta (DAS28-VSG $> 3,2$) persistente con menos de 12 meses de diagnóstico o por lo menos 6 meses continuos | 1 punto |
| AHF de enfermedad pulmonar intersticial | 1 punto |
| FR positivo > 3 veces su LSN | 1 punto |
| APCC positivo ≤ 3 veces su LSN | 2 puntos |
| APCC positivo > 3 veces su LSN | 3 puntos |
| IT ≤ 20 paquetes/año | 2 puntos |
| IT > 20 paquetes/año | 3 puntos |

4 o menos puntos: bajo riesgo de EPID AR.

5 a 6 puntos: riesgo intermedio de EPID AR.

7 o más puntos: riesgo alto de EPID AR.

AHF, antecedente heredofamiliar; APCC, antípепtido cíclico citrulinado; AR, artritis reumatoide; FR, factor reumatoide; IT, índice tabáquico; LSN, límite superior normal.

Conclusiones: Se identificó que 35% de los pacientes con AR tenía alto riesgo de EPID, según los criterios de Narváez, en los resultados preliminares, por lo que se considera útil buscar de manera intencionada a pacientes con AR y factores de riesgo para desarrollar EPID con el fin de modificar el tratamiento de forma temprana y con ello disminuir la evolución a EPID fibrosante.

Bibliografía

1. Narváez J, Aburto M, Seoane-Mato D, *et al.* Criterios de cribado de la enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a la artritis reumatoide: propuesta de expertos basada en metodología Delphi. *Reumatol Clin.* 2023;19(2):74-81. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.12.006>.
2. Qiu M, Jiang J, Nian X, *et al.* Factors associated with mortality in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research.* 2021;22(1):264. <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01856-z>.

CG031**ANTICUERPOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA**

K. Chacón-Abril, N. Ruiz-Gómez, V. Lira-Boussart, A. Muñoz-Suárez, M. Mejía-Ávila, E. Ramos-Martínez, J. Rojas-Serrano

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

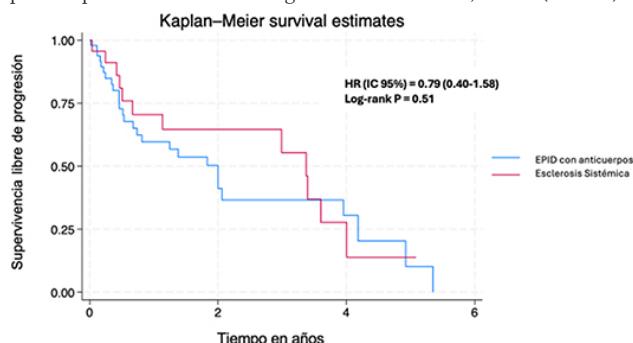
Introducción: Todo paciente con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) debe evaluarse para enfermedad autoinmunitaria, ya que esto tiene implicaciones en el pronóstico y el tratamiento. Sin embargo, un número considerable de pacientes con EPID y datos de autoinmunidad no cumplen criterios de clasificación para una enfermedad autoinmunitaria bien definida. Por otra parte, ahora es factible valorar anticuerpos de esclerosis sistémica (ES), como anti-Th/To, antifibrilarina, anti-Nor90 y anti-RNA polimerasa III.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y pulmonares, además de determinar la mortalidad e incidencia de la enfermedad pulmonar fibrosante progresiva (EPFP), en una cohorte de sujetos con EPID y positivos a anticuerpos de ES.

Material y métodos: Estudio de cohorte en la que se incluyó a individuos con EPID diagnosticada por TACAR o biopsia, y positivos a algún anticuerpo de ES (antitopoisomerasa I, anticentrómero, anti-RNA polimerasa III, anti-Nor90, anti-Th/To, antifibrilarina, anti-Pm/Scl, anti-Ku y anti-Ro52, inmunoblot, intensidad ≥ 15). Un equipo multidisciplinario conformado por neumólogos y reumatólogos atendió a los pacientes. Todos fueron objeto de dos pruebas de función respiratoria por año (espirometría y DLCO) o según fuera su evolución clínica. Se evaluó la extensión de la fibrosis e inflamación en la TACAR basal con la puntuación de Goh. Los pacientes recibieron tratamiento de acuerdo con el criterio del médico a cargo con inmunosupresores o antifibrosantes. Para el análisis de supervivencia se usó un desenlace compuesto: muerte o progresión (caída de la FVC5% o DLCO >10%). El estudio recibió aprobación del comité de ética local (C07-23).

Resultados: Se incluyó a 80 sujetos, el 76% de mujeres con edad media de $62,8 \pm 11,5$ años. El patrón tomográfico más frecuente fue la neumonía intersticial no específica (NINE). Solo el 32,5% cumplió con criterios de clasificación para ES ACR/EULAR 2013; la mayoría (43,2%) cumplió criterios de IPAF ATS/ERS 2015. El 55% tuvo un comportamiento de enfermedad pulmonar fibrosante progresiva (EPFP). Si bien existieron claras diferencias en las manifestaciones clínicas de los individuos que cumplieron criterios de clasificación para ES respecto de los que no (Tabla 1), las manifestaciones pulmonares fueron las mismas en ambos grupos, tanto en el patrón tomográfico, la extensión del vidrio desplulado y la fibrosis, la prevalencia de la dilatación esofágica y las pruebas de función respiratoria (Tabla 1). Ambos grupos tuvieron el mismo riesgo de desarrollar EPFP (HR [IC95%] = 0,79 [0,40-1,58] log-rank; $p = 0,51$) (Figura 1).

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier: tiempo hasta la progresión definido como muerte o comportamiento fibrosante progresivo (pérdida absoluta $\geq 5\%$ FVC del predicho o $\geq 10\%$ DLCO del predicho) en pacientes que cumplen criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 o EPID con anticuerpos para ES positivos. Mediana de seguimiento de 283 días, $n = 72$. (CG031)



Conclusiones: Los pacientes con EPID positivos a anticuerpos de ES tienen las mismas manifestaciones pulmonares y el mismo pronóstico al margen de que cumplan o no criterios de clasificación para ES ACR/EULAR 2013. La presencia de anticuerpos de ES en el contexto de IPAF debe considerarse como un estrato similar a ES.

Bibliografía

1. Navaratnam V, Ali N, Smith CJP, et al. Does the presence of connective tissue disease modify survival in patients with pulmonary fibrosis? *Respir Med*. 2011 Dec;105(12):1925-30.
2. Perelas A, Silver RM, Arrossi AV, et al. Systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *Lancet Respir Med*. 2020 Mar;8(3):304-20.

Tabla 1. Descripción de los pacientes incluidos en la cohorte de acuerdo con los criterios de clasificación para esclerosis sistémica ACR/EULAR 2013. (CG031)

| Variable | Esclerosis sistémica n = 26 | Anticuerpos para esclerosis sistémica positivos n = 54 | P |
|--|--------------------------------|--|--------|
| Mujeres | 20 (76,92) | 41 (75,93) | 0,92 |
| Edad (media \pm DS) | 59,61 (10,06) | 64,35 (11,97) | 0,08 |
| Anticuerpos positivos dentro de la cohorte (%) | | | |
| ANA | 23 (88,46) | 36 (66,67) | 0,038 |
| Antitopoisomerasa I | 8 (30,77) | 3 (5,56) | 0,002 |
| Anticentrómero A | 4 (15,38) | 7 (12,96) | 0,76 |
| Anticentrómero B | 5 (19,23) | 6 (11,11) | 0,32 |
| Anti-ARN pol III-11 kDa | 3 (11,54) | 13 (24,07) | 0,18 |
| Anti-ARN pol III-155 kDa | 4 (15,38) | 16 (29,63) | 0,16 |
| Anti-PM/SCL75 | 1 (3,85) | 6 (11,11) | 0,28 |
| Anti-PM/SCL100 | 1 (3,85) | 3 (5,56) | 0,74 |
| Anti-U3RNP | 2 (7,69) | 5 (9,26) | 0,81 |
| Anti-Nor 90 | 5 (19,23) | 9 (16,67) | 0,77 |
| Anti Th/To | 5 (19,23) | 16 (29,63) | 0,32 |
| Anti-Ro52 | 6 (23,08) | 9 (16,67) | 0,49 |
| Anti-Ku | 3 (11,54) | 9 (16,67) | 0,54 |
| Patrón tomográfico | | | |
| Neumonía intersticial no específica | 24 (92,31) | 45 (83,33) | 0,27 |
| Neumonía intersticial común | 2 (7,69) | 9 (16,67) | |
| Puntuación de Goh por TACAR, % | | | |
| Extensión de la enfermedad pulmonar (media \pm DS) | 62,42 \pm 25,35 | 70,03 \pm 18,45 | 0,13 |
| Extensión del vidrio desplulado (media \pm DS) | 56,87 \pm 20,35 | 59,33 \pm 14,30 | 0,53 |
| Extensión de la fibrosis (media \pm DS) | 16,14 \pm 12,51 | 15,18 \pm 10,13 | 0,71 |
| Dilatación del esófago | 19 (73,08) | 40 (74,07) | 0,92 |
| Diámetro mayor del esófago, mm (media \pm DS) | 19,72 \pm 9,05 | 14,30 \pm 6,7 | 0,01 |
| Dilatación de la arteria pulmonar | 12 (46,15) | 18 (33,33) | 0,26 |
| Relación aorta/pulmonar (media \pm DS) | 1,17 \pm 0,12 | 1,15 \pm 0,15 | 0,70 |
| Pruebas de función respiratoria | | | |
| % Capacidad vital forzada esperada (media \pm DS) | 65,87 \pm 18,87 | 64,54 \pm 25,27 | 0,72 |
| % Difusión monóxido de carbono esperada (media \pm DS) | 44,06 \pm 6,09 | 48,90 \pm 25,60 | 0,32 |
| Antecedentes y manifestaciones clínicas | | | |
| Tabaquismo | 10 (38,36) | 16 (29,63) | 0,62 |
| Disnea | 21 (80,77) | 43 (79,63) | 0,90 |
| Tos | 20 (76,92) | 41 (75,93) | 0,92 |
| Fenómeno de Raynaud | 20 (76,92) | 5 (9,26) | < 0,05 |
| Artritis | 6 (23,08) | 12 (22,22) | 0,93 |
| Edema de dedos | 8 (30,77) | 2 (3,70) | 0,001 |
| Esclerodactilia | 15 (57,69) | 2 (3,70) | < 0,05 |
| Telangiectasias | 20 (76,92) | 28 (51,85) | 0,03 |
| Úlceras digitales | 5 (19,23) | 1 (1,89) | 0,006 |
| Síndrome seco (xerostomía/xerofthalmia) | 20 (76,92) | 33 (61,11) | 0,16 |
| Reflujo gastroesofágico | 9 (34,62) | 18 (33,33) | 0,91 |
| Acropaquias | 12 (46,15) | 21 (38,89) | 0,53 |

CG032

ASOCIACIÓN DEL PATRÓN CAPILAROSCÓPICO DEL PLIEGUE UNGUEAL AL RIESGO DE PRESENTAR ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN LA ESCLEOSIS SISTÉMICA

L.D. Fajardo-Hermosillo, M.K.L. López-Ramírez

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una entidad compleja caracterizada por autoinmunidad, fibrosis, inflamación y microangiopatía. Esta última característica se ha evaluado en fecha reciente por videocapilaroscopia del pliegue ungual (VCPU). La VCPU es un método no invasivo que valora la microcirculación de las arteriolas digitales en pacientes con ES y es útil para diagnosticar y valorar la afección orgánica. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una de las causas de mayor mortalidad y discapacidad en pacientes con ES. La disminución de los capilares y su deformidad se han encontrado como características vinculadas con la EPI en diversos estudios. Cutolo *et al.* han descrito tres patrones capilaroscópicos: temprano (pCT), activo (pCA) y tardío (pCT), según sean el grado de disminución y la deformidad de capilares, así como la presencia de hemorragias. El pCA y pCT se han informado más relacionados con EPI en la población europea. En contraste, en la población argentina con ES, el pCT se ha observado más vinculado con EPI. Existe un vacío de información en la población mexicana. Debido a la gran variabilidad de las manifestaciones de ES por grupo étnico y situación geográfica, ¿podría existir una variación en esta población de estas relaciones?

Objetivo: Determinar el riesgo de relación de los patrones capilaroscópicos del pliegue ungual con la EPI en población mexicana con ES.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó a pacientes que reunieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para ES > 18 años de enero del 2020 a junio del 2024. La VCPU se realizó con el videocapilaroscopio MEDL4N5, Dino-lite 500 x. Los patrones capilaroscópicos se clasificaron según Cutolo en pCT, pCA y pCT. La EPI se definió por síntomas clínicos, capacidad vital forzada (CVF) < 70% y > 10% de área pulmonar afectada en tomografía. Se exploró la vinculación de variables demográficas, clínicas como el índice de actividad EUSTAR (*European scleroderma Trial and Research*) y anticuerpos con los patrones capilaroscópicos. Se analizó la distribución de las variables en el análisis univariado. En el análisis bivariado se compararon las variables en los grupos de estudio con pruebas de ji cuadrada y se calcularon riesgos por razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión logística múltiple (ARLM) ajustado. Todas las pruebas estadísticas se condujeron a un nivel < 5% de significancia.

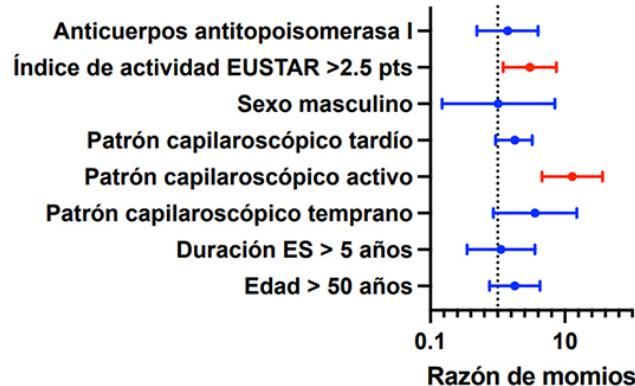
Resultados: De 180 pacientes con ES, 55 (30,6%) registraron un pCT, 60 (33,3%) pCA y 65 (36,1%) pCT; 71 pacientes (39,4%) tenían EPI. El pCT se relacionó con la variedad sin esclerodermia ($p \leq 0,003$) y el pCT se observó más comúnmente con la variedad limitada ($p \leq 0,002$). En cambio, el pCA mostró una vinculación más frecuente con la variedad difusa, la actividad de ES, la presencia los anticuerpos antitopoisomerasa I y EPI ($p \leq 0,010$). En el ARLM, después de ajustar por edad, género, duración, variedad, anticuerpos y actividad de ES, solo el patrón capilaroscópico activo con RM de 12,87 (IC95%, 4,55-36,4) y la actividad de la enfermedad con RM de 3,01 (IC95%, 1,21-7,44) persistieron significativamente relacionados con la EPI (**Figura 1**).

Conclusiones: El pCA se vincula con actividad de ES y un mayor riesgo de EPI en la población mexicana. Estos hallazgos deben confirmarse en estudios longitudinales y con una metodología VCPU cuantitativa.

Bibliografía

1. Volkmann ER, Andréasson K, Smith V. Systemic sclerosis. Lancet. 2023 Jan 28;401(10373):304-318.
2. Smith V, Vanhaecke A, Guerra MG, *et al.* May capillaroscopy be a candidate tool in future algorithms for SSC-ILD: Are we looking for the holy grail? A systematic review. Autoimmun Rev. 2020 Sep;19(9):102619.
3. Mismetti V, Si-Mohamed S, Cottin V. Interstitial lung disease associated with systemic sclerosis. Semin Respir Crit Care Med. 2024 Jun;45(3):342-364.
4. Smith V, Decuman S, Sulli A, *et al.* Do worsening scleroderma capillaroscopic patterns predict future severe organ involvement? A pilot study. Ann Rheum Dis. 2012 Oct;71(10):1636-9.
5. Cutolo M, Sulli A, Pizzorni C, *et al.* Nailfold videocapillaroscopy assessment of microvascular damage in systemic sclerosis. J Rheumatol. 2000 Jan;27(1):155-60.
6. Marino CL, Knobel E, Takashima L, *et al.* Organ involvement in Argentinian systemic sclerosis patients with "late" pattern as compared to patients with "early/active" pattern by nailfold capillaroscopy. Clin Rheumatol. 2013 Jun;32(6):839-43.

Figura 1. Gráfica de bosque que muestra la razón de momios de los patrones capilaroscópicos (activo, temprano y tardío) en relación con la enfermedad pulmonar intersticial en la esclerosis sistémica en el análisis de regresión logística múltiple ajustado por edad, género, duración, anticuerpos y actividad de la enfermedad. ES, esclerosis sistémica; EUSTAR, *European Scleroderma Trial and Research*; R^2 de Nagelkerke, 0,528. (CG032)



CG033

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-P RIBOSOMAL EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO DE PACIENTES CON LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

M. Sandino-Bermúdez, E. Cimé-Aké, J. Campos-Guzmán, E. Brios-nes-García, E. Godínez-Lazarini, C. Núñez-Álvarez, H. Fragoso-Loyo
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El lupus neuropsiquiátrico (LESNP) representa un reto diagnóstico.

Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica de los anticuerpos anti-P ribosomal en líquido cefalorraquídeo (LCR) para el diagnóstico de LESNP con manifestaciones difusas del sistema nervioso central (SNC).

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre 2017 y 2024 que incluyó pacientes con manifestaciones centrales difusas del SNC, que tuvieron determinación de valores de anticuerpos anti-P ribosomal en LCR. De acuerdo con el diagnóstico final, se clasificaron en tres grupos: LESNP (grupo 1), LES sin manifestaciones neuropsiquiátricas LESnoNP (grupo 2) y pacientes con enfermedad neuropsiquiátrica no autoinmunitaria (grupo 3). Los pacientes con lupus cumplieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 y las manifestaciones NP en el grupo LESNP se clasificaron de acuerdo con la nomenclatura ACR 1999. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y serológicas. La actividad de la enfermedad y el daño acumulado en pacientes con LES se evaluó con SLEDAI-2K y SLICC/DI. Los anticuerpos anti-P ribosomal en suero y LCR se cuantificaron por ELISA. El punto de corte óptimo de anticuerpos para el diagnóstico de LESNP se determinó según el índice de Youden (**Tabla 1**).

Resultados: Se incluyó a 69 pacientes (grupo 1 = 17, grupo 2 = 30, grupo 3 = 22). El grupo 1 incluyó seis crisis epilépticas, tres estados confusionales agudos, tres psicosis, tres mielopatías y dos cefaleas. El grupo 1 registró una puntuación SLEDAI-2K significativamente mayor en comparación con el grupo 2 (16 vs. 4, $p < 0,001$). En suero, los pacientes del grupo 1 tuvieron cifras de anti-DNAc y anti-P ribosomal más elevadas, en comparación con los otros grupos (anti-DNAc 448 IU/mL vs. 51,70 IU/mL vs. 3,70 IU/mL, $p = 0,001$) y anti-P ribosomal (186,6 U/mL vs. 5,5 U/mL vs. 5,45 U/mL, $p = 0,028$), respectivamente. Además, el grupo 1 mostró valores más bajos de complemento (C3 50 mg/dL vs. 82 mg/dL vs. 130 mg/dL, $p < 0,001$; C4 10 mg/dL vs. 12 mg/dL vs. 32 mg/dL, $p = 0,002$). En LCR, los pacientes del grupo 1 tuvieron cifras más

elevadas de anti-DNAdc (561 IU/mL vs. 13,5 IU/mL vs. 6,7 IU/mL, $p = 0,013$) y anti-P ribosomal (7,1 U/mL vs. 5,45 U/mL vs. 4,90 U/mL, $p = 0,008$) en comparación con los otros grupos. El anti-P ribosomal en LCR > 6,4 U/ml (AUC = 0,702, sensibilidad = 71,4%, especificidad = 76,6%, IY = 0,413), así como la relación LCR/suero de anti-P ribosomal > 1,1 (AUC = 0,375, sensibilidad = 50%, especificidad = 100%, IY = 0,500) fueron útiles para el diagnóstico de LESNP con manifestaciones difusas (**Tabla 1**).

Conclusiones: Los valores en LCR de anti-P ribosomal y la relación LCR/suero de anti-P ribosomal podrían ser útiles para identificar LESNP con manifestaciones difusas del SNC.

Tabla 1. Rendimiento diagnóstico de los anticuerpos anti-P ribosomal en LCR para el diagnóstico de LESNP con manifestaciones difusas de SNC. (CG033)

| Variable | Anticuerpos anti-P ribosomales en LCR > 6,4 U/mL | Relación LCR/suero de anticuerpos anti-P ribosomales > 1,1 |
|----------------------|--|--|
| Sensibilidad | 71,4 (42,0-87,4) | 50,0 (26,2-73,8) |
| Especificidad | 76,6 (56,5-96,7) | 100,0 (100-100) |
| VPP | 50,0 (26,2-73,8) | 33,3 (10,9-55,7) |
| VPN | 85,7 (69,1-102,3) | 85,7 (69,1-102,3) |
| Índice Youden | 0,413 | 0,500 |
| LR+ | 2,76 | NA |
| LR- | 0,46 | 0,5 |

CG034

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

G. Medina-García¹, J.M. Hernández-Morales¹, R. Peña-Rivas², I.A. Bentancourt-Reyes³, N.F. Fernández-Figueroa¹, L.V. Mayor-Villeda³

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría), ⁽³⁾Conduit Life

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por episodios trombóticos recurrentes en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos. El tromboembolismo pulmonar, con incidencia del 14,1%, es una de sus manifestaciones más comunes. La detección temprana de alteraciones en las pruebas de función pulmonar (PFP) puede servir como indicador de afectación pulmonar.

Objetivo: Describir las características de las pruebas de función pulmonar (PFP) y alteraciones radiológicas en pacientes con síndrome anti-fosfolípido.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo en pacientes con diagnóstico de SAF en un centro de tercer nivel. Se llevaron a cabo pruebas de función pulmonar que incluyeron espirometría, pleitisiografía y medición de la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO), además de la evaluación de telerradiografías de tórax, interpretadas por una neumóloga experta. Para el análisis de los datos se emplearon métodos de estadística descriptiva.

Resultados: Se analizó a 46 pacientes, 73,9% de mujeres y 26,1% de hombres. La media de edad fue de 52,61 años \pm 12,07 años, con un intervalo de 24 a 77 años. La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 18,73 años \pm 8,5 años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (30,4%), seguida del hipotiroidismo (28,3%) y sobrepeso/obesidad (23,9%). En cuanto a antecedentes pulmonares, el 32,6% había experimentado tromboembolia pulmonar (TEP), con dos pacientes que sufrieron dos episodios y uno que experimentó cinco episodios de TEP. El 13% tenía diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar y el 2,2% de hiperreactividad bronquial. El 26,1% tenía antecedente de tabaquismo y el 4,3% se había expuesto al humo de leña. Respecto del patrón radiográfico, se identificó un patrón intersticial en el 21,7% de los pacientes y el resto normal. El 37% no pudo realizar la prueba DLCO por dificultad técnica

de los pacientes, el 47,8% registró un patrón normal y el 15,2% mostró una capacidad de difusión de monóxido de carbono disminuida. En la pleisiografía, el 56,5% tuvo un patrón normal, el 34,8% patrón restrictivo leve y el 8,7% patrón restrictivo moderado. La espirometría reveló un patrón normal en 91,3% de los pacientes y uno restrictivo en 8,7%. En términos globales, el 48,9% de los pacientes mostró al menos una prueba de función pulmonar alterada.

Conclusiones: En este estudio, la prueba que registró mayor alteración fue la pleisiografía en una tercera parte de los pacientes, con un patrón restrictivo leve. Aunque las alteraciones de la función pulmonar tienen una frecuencia moderada, la mayoría se presenta en pacientes asintomáticos pulmonares. Por lo tanto, se recomienda realizar estas pruebas de manera periódica como parte del seguimiento clínico para identificar y tratar oportunamente cualquier afectación pulmonar.

Bibliografía

1. Stojanovich L. Pulmonary manifestations in antiphospholipid syndrome. Autoimmun Rev [Internet]. 2006;5(5):344-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1568997206000206>.
2. Shi M, Gao W, Jin Y, et al. Antiphospholipid syndrome-related pulmonary embolism: Clinical characteristics and early recognition. Front Cardiovasc Med [Internet]. 2022;9: 872523. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fcm.2022.872523>.
3. Espinosa G, Cervera R, Font J. The lung in the antiphospholipid syndrome. Annals of Rheumatic Diseases [Internet]. 2002; (61):195-198. Disponible en: <https://ard.bmjjournals.org/content/61/3/195>.
4. Pazarli AC, Yakar H, Inonu K, et al. Evaluation of pulmonary involvement in systemic rheumatic diseases with high resolution computed tomography and pulmonary function test: A single-center experience. Tuberk Toraks [Internet]. 2021;69(2):125-132. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256502/>.

CG035

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO CON ACTIVIDAD DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES MEXICANOS

E.J. Arzola-Rentería, L. Andrade-Ortega, F. Irazoqui-Palazuelos, A. Kammar-García

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por una respuesta inmunitaria anómala, con una extensa gama de manifestaciones clínicas. Con respecto a las causas, existe una vinculación entre factores genéticos, ambientales y hormonales y una evolución diferente de acuerdo con el grupo étnico. Las publicaciones internacionales han demostrado que el índice neutrófilo/linfocito (INL) puede utilizarse para evaluar la actividad, gravedad y pronóstico en los pacientes con LES. Sin embargo, los individuos latinos tienen un comportamiento clínico diferente y nunca se ha evaluado el uso de este índice en población mexicana.

Objetivo: Determinar la relación del INL con actividad de LES en una cohorte de pacientes mexicanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal ambilectivo; la muestra se obtuvo de todos los expedientes clínicos de pacientes con LES atendidos en la consulta de reumatología de un hospital de tercer nivel. Se definió actividad mediante un SLEDAI > 4 en tres momentos (basal, 52 y 104 semanas) con cálculo del INL en cada momento. Para la comparación del INL en las tres mediciones se utilizó la prueba de Kruskall-Wallis; para la comparación del INL entre pacientes con y sin actividad se aplicó la prueba ANOVA de dos vías (actividad y tiempo) y prueba de Bonferroni para identificar las diferencias. Se calcularon curvas ROC del INL y su AUC (área bajo la curva) para conocer la relación con actividad; se obtuvieron puntos de corte óptimos sugeridos por la curva ROC (sensibilidad > 0,7). Por último, para determinar el grado de relación, se efectuó análisis de regresión logística univariada, con resultados presentados como coeficiente

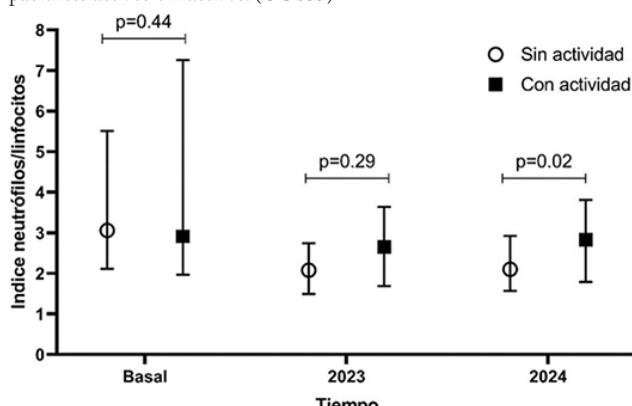
B, OR IC95% y valor de p. Las variables cuantitativas se presentaron como mediana y rango intercuartílico, con prueba U de Mann-Whitney para su comparación; las cualitativas, como frecuencia y porcentaje, comparadas mediante ji cuadrada o prueba exacta de Fisher. Todos los análisis se realizaron en el software SPSS v21.

Resultados: Se incluyó a 290 pacientes, 259 (89,3%) mujeres con edad media de 51; el tiempo de evolución promedio fue de 2,9 años. A la medición basal, 147 pacientes (50,6%) se encontraban activos, su INL fue de 2,91 y 3,06 en pacientes inactivos, y el AUC fue de 0,52 (IC 0,44-0,59, p = 0,83). A las 52 semanas, 121 de estos pacientes continuaban activos, con un INL de 2,65 y 2,08 en inactivos, y el AUC fue de 0,64 (IC 0,48-0,80, p = 0,13). Finalmente, el INL en 124 pacientes activos a las 104 semanas fue de 2,83 respecto de los inactivos en 2,1 con un AUC de 0,71 (IC 0,53-0,68, p = 0,008) (Tabla 1). El coeficiente B del INL a las 104 semanas fue de 0,17 para determinar actividad con un OR 1,18 (1,03-1,35, p = 0,02) (Figura 1).

Tabla 1. Valores del AUC y el punto de corte recomendado por la curva ROC. (CG035)

| Actividad de la enfermedad | | | | | |
|----------------------------|------------------|-------|----------------|--------------|---------------|
| | AUC (IC95%) | p | Punto de corte | Sensibilidad | Especificidad |
| INL inicial | 0,52 (0,44-0,59) | 0,62 | 2,00 | 0,71 | 0,77 |
| INL 52 sem | 0,64 (0,48-0,80) | 0,13 | 2,00 | 0,73 | 0,53 |
| INL 104 sem | 0,71 (0,53-0,68) | 0,008 | 1,90 | 0,71 | 0,60 |

Figura 1. Distribución del INL inicial y a las 52 y 104 semanas entre pacientes activos e inactivos. (CG035)



Conclusiones: En este estudio, el AUC del INL inicial y a las 52 semanas no alcanzaron el punto de corte establecido para discernir actividad, a diferencia de la medición a las 104 semanas en la que pudo establecerse un INL de 1,9 como punto de corte, con sensibilidad de 0,71 y especificidad de 0,6 (IC 0,53-0,68, p = 0,008). Este valor es similar al encontrado en otros estudios (1,8 a 2,4). Pese a este último hallazgo, y a diferencia de lo notificado en otros trabajos, en esta población el uso del INL no tuvo buen rendimiento diagnóstico para valorar la actividad.

Bibliografía

1. Lisnevskaja L, Murphy G. Systemic lupus erythematosus. Lancet. 2014;384:1878-88.
2. González LA, Toloza SMA, McGwin G, et al. Ethnicity in systemic lupus erythematosus (SLE): its influence on susceptibility and outcomes. Lupus. 2013;22:1214-1224.
3. Jianlin Y, Tingting Z. Neutrophilic3 ratio and neutrophil-to-lymphocyte ratio were associated with disease activity in patients with systemic lupus erythematosus. J Clin Lab Anal. 2019 Jan;33(1).
4. Zahorec R. Neutrophil-to-lymphocyte ratio, past, present and future perspectives. Bratisl Lek Listy. 2021;122(7):474-488.
5. Buonacera A, Stancanelli B, Colaci M, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio: an emerging marker of the relationships between the immune system and diseases. Int J Mol Sci. 2022 Mar 26;23(7):3636.

CG036

EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO INCREMENTA EL RIESGO DE PÉRDIDA FETAL TEMPRANA EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

M.A. Saavedra-Salinas, A.A. Sánchez-Cruz, D. Miranda-Hernández, A. Sánchez-González, M. Arrucha-Cozaya, J.M. Hernández-Morales

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Las complicaciones obstétricas son una característica distintiva de las pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y el lupus eritematoso sistémico (LES) relacionado puede modificar su desenlace y respuesta al tratamiento.

Objetivo: Comparar la evolución maternofetal/neonatal en pacientes con SAF primario frente a aquellas con SAF vinculado con LES e identificar posibles factores de riesgo para las complicaciones obstétricas encontradas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles que incluyó a pacientes embarazadas con SAF (criterios de Sidney 2006) y SAF relacionado con LES (criterios ACR 1997) atendidas en un centro médico nacional de referencia desde 2009 hasta 2022. Se registraron los resultados adversos maternofetales/neonatales convencionales de acuerdo con definiciones internacionalmente aceptadas. Se analizaron variables demográficas, clínicas, serológicas e inmunológicas potencialmente vinculadas con estas complicaciones. Además, se registraron los tratamientos utilizados al momento de la concepción y durante el embarazo. Se realizó estadística descriptiva, bivariada y análisis de regresión logística binaria pertinente de acuerdo con el comportamiento de las variables de interés.

Resultados: Se incluyeron 117 embarazos, 62 afectados por SAF primario y 55 por SAF vinculado con LES. Las pacientes de ambos grupos tenían características clínicas y demográficas basales similares (Tabla 1). De las pacientes con SAF primario, 19 (30,1%) tenían manifestaciones distintas de los criterios (trombocitopenia). De las pacientes con LES, 30,9% tenía nefritis lúpica y 11,3% manifestaba actividad de la enfermedad antes del embarazo. En los desenlaces fetales/neonatales estudiados se observó una mayor tasa de pérdidas fetales tempranas (≤ 10 SDG) en las pacientes con SAF en relación con LES en comparación con aquellas con SAF primario (20% vs. 1,6%, p = 0,001) (Tabla 1). No se observaron diferencias en los desenlaces maternos adversos, excepto un mayor número de cesáreas en pacientes con SAF primario. Las pacientes con SAF relacionado con LES tuvieron una mayor frecuencia de aCL IgM, anticuerpos anti-DNA, anti-Ro e hipocomplementemia respecto de las mujeres con SAF primario. De igual manera, una mayor proporción de ellas utilizó prednisona (61,8% vs. 21%, p < 0,001), antipaládicos (78,2% vs. 24,2%, p < 0,001) y azatioprina durante la gestación (54,5% vs. 8,1%, p < 0,001). La mayoría de las pacientes se trató con ácido acetilsalicílico (85,5% vs. 78,2%, p = 0,304) o heparina (87,1% vs. 78,2%, p = 0,201) durante el embarazo. La comparación de los embarazos que terminaron en pérdida fetal temprana con aquellos que no mostró una mayor frecuencia de SAF trombótico (91,7 vs. 53,3%, p = 0,01), trombosis múltiple (41,7% vs. 14,3%, p = 0,01), trombosis venosa (83,3% vs. 44,8%, p = 0,01), LES (91,7% vs. 41,9%, p = 0,001), uso de antipaládico en el embarazo (91,7% vs. 44,8%, p = 0,02) y AL positivo (100% vs. 72,4%, p = 0,03). El análisis multivariado mostró que el LES (OR 17,3, IC95% 1,22-246,0) permaneció como el único factor de riesgo independiente para pérdida fetal temprana. Las limitaciones de este estudio incluyen el tamaño de la muestra y determinación incompleta de anticuerpos anti-β2 GP-1 en todas las pacientes.

Conclusiones: El LES es un factor de riesgo independiente para pérdida fetal temprana en pacientes con SAF. El tratamiento convencional no parece ser suficiente para prevenir esta complicación por lo que nuevas opciones deben explorarse.

Bibliografía

1. D'Ippolito S, Barbaro G, Paciullo C, et al. Antiphospholipid syndrome in pregnancy: New and old pathogenetic mechanisms. Int J Mol Sci. 2023;24:3195. doi: 10.3390/ijms24043195.

2. Cervera R, Serrano R, Pons-Estel GJ, *et al.*, Euro-Phospholipid Project Group. (European Forum on Antiphospholipid Antibodies). Morbidity and mortality in the antiphospholipid syndrome during a 10-year period: a multicentre prospective study of 1000 patients. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:1011-8. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204838.

Tabla 1. Comparación de las características clínicas, demográficas, inmuno-lógicas y desenlaces maternofetales/neonatales en ambos grupos. (CG036)

| | SAF primario (n = 62) | SAF + LES (n = 55) | p |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| Edad, μ (DE) | 29,1 ± 4,7 | 28,6 ± 5,3 | 0,626 |
| Tiempo de evolución, μ (DE) | 72,6 ± 54 | 87,3 ± 60,7 | 0,171 |
| Primigesta, n (%) | 6 (9,7) | 11 (20) | 0,114 |
| Embarazos previos, mediana (RIQ) | 2 (1-3) | 2 (1-3) | 0,267 |
| SAF obstétrico, n (%) | 44 (71) | 33 (60) | 0,212 |
| SAF trombótico, n (%) | 33 (52,7) | 34 (61,8) | 0,348 |
| SAF ambos, n (%) | 16 (25,8) | 12 (21,8) | 0,614 |
| Trombosis arterial, n (%) | 8 (12,9) | 5 (9,1) | 0,513 |
| Trombosis venosa, n (%) | 27 (43,5) | 30 (54,5) | 0,235 |
| Número de trombosis, mediana (RIQ) | 1 (1-2) | 1 (1-2) | 0,804 |
| Trombosis recurrente (> 1), n (%) | 11 (17,7) | 9 (16,4) | 0,843 |
| ACL IgG/IgM, n (%) | 50 (80,6) | 46 (83,6) | 0,674 |
| ACL IgG, n (%) | 43 (69,4) | 27 (49,1) | 0,026 |
| ACL IgM, n (%) | 21 (33,9) | 35 (63,6) | 0,001 |
| AL, n (%) | 46 (74,2) | 42 (46,4) | 0,786 |
| Anti-β2 IgG/IgM, n (%) | 20/21 (95,2) | 11/12 (91,7) | 0,679 |
| β2 IgG, n (%) | 14/18 (77,8) | 8/10 (80) | 0,891 |
| β2 IgM, n (%) | 6/18 (33,3) | 3/10 (70) | 0,856 |
| ACL+ AL, n (%) | 25 (43,9) | 22 (40) | 0,679 |
| ACL+ β2, n (%) | 4/19 (21,1) | 2/11 (18,1) | 0,850 |
| AL+ β2, n (%) | 1/19 (5,3%) | 0/11 (0) | 0,599 |
| 1 AFL, n (%) | 21 (33,9) | 22 (40) | 0,493 |
| 2 AFL, n (%) | 30 (48,4) | 25 (45,5) | 0,751 |
| 3 AFL, n (%) | 12/23 (52,2) | 9/12 (75) | 0,191 |
| DNA, n (%) | 2/44 (4,5) | 16/49 (32,7) | 0,001 |
| C3, μ (DE) | 113,3 ± 30 | 92,4 ± 25,6 | 0,001 |
| C4, μ (DE) | 18,6 ± 7,4 | 13,2 ± 8,3 | 0,003 |
| Hipocomplementemia, n (%) | 11/37 (29,7) | 30/46 (65,2) | 0,001 |
| C3 bajo, n (%) | 2 (5,4) | 13 (28,3) | 0,007 |
| C4 bajo, n (%) | 10 (27) | 30 (66,7) | < 0,001 |
| Ro/La, n (%) | 3/41 (7,3) | 16/51 (31,4) | 0,005 |
| Complicación fetal, n (%) | 43 (69,4) | 41 (74,5) | 0,533 |
| Nacidos vivos, n (%) | 45 (72,6) | 33 (60) | 0,150 |
| Malformación, n (%) | 1 (1,9) | 2 (5,7) | 0,324 |
| Pérdida < 10 SDG, n (%) | 1 (1,6) | 11 (20) | 0,001 |
| Pérdida > 10 SDG, n (%) | 16 (25,8) | 12 (21,8) | 0,614 |
| Prematuro < 37, n (%) | 22 (47,8) | 16 (48,5) | 0,954 |
| Prematuro < 34, n (%) | 8 (17,8) | 7 (21,2) | 0,704 |
| Oligohidramnios, n (%) | 2 (4,4) | 2 (6,1) | 0,749 |
| RCIU, n (%) | 6 (13,3) | 4 (12,1) | 0,874 |
| Peso (g), μ (DE) | 2454,2 ± 728,6 | 2205,4 ± 906,1 | 0,189 |
| SDG, μ (DE) | 35,9 ± 3,5 | 35,1 ± 4,4 | 0,377 |
| Apgar 1 minuto, n (%) | 8 (8-8) | 8 (7-8) | 0,058 |
| Apgar 5 minutos, n (%) | 9 (9-9) | 9 (8-9) | 0,362 |
| Bajo peso, n (%) | 16 (36,4) | 14 (42,4) | 0,589 |
| UCIN, n (%) | 9 (20,5) | 6 (18,2) | 0,803 |
| Muerte neonatal, n (%) | 2 (4,4) | 4 (12,1) | 0,209 |
| Complicación materna, n (%) | 24 (39,3) | 15 (37,3) | 0,169 |
| Cesárea, n (%) | 42 (68,9) | 27 (50) | 0,039 |
| RPM, n (%) | 5 (8,2) | 3 (6,3) | 0,699 |

| | | | |
|------------------------------|----------|-----------|-------|
| HAS gestacional, n (%) | 3 (4,9) | 3 (6,3) | 0,762 |
| Preeclampsia, n (%) | 11 (18) | 6 (12,5) | 0,429 |
| Eclampsia, n (%) | 1 (1,6) | 0 (0) | 0,373 |
| HELLP, n (%) | 6 (9,8) | 1 (2,1) | 0,101 |
| Trombosis gestacional, n (%) | 8 (13,1) | 2 (3,8) | 0,084 |
| Recaída, n (%) | ----- | 10 (18,2) | ----- |
| Muerte materna, n (%) | 0 (0) | 1 (1,8) | 0,290 |

IMC, índice de masa corporal; ACL, anticuerpos anticardiolipinas; AL, anticoagulante lúpico; AFL, anticuerpos antifosfolípidos; SAF, síndrome antifosfolípido; RCIU, restricción del crecimiento intrauterino; UCIN, unidad de cuidados intensivos neonatales; RPM, ruptura prematura de membranas; HELLP, hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, trombocitopenia.

CG037

MIOCARDITIS LÚPICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HALLAZGOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA Y DESENLAZOS

M.C. Zamora-Medina¹, E. Cimé-Aké², E. Godínez-Lazarini², R.A. Muñoz Castañeda-Wallace³, G. Medina-Montañó³, H. Fragoso-Loyo²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Perinatología, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽³⁾Hospital Médica Sur

Introducción: Las complicaciones obstétricas son una característica distintiva de las pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y el lupus eritematoso sistémico (LES) relacionado puede modificar su desenlace y respuesta al tratamiento.

Objetivo: Comparar las características clínicas, de imagen y desenlaces en pacientes con ML, enfermos con lupus activo sin miocarditis e individuos con miocarditis aguda sin enfermedad autoinmunitaria.

Material y métodos: Diseño: cohorte retrospectiva. Casos (ML): se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES según criterios EULAR/ACR 2019 con sospecha clínica de miocarditis aguda y resonancia magnética cardiaca (RMC) consistente entre los años 2005 y 2021 sin antecedente de enfermedad cardíaca preexistente. Controles: grupo 1: pacientes con LES activo moderado/grave sin antecedente de miocarditis, pareados 1:1 con los casos según edad, sexo y duración de la enfermedad (LES-No-ML); grupo 2: pacientes con diagnóstico de miocarditis aguda y RMC consistente, sin diagnóstico de enfermedad autoinmunitaria (MA-No-AI). Los pacientes con ML y MA-No-AI tenían una RMC consistente con miocarditis (criterios de Lake Louise). Seguimiento: dos años. Se compararon las características demográficas, clínicas, de laboratorio y desenlaces entre los grupos estudiados. Se comparó la actividad de la enfermedad (SLEDAI-2K) y el daño acumulado (SLICC/DI) al momento de la inclusión y durante el seguimiento en los pacientes con ML y el grupo LES-No-ML. Se compararon los hallazgos ecocardiográficos y de RMC entre los grupos ML y MA-No-AI.

Resultados: Se incluyó a 96 pacientes, 32 en cada grupo. En el grupo ML, 31 eran mujeres, con una mediana de edad de 29 años (RIC 22,0-38,1 años). No se hallaron diferencias significativas en la edad (p = 0,3) ni en la actividad de la enfermedad entre los grupos con LES. El daño acumulado fue mayor en el grupo ML comparado con el grupo LES-No-ML (1 [RIC 0-2] vs. 0 [0-1], p = 0,008). No se identificaron diferencias en la presentación clínica de la miocarditis ni en los hallazgos electrocardiográficos entre los pacientes con ML y MA-No-AI. Resultados del ECOT'T: diferencias significativas en el grupo ML en comparación con el grupo MA-No-AI en la reducción de la FEVI < 50% (56,3% vs. 18,8%, p = 0,002), las anomalías del movimiento de la pared (71,9% vs. 25,0%, p < 0,001) y la elevación de la presión arterial sistólica pulmonar ≥ 30 mmHg (37,5% vs. 3,1%, p < 0,001), respectivamente. En los hallazgos de la RMC se reconoció un incremento en el derrame pericárdico (56,3% vs. 5,6%, p < 0,001), el engrosamiento pericárdico (68,8% vs. 21,9%, p < 0,001), las anomalías valvulares (87,5% vs. 3,1%, p < 0,001), el realce tardío con gadolinio (RTG) (65,5 vs. 37,5, p = 0,02), así como el descenso de otros parámetros volumétricos en el grupo ML en comparación con MA-No-AI (**Tabla 1** y **Figura 1**). Desenlaces: el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la ventilación mecánica

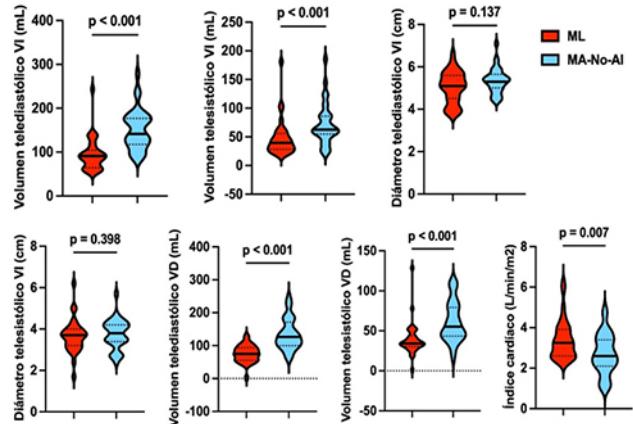
Tabla 1. Hallazgos ecocardiográficos y de resonancia magnética cardíaca en miocarditis lúpica y miocarditis aguda sin enfermedad autoinmunitaria. (CG037)

| Variable | ML n = 32 (%) | MA-No-AI n = 32 (%) | P |
|--|------------------|------------------------|----------|
| <i>Ecocardiografía transtorácica</i> | | | |
| Anomalías del movimiento de pared | 23 (71,9) | 8 (25,0) | < 0,001* |
| FEVI < 50% | 18 (56,3) | 6 (18,8) | 0,002* |
| FEVI (porcentaje) | 49,5 (40,0-62,2) | 63,5 (51,2-69,7) | 0,007* |
| Dilatación del ventrículo izquierdo | 2 (6,3) | 4 (12,5) | 0,672 |
| Dilatación del ventrículo derecho | 4 (12,5) | 0 (0) | 0,113 |
| Derrame pericárdico | 12 (37,5) | 2 (6,3) | 0,005* |
| Hipertensión arterial pulmonar | 12 (37,5) | 1 (3,1) | 0,001* |
| PSAP (mmHg) | 35,0 (26,2-48,7) | 24,5 (22,0-27,0) | < 0,001* |
| Anormalidades valvulares | 21 (65,6) | 1 (3,1) | < 0,001* |
| Insuficiencia mitral | 15 (46,9) | 7 (21,9) | 0,035* |
| Insuficiencia tricuspídea | 13 (40,6) | 6 (18,8) | 0,055 |
| Insuficiencia aórtica | 6 (18,8) | 0 (0) | 0,024* |
| <i>Resonancia magnética cardíaca</i> | | | |
| Incremento de intensidad de T2 (T2w) | 19 (59,4) | 16 (50) | 0,451 |
| Realce temprano de gadolinio | 13 (40,6) | 19 (59,4) | 0,134 |
| Realce tardío de gadolinio | 21 (65,6) | 12 (37,5) | 0,024* |
| FEVI < 50% | 13 (40,6) | 8 (25,0) | 0,287 |
| Derrame pericárdico | 18 (56,3) | 5 (5,6) | < 0,001* |
| Anormalidades valvulares | 28 (87,5) | 1 (3,1) | < 0,001* |
| Insuficiencia mitral | 14 (43,8) | 0 (0) | < 0,001* |
| Insuficiencia tricuspídea | 8 (25,0) | 1 (3,1) | 0,026* |
| Insuficiencia aórtica | 2 (6,3) | 0 (0) | 0,492 |
| Engrosamiento pericárdico | 22 (68,8) | 7 (21,9) | < 0,001* |
| Inflamación pericárdica | 21 (65,6) | 9 (28,1) | 0,003* |

Los datos se expresan en proporciones (porcentaje) o medianas (rango intercuartílico). Análisis estadístico: ji cuadrada, prueba exacta de Fisher, suma de rangos de Wilcoxon. ML, miocarditis lúpica; MA-No-AI, miocarditis aguda no autoinmunitaria; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar.

*Estadísticamente significativo.

Figura 1. Principales hallazgos de la resonancia magnética cardíaca en los pacientes con miocarditis. (CG037)



Comparación de parámetros de cardiorresonancia magnética de acuerdo a los diferentes tipos de miocarditis.
Análisis estadístico: suma de rangos de Wilcoxon.

ML: miocarditis lúpica; MA-No-AI: miocarditis aguda no autoinmune; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.

invasiva (VMI) fueron más frecuentes en el grupo ML en comparación con ambos grupos control (28,1% vs. 3,1% vs. 6,3%, p = 0,004 y 25,0% vs. 3,1%

vs. 6,3%, p = 0,012, respectivamente). No se observaron diferencias en la mortalidad a los dos años de seguimiento (15,6% vs. 0 vs. 6,3%, p = 0,054).

Conclusiones: El deterioro de la FEVI, las anomalías del movimiento de la pared, la afectación pericárdica, el RTG y la insuficiencia valvular cardíaca son los principales hallazgos de imagen en la ML. Esta es una manifestación grave en los pacientes con LES vinculada con un aumento de ingreso en la UCI y uso de VMI.

CGo38

PREVALENCIA DE FATIGA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y FACTORES ASOCIADOS

G. Medina-García, M.I. Luján-Rojo, J. Reyes-Gonzaga, A. Montiel-Rivera, M.P. Cruz-Domínguez, M.A. Saavedra-Salinas

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria y multisistémica con gran heterogeneidad en su presentación clínica. La fatiga es uno de los síntomas más frecuentes en consulta en la población general y en pacientes con LES afecta a 67% a 90% de los casos. Los factores relacionados son variables.

Objetivo: Investigar la prevalencia de fatiga en pacientes con lupus eritematoso sistémico y sus factores vinculados.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (SLICC ACR), atendidos en los servicios de medicina interna y reumatología, en un hospital de tercer nivel. Se recabaron datos demográficos y clínicos, como tipo de afección, SLEDAI y SLICC, y se aplicaron los cuestionarios FACIT-F (fatiga) y HADS (ansiedad/depresión). No se incluyó a los pacientes con diagnóstico previo de fibromialgia o embarazadas. Análisis estadístico: estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se aplicaron pruebas de normalidad y medidas de tendencia central, análisis bivariado con prueba de ji cuadrada y correlación de Spearman.

Resultados: Se estudió a 100 pacientes con LES, con una mediana de edad de 32,5 años (26-41) y tiempo de seguimiento de cinco años (2-10). El 74% de pacientes mostró manifestaciones mucocutáneas articulares, 59% renales, 33% hematológicas, 7% neuropsiquiátricas y 11% tenía síndrome antifosfolípido relacionado (SAF). Solo 14 pacientes no tuvieron algún grado de fatiga, 33% nivel bajo de fatiga, 25% moderado, 25% elevado y 3% muy elevado. En cuanto a la prevalencia de depresión y ansiedad, 38% de pacientes registró algún grado de depresión y 64% sufría ansiedad y 35% ansiedad y depresión. Se encontró correlación inversa entre la puntuación de FACIT F y HADS depresión ($r = -0,584$ p = 0,0001) y FACIT F y HADS ansiedad ($r = -0,603$, p = 0,0001). No se encontró correlación entre la fatiga y la actividad del LES medida por SLEDAI 2K o daño crónico por SLICC. En el análisis bivariado, padecer depresión se vinculó con la fatiga ($p = 0,010$) y la ansiedad ($p = 0,0001$). Al ajustar la relación con fatiga por ansiedad o depresión moderada o grave, dichas variables permanecieron estadísticamente significativas; se observó que sufrir ansiedad confiere un riesgo de 1,95 (IC 1,59-2,4 p = 0,0001) y que la depresión confiere un riesgo de 1,3 (IC 1,17-1,49 p = 0,037). El resto de las variables, como anemia, actividad o cronicidad de la enfermedad y tipo de afección, no se relacionaron con la presencia de fatiga.

Conclusiones: La prevalencia de fatiga en algún grado en pacientes con LES es muy elevada y se vincula con la ansiedad y la depresión. Se requiere atención conjunta de las comorbilidades psiquiátricas en estos pacientes.

Bibliografía

- Azizoddin DR, Gandhi N, Weinberg S, et al. Fatigue in systemic lupus: the role of disease activity and its correlates. *Lupus* [Internet]. 2019;28(2):163-73.
- Arnaud L, Gavand PE, Voll R, et al. Predictors of fatigue and severe fatigue in a large international cohort of patients with systemic lupus erythematosus and a systematic review of the literature. *Rheumatology* (Oxford) [Internet]. 2019;58(6):987-96.

CG039

DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

N.A. García-Cal y Mayor, A.C. Kolster-Otaola, E. Álvarez-Hernández

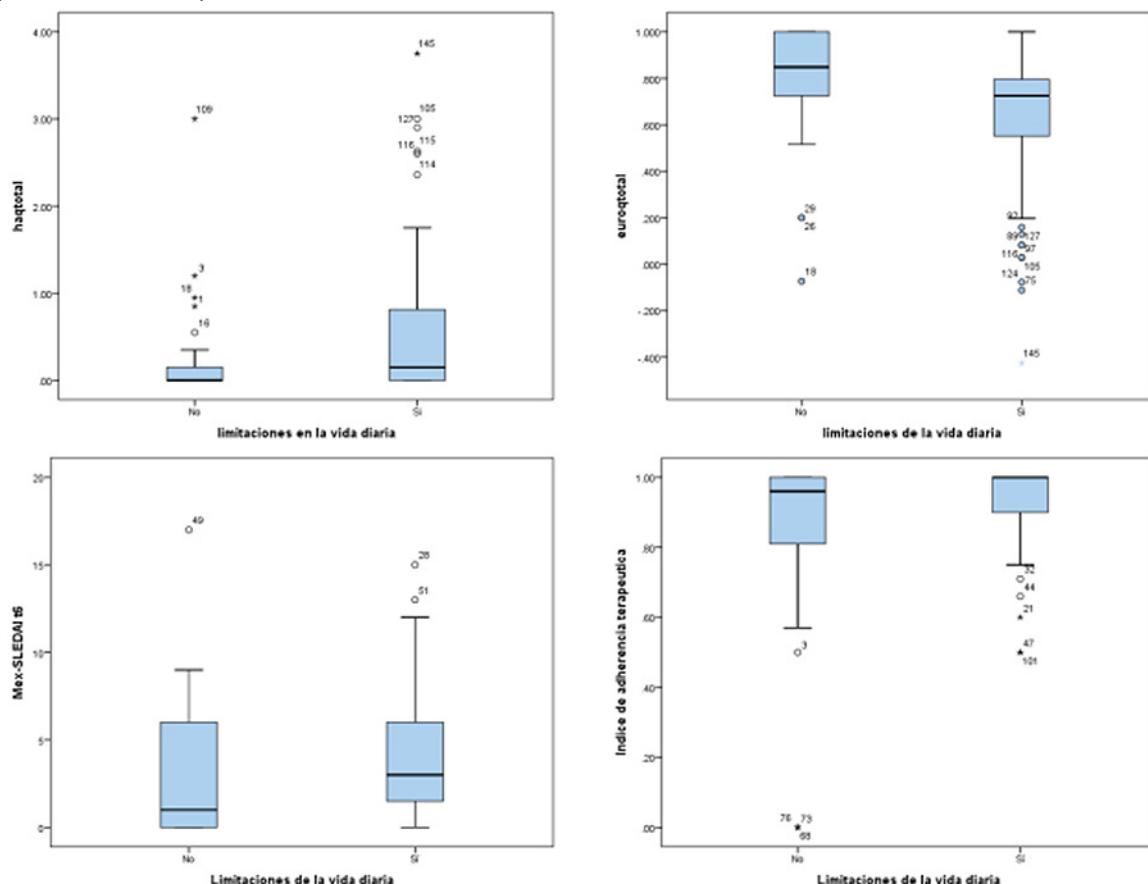
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmunitaria, sistémica, compleja y grave con manifestaciones clínicas sumamente diversas. Los pacientes con LES sufren deterioro de la salud física, lo que puede generar discapacidad laboral, con aumento de los costos personales y sociales. La discapacidad laboral incluye el ausentismo (número de horas laborales perdidas debido a la enfermedad) y el presentismo (disminución de la productividad mientras se trabaja debido a la enfermedad). En un estudio que incluyó a 167 pacientes con LES se notificó ausentismo en 10,4%, presentismo en 76,6%, discapacidad laboral general en 80,8% y limitación de las funciones de la vida diaria en 85% correlacionadas con SLEDAI-2k, actividad renal y hematológica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de la incapacidad laboral en pacientes con LES y su nexo con daño, actividad de la enfermedad y capacidad funcional.

Material y métodos: De todos los pacientes se obtuvieron datos sociodemográficos y se les aplicaron los cuestionarios *Work Productivity and Activity Impairment* para lupus (WPAI LES V2), calidad de vida (EuroQoL), capacidad funcional (HAQ-DI), depresión (BDI) y adherencia terapéutica (TAQRDis). Se midieron índices de actividad (BILAG, Mex-SLEDAI) y de daño (SDI).

Figura 1. Comparación de la capacidad funcional (HAQ), calidad de vida (EuroQoL), actividad de la enfermedad (Mex-SLEDAI) y adherencia terapéutica en pacientes con LES, con y sin limitaciones en actividades de la vida diaria. (CG039)



Resultados: Se incluyó a 101 pacientes, 91 (90,1%) del sexo femenino, con edad de $40,6 \pm 12$ años, y escolaridad media de $10,17 \pm 3,36$ años. Hasta 53 (52,5%) era de nivel socioeconómico medio y 48 (47,5%) de nivel bajo. Solo 39 (38%) tenía un trabajo remunerado. El porcentaje de discapacidad en actividades de la vida diaria fue de 31,88%. Entre los pacientes que tenían un sueldo remunerado se observó presentismo en 27 (69,2%) y ausentismo en 15 (38,5%) (Tabla 1). Los pacientes que incurrieron en ausentismo tuvieron un HAQ mayor ($0,58 \pm 0,79$) en comparación con los que no lo tuvieron ($0,14 \pm 0,28$, $p = 0,015$), mientras que en el presentismo no se halló ninguna relación. Los pacientes que mostraron limitaciones en la vida diaria fueron 63 (62,38%) y se relacionaron con menor edad, mayor HAQ, menor calidad de vida, y mayor actividad a los seis meses (Mex-SLEDAI). Se correlacionó con HAQ ($r = 0,45$ $p = 0,000$), BILAG basal ($r = 0,22$, $p = 0,031$), Mex SLEDAI basal ($r = 0,25$, $p = 0,011$) y Mex SLEDAI a los seis meses ($r = 0,23$, $p = 0,021$). Véase la Figura 1. Hubo mayor tendencia al ausentismo en personas con manifestaciones musculosqueléticas, cardiopulmonares y renales (sin significancia estadística). En cuanto al presentismo no se registraron diferencias significativas. En la Tabla 2 se muestran las diferencias de variables sociodemográficas y clínicas entre pacientes con trabajo remunerado y no remunerado; solo fue significativo el género femenino.

Conclusiones: La discapacidad laboral y la pérdida de la productividad son altas en los pacientes con LES. Es necesario un estudio a mayor escala y de forma prospectiva.

Bibliografía

1. Utset TO, Baskaran A, Segal BM, Trupin L, et al. Work disability, lost productivity and associated risk factors in patients diagnosed with systemic lupus erythematosus. *Lupus Sci Med.* 2015 Jan 20;2(1):e000058. doi: 10.1136/lupus-2014-000058.

2. Abu Bakar F, Sazliyana Shaharir S, Mohd R, *et al*. Burden of systemic lupus erythematosus on work productivity and daily living activity: a cross-sectional study among malaysian multi-ethnic cohort. *Arch Rheumatol*. 2020;35(2):205-213.

Tabla 1. Discapacidad laboral en pacientes con LES medida con el cuestionario *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI). (CG039)

| WPAI LES 2.0 | n | |
|---|-----|---------------|
| Trabajo remunerado | 39 | 38% |
| Horas de trabajo perdidas por enfermedad, X (DE) | 39 | 4,49 (8,81) |
| Horas de trabajo perdidas por otra causa, X (DE) | 39 | 4,54 (10,28) |
| Horas trabajadas realmente, X (DE) | 39 | 37,79 (23,6) |
| Limitación de la productividad por la enfermedad (0-10), X (DE) | 101 | 3,54 (3,33) |
| Limitaciones en actividades de la vida diaria | 101 | 2,87 (2,98) h |
| Porcentaje de tiempo laboral perdido por enfermedad | 39 | 14,82% |
| Porcentaje de discapacidad en actividades de la vida diaria | 101 | 31,88% |
| Porcentaje de la limitación de la productividad | 39 | 35,38% |

X, media; DE, desviación estándar.

Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con LES con trabajo remunerado y no remunerado. (CG039)

| Variable | Con trabajo remunerado (n = 39) | Sin trabajo remunerado (n = 62) | P |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|
| Edad, X (DE) | 38,89 (11,26) | 41,66 (12,64) | 0,273 |
| Escolaridad, X (DE) | 10,77 (3,40) | 9,79 (3,3) | 0,982 |
| Género femenino, n (%) | 32 (35,2) | 59 (64,8) | 0,037 |
| IT, X (DE) | 0,91 (0,19) | 0,89 (0,21) | 0,802 |
| EQoL5D, X (DE) | 0,66 (0,35) | 0,68 (0,29) | 0,767 |
| HAQ, X (DE) | 0,31 (0,57) | 0,57 (0,91) | 0,073 |
| BDI, X (DE) | 11,56 (8,9) | 14,77 (10,67) | 0,191 |
| Mex-SLEDAI basal, X (DE) | 6,85 (5,35) | 6,16 (4,51) | 0,491 |
| Mex-SLEDAI 12 m, X (DE) | 2,97 (3,59) | 3,74 (3,75) | 0,315 |

X, media; DE, desviación estándar; IT, índice terapéutico; BDI, inventario de depresión de Beck.

CG040

FACTORES RELACIONADOS CON COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

M.J. Baeza-Rivera, G. Echeverría-González, N. Castro-Lizano

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmunitaria que afecta a múltiples órganos y se caracteriza por episodios de remisión y recaída, sobre todo en mujeres de edad reproductiva. Durante el embarazo, el sistema inmunológico experimenta cambios que, en pacientes con LES, pueden ocasionar complicaciones graves. Estas incluyen aumento de la actividad de la enfermedad, preeclampsia, parto prematuro y pérdida fetal. Los factores como hipertensión preexistente, nefritis lúpica y anticuerpos antifosfolípidos elevan el riesgo de complicaciones maternas y fetales. El seguimiento y el control durante el embarazo son claves para mejorar los resultados; algunos estudios revelan que la hidroxicloroquina ayuda a reducir los brotes y las complicaciones. En el plano mundial, diversos estudios han resaltado las complicaciones relacionadas con el LES en el embarazo, entre ellas problemas como el parto prematuro, nefritis lúpica y complicaciones fetales. En México, los estudios han señalado complicaciones similares, con una alta incidencia

de partos de pretérmino y cesáreas, además de la influencia de factores inmunológicos en el pronóstico materno y fetal.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con complicaciones maternofetales en pacientes con lupus eritematoso sistémico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal analítico con información retrolectiva a través de los datos del expediente clínico. Se incluyó a pacientes mujeres mayores de 18 años, con antecedente de embarazo y que fueron referidas al HE CMNO por diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, durante el periodo del 2014 a mayo del 2024. Se empleó estadística descriptiva y análisis de datos con el programa estadístico SPSS. **Resultados:** El estudio revisó 215 expedientes de pacientes con LES y embarazo, y se seleccionaron 54 casos para análisis. El 84,8% correspondió a primigestas y el 59% de las pacientes tenía alguna comorbilidad. Del total de casos, el 59,3% sufrió complicaciones maternofetales, las más frecuentes en los primeros y segundos embarazos (43,8% y 31,2%, respectivamente). Debido al tamaño de la muestra se agruparon los factores de riesgo como clínicos, serológicos y farmacológicos. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones previas y las actuales, ni entre los factores serológicos y las complicaciones maternofetales. Aunque algunos análisis mostraron una tendencia hacia un mayor riesgo de complicaciones en ciertos grupos, los valores p y los intervalos de confianza no respaldaron una relación concluyente. El uso de fármacos como cloroquina y azatioprina no mostró una relación significativa, aunque se observó una posible tendencia a reducir complicaciones maternas. Los anticoagulantes y los esteroides tampoco se relacionaron significativamente con complicaciones en el embarazo.

Conclusiones: El actual seguimiento no muestra una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones maternofetales y diversos factores clínicos, farmacológicos o serológicos. Aunque se identifica una tendencia hacia un mayor riesgo de complicaciones en ciertos grupos, como las primigestas y aquellas con antecedentes de complicaciones principalmente fetales, los resultados no sustentan una vinculación concluyente. Los análisis de los fármacos, como la cloroquina y la azatioprina, no se comportaron como un factor protector para el desarrollo de complicaciones maternofetales. De manera similar, el uso de anticoagulantes y esteroides no parece relacionarse con un aumento de las complicaciones. Esto sugiere que, si bien algunos factores clínicos y farmacológicos pueden influir en los resultados maternofetales, no hay evidencia suficiente en esta muestra para considerar dichas relaciones como estadísticamente relevantes.

Bibliografía

1. Stuht-López D, Santoyo Haro S, Lara Barragán I. Lupus eritematoso sistémico en el embarazo. Acta Méd Grupo Ángeles [Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Abr 30];16(4):331-338.
2. Farfán-Labonne B, Luis-Vásquez I, Ávila-Carrasco A, *et al*. Resultados perinatales en mujeres mexicanas con lupus eritematoso sistémico. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2017;31(1):3-9.

CG041

ÍNDICE ATEROGÉNICO DEL PLASMA Y ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-López, E.C. Garza-González, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, O.A. Garza-Flores, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sufren un riesgo cardiovascular incrementado en comparación con personas sanas. El aumento del grosor de la carótida íntima media (GIMC) y la presencia de placa carótidea, indicadores de ateroesclerosis subclínica por ultrasonido (US), se relacionan con un mayor riesgo cardiovascular (RCV) en la población general. El índice aterogénico del plasma (IAP) es la trans-

formación logarítmica de la relación de triglicéridos y colesterol de alta densidad (HDL-C) y permite predecir el RCV a 10 años en la población general.

Objetivo: Determinar si existe una vinculación entre el IAP y la aterosclerosis subclínica en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal y ambispectivo, comparativo, analítico, de casos y controles. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieron con criterios ACR/EULAR 2019 o SLICC 2012 para LES. Los pacientes con LES se parearon con controles por edad y sexo. Se excluyó a los individuos con síndromes de sobreposición y embarazadas. Se realizaron historia clínica, perfil de lípidos y US carotídeo en cada paciente. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de las variables cuantitativas. Se emplearon las pruebas t de Student o Wilcoxon para las variables normales y no normales, respectivamente. Se realizaron las pruebas de Pearson y Spearman para las correlaciones. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo. Se analizó la información con el programa SPSS versión 25 IBM.

Resultados: Se incluyó a un total de 77 pacientes con LES y 69 controles. Las variables demográficas y las características de la enfermedad se muestran en la **Tabla 1**. Hubo una mayor prevalencia de tabaquismo en el grupo de LES ($7,8\% \text{ vs. } 0\%$, $p = 0,029$). No se identificaron diferencias en el IAP ($0,41 \pm 0,32 \text{ vs. } 0,36 \pm 0,23$), pero sí una mayor prevalencia de GIMC elevado ($16,8\% \text{ vs. } 2,9\%$, $p = 0,006$) en el grupo de LES respecto de los controles. No se reconoció diferencia en la presencia de placa carotídea ($15,9\% \text{ vs. } 5,8\%$, $p = 0,1$) ni una correlación entre el IAP y el GIMC en ninguno de los grupos (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas y patológicas. (CG041)

| | LES (n = 77) | Controles (n = 69) | p |
|--|--------------------|---------------------|----|
| Edad, mediana (p25°-p75°) | 30 (25-39,5) | 30 (25-39,5) | NS |
| Género femenino, n (%) | 72 (93,5%) | 66 (95,7%) | NS |
| IMC, mediana (p25°-p75°) | 25,4 (22,10-28,65) | 25,80 (23,60-29,15) | NS |
| Sobrepeso/obesidad, n (%) | 38 (49,4%) | 43 (62,3%) | NS |
| Tabaquismo positivo, n (%) | 6 (7,8%) | 0 (0%) | NS |
| Hipertensión arterial, n (%) | 2 (2,6%) | 2 (2,9%) | NS |
| Diabetes mellitus, n (%) | 3 (3,9%) | 1 (1,4%) | NS |
| Dislipidemia, n (%) | 37 (46,8%) | 40 (57,9%) | NS |
| Edad al diagnóstico, mediana (p25°-p75°) | 25 (21-30) | - | - |
| Duración de la enfermedad en años, mediana (p25°-p75°) | 5 (2-10) | - | - |

LES, lupus eritematoso sistémico; p25°, percentil 25°; p75°, percentil 75°; IMC, índice de masa corporal; NS, no significativo.

Tabla 2. Correlación de IAP y GIMC. (CG041)

| LES | r/p | p |
|-------------------------------------|--------|-------|
| Correlación IAP-GIMC CCI (Pearson) | -0,047 | 0,688 |
| Correlación IAP-GIMC CCD (Spearman) | -0,1 | 0,383 |
| Controles | r | p |
| Correlación IAP-GIMC CCI | -0,033 | 0,78 |
| Correlación IAP-GIMC CCD | 0,068 | 0,57 |

IAP, índice aterogénico del plasma; GIMC, grosor íntima-media carotídeo; CCI, carótida común izquierda; CCD, carótida común derecha.

Conclusiones: Existe una mayor prevalencia de GIMC elevado en el grupo de pacientes con LES en comparación con los controles. Sin embargo, no existió una correlación entre el IAP y el GIMC en ninguno de los grupos. El IAP no es una herramienta fiable para detectar aterosclerosis subclínica en este grupo de pacientes, por lo que se necesita más investigación acerca de las herramientas que permitan predecir el riesgo cardiovascular de manera más precisa en estos pacientes.

Bibliografía

- Sillesen H, Sartori S, Sandholt B, et al. Carotid plaque thickness and carotid plaque burden predict future cardiovascular events in asymptomatic adult Americans. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2018;19:1042-1050.

2. Hammam N, Abdel-Wahab N, Gheita TA. Atherogenic index of plasma in women with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: a 10-year potential predictor of cardiovascular disease. *Curr Rheumatol Rev*. 2021;17:122-130.

CG042

FRECUENCIA DE REMISIÓN, BAJA ACTIVIDAD Y RECAÍDAS DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

E. Álvarez-Hernández, N.A. García-Cal y Mayor, A.C. Kolster-Otaola
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica y autoinmunitaria con un amplio número de manifestaciones clínicas. Es frecuente que curse con períodos de remisión y recaídas. La remisión completa en LES se considera rara y por lo general no sostenida. En la cohorte de GLADEL se notificó remisión en el 21,7% y baja actividad en el 34,8% de los pacientes. Los factores relacionados fueron la ausencia de manifestaciones cutáneas, renales y hematológicas y un SLEDAI basal bajo. En la cohorte de lupus de Hopkins se informó remisión en límites de 3% a 42% de acuerdo con el grado de actividad y la intensidad de tratamiento. Sin embargo, la duración promedio de la remisión fue de tres meses.

Objetivo: Determinar la frecuencia de remisión, baja actividad y recaídas y factores relacionados durante el primer año de seguimiento de pacientes con LES.

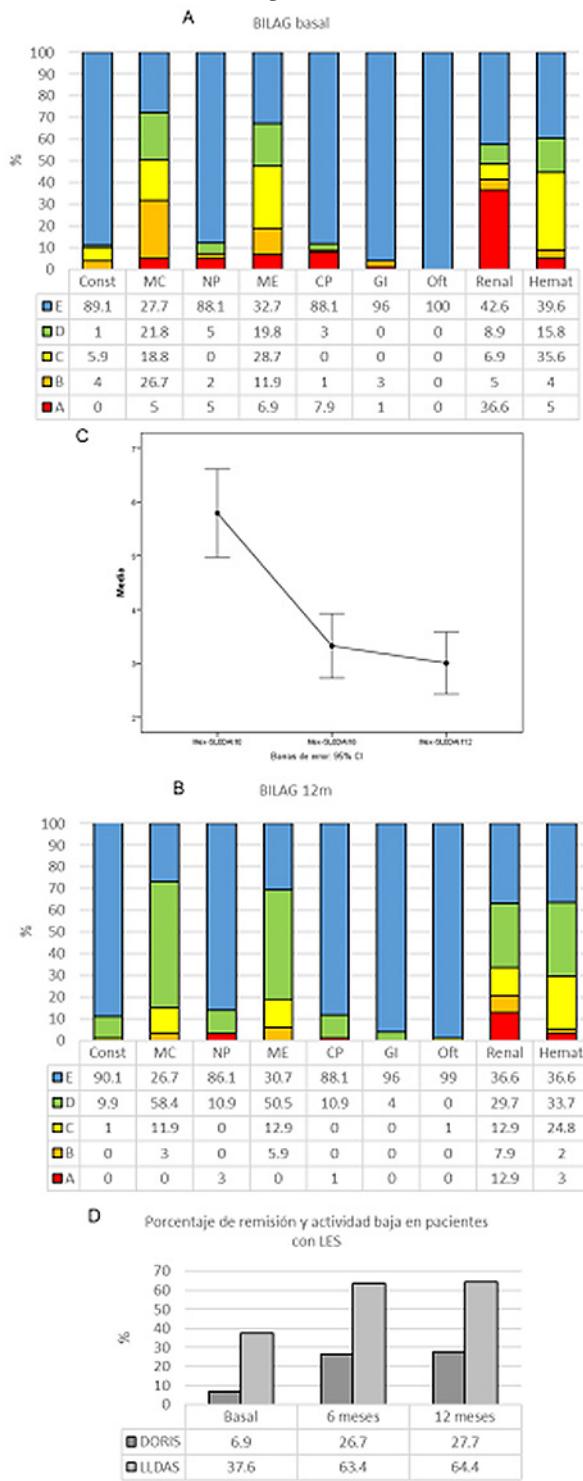
Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico definido de LES que tuvieran por lo menos un año de seguimiento. Se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos, y de tratamiento y adherencia. Se midió la capacidad funcional (HAQ-DI), calidad de vida (EuroQoL-5D), daño acumulado (SDI) y actividad de la enfermedad (BILAG y Mex-SLEDAI) en las visitas basal y a seis y 12 meses. Se aplicaron las definiciones de remisión (DORIS: *Definitions Of Remission In SLE*) y de baja actividad de la enfermedad (LLDA: *Lupus low disease activity state*). En lugar de usar el SLEDAI clínico se utilizó Mex-SLEDAI, que por definición no incluye determinación de DNA o complemento.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes, 91 (90,1%) del género femenino, con $40,6 \pm 12,14$ años y escolaridad de $10,17 \pm 3,36$ años. El tratamiento utilizado se observa en **Tabla 1**. La adherencia fue $> 80\%$ en 86 (85,1%). SLICC 1 ± 1 , HAQ-DI $0,47 \pm 0,8$, EuroQoL-5D $0,68 \pm 0,32$. En la **Figura 1** se observa la actividad de la enfermedad por componentes de BILAG en la visita basal (A) y a los 12 meses (B), la disminución de la actividad medida por Mex-SLEDAI (C) y la frecuencia de remisión y baja actividad por visita (D). La recaída se experimentó en un paciente a los seis meses y en 8 (7,92%) a los 12. Tanto la remisión como la baja actividad de la enfermedad solo se vincularon con Mex-SLEDAI bajo en la visita basal, con OR para remisión de 3,29 (IC95%, 1,47-7,34) y para LLDA de 1,56 (IC95%, 1,12-2,17).

Tabla 1. Administración de fármacos en las visitas basal y a los seis y 12 meses de pacientes con LES. (CG042)

| Fármaco | Basal n (%) | 6 meses n (%) | 12 meses n (%) |
|--------------------------|-------------|---------------|----------------|
| Antipalúdicos | 83 (82,18) | 63 (62,34) | 64 (63,37) |
| Azatioprina | 26 (25,7) | 28 (27,7) | 31 (30,7) |
| Leflunomida | 1 (1,0) | 2 (2,0) | 2 (2,0) |
| Ciclofosfamida | 14 (13,9) | 10 (9,9) | 6 (5,9) |
| Metotrexato | 17 (16,8) | 13 (12,9) | 9 (8,9) |
| Micofenolato de mofetilo | 17 (16,8) | 12 (11,9) | 16 (15,8) |
| Prednisona | 61 (60,4) | 47 (46,5) | 47 (46,5) |
| Metilprednisolona IV | 16 (22,5) | 6 (8,5) | 0 (0) |
| Biológicos | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1,0) |

Figura 1. (A) Actividad de la enfermedad por componentes de BILAG en la visita basal. (B) Actividad de la enfermedad por componentes de BILAG a los 12 meses. (C) Disminución de la actividad de la enfermedad por Mex-SLEDAI durante el seguimiento. (D) Frecuencia de remisión (DORIS) y baja actividad (LLDA) durante el seguimiento de pacientes con LES. Const, constitucional; MC, mucocutáneo; NP, neuropsiquiátrico; ME, musculoesquelético; CP, cardiopulmonar; GI, gastrointestinal; Oft, oftálmico; Hemat, hematológico). (CG042)



Conclusiones: La remisión se consiguió en la cuarta parte de los pacientes y la baja actividad en más del 60%, que se encuentran en límites similares a los publicados con anterioridad. La disminución de la actividad fue significativa en la mayoría de los pacientes. Los sistemas con mayor persistencia de actividad fueron el renal, el hematológico y el neuropsiquiátrico.

Bibliografía

- Ugarte-Gil MF, Wojdyla D, Pons-Estel GJ, et al. Predictors of remission and low disease activity state in systemic lupus erythematosus: data from a multiethnic, multinational Latin American cohort. *J Rheumatol*. 2019;46(10):1299-1308.
- Wilhelm TR, Magder LS, Petri M. Remission in systemic lupus erythematosus: durable remission is rare. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(3):547-553.

CG043

ANÁLISIS DE EXPRESIÓN DE MOLÉCULAS REGULADORAS DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE IL-21, STAT3, EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

N. Espinoza-García¹, J.A. Ramírez-De Arellano¹, D.C. Salazar-Camarena¹, K.R. Félix-Murra¹, M. Marín-Rosales², J.F. Muñoz-Valle¹, C.A. Palafox-Sánchez³

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, ⁽²⁾Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽³⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, CUCS, UDG

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica caracterizada por la producción de autoanticuerpos dirigidos contra diversos antígenos nucleares, lo que resulta en inflamación sistémica y daño a múltiples órganos. La IL-21 es una citocina producida principalmente por linfocitos citolíticos T (Tfh), linfocitos citolíticos T 17 (Th17) y linfocitos T colaboradores (Tph). En el contexto del LES, la IL-21 está elevada y se ha demostrado que contribuye a la patogenia de la enfermedad mediante la activación y diferenciación de células B autoreactivas. La IL-21 señaliza a través de STAT3, cuya actividad se ha observado incrementada en pacientes con LES, relacionada con disminución de moléculas reguladoras de la vía de señalización. Por otro lado, se ha identificado un incremento de la expresión de reguladores postranscripcionales como miRNA-155 y miRNA-21.

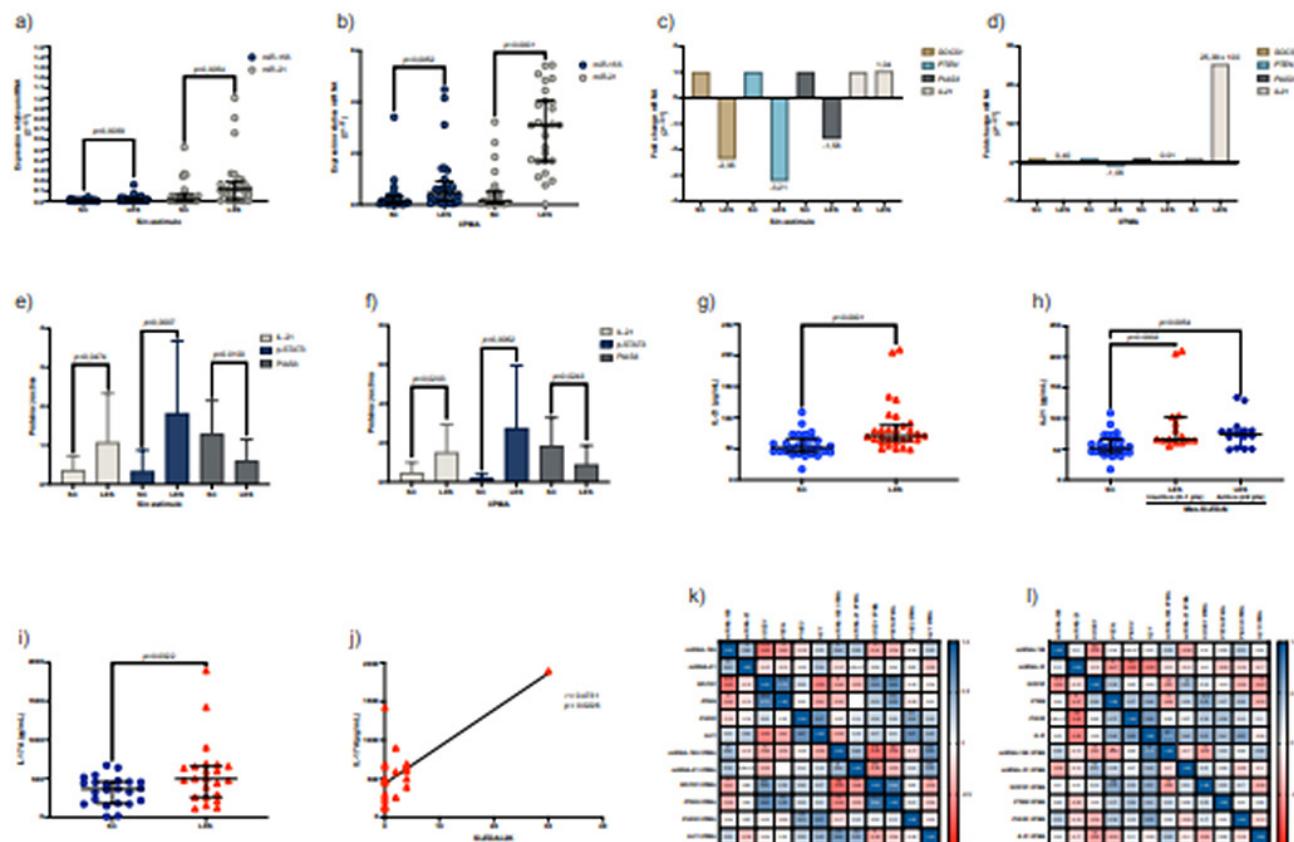
Objetivo: Evaluar la expresión de los miRNA-155 y miRNA-21 y su nexo con las moléculas reguladoras (SOCS1, PTEN y PIAS3) de la vía de señalización de IL-21, STAT3 en PBMC de pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Se incluyó a 28 sujetos control (SC) y 30 pacientes con LES procedentes del Hospital General de Occidente, Guadalajara, México (Tabla 1). Las PBMC se estimularon con 2,5 µg/mL de forbol 12-miristato-13-acetato (PMA) y 0.5 µg/mL de ionomicina para evaluar la expresión génica (3 h) y proteica (24 h). El RNA total se extrajo con TRIzol y la expresión de miRNAs y mRNA se midió mediante RT-qPCR, con uso de miRNA-320a y GAPDH como genes de referencia (Figura 1). Los valores de IL-21 e IL-17A se cuantificaron por ELISA. Las proteínas totales se extrajeron con tampón RIPA 1X y se analizaron mediante Western blot y anticuerpos específicos (IL-21, p-STAT3, PIAS3), con β-actina como control.

Resultados: La expresión de los miRNA-155 y miRNA-21 se encontró incrementada en pacientes con LES respecto de los SC ($p < 0.05$). Además, la expresión de los reguladores de STAT3: SOCS1, PTEN y PIAS3 estaba disminuida en pacientes con LES ($p < 0.05$) en comparación con los SC. Se reconoció una mayor expresión de IL-21 en pacientes con LES respecto de SC ($p < 0.05$). p-STAT3 se hallaba incrementado en estos pacientes con LES ($p < 0.05$), mientras que los valores de IL-21 e IL-17A estaban elevados en pacientes con LES respecto de los SC ($p \leq 0.05$, respectivamente).

Conclusiones: El incremento de los miRNA-155 y miRNA-21 se vincula con una disminución de las moléculas reguladoras de STAT3: SOCS1,

Figura 1. Moléculas reguladoras de la vía de señalización de IL-21. (A) Expresión génica de miRNA-155 y miR-21 en CCS y LES sin estímulo. (B) Expresión génica de miR-155 y miRNA-21 en SC y LES tras el estímulo con I/PMA. (C) Expresión génica de las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PLAS3* e *IL21* en SC y LES con estímulo. (D) Expresión génica de las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PLAS3* e *IL21* en SC y LES con estímulo. (E) Expresión proteica de IL-21, p-STAT3 y PIAS3 en SC y LES sin estímulo. (F) Expresión proteica de IL-21, p-STAT3 y PIAS3 en SC y LES con estímulo. (G) Valores plasmáticos de IL-21 en SC y pacientes con LES. (H) Valores plasmáticos de IL-21 de acuerdo con el índice de actividad Mex-SLEDAI en paciente con LES. (I) Valores de IL-17 en sobrenadante de cultivo celular en SC y pacientes con LES. (J) Valores de IL-17 en sobrenadante de cultivo celular de acuerdo con el índice de actividad SLEDAI-2K en pacientes con LES. (K) Correlación de los miR-155 y miR-21 con las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PLAS3* e *IL21* sin estímulo y tras el estímulo en SC. (L) Correlación de los miR-155 y miR-21 con las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PLAS3* e *IL21* sin estímulo y tras el estímulo en pacientes con LES. SC, sujeto control; LES, lupus eritematoso sistémico; I/PMA, ionomicina/forbol-12-miristato 13-acetato; pg/mL, picogramos/mililitro. Prueba U de Mann-Whitney, la significancia estadística se determinó a partir de un $p \leq 0.05$. (CG043)



PTEN y PIAS3, activación constante de STAT3 e incremento de los valores de IL-21, en pacientes con LES.

Bibliografía

1. Tsokos GC. Mechanisms of disease systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2011;22.
2. Liu SM, King C. IL-21-producing Th cells in immunity and autoimmunity. *J Immunol*. 2013 Oct 1;191(7):3501-6.
3. Spolski R, Leonard WJ. Interleukin-21: a double-edged sword with therapeutic potential [Internet]. *Nature Reviews Drug Discovery*. Nature Publishing Group; 2014;[cited 2020 Mar 11];13:379-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24751819>
4. Rao DA, Gurish MF, Marshall JL, et al. Pathologically expanded peripheral T helper cell subset drives B cells in rheumatoid arthritis. *Nat*. 2017 542:7639 [Internet]. 2017 Feb 2 [cited 2022 Jul 2];542(7639):110-4. Available from: <https://www.nature.com/articles/nature20810>.
5. Kiriakidou M, Ching CL. In the clinic® systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med*. 2020;172(11):ITC82-96.
6. Rahman A, Isenberg DA. Mechanisms of disease: systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2008;358(9):929-39.
7. Rasmussen TK, Andersen T, Bak RO, et al. Overexpression of microRNA-155 increases IL-21 mediated STAT3 signaling and IL-21 production in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther*. [Internet] 2015 Jun 9 [cited 2020 Nov 25];17(1):154. Available from: <http://arthritis-research.com/content/17/1/154>.
8. Croker BA, Kiu H, Nicholson SE. SOCS regulation of the JAK/STAT signalling pathway. *Semin Cell Dev Biol*. [Internet] 2008 [cited 2022 Jul 5];19(4):414-22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18708154/>.
9. Qiu LJ, Xu K, Liang Y, et al. Decreased SOCS1 mRNA expression levels in peripheral blood mononuclear cells from patients with systemic lupus erythematosus in a Chinese population. *Clin Exp Med*. [Internet] 2015 Aug 3 [cited 2022 Jul 5];15(3):261-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25330931/>.
10. Shrestha S, Yang K, Guy C, et al. Treg cells require the phosphatase PTEN to restrain TH1 and TFH cell responses. *Nat Immunol*. [Internet] 2015 Jan 16 [cited 2022 Jul 5];16(2):178-87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25559258/>.
11. Kluge A, Dabir S, Vlassenbroeck I, et al. Protein inhibitor of activated STAT3 expression in lung cancer. *Mol Oncol*. [Internet] 2011 [cited 2022 Jun 14];5(3):256-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21497567/>.
12. Wu XN, Ye YX, Niu JW, et al. Systemic lupus erythematosus: defective PTEN regulation contributes to B cell hyperresponsiveness in systemic lupus erythematosus. *Sci Transl Med*. 2014;6(246).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con LES. (CG043)

| Variable | LES (n = 30) |
|---|------------------|
| Edad, años | 40,87 (20-71) |
| Género femenino, n (%) | 30 (100) |
| Evolución de la enfermedad, años | 10,86 (0,25-31) |
| Antecedente familiar de enfermedad reumática, n (%) | 13/30 (43,3) |
| Mex-SLEDAI | 2,38 (0-14) |
| Inactivo, n (%) | 15/30 (50,0) |
| Activo, n (%) | 15/30 (50,0) |
| SLEDAI-2K | 1 (0-30) |
| REM/LDA, n (%) | 27/30 (90,0) |
| HDA, n (%) | 3/30 (10,0) |
| Índice de daño SLICC | 0,18 (0-2) |
| Sin daño, n (%) | 26/30 (86,7) |
| Con daño, n (%) | 4/30 (13,3) |
| Perfil de autoanticuerpos | |
| Anticuerpos antinucleares (ANA), n (%) | 30/30 (100) |
| Anti-dsDNA+, n (%) | 8/30 (26,7) |
| Anti-RNP+, n (%) | 5/30 (16,7) |
| Anti-Ro+, n (%) | 2/30 (6,7) |
| Anti-Sm+, n (%) | 2/30 (6,7) |
| Dominios clínicos | |
| Mucocutáneo ^a , n (%) | 10/30 (33,3) |
| Hematológico ^b , n (%) | 5/30 (16,7) |
| Renal ^c , n (%) | 4/30 (13,3) |
| Musculoesquelético ^d , n (%) | 3/30 (10,0) |
| Variables de laboratorio | |
| Biometría hemática | |
| Hemoglobina | 12,8 (8,3-15,4) |
| Hematocrito | 39,7 (26,2-46,7) |
| Leucocitos | 5,5 (2,0-10,0) |
| Linfocitos | 1,5 (1,0-3,0) |
| Neutrófilos | 3,3 (1,0-7,0) |
| Plaquetas | 248,0 (44-416) |
| VSG (mm/h) | 30,6 (6,0-62,0) |
| Tratamiento | |
| Sin tratamiento, n (%) | 2/30 (6,7) |
| Uso de prednisona, n (%) | 15/30 (50,0) |
| Dosis de prednisona | 5,9 (0,0-75,0) |
| Antipalúdico, n (%) | 18/30 (60,0) |
| Azatioprina, n (%) | 10/30 (33,3) |
| Micofenolato de mofetilo, n (%) | 8/30 (26,7) |
| Metotrexato, n (%) | 4/30 (13,) |
| Ciclofosfamida, n (%) | 1 (3,3) |

Los datos se muestran en medias y máx-mín; Mex-SLEDAI: inactivo (0-1 pts), activo (≥ 2); SLEDAI-2K: REM/LDA (< 6 pts), HDA (≥ 6 pts); SLICC: sin-daño (0 pts), con daño (> 1 pts).

^aMucocutáneo: eritema malar, alopecia, úlceras orales y fotosensibilidad.

^bHematológico: leucopenia, linfopenia y trombocitopenia.

^cRenal: proteinuria persistente (> 0,5 g/día) y cilindros. ^dMusculoesquelético: artritis; ANA, anticuerpos antinucleares; LES, lupus eritematoso sistémico; REM, remisión; LDA, *Low Disease Activity*; HDA, *High Disease Activity*; máx, máximo; mín, mínimo.

- Shi C, Yang Y, Xia Y, et al. Novel evidence for an oncogenic role of microRNA-21 in colitis-associated colorectal cancer. *Gut* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2022 Nov 3];65(9):1470-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25994220/>.
- Li W, Liu S, Chen Y, et al. Circulating exosomal microRNAs as biomarkers of systemic lupus erythematosus. *Clinics* 2020 Jan 1;75:e1528.
- Singh RP, Hahn BH, Bischoff DS. Identification and contribution of inflammation-induced novel MicroRNA in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Front Immunol*. 2022;13(April):1-11.

CG044**ASOCIACIÓN ENTRE NEUTROPENIA Y ACTIVIDAD GRAVE DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

M.F. Martínez-Alcántara, J. Reyes-Gonzaga, D.D. Castañeda-Martínez, S.A. Vázquez-Guevara

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una alteración autoinmunitaria que se debe a la activación crónica y recurrente del sistema inmunitario, con producción de anticuerpos y otros productos proteicos que contribuyen a la inflamación y al daño tisular. Los neutrófilos se han considerado desde hace tiempo como una fuente potencial de autoantígenos y citocinas proinflamatorias. El aumento de la formación de trampas extracelulares de neutrófilos (NET) se ha propuesto como un fenómeno que contribuye a la enfermedad en diferentes modos, al estimular la producción de IFN- γ por células dendríticas plasmacitoides y producir disfunción endotelial y cambios protrombóticos.

Objetivo: Determinar la relación entre la neutropenia y la aparición de manifestaciones graves del lupus eritematoso sistémico (nefritis lúpica, hemorragia alveolar difusa, trombocitopenia, manifestaciones neuropsiquiátricas).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrolectivo y comparativo (casos y controles anidados en una cohorte). La población de este estudio fueron los pacientes del servicio de reumatología de Centro Médico Nacional La Raza, de los años 2010 a 2022. Todos eran mayores de 18 años, hombres y mujeres, y cumplían los criterios de clasificación de la ACR/EULAR de 1997 para LES (Tabla 1). Se dividieron en dos grupos: grupo con neutropenia (neutrófilos totales < 1500 cel/mm³, caso) y grupo comparativo sin neutropenia, control. La estadística descriptiva incluyó variables cuantitativas expresadas en media, desviación estándar o mediana y rangos intercuartílicos según fuera la distribución de las variables; las variables cualitativas se expresaron en número y porcentajes. Se realizó un análisis bivariado con las pruebas ji cuadrada o T de Student. Se calculó razón de momios (*odds ratio*) con un intervalo de confianza del 95% y se utilizaron los datos de actividad de la enfermedad como una medida de desenlace en este modelo de regresión logística con el programa SPSS V.25 (Tabla 2). Un valor de $p < 0,05$ se consideró como estadísticamente significativo.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con lupus eritematoso sistémico mayores de 18 años, n = 96. (CG044)

| | |
|--|-----------------|
| Edad,* años | 36,8 (11,6) |
| Evolución, mediana (RIC), años | 11 (10,75) |
| Comórbidos, mediana (RIC), índice de Charlson | 0 (0) |
| Hemoglobina,* g/dL | 11,2 (2,84) |
| VCM, mediana (RIC) fL | 88 (7,3) |
| CHCM, mediana (RIC) g/dL | 32 (3,9) |
| Leucocitos, mediana (RIC) células/mm ³ | 4450 (4980) |
| Neutrófilos totales, mediana (RIC) células/mm ³ | 2850 (3900) |
| Linfocitos totales, mediana (RIC) células/mm ³ | 800 (802) |
| Plaquetas, mediana (RIC) células/mm ³ | 121500 (147000) |
| DNA, mediana (RIC) alto | 29,7 (99,7) |
| C3* bajo | 70,3 (33,8) |
| C4, mediana (RIC) alto | 12 (9,75) |
| Prednisona, mediana (RIC) mg | 5 (21,8) |
| SLEDAI 2K, mediana (RIC) puntos | 2 (4) |
| VSG* mm/h | 23,47 (12,86) |
| PCR, mediana (RIC) mg/L | 11,5 (16,38) |

*Media, desviación estándar.

Tabla 2. Análisis de regresión logística de manifestaciones relacionadas con neutropenia. (CG044)

| | Sin neutropenia | Con neutropenia | p | OR (IC95%) |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-------|--------------------|
| Infecciones graves, n | 1 | 6 | 0,13 | 5,52 (0,43-70,49) |
| Linfopenia, n | 33 | 29 | 0,059 | 4,28 (0,94-19,3) |
| Cutáneo, n | 4 | 28 | 0,181 | 2,93 (0,60-14,22) |
| Trombocitopenia grave, n | 58 | 21 | 0,002 | 23,8 (3,35-169,94) |
| SLEDAI 2K > 10, n | 2 | 4 | 0,51 | 2,25 (0,19-25,93) |

Resultados: La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio correspondió a mujeres (92%), las cuales tenían una media de 36,8 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 11 años. La trombocitopenia fue la que se presentó en mayor medida en el estudio (82,3%). El síndrome de Fisher-Evans se relacionó en un 19,8%. Las manifestaciones renales se presentaron en un 53,1%. La mitad de los pacientes del estudio tenía una actividad baja (SLEDAI < 4), el 14% de ellos actividad moderada (SLEDAI, 5-10) y solo el 6% actividad alta de la enfermedad (SLEDAI > 10). Se encontró que el mayor número de pacientes con trombocitopenia grave (25 000 plaquetas) no tenía neutropenia ($p = 0,002$).

Conclusiones: En este estudio se concluyó que los pacientes con trombocitopenia grave no suelen presentar neutropenia, lo cual debe explicarse por un mecanismo diferente que afecte a distintas líneas celulares. En cuanto a otras manifestaciones informadas, y que se tomaron en cuenta para este estudio como la hemorragia alveolar difusa, la nefritis lúpica y el lupus neuropsiquiátrico, no se identificó relación con neutropenia. Por el momento, estas dos manifestaciones hematológicas señalan actividad de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Es probable que en un futuro puedan conducirse estudios que incluyan a más pacientes y ayuden a determinar la vinculación con otras manifestaciones clínicas.

Bibliografía

1. Meyer A, Guffroy A, Blaison G, et al. Systemic lupus erythematosus and neutropenia: a hallmark of haematological manifestations. *Lupus Sci Med*. 2020 Jul;7(1):e000399.
2. Tanha N, Hansen RB, Yang J, et al. Lymphopenia and neutropenia are associated with subsequent incident proteinuria in Danish patients with systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol*. 2020 Mar;39(2):122-30.

CG045

TINCIÓN DE GRAM MODIFICADA PARA TEJIDOS ARTICULARES MURINOS Y HUMANOS

S.A. González-Chávez, E. Chaparro-Barrera, C. Pacheco-Silva, L.R. Rivera-Chávez, R. López-García, M.F. Alvarado-Jáquez, C. Pacheco-Tena
Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: En las últimas décadas, los avances de la tecnología de secuenciación genómica han mejorado la comprensión del microbioma humano, lo que ha permitido describir la existencia de un microbioma en tejidos antes considerados estériles, incluida la articulación. La investigación sobre el microbioma articular es clave para la comprensión de la fisiopatología de las enfermedades reumáticas (ER). La tinción de Gram se ha modificado históricamente para conseguir tinciones en tejidos con el suficiente contraste de color entre las bacterias y las células eucariotas. No obstante, esta tinción no se ha estandarizado antes para reconocer las bacterias en las estructuras articulares de modelos murinos de articulación de ER o pacientes.

Objetivo: Estandarizar la tinción de Gram modificada para tejidos que describieron Brown y Brenn para la identificación de bacterias en estructuras articulares de ratones DBA/1 con el modelo de espondiloartritis (EspA) y muestras de cartílago de pacientes con osteoartritis (OA).

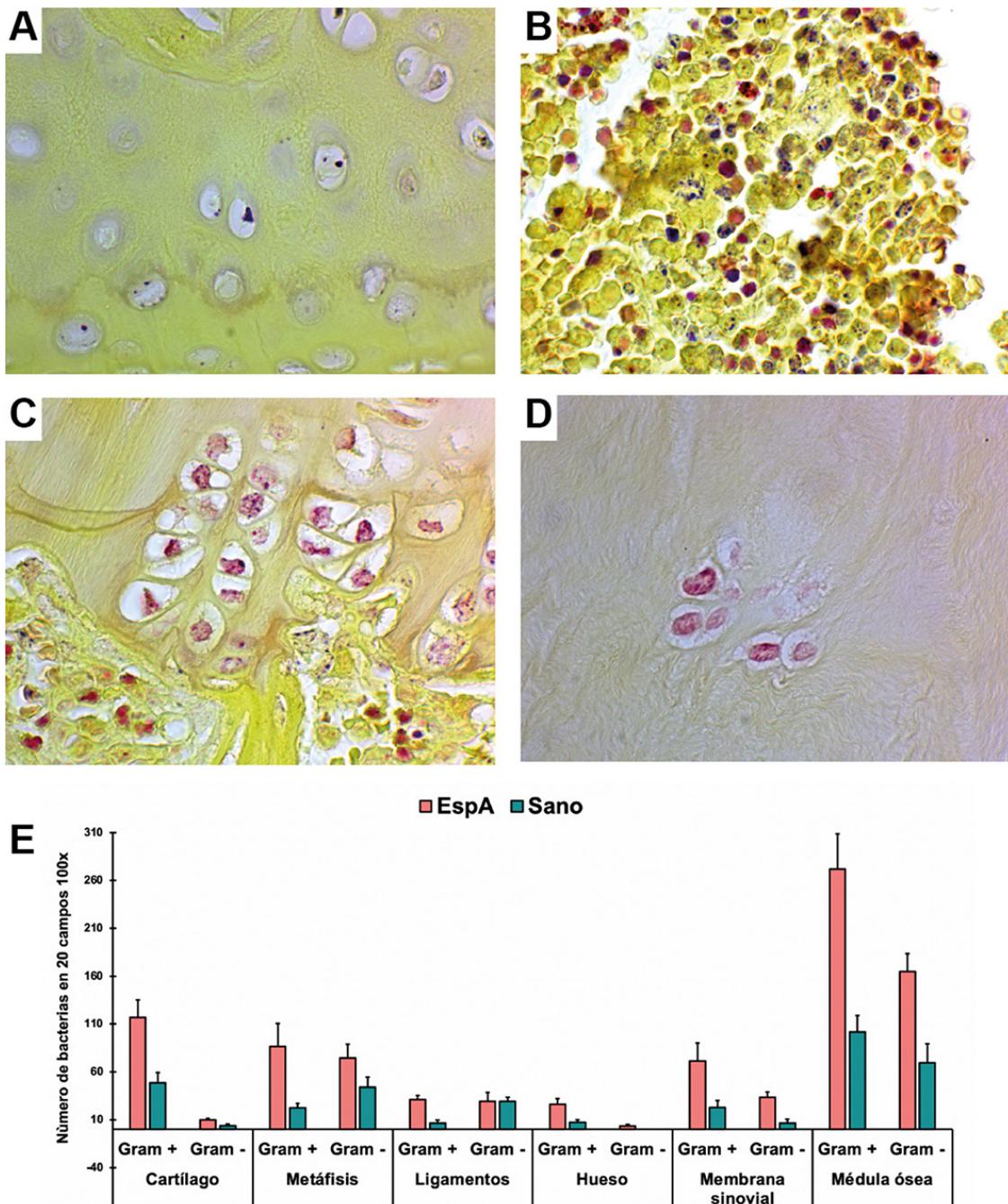
Material y métodos: El modelo de EspA se generó de acuerdo con el modelo de artritis espontánea en ratones DBA/1 ($n = 10$) y se usaron ratones BALB/c sanos como control ($n = 10$). Las muestras de cartílago humano se obtuvieron de pacientes con OA sometidos a cirugía de reemplazo articular que aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado ($n = 5$). Las muestras se fijaron en formol, se descalcificaron con EDTA y se embebieron en parafina. Se obtuvieron cortes y se tiñeron de acuerdo con la descripción de Brown y Brenn. La estandarización de la técnica se consiguió al modificar las concentraciones y tiempos en los distintos colorantes y decolorantes hasta conseguir la visualización de bacterias definidas en color azul-violeta (grampositivas) o rosas (gramnegativas) que contrastaran claramente con el color amarillo del ácido pícrico teñido homogéneamente en las diferentes estructuras articulares. Una vez estandarizada la tinción se evaluó la presencia de bacterias en cartílago, metáfisis, hueso, ligamento, membrana sinovial y médula ósea de las rodillas de ratones DBA/1 con EspA y sanos.

Resultados: En las rodillas y patas de ratones DBA/1 y en las muestras de cartílago humano, la tinción de Gram modificada para tejidos que describieron Brown y Hopps mostró patrones de tinción inespecíficos de los colorantes cristal violeta y safranina, sobre todo en las áreas de alto contenido de colágeno. Los tiempos de coloración y decoloración se ajustaron para conseguir tinciones específicas en los tejidos murinos y humanos tal y como se describen en la **Tabla 1**. Durante el proceso de estandarización se evidenció que pequeñas variaciones en los tiempos de teñido y destañido afectan de manera directa los patrones de distribución de los colorantes de Gram. La cantidad de bacterias grampositivas y gramnegativas fue mayor en los tejidos de ratones con EspA en comparación con los sanos. Las

Tabla 1. Tinción de Gram modificada para tejidos articulares murinos y humanos. (CG045)

| Acción | Con | Tiempo/observaciones |
|--------------|---------------------------------------|--|
| Desparafinar | Horno a 60-65°C | 5 min |
| Desparafinar | Xileno | 5 min |
| Desparafinar | Xileno | 5 min |
| Enjuagar | Alcohol absoluto | 3 min |
| Enjuagar | Alcohol 96% | 3 min |
| Enjuagar | Alcohol 80% | 3 min |
| Enjuagar | Alcohol 70% | 3 min |
| Enjuagar | Alcohol 50% | 3 min |
| Enjuagar | Agua destilada | 3 min |
| Teñir | Cristal violeta+ NaCO ₃ 5% | 2 min |
| Enjuagar | Agua destilada | Remover exceso de cristal violeta con píseta |
| Fijar | Yodo de Gram | 2 min |
| Enjuagar | Agua destilada | Remover exceso de yodo de Gram con píseta |
| Secar | Papel filtro seco | Secar completamente |
| Diferenciar | Alcohol-acetona (1:1) | Hasta que el color azul cese de la laminilla |
| Contrateñir | Fucsina básica 0,025% | 3 min |
| Enjuagar | Agua destilada | Remover exceso de fucsina con píseta |
| Diferenciar | Acetona pura | Sumergir una vez |
| Contrastar | Ácido pícrico-acetona 0,1% | Sumergir 20 veces a ritmo constante |
| Decolorar | Acetona pura | Sumergir una vez |
| Decolorar | Acetona-xileno (1:1) | Sumergir una vez |
| Clarificar | Xileno | 1 min |
| Clarificar | Xileno | 1 min |
| Clarificar | Xileno | 1 min |
| Montar | Resina | Colocar el cubreobjetos |

Figura 1. Tinción de Gram modificada para tejidos articulares murinos y humanos. Imágenes representativas de la técnica de Brown y Brenn para tinción de Gram en tejidos estandarizada para estructuras articulares murinas y humanas. (A-D) Bacterias grampositivas en cartílago (A), bacterias gram-positivas y negativas en médula ósea (B), bacterias grampositivas y negativas en metáfisis (C) de ratones DBA/1 con EspA y bacterias gramnegativas en cartílago de paciente con osteoartritis (D). Cuantificación de bacterias en estructuras articulares de ratones DBA/1 con EspA (E). (CG045)



bacterias grampositivas fueron más abundantes que las gramnegativas. La médula ósea fue el sitio con mayor cantidad de bacterias, seguida por el cartílago y las metáfisis (Figura 1).

Conclusiones: Las estructuras articulares poseen componentes que determinan los tiempos de fijación de los colorantes de la tinción de Gram modificada para tejidos, por lo que esta debe estandarizarse. La tinción de Gram estandarizada para tejidos articulares murinos y humanos es de gran utilidad en el estudio de la patogenia de las ER al permitir la identificación de bacterias que pueden conformar el microbioma articular.

Bibliografía

1. Clarkson SJ, Goswami K, Parvizi J. The microbiome of the joint. En: Hansen E, Kühn KD, editores. *Essentials of cemented knee arthroplasty* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2022 [citado el 4 de septiembre de 2022]:101-7. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-63113-3_10.
2. Brown JH, Brenn L. A method for the differential staining of Gram-positive and Gram-negative bacteria in tissue sections. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 1931;48:69-73.

CG046

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RECAÍDA EN PACIENTES CON ESPONDILOAARTRÍTIS CON TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA DEL HOSPITAL CMN SIGLO XXI

I.M. Villarruel-Barajas, A.A. Ramírez-Pérez, J.R. Hernández-Vásquez, J.F. Verdugo-Félix, S.I. Castillo-Anaya

UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La espondiloartritis afecta al 0,5% a 2% de la población global. Es fundamental implementar un tratamiento temprano para mejorar la calidad de vida y limitar la progresión del daño, pese a lo cual no todos los pacientes que reciben tratamiento con anti-TNF- α (factor de necrosis tumoral alfa) responden de igual modo.

Objetivo: Definir los factores de riesgo relacionados con recaída después de lograr la remisión de la enfermedad por más de un año con el uso de anti-TNF- α en pacientes con espondiloartritis.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo con pacientes del departamento de reumatología de la UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de espondiloartritis que cumplieron criterios ASAS del año 2009 y que habían logrado BASDAI < 4 con inicio de anti-TNF- α por > 6 meses en forma continua. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias. Las variables continuas se registraron en medias y desviación estándar (DE) o en medianas o rangos intercuartílicos según fuera la distribución de normalidad de los datos. Se determinó la relación de riesgo o protección para la aparición de recaída mediante el cálculo de razón de momios (*odds ratio*). Las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza del 95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 25. El nivel de significancia estadística se consideró un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes con una media de edad de 42,17 años $\pm 12,7$ DE. Del total de pacientes, 32 tuvieron espondilitis anquilosante (62,7%), 16 artritis psoriásica (31,4%), 2 artritis relacionada con enfermedad inflamatoria intestinal (3,9%), uno artritis indiferenciada (2%) y ninguno artritis reactiva. La mayor parte de los pacientes (45,1%) se encontraba en tratamiento con adalimumab y solo un paciente (2%) con secukinumab. Del total de participantes, 13 (25,5%) requirieron cambio de tratamiento biológico en algún punto de su seguimiento y 16 (31,4%) sufrieron recaída posterior al inicio del tratamiento con anti-TNF- α . Al analizar la relación entre las variables estudiadas en los pacientes que tuvieron recaída y los que no, se no se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En este estudio no se hallaron diferencias significativas al analizar la relación entre las variables proteína C reactiva, edad, duración de la enfermedad, tipo de espondiloartritis, tipo de anti-TNF- α , uso de fármaco biológico distinto de anti-TNF- α , género, estado nutricional, uso de AINE o cambio de tratamiento biológico. No se obtuvieron conclusiones respecto del efecto del peso normal, artritis reactiva e indiferenciada por falta de pacientes con estas características y un tamaño limitado de población. Ni la afección periférica ni el tabaquismo se evaluaron en este estudio; sin embargo, pueden ser variables interesantes y factibles de estudiar ya que en algunos estudios se ha observado que la ausencia de artritis periférica y el tabaquismo se vincularon con peor respuesta al tratamiento.

Bibliografía

1. Arends S, Brouwer E, van der Veer E, et al. Baseline predictors of response and discontinuation of tumor necrosis factor-alpha blocking therapy in ankylosing spondylitis: A prospective longitudinal observational cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2011 Jun;14(3).

CG047

LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD PEQUEÑAS Y DENSAS COMO BIOMARCADOR DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, I.J. Colunga-Pedraza, D.E. Flores-Alvarado, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica. Estos pacientes tienen riesgo cardiovascular aumentado debido a las características de la enfermedad. Reducir el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) es todavía un enfoque principal en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Es importante considerar las subfracciones del LDL-C, como el LDL pequeño y denso (sdLDL). Incluso cuando los valores de LDL-C se hallan dentro de límites normales, se ha señalado que el sdLDL está elevado en condiciones inflamatorias crónicas. La relación de la enfermedad cardiovascular con sdLDL es notable, ya que estas partículas tienen la capacidad de penetrar la pared arterial y ello acelera la susceptibilidad a la oxidación. No hay información sobre la relación de sdLDL con enfermedad aterosclerótica en pacientes con AP.

Objetivo: Evaluar la relación entre sdLDL y la aterosclerosis subclínica en pacientes con AP.

Material y métodos: Participaron 109 pacientes con diagnóstico de AP según los criterios de clasificación CASPAR 2006, ≥ 18 años. Se excluyó a los pacientes con un episodio CV previo, otra enfermedad del tejido conectivo o embarazo. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los pacientes. La presencia de placa carotídea (PC) se consideró un grosor de la íntima-media carotídea (GIMC) $\geq 1,2$ mm o un estrechamiento focal $\geq 0,5$ mm. Se tomó una muestra de sangre para medir el perfil lipídico. Se calculó el sdLDL con la fórmula: 0,580 (lipoproteína de baja densidad no-HDL) + 0,407 (LDL-C directo)-0,719 (LDL-C calculado)-12,05, en la cual LDL-C calculado = colesterol total (CT)-HDL-C-(triglicéridos/5). Los pacientes se dividieron en dos grupos, con y sin PC. Las comparaciones se realizaron con las pruebas ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney. Las correlaciones entre grosor de la GIMC y perfil lipídico se efectuaron con el coeficiente de correlación de Spearman (rs). Se consideró estadísticamente significativo un valor $p \leq 0,05$.

Resultados: Los pacientes con AP y PC eran mayores (57,9 vs. 50,8 años, $p = 0,001$), con mayor prevalencia de diabetes mellitus (34,1% vs. 15,4%, $p = 0,023$), y mayor sdLDL (102,1 vs. 96,7 mg/dL, $p = 0,003$) (**Tabla 1**). En el análisis univariado se reconoció una correlación positiva moderada entre sdLDL y GIMC ($rs = 0,305$, $p = 0,001$), y una correlación positiva baja entre CT y GIMC ($rs = 0,199$, $p = 0,038$). Posteriormente, un análisis

Tabla 1. Comparación de características clínicas y demográficas entre pacientes con diagnóstico de AP, con y sin PC. (CG047)

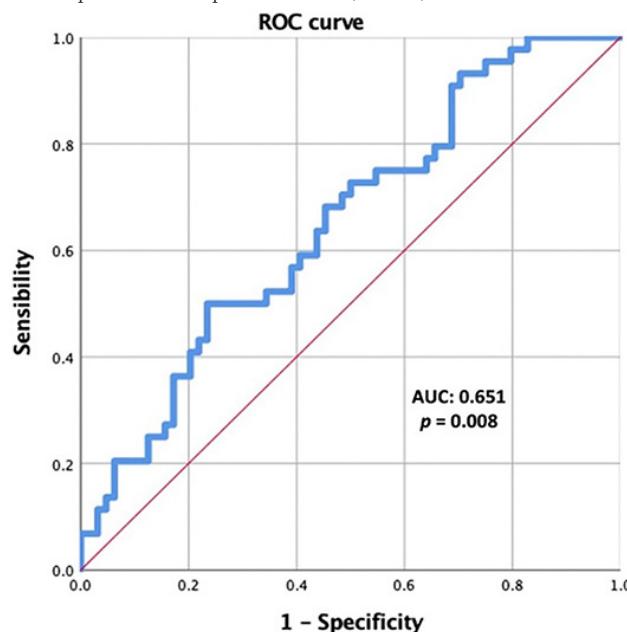
| Características | Pacientes con AP y PC (n = 44) | Pacientes con AP sin PC (n = 65) | Valor de p |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Mujeres, n (%) | 23 (52,3) | 38 (58,5) | 0,523 |
| Edad, años, media \pm DE | 57,9 \pm 12,3 | 50,8 \pm 9,1 | 0,001 |
| DMT2, n (%) | 15 (34,1) | 10 (15,4) | 0,023 |
| Hipertensión, n (%) | 20 (45,5) | 21 (32,3) | 0,164 |
| Dislipidemia, n (%) | 24 (54,5) | 25 (38,5) | 0,098 |
| Obesidad, n (%) | 14 (31,8) | 26 (40,0) | 0,385 |
| Tabaquismo activo, n (%) | 7 (15,9) | 14 (21,5) | 0,528 |
| Duración de la enfermedad, años, mediana (p25 ^o -p75 ^o) | 7 (3-12) | 4 (2-8) | 0,141 |
| MTX, n (%) | 28 (63,6) | 35 (53,8) | 0,310 |
| Glucocortoides, n (%) | 6 (13,6) | 11 (16,9) | 0,643 |
| FARMEb, n (%) | 18 (40,9) | 20 (30,8) | 0,276 |
| Triglicéridos, mg/dL, media \pm DE | 176,6 \pm 104,6 | 146,6 \pm 68,9 | 0,073 |
| CT, mg/dL, media \pm DE | 186,8 \pm 40,5 | 174,2 \pm 34,2 | 0,082 |
| HDL-C, mg/dL, media \pm DE | 49,6 \pm 17,1 | 48,7 \pm 14,4 | 0,766 |
| LDL-C, mg/dL, media \pm DE | 102,1 \pm 34,5 | 96,7 \pm 29,4 | 0,378 |
| sdLDL, mg/dL, media \pm DE | 37,4 \pm 12,1 | 30,3 \pm 11,7 | 0,003 |

AP, artritis psoriásica; PC, placa carotídea; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; MTX, metotrexato; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológica; CT, colesterol total; HDL, lipoproteína de alta densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad; sdLDL, LDL pequeño y denso.

multivariado, ajustado por edad y CT, reveló que el sdLDL elevado está vinculado de forma independiente con aumento del GIMc, con un $\beta = 0,007$ (IC95%, 0,002-0,012; $p = 0,012$). Un análisis de curva ROC para evaluar la capacidad de sdLDL de identificar PC en pacientes con AP mostró un AUC de 0,651 (IC95%, 0,547-0,754; $p = 0,008$), con punto de corte de 32,3, sensibilidad de 63,6% y especificidad de 56,2% (Figura 1).

Conclusiones: Este estudio reveló una relación significativa entre sdLDL y aterosclerosis subclínica en pacientes con AP. Se observaron valores elevados de sdLDL en pacientes con PC y estas cifras incrementadas estaban relacionadas de forma independiente con un mayor GIMc. Asimismo, el sdLDL demostró tener capacidad para identificar a los pacientes con AP y PC. La medición o cálculo del sdLDL debe incorporarse a la evaluación sistemática del riesgo cardiovascular en pacientes con AP.

Figura 1. Análisis de curva ROC de la capacidad diferenciadora de sdLDL para identificar placa carotídea. (CG047)



Bibliografía

1. Sorokin AV, Patel N, Li H, et al. Estimated sdLDL-C for predicting high-risk coronary plaque features in psoriasis: a prospective observational study. *Lipids Health Dis.* 2023 Apr 27;22(1):55.
2. Palazhy S, Kamath P. Estimation of small, dense LDL particles using equations derived from routine lipid parameters as surrogate markers. *Biochemistry & Analytical Biochemistry.* 2014;3(1).

CG048

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE INVOLUCRO UNGUEAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SEIS CALCULADORAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M.F. Elizondo-Benítez, J.R. Azpíri-López, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, A. Guajardo-Aldaco, V. González-González

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad crónica, inflamatoria e inmunomedida que afecta hasta al 30% de los pacientes con psoriasis. El compromiso ungual afecta al 80% de los pacientes con AP y al 30% a 50% de los pacientes con psoriasis. La afectación de las uñas

en pacientes con esta última se ha vinculado con una mayor prevalencia de síndrome metabólico, mayor riesgo de insuficiencia cardiaca y mayor riesgo cardiovascular (RCV) en general.

Objetivo: Determinar la relación entre el índice de gravedad de la psoriasis ungual (NAPSI) y el riesgo cardiovascular evaluado mediante seis calculadoras de RCV.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo en pacientes con AP (CASPAR 2006) mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes con síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores y embarazadas. El NAPSI se obtuvo a través de exploración física y los pacientes se dividieron en dos grupos: sin y con afectación ungual. El RCV de cada paciente se evaluó mediante seis algoritmos: *Framingham lipids* y *BM*, *ACC/AHA*, *ESC* (SCORE), *QRISK3 Reynolds Risk Score*. Se realizaron las pruebas estadísticas según correspondiera. Se tomó un valor estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. La correlación se llevó a cabo con rho de Spearman.

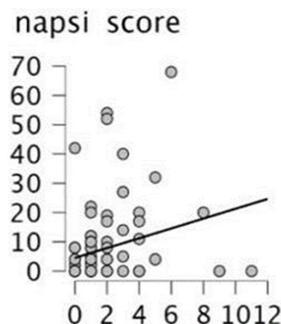
Resultados: Se incluyó a 85 pacientes con AP, en su mayoría mujeres (55,2%), con una edad media de $55,9 \pm 8,14$ años. La comorbilidad cardiovascular más prevalente fue la dislipidemia (44,7%). Hubo diferencia estadísticamente significativa en el DAS28PCR entre los grupos ($2,33 \pm 1,0$ vs. $2,99 \pm 1,5$, $p = 0,021$), DAPSA ($p = 0,016$), PASI ($p = 0,013$) y valor de SCORE (1,0 (0,0-2,0) respecto de 1,5 (1-3), $p = 0,023$) (Tabla 1). Se encontró una correlación positiva entre NAPSI y la edad (r de Pearson = 0,213, $p = 0,025$) y SCORE (rho de Spearman = 0,321, $p = 0,001$) (Figura 1).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ecocardiograma. (CG048)

| Variables | NAPSI < 1 n = 45 | NAPSI > 1 n = 40 | Valor p |
|--------------------------|---------------------|---------------------|---------|
| Edad, años, \pm DE | $57,6 \pm 8,7$ | $47,8 \pm 10,1$ | NS |
| Mujeres, n (%) | 26 (57,7) | 21 (52,5) | NS |
| Comorbilidades | | | |
| Diabetes, n (%) | 8 (17,7) | 12 (30,0) | NS |
| Hipertensión, n (%) | 20 (44,4) | 13 (32,5) | NS |
| Dislipidemia, n (%) | 21 (46,6) | 17 (42,5) | NS |
| Tabaquismo activo, n (%) | 7 (15,5) | 7 (17,5) | NS |
| Obesidad, n (%) | 16 (35,5) | 17 (42,5) | NS |

NAPSI, *Nail Psoriasis Activity Index*, Índice de gravedad de la psoriasis ungual; NS, no significativo; DE, desviación estándar.

Figura 1. Correlación positiva entre NAPSI y SCORE. (CG048)



Conclusiones: Una puntuación de NAPSI ≥ 1 se relaciona con un mayor RCV evaluado mediante el algoritmo SCORE, así como con una correlación positiva con otras herramientas de evaluación de la enfermedad. Los pacientes con AP y afectación de ungual deben someterse a un seguimiento estrecho del RCV debido a su mayor riesgo de desarrollar episodios cardiovasculares en comparación con la población de AP sin compromiso ungual.

Bibliografía

1. Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, Azpíri-López JR, et al. Nail involvement in psoriatic arthritis patients is an independent risk factor for carotid plaque. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 24 de junio de 2021

[consultado el 18 de diciembre de 2023]: annrheumdis—2021-220782. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-220782>.

2. Arif A, Roesyanto Mahadi ID, Yosi A. Correlation between nail psoriasis severity index score with quality of life in nail psoriasis. *Bali Med J* [Internet]. 30 de abril de 2021 [consultado el 18 de septiembre de 2024];10(1):256. Disponible en: <https://doi.org/10.15562/bmj.v10i1.2198>.

CGo49

ALTERACIONES LIPÍDICAS Y EL IMPACTO DE LOS BIOLÓGICOS EN EL MANEJO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

O.A. Garza-Flores, A.L. Guajardo-Aldaco, M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El tratamiento biológico se ha vinculado con alteraciones lipídicas sin cambios en los resultados de enfermedades cardiovasculares. El efecto de la modalidad biológica en los parámetros lipídicos entre pacientes con artritis psoriásica (AP) tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FARMEb) no se ha definido.

Objetivo: Comparar los valores séricos de lípidos, el riesgo cardiovascular (RCV), la prevalencia de placas carotídeas (PC) y el aumento del grosor de la íntima-media carotídeo (GIMc) entre pacientes con AP, con y sin tratamiento biológico.

Material y métodos: Estudio observacional, comparativo y transversal en pacientes que cumplían con los criterios de clasificación para la artritis psoriásica (CASPAR) de 2006. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y embarazo. Se realizó una historia clínica y análisis de sangre. La actividad de la enfermedad se midió mediante el Índice de la Actividad de la Enfermedad en la Artritis Psoriásica (DAPSA), el Índice de Área y Gravedad de la Psoriasis (PASI) y el Índice de Gravedad de la Psoriasis Ungueal (NAPSI). El RCV se determinó con las calculadoras ASCVD de la AHA, QRISK3 y SCORE. Se utilizó la ecografía carotídea en modo B para cuantificar el GIMc y determinar la presencia de placas. Se definió el aumento del GIMc como $\geq 0,8$ mm. Se definió PC como un estrechamiento focal de 0,5 mm de la luz circundante o un GIMc $> 1,2$ mm. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias (%), media (\pm DE) y mediana ($p25^{\circ}$ - $p75^{\circ}$), y las comparaciones se efectuaron con las pruebas ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se inscribió a 112 pacientes que cumplían los criterios. La prevalencia del uso de FARMEb fue del 33,92%. Los FARMEb más administrados fueron los inhibidores de TNF (84,84%). Los pacientes en tratamiento biológico tuvieron una puntuación NAPSI significativamente menor que aquellos con FARME sintéticos (0,00 [0,00-50,00] vs. 2,00 [0,00-80,00], $p = 0,013$). No se identificaron diferencias significativas en DAPSA, PASI, DAS28-PCR o DAS28-VSG. Los pacientes con tratamiento biológico tuvieron mayores valores de colesterol total (CT) ($188,23 \pm 38,53$ vs. $171,09 \pm 33,51$; $p = 0,017$) y colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) ($107,46 \pm 29,13$ vs. $93,07 \pm 29,07$; $p = 0,016$) en comparación con aquellos sin él. No se hallaron diferencias significativas entre el tratamiento biológico y el riesgo cardiovascular, la prevalencia de PC o la prevalencia de GIMc aumentado (Tabla 1).

Conclusiones: En esta población se observó que los pacientes tratados con FARMEb tuvieron cifras elevadas de colesterol total (CT) y lipoproteína de baja densidad (LDL-C). Sin embargo, estos aumentos no se tradujeron en diferencias significativas en el RCV, la prevalencia de placas carotídeas o GIMc aumentado. A pesar de ello, la ausencia de efectos inmediatos sobre el riesgo cardiovascular no debe soslayar la importancia de controlar los valores de lípidos en sangre. La vigilancia regular es crucial para detectar posibles cambios a largo plazo que puedan incrementar el riesgo de complicaciones cardiovasculares. En pacientes bajo tratamiento biológico, la vigilancia de los perfiles lipídicos permite ajustar intervenciones tempranas y prevenir futuros episodios cardiovasculares, dado que las dislipidemias

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas. (CG049)

| Variable | Pacientes sin tratamiento biológico n = 74 | Pacientes con tratamiento biológico n = 38 | p |
|-----------------------------------|---|---|---------|
| Edad, media \pm DE | 53,85 \pm 12,89 | 51,89 \pm 9,01 | NS |
| Género | | | |
| Mujeres, n (%) | 42 (56,75) | 22 (57,89) | NS |
| Hombres, n (%) | 32 (43,24) | 16 (42,10) | NS |
| Biológico | | | |
| Inhibidor de TNF | - | 32 (84,21) | - |
| Anti-IL-17 | - | 4 (10,52) | - |
| Otro | - | 2 (5,26) | - |
| Actividad de la enfermedad | | | |
| DAPSA, media \pm DE | 19,84 \pm 17,13 | 15,70 \pm 11,93 | NS |
| NAPSI, mediana (RIC) | 2,00 (0,00-80,00) | 0,00 (0,00-50,00) | 0,013 |
| PASI, mediana (RIC) | 1,40 (0,00-36,00) | 0,60 (0,00-1790) | NS |
| DAS28-PCR, media \pm DE | 2,65 \pm 1,30 | 2,50 \pm 1,05 | NS |
| DAS28-VSG, media \pm DE | 4,04 \pm 1,59 | 3,71 \pm 1,35 | NS |
| Calculadoras de RCV | | | |
| ASCVD, mediana (RIC) | 6,60 (0,30-56,30) | 4,35 (0,40-64,70) | NS |
| QRISK3, mediana (RIC) | 5,60 (0,30-46,10) | 4,85 (0,30-39,20) | NS |
| SCORE, mediana (RIC) | 1,00 (0,00-12,00) | 1,00 (0,00-14,00) | NS |
| Pruebas de laboratorio | | | |
| PCR, mediana (RIC) | 0,69 (0,01-6,80) | 0,34 (0,00-3,46) | < 0,001 |
| VSG, mediana (RIC) | 18,00 (1,00-103,00) | 14,50 (3,00-43,00) | NS |
| CT, media \pm DE | 171,09 \pm 33,51 | 188,23 \pm 38,53 | 0,017 |
| LDL-C, media \pm DE | 93,07 \pm 29,07 | 107,46 \pm 29,13 | 0,016 |
| HDL-C, mediana (RIC) | 46,65 (20,50-112,60) | 47,4 (24,10-100,40) | NS |
| Ultrasonido carotídeo | | | |
| Placa carotídea, n (%) | 19 (25,67) | 15 (39,47) | NS |
| GIMc aumentado, n (%) | 8 (10,81) | 5 (13,15) | NS |
| Otros fármacos | | | |
| Glucocorticoides, n (%) | 18 (24,32) | 3 (7,89) | 0,055 |

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; Inhibidor de TNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; anti-IL-17, antiinterleucina 17; DAPSA, Índice de actividad de la enfermedad en artritis psoriásica; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungueal; PASI, Índice de gravedad y área de la psoriasis; DAS28-PCR, Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones-proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones-velocidad de sedimentación global; ASCVD, Algoritmo de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica; CT, colesterol total; LDL-C, colesterol de lipoproteínas de baja densidad; HDL-C, colesterol de lipoproteínas de alta densidad; PC, placa carotídea; GIMc, grosor íntima-media carotídeo.

son un factor clave en el desarrollo de las enfermedades cardíacas. Un enfoque preventivo en el control de lípidos es esencial para optimizar la salud cardiovascular en estos sujetos.

Bibliografía

1. Sparks JA, Lesperance T, Accortt NA, et al. Subsequent cardiovascular events among patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, or psoriasis: patterns of disease-modifying antirheumatic drug treatment. *Arthritis Care Res.* (Hoboken) 2019;71(4):512-20.

CGo50

TIEMPO DE TRANSICIÓN ENTRE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA

M.F. Elizondo-Benítez, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, A.L. Guajardo-Aldaco, V. González-González, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad heterogénea que puede presentarse de forma posterior al desarrollo de la psoriasis o simultánea a él. El tiempo de transición de la psoriasis a la AP no se explica completamente solo por factores genéticos. Por lo tanto, los cambios clínicos, ambientales e inmunológicos pueden desempeñar un papel importante. Los estudios previos han señalado el importante papel de la psoriasis y la AP en la enfermedad cardiovascular, y esta es la primera causa de mortalidad en ambas poblaciones.

Objetivo: Determinar la relación entre la aterosclerosis subclínica y el inicio de la transición de la psoriasis a la artritis psoriásica.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y comparativo de pacientes con AP que cumplían los criterios de clasificación para la artritis psoriásica (CASPAR) de 2006, con 18 años o más. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca) y las embarazadas. La edad de inicio se definió a través de la historia clínica y los pacientes se emparejaron por edad y se dividieron en dos grupos: pacientes con psoriasis y AP concurrentes (< 1 año) y pacientes con psoriasis antes de AP (> 1 año). Todos los pacientes fueron objeto de una ecografía carotídea en modo B por un radiólogo certificado que no conocía la información clínica. La aterosclerosis subclínica se consideró como la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor íntima-media carotídeo (GIMc) $\geq 1,2$ mm o un estrechamiento focal $\geq 0,5$ mm de la luz circundante, o la presencia de un aumento del cIMT ($\geq 0,8$ mm). La distribución de los grupos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron mediante las pruebas ji cuadrada, Kruskal-Wallis, t de Student y U de Mann-Whitney. Un valor de p de $\leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 52 pacientes con AP, en su mayoría mujeres (55,7%), con una edad media de $55,5 \pm 12,2$ años. El intervalo medio de años de transición entre la psoriasis y la AP fue de $5,3 \pm 7,9$ años. La comorbilidad cardiovascular más prevalente fue la dislipidemia (44,2%) en ambos grupos. No hubo diferencia entre los grupos en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular comunes (diabetes, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo activo y obesidad). Se encontró una diferencia significativa en la presencia de aterosclerosis subclínica entre los grupos, con una mayor prevalencia de placa carotídea registrada en los grupos de psoriasis y AP concurrentes (50% vs. 23%, $p = 0,007$) (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas. (CG050)

| Características | Psoriasis y AP concurrentes (n = 26) | Psoriasis antes de AP (n = 26) | Valor de p |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|------------|
| Edad, años, media \pm DE | 57,1 \pm 12,6 | 53,8 \pm 11,8 | NS |
| Edad durante la transición, media \pm DE | 45,4 \pm 12,3 | 45,41 \pm 11,7 | NS |
| Intervalo de transición, mediana de años (RIC) | 0 (0-0) | 7,5 (4,1-14,5) | < 0,001 |
| Duración mediana de la enfermedad psoriásica (RIC) | 10 (4,6-11) | 14 (8,5-22,7) | 0,016 |
| Duración de la enfermedad psoriásica, años, mediana (RIC) | 10 (5-12) | 6,5 (2-10,7) | NS |
| Mujeres, n (%) | 14 (53,8) | 15 (57,6) | NS |
| Diabetes, n (%) | 6 (23,0) | 5 (19,2) | NS |
| Hipertensión, n (%) | 13 (50) | 7 (26,9) | NS |
| Dislipidemia, n (%) | 11 (42,3) | 12 (46,1) | NS |
| Tabaquismo activo, n (%) | 4 (15,3) | 3 (11,5) | NS |
| Obesidad, n (%) | 9 (34,6) | 8 (30,7) | NS |
| DAS28CRP, media \pm DE | 2,41 \pm 1,43 | 2,96 \pm 1,69 | NS |
| DAPSA, media \pm DE | 14,1 \pm 17,5 | 16,1 \pm 19,7 | NS |
| Articulaciones dolorosas, mediana (RIC) | 1 (0,0-4,7) | 2 (0,0-8,7) | NS |
| Articulaciones inflamadas, mediana (RIC) | 0,5 (0,0-5,0) | 0 (0,0-1,0) | NS |
| Placa carotídea, n (%) | 13 (50) | 6 (23,0) | 0,044 |
| Aumento de la GIMc, n (%) | 5 (19,2) | 3 (11,5) | NS |

AP, artritis psoriásica; DAS28CRP, Índice de Actividad de la Enfermedad 28-articulaciones con cálculo de la proteína C reactiva; DAPSA, Índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica; GIMc, grosor de la íntima-media carotídea; RIC, rango intercuartílico.

Conclusiones: Los pacientes que mostraron psoriasis y AP simultáneas tienen características clínicas diferentes y un mayor riesgo cardiovascular en comparación con los pacientes con psoriasis antes de la AP. Pocos estudios han comparado el inicio transitorio de esta enfermedad. Esta categorización podría tener implicaciones significativas para la investigación epidemiológica sobre el pronóstico de la enfermedad psoriásica. Este enfoque podría ofrecer puntos focales potenciales para la prevención de la artritis psoriásica y sus repercusiones cardiovasculares.

Bibliografía

- Queiro R, Lorenzo A, Tejón P, et al. Polyarticular evolution and late-onset psoriasis may be associated with cardiovascular disease in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 5 de noviembre de 2018 [consultado el 15 de diciembre de 2023];22(2):269-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1756-185x.13421>.
- Fragouli GE, Nikiphorou E, McInnes IB, et al. Does age matter in Psoriatic arthritis? A narrative review. *J Rheumatol* [Internet]. 15 de agosto de 2021 [consultado el 15 de diciembre de 2023]:jrheum.210349. Disponible en: <https://doi.org/10.3899/jrheum.210349>.
- Ferraz-Amaro I, Hernández-Hernández MV, et al. HDL cholesterol efflux capacity is related to disease activity in psoriatic arthritis patients. *Clin Rheumatol*. 2020;39:1871-80.

CG051

PREVALENCIA DE AUTOANTICUERPOS PARA MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EN PACIENTES HISPANOS

A.K. Garza-Elizondo, H. Moreno-Dávila, D.A. Salcedo-Soto, P. Gámez-Siller, G.A. Madrid-López, M.F. Ortiz-Nuño, G. Rodríguez-Orozco, A.A. Prado-Prado, J.A. Cárdenas-De la Garza, M.A. Villarreal-Alarcón, D. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El uso y la utilidad de los autoanticuerpos específicos de la miositis (MSA) y los autoanticuerpos relacionados con la miositis (AMA) se han incrementado en el transcurso de los años, debido a correlaciones entre estos autoanticuerpos, manifestaciones clínicas específicas, respuestas a los tratamientos y pronóstico. Los estudios en la prevalencia de MSA/AMA y su vinculación con la clínica suelen diferir por los criterios de inclusión, demografía y las pruebas de cribado utilizadas. Existe información limitada de la prevalencia de estos autoanticuerpos en la población hispana. Comprender la prevalencia y la frecuencia en diferentes grupos de pacientes contribuye a la estandarización y rápida adopción de anticuerpos en la evaluación de miopatías inflamatorias en estos grupos.

Objetivo: Describir la prevalencia de autoanticuerpos para miopatías inflamatorias en pacientes hispanos.

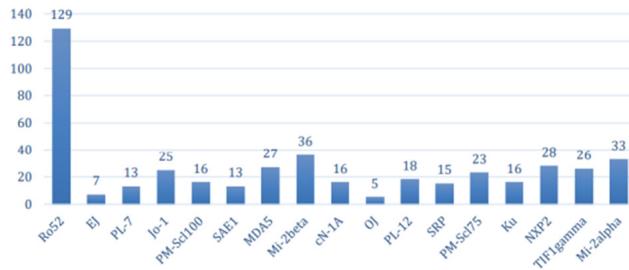
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal desde julio del 2016 hasta diciembre de 2023 en el servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, México. Se realizó una prueba de *inmunoblot* de miopatías inflamatorias autoinmunitarias con 17 autoanticuerpos en pacientes con sospecha de miopatías inflamatorias idiopáticas. Los resultados se recopilaron en una base de datos durante ese periodo. Los puntos de corte para categorizar los resultados del *inmunoblot* fueron: 0-7 negativos; 8-14 limítrofes; 15-35 positivos débiles; 36-70 positivos moderados; y 71-255 positivos fuertes.

Resultados: Se examinó a un total de 997 pacientes en los últimos siete años, 446 (44,7%) de los cuales registraron un resultado positivo moderado y fuerte. El autoanticuerpo más alto identificado en 129 (12,9%) pacientes fue RO52. Por el contrario, el autoanticuerpo con la menor prevalencia para resultados moderado y fuerte positivo fueron OJ con 5 (0,5%), EJ con 7 (0,7%) y SAE1 con 15 (1,5%). Entre los autoanticuerpos específicos para dermatomiositis, la mayor prevalencia fueron Mi-2 β con 36 (3,6%) y Mi-2 α con 33 (3,3%). La Figura 1 muestra el resto de los autoanticuerpos.

Conclusiones: Éste estudio demuestra la prevalencia de autoanticuerpos con sospecha de miopatías inflamatorias, con información relevante sobre

la distribución de estos marcadores en la población estudiada. El autoanticuerpo RO52 tuvo la mayor prevalencia en pacientes hispanos, al menos tres veces más alto que cualquier otro autoanticuerpo. Los que tuvieron la menor prevalencia fueron EJ y OJ. Los autoanticuerpos específicos para dermatomiositis con mayor prevalencia fueron Mi-2 β y Mi-2 α ; el que tuvo la menor fue SAE.

Figura 1. Prevalencia de autoanticuerpos para miopatías inflamatorias idiopáticas en pacientes hispanos. (CG051)



Bibliografía

1. Betteridge Z, McHugh N. Myositis-specific autoantibodies: an important tool to support diagnosis of myositis. *J Intern Med*. 2016;280(1):8-23.
2. Gracia-Arrechiga TS, Villarreal-Alarcón MA, Hermosillo-Villafranca J, *et al*. Seventeen myositis autoantibodies: serological profile of Hispanic patients with idiopathic inflammatory myopathies. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(1):1537.

CG052

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HISPANOS CON DERMATOMIOSITIS ANTI-SAE

D.A. Salcedo-Soto, R.I. Arvizu-Rivera, H.A. Martínez-Espinosa, J.P. González-Morales, C.M. Skinner-Taylor, G. Serna-Peña, M.A. Villa-real-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Cinco autoanticuerpos se consideran específicos para la dermatomiositis (DM); los menos frecuentes son los anticuerpos anti-enzima

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con dermatomiositis anti-SAE. (CG052)

| | Hombre, 37 años | Mujer, 75 años | Mujer, 60 años | Mujer, 31 años | Mujer, 63 años | Hombre, 39 años | Hombre, 62 años |
|----------------------------------|----------------------------|--|--|----------------------------|-------------------------------|---|----------------------------|
| Diagnóstico previo | Dermatitis atópica | LES | Ninguno | LES, NL, COVID persistente | Ninguno | Neumonía infecciosa | Ninguno |
| Manifestaciones iniciales | Enfermedad cutánea | Enfermedad cutánea | Enfermedad cutánea y muscular | Enfermedad muscular | Enfermedad cutánea y muscular | Hemoptisis | Enfermedad cutánea |
| Alopecia | ✓ | - | - | ✓ | - | - | - |
| Eritema facial | - | ✓ | - | ✓ | - | - | - |
| Signo de heliotropo | - | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ |
| Signo de la V | - | - | ✓ | - | - | - | ✓ |
| Lesiones de Gottron | ✓ | - | ✓ | - | - | - | ✓ |
| Lesiones periungueales | ✓ | - | ✓ | - | - | - | ✓ |
| Signo del chal | - | - | - | - | - | - | ✓ |
| Manos de mecánico | ✓ | - | - | - | - | - | - |
| Alas de ángel | ✓ | - | - | - | - | - | ✓ |
| Signo de Holster | - | - | - | - | - | - | ✓ |
| Pies de excursionista | ✓ | - | - | - | - | - | - |
| Debilidad muscular | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | - |
| CK elevada | - | ✓ | - | ✓ | - | - | - |
| Disfagia | - | ✓ | ✓ | - | ✓ | - | - |
| Enfermedad pulmonar intersticial | - | NV | NV | ✓ | - | ✓ | NV |
| Comentarios | Dermatomiositis amiopática | Muerte por neumonía por COVID-19 Eritrodermia | Sarcoma de la pared abdominal especificado | Paniculitis | Referido por dermatólogo | Positividad anticentrómero, aldolasa elevada, síndrome de superposición | Dermatomiositis amiopática |

NV, no valorado; LES, lupus eritematoso sistémico; NL, neumonitis lípica; CK, creatina cinasa.

activadora de pequeño modificador similar a la ubicuitina (SUMO). La enzima activadora de SUMO (SAE), compuesta por las subunidades SAE1 y SAE2, regula la actividad de SUMO, un grupo de proteínas que participa en diversos procesos celulares. Los anticuerpos anti-SAE se identificaron por primera vez en 2007, con una prevalencia que varía entre el 1% y el 3% en cohortes asiáticas y el 1% y el 8% en cohortes europeas. Estos pacientes suelen mostrar manifestaciones cutáneas inespecíficas, lo que complica su diagnóstico.

Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes hispanos con DM anti-SAE.

Material y métodos: Estudio transversal en el Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, México, de marzo a mayo de 2024. Se buscaron en la base de datos del laboratorio de reumatología todos los paneles de *inmunoblot* de miopatía inflamatoria autoinmunitaria que incluían 16 autoanticuerpos realizados entre febrero de 2016 y diciembre de 2023. Los puntos de corte para la evaluación de anti-SAE se asignaron de acuerdo con las recomendaciones del fabricante: negativo, 0-7 U; límitrofe, 8-14 U; débil positivo, 15-35 U; moderado positivo, 36-70 U; y fuerte positivo, 71-255 U. Se incluyó a pacientes con resultados moderados o fuertes positivos para anti-SAE, y se excluyó a aquellos con resultados negativos, límitrofes o débiles positivos, o que recibieron seguimiento en otras instituciones.

Resultados: Se evaluaron 1018 paneles de miopatía inflamatoria autoinmunitaria. Los resultados de anti-SAE fueron: negativos en 921 (90,47%), límitrofes en 66 (6,48%), débiles positivos en 17 (1,67%), moderados positivos en 4 (0,39%) y fuertes positivos en 10 (0,98%). De 14 casos moderados/ fuertes positivos se excluyeron siete por panel duplicado o seguimiento en otra institución. La prevalencia del anti-SAE en los paneles de miopatía evaluados fue de 1,38%, que se encuentra dentro de los límites notificados previamente en otros estudios. Las características clínicas de los siete pacientes con DM anti-SAE fueron: tres mujeres y cuatro hombres, con una edad media de $52,42 \pm 6,57$ años (Tabla 1). El tiempo promedio antes del diagnóstico fue de 2,5 años (1 mes a 10 años). Cuatro de siete pacientes (57,14%) recibieron un diagnóstico inicial erróneo. La creatina cinasa tuvo un promedio de $100,71 \pm 26,04$ U/L. Seis de siete pacientes (85,71%) fueron positivos para ANA con diluciones de 1:80 a 1:1260.

Conclusiones: Este es uno de los primeros estudios que describe la frecuencia, la demografía y las manifestaciones clínicas de pacientes hispanos diagnosticados con DM anti-SAE. Los hallazgos de este estudio contribuyen al conocimiento de la DM anti-SAE en esta población. Las manifestaciones cutáneas típicas, como el signo de la "V", las lesiones de Gottron y las lesiones periungueales, fueron consistentes con lo informado en estudios previos. No obstante, en la aparición de manifestaciones cutáneas raras, como los "pies de excursionista" y la eritrodermia, destaca la presencia de variantes clínicas menos comunes en estos pacientes. Reconocer este

fenotipo, incluidas las manifestaciones cutáneas atípicas, puede facilitar un diagnóstico y tratamiento oportuno en esta población.

Bibliografía

1. Betteridge Z, Gunawardena H, North J, *et al.* Identification of a novel autoantibody directed against small ubiquitin-like modifier activating enzyme in dermatomyositis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2007 Sep;56(9):3132-7.
2. Wolstencroft PW, Fiorentino DF. Dermatomyositis clinical and pathological phenotypes associated with myositis-specific autoantibodies. *Current Rheumatology Reports*. 2018 May;20(1):1.

CGo53

EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LAS TENDENCIAS DE LAS PRUEBAS DE MIOSITIS

A.K. Garza-Elizondo, E.S. Sánchez-Peralta, R.I. Arvizu-Rivera, P. Gámez-Siller, D.A. Salcedo-Soto, J.A. Cárdenas-De la Garza, G. García-Arellano, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), también conocidas como miositis, son un grupo de trastornos heterogéneos autoinmunitarios, que suelen evolucionar a lesión muscular. Los anticuerpos apoyan el diagnóstico de MII y pueden anticipar el pronóstico de la miositis. Existen informes de la pandemia de COVID-19 que relacionan la infección de SARS-CoV-2 con un empeoramiento de la actividad de la enfermedad y un incremento de las hospitalizaciones.

Objetivo: Describir la prevalencia de los anticuerpos para MII antes, durante y después del COVID-19.

Material y métodos: Se condujo un estudio transversal en el periodo de julio de 2016 a diciembre de 2023 en el servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se llevó a cabo un panel de *inmunoblot* para miopatías inflamatorias autoinmunitarias con 17 autoanticuerpos en pacientes con sospecha de MII. Los resultados se recolectaron en una base de datos durante este periodo. Los puntos de corte para categorizar los resultados del *inmunoblot* fueron: negativo, 0-7; 8-14, limítrofe; 15-35, débil positivo; 36-70, moderado positivo; y 71-255, fuerte positivo. Se consideraron tan solo los anticuerpos moderada y fuertemente positivos. Se separó a los pacientes en tres grupos: antes del COVID-19 (2016-2019), durante la emergencia sanitaria por COVID-19 (2020-2022), y después de dejar de considerarse una emergencia sanitaria en México debido a la alta inmunidad por infección y vacunación en el 2023. Para variables cuantitativas se expresaron medidas de tendencia central y dispersión. Se comparó cada anticuerpo entre los tres períodos establecidos, con uso de la prueba *ji cuadrada*.

Resultados: Se evaluó a un total de 1018 pacientes en los últimos ocho años. Se realizaron 256 (25,1%) paneles de *inmunoblot* entre el 2016 y el 2019, 227 (22,3%) entre el 2020 y el 2022, y 535 (52,6%) en el 2023. El anticuerpo identificado con mayor frecuencia en los tres grupos evaluados fue RO52. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la proporción de los diferentes anticuerpos positivos, a excepción de SRP, que mostró una mayor frecuencia antes de la emergencia sanitaria por COVID-19 ($p = 0,034$) (**Tabla 1**).

Conclusiones: Se demostró un aumento notable de la demanda de paneles para miopatías inflamatorias autoinmunitarias después de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19 y los paneles se solicitaron seis veces más que en años anteriores. A pesar del aumento significativo, no se identificó diferencia en la proporción de positividad de autoanticuerpos en comparación con los otros grupos.

Bibliografía

1. Liang X, Wu J, Ren H, *et al.* Clinical features and prognosis of idiopathic inflammatory myopathies with coexistent multiple myositis-specific antibodies. *Clin Exp Rheumatol [Internet]*. 2023 Dec 29; Available from: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=20740>.

2. Tariq S, Van Eeden C, Tervaert JWC, *et al.* COVID-19, rheumatic diseases and immune dysregulation-a perspective. *Clin Rheumatol*. 2021 Feb;40(2):433-42.

Tabla 1. Prevalencia de los anticuerpos positivos para miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) antes, durante y después de la emergencia sanitaria por COVID-19. (CG053)

| | Antes de la emergencia sanitaria 2016-2019 n = 256 (%) | Durante la emergencia sanitaria 2020-2022 n = 227 (%) | Después de la emergencia sanitaria 2023 n = 535 (%) | Valor de p |
|----------|---|--|--|------------|
| RO52 | 42 (16,4) | 23 (10,1) | 64 (12,0) | 0,091 |
| EJ | 3 (1,2) | 2 (0,9) | 2 (0,4) | 0,412 |
| PL-7 | 0 (0,0) | 5 (2,2) | 8 (1,5) | 0,080 |
| Jo-1 | 7 (2,7) | 6 (2,6) | 12 (2,2) | 0,897 |
| PM-Scl | 4 (1,6) | 4 (1,8) | 8 (1,5) | 0,964 |
| SAE2 | 2 (0,8) | 4 (1,8) | 8 (1,5) | 0,615 |
| MDA5 | 6 (2,3) | 10 (4,4) | 11 (2,1) | 0,171 |
| Mi-2β | 8 (3,1) | 7 (3,1) | 21 (3,9) | 0,779 |
| OJ | 1 (0,4) | 1 (0,4) | 3 (0,6) | 0,943 |
| PL-12 | 7 (2,7) | 3 (1,3) | 8 (1,5) | 0,393 |
| SRP | 8 (3,1) | 3 (1,3) | 4 (0,7) | 0,034 |
| PM-Scl76 | 7 (2,7) | 4 (1,8) | 12 (2,2) | 0,772 |
| Ku | 4 (1,6) | 1 (0,4) | 11 (2,1) | 0,261 |
| NXP2 | 11 (4,3) | 3 (1,3) | 14 (2,6) | 0,132 |
| TIF 1 γ | 10 (3,9) | 7 (3,1) | 9 (1,7) | 0,152 |
| Mi-2a | 8 (3,1) | 5 (2,2) | 20 (3,7) | 0,545 |

CGo54

EVALUACIÓN INTEGRAL MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ARTERITIS DE TAKAYASU. PROPUESTA DE UN INFORME ESTANDARIZADO Y SISTEMÁTICO

M.E. Soto-López, G. Meléndez-Ramírez, A. Meave

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad poco frecuente que afecta la aorta y sus ramas. La resonancia magnética (RM) permite evaluar las lesiones vasculares, la evolución de la enfermedad, la actividad y el efecto en diferentes órganos. Los estudios de RM integrales, que incluyen la angiografía de cuerpo entero y la angiografía de órgano diana, son poco frecuentes.

Objetivo: Describir los hallazgos de lesiones vasculares y orgánicas con uso de un formato de informe estandarizado y sistemático que incluye angiografía de cuerpo entero, corazón, cerebro y órganos viscerales en una cohorte de pacientes con AT.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con ≥ 4 criterios de AT, evaluados por RMN entre 2003 y 2022. Se registraron datos demográficos, clínicos y de actividad. Se realizó análisis angiográfico de la presencia y tipo de lesión vascular por segmento, incluidos miembros inferiores, arterias cerebrales y viscerales. Se describieron los hallazgos de RM cerebral y cardíaca y su relación clínica.

Resultados: Se incluyó a 145 pacientes con una edad media de 36 ± 15 años, con 128 (88%) mujeres. El tipo V de la clasificación angiográfica fue el más frecuente, con la estenosis como tipo de lesión predominante y frecuente en las arterias subclavias. Se documentó lesión en las arterias cerebrales (18%), arterias coronarias (8,2%), arterias pulmonares (17%), arterias renales (34% y 39% derecha e izquierda, respectivamente) y miembros inferiores (33%). Se encontró accidente cerebrovascular (19%), anomalía cardíaca (65%), infarto de miocardio (7%), insuficiencia aórtica (17%), insuficiencia mitral (8,3%) y bloqueo AV completo (0,7%).

Conclusiones: La evaluación integral de los pacientes con AT mediante resonancia magnética y uso de un formato de informe estandarizado y sistemático que describe los hallazgos de las lesiones vasculares y orgánicas es una herramienta que puede permitir una mejor comunicación interdisciplinaria en el estudio de esta vasculitis. Su utilidad y reproducibilidad mundiales aún deben definirse mediante estudios de otros grupos.

Bibliografía

- Kramer CM, Barkhausen J, Flamm SD, *et al.* & Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Board of Trustees Task Force on Standardized Protocols. Standardized cardiovascular magnetic resonance (CMR) protocols 2013 update. *Journal of cardiovascular magnetic resonance: official journal of the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance.* 2013;15(1):91. <https://doi.org/10.1186/1532-429X-15-91>.
- Sun Y, Ma L, Ji Z, *et al.* Value of whole-body contrast-enhanced magnetic resonance angiography with vessel wall imaging in quantitative assessment of disease activity and follow-up examination in Takayasu's arteritis. *Clinical Rheumatol.* 2016;35(3):685-693. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-2885-2>.

CG055

IMPACTO DE LAS VASCULITIS SISTÉMICAS EN LA FUNCIÓN SEXUAL: UN ASPECTO SUBESTIMADO EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

J. Merayo-Chalico¹, A.S. Mulia-Soto¹, M. Espinosa-Léon², V. Pimentel-Quiroz¹, A. Barrera-Vargas¹, A. Hinojosa-Azaola¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,

⁽²⁾Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú; Grupo Peruano de Estudio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

Introducción: Las vasculitis sistémicas comprenden un grupo de enfermedades inflamatorias que afectan a múltiples órganos, lo que modifica de forma significativa varios aspectos de la vida del paciente, incluida su sexualidad. Con frecuencia se pasa por alto la función sexual durante las consultas, lo que lleva a su subvaloración. Tanto la inflamación sistémica como la vascular causan daño tisular y ello altera la función sexual tanto en mujeres como en hombres.

Objetivo: Evaluar los factores relacionados con la disfunción sexual en pacientes con diferentes tipos de vasculitis sistémicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en dos centros de América Latina (Méjico y Perú), que incluyó a pacientes con vasculitis sistémica (arteritis de Takayasu, poliarteritis nodosa, granulomatosis con poliangitis [GPA], poliangitis microscópica [PAM], granulomatosis eosinofílica con poliangitis o vasculitis por IgA) desde octubre de 2023 hasta mayo de 2024. Se recopilaron variables demográficas y específicas de la enfermedad, comorbilidades y dosis de inmunosupresores. Se realizaron evaluaciones globales del paciente (PtGA) y del médico (PhGA) en escalas de 0 a 100. La actividad de la enfermedad se evaluó con la versión 3 del *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS v.3) o definiciones de la Liga Europea Contra el Reumatismo, y el daño se evaluó mediante el Índice de Daño por Vasculitis (VDI). La función sexual se evaluó con la versión en español del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual de Forma Corta (CSFQ-14), que evalúa varios dominios vinculados con la sexualidad. La disfunción sexual se definió por una puntuación ≤ 41 puntos en mujeres y 47 puntos en hombres.

Resultados: Se incluyó a 55 pacientes, el 56% de ellos mujeres, con una edad media de 48,93 años ($\pm 11,5$). La vasculitis más común fue la GPA (55% de los pacientes), seguida de la PAM (24% de los pacientes). La puntuación media del CSFQ-14 fue 40,91, con un 62% de los pacientes que experimentó algún grado de disfunción sexual. La Tabla 1 resume las características de los pacientes con y sin disfunción sexual. La mediana del PtGA fue 13 (intervalo, 0-100, IQR 48) y la mediana del PhGA fue 4 (intervalo, 0-68, IQR 15). No se encontró nexo entre las puntuaciones del VDI o actividad y la presencia de disfunción sexual. De manera interesante, el PtGA ($-0,569$, p

$< 0,001$), el PhGA ($-0,418$, $p = 0,002$) y la velocidad de sedimentación globular ($-0,37$, $p = 0,01$) se correlacionaron negativamente con la puntuación del CSFQ-14. La Figura 1 muestra las correlaciones de la puntuación del CSFQ-14 con otras variables. Después del análisis multivariado, las únicas variables relacionadas con la función sexual según la puntuación del CSFQ-14 fueron la edad (Exp B 1,076; IC95% 1,004-1,154) y el sexo femenino (Exp B 4,76; IC95% 1,006-22,56).

Tabla 1. Características de los pacientes con y sin disfunción sexual. (CG055)

| Variable | Con disfunción sexual* (n = 34) | Sin disfunción sexual* (n = 21) | Valor de p |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------|
| Edad, años, promedio (DE) | 51,7 (11,28) | 44,3 (10,61) | 0,019 |
| Sexo femenino, n (%) | 23 (67) | 8 (38) | 0,032 |
| Duración de la enfermedad, meses, mediana (RIC) | 74,5 (67,5) | 108 (99) | 0,26 |
| Tipo de vasculitis, n (%) | | | |
| TAK | 3 (8,8) | 0 | 0,724 |
| GPA | 17 (50) | 13 (61,1) | |
| PAM | 8 (23,5) | 5 (23,5) | |
| EGPA | 2 (5,8) | 1 (4,7) | |
| PAN | 3 (8,8) | 2 (9,5) | |
| IgA | 1 (2,9) | 0 | |
| Hipertensión arterial, n (%) | 12 (35) | 5 (23) | 0,37 |
| Dislipidemia, n (%) | 9 (26,5) | 6 (28,6) | 0,86 |
| Prednisona, n (%) | 25 (73,5) | 15 (71,4) | 0,86 |
| Dosis de prednisona, mg, mediana (RIC) | 5 (5) | 5 (5) | 0,84 |
| Azatioprina, n (%) | 7 (20,6) | 7 (33,3) | 0,29 |
| Metotrexato, n (%) | 4 (11,8) | 4 (19) | 0,45 |
| Rituximab, n (%) | 11 (32,4) | 4 (19) | 0,28 |
| Ciclofosfamida, n (%) | 2 (5,9) | 0 | 0,25 |
| Micofenolato de mofetilo, n (%) | 4 (11,8) | 3 (14,3) | 0,78 |
| VSG, mm/h, mediana (RIC) | 11,5 (23) | 2 (7) | 0,001 |
| PCR, mg/dL, mediana (RIC) | 1,69 (5) | 0,46 (2) | 0,19 |
| BVAS, puntos, mediana (RIC) | 0 (23) | 0 (2) | 0,69 |
| VDI, puntos, media (DE) | 3,03 (1,82) | 2,52 (1,91) | 0,33 |
| PhGA, mm, mediana (RIC) | 6 (17) | 1 (10) | 0,123 |
| PtGA, mm, mediana (RIC) | 25 (46) | 8 (15) | 0,003 |
| CSFQ-14, puntos, media (DE) | 34,91 (7,03) | 50,62 (4,64) | < 0,001 |

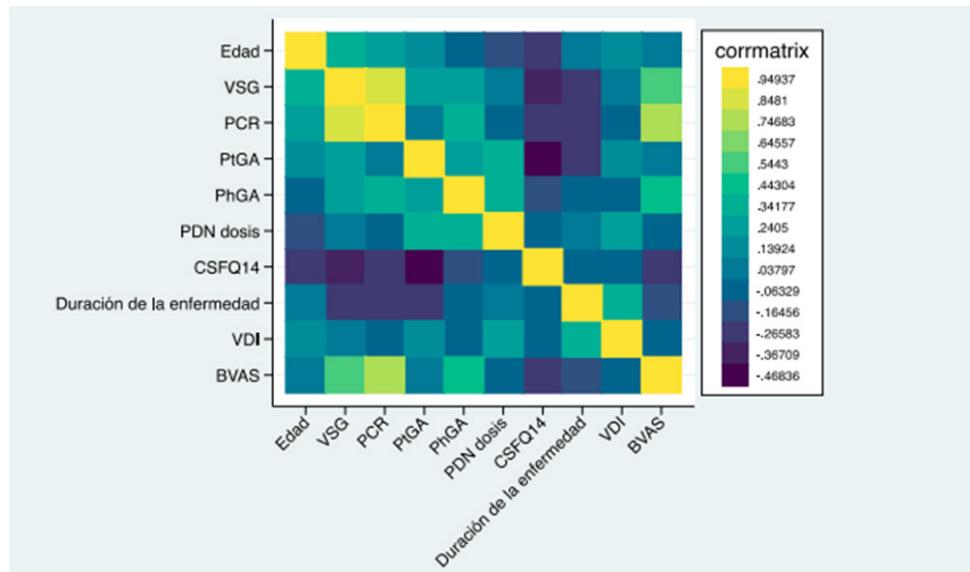
*De acuerdo con la puntuación del CSFQ-14.

TAK, arteritis de Takayasu; GPA, granulomatosis con poliangitis; PAM, poliangitis microscópica; EGPA, granulomatosis eosinofílica con poliangitis; PAN, poliarteritis nodosa; IgA, inmunoglobulina A; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; Hb, hemoglobina; BVAS, *Birmingham Vasculitis Activity Score*; VDI, *Vasculitis Damage Index*; PhGA, evaluación global del médico; PtGA, evaluación global del paciente; CSFQ-14, cambios en la función sexual de forma corta.

Conclusiones: La función sexual es un aspecto crítico, pero a menudo desoyado en la atención de los pacientes con vasculitis sistémicas. A pesar de la prevalencia significativa de disfunción sexual entre estos pacientes, no se encontró una correlación directa entre los parámetros específicos de la enfermedad (actividad y daño) y la función sexual. Este estudio destaca la necesidad de que los reumatólogos aborden proactivamente la salud sexual durante las consultas como un componente integral del bienestar del paciente.

Bibliografía

1. Calmasini FB, Klee N, Webb RC, *et al.* Impact of immune system activation and vascular impairment on male and female sexual dysfunction. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):604-13.
2. Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther.* 2006;32(1):43-52.

Figura 1. Gráfica de calor de la correlación entre el CSFQ-14 y otras variables. (CG055)

VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; BVAS, Birmingham Vasculitis Activity Score; VDI, Vasculitis Damage Index; PDN, prednósina; PhGA, Evaluación global del médico; PtGA, Evaluación global del paciente; CSFQ-14, Cambios en la Función Sexual de Forma Corta.

CG056**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO DURANTE ENERO DE 2016 A DICIEMBRE DE 2023**

K.A. Gutiérrez-Méndez, N. Mouneu-Ornelas

Hospital Español de México

Introducción: Dentro del amplio espectro de enfermedades de la reumatología, la polimialgia reumática es una afección poco frecuente en la población de Latinoamérica; es por ello necesario estudiar las principales características epidemiológicas y clínicas que manifiestan en dicha población. La polimialgia reumática se caracteriza por inflamación crónica con predominio en la población geriátrica (> 50 años); es la segunda enfermedad inflamatoria más común en la población caucásica. Lo anterior hace relevante el estudio epidemiológico para conocer la incidencia y prevalencia y sus efectos en distintas áreas del mundo. En este trabajo se intenta establecer las características sociodemográficas y su relevancia al ser uno de los primeros estudios en el país que reúne información sobre este trastorno y su trascendencia en la práctica de la reumatología de este centro hospitalario.

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con polimialgia reumática del Hospital Español de México durante el periodo de enero de 2016 a diciembre de 2023. Determinar las características clínicas y de laboratorio predominantes y su comparación con las publicaciones actuales.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, prolectivo y descriptivo. La población del estudio incluyó a todos los pacientes de la consulta externa de reumatología del Hospital Español de México durante el periodo mencionado. La muestra final estuvo constituida por 12 pacientes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1). Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, y se empleó estadística descriptiva para determinar frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central para las variables cuantitativas.

Resultados: El estudio analizó a 12 pacientes con diagnóstico de polimialgia reumática, con una edad promedio de 73,6 años. El grupo mayoritario fue el de mujeres, que representó el 83,3% de la muestra, con

Tabla 1. Características basales de la muestra. (CG056)

| | Todos (n = 12) | Mujeres (n = 10) | Hombres (n = 2) |
|-----------------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| Edad | 75,5 (64,2-85) | 76 (64-84) | 77 (68-77) |
| Sexo | | | |
| Masculino (%) | 2 (16,6%) | 0 (0%) | 2 (100%) |
| Femenino (%) | 10 (83,3%) | 10 (100%) | 0 (0%) |
| Dolor (%) | 12 (100%) | 10 (100%) | 2 (100%) |
| Rigidez (%) | 5 (41,6%) | 4 (60%) | 1 (50%) |
| Dolor en hombros (%) | 9 (75%) | 7 (70%) | 2 (100%) |
| Dolor en cintura pélvica (%) | 7 (58,3%) | 6 (60%) | 1 (50%) |
| VSG elevada | 9 (75%) | 8 (80%) | 1 (50%) |
| PCR elevada | 9 (75%) | 7 (70%) | 2 (100%) |
| Adecuada respuesta al tratamiento | 12 (100%) | 10 (100%) | 2 (100%) |
| Sin respuesta al tratamiento | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

una edad promedio de 73 años, mientras que los hombres constituyeron el 16,6%, con una edad promedio de 77 años. La prevalencia de polimialgia reumática en la consulta fue del 0,8% y se registró una mayor incidencia en las mujeres. En cuanto a los síntomas clínicos, el 100% de los pacientes sufrió dolor, pero solo el 41,6% refirió rigidez matutina, lo que difiere de los criterios de clasificación habituales. El dolor se localizó principalmente en los hombros (75%) y la cintura pélvica (58,3%). En términos de marcadores inflamatorios, tanto la velocidad de sedimentación globular como la proteína C reactiva estuvieron elevadas en el 75% de los pacientes. Las comorbilidades más comunes fueron la hipertensión arterial sistémica (41,6%) y el hipotiroidismo (33,3%), sin ningún caso de diabetes mellitus. Todos los pacientes respondieron de manera positiva al tratamiento con glucocorticoides.

Conclusiones: El estudio proporciona una visión detallada de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con polimialgia reumática. La elevada prevalencia en mujeres y la edad avanzada son consistentes con las publicaciones disponibles. Aunque el dolor fue el síntoma principal, la menor prevalencia de rigidez matutina sugiere una posible variabilidad en la presentación clínica de la enfermedad. Los marcadores inflamatorios elevados y la respuesta favorable al tratamiento con glucocorticoides resaltan su

importancia en el tratamiento de la polimialgia reumática. Además, el estudio subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario para abordar tanto la enfermedad como las comorbilidades adjuntas; asimismo, se promueve el aumento de estudios acerca de la epidemiología sobre esta enfermedad en el país.

Bibliografía

1. García-Arias RL, Gutiérrez JM, Díaz MC, *et al.* Polimialgia reumática. Rev Colomb Reumatol [Internet]. 2015;22(2):104-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.04.002>.
2. López-Palma AE, Martínez-Gutiérrez JA, Cevallos-Morejón PG, *et al.* La polimialgia reumática. Un desafío diagnóstico. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1186897>.
3. Sharma A, Mohammad AJ, Turesson C. Incidence and prevalence of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: a systematic literature review. Semin Arthritis Rheum [Internet]. 2020;50(5):1040-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.07.005>.
4. Raheel S, Shbbee I, Crowson CS, *et al.* Epidemiology of polymyalgia rheumatica 2000-2014 and examination of incidence and survival trends over 45 years: A population-based study. Arthritis Care Res (Hoboken) [Internet]. 2017;69(8):1282-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.23132>.
5. Martínez-Pérez JM, Mollerach FB, Scaglioni V, *et al.* Incidence and prevalence of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis in a healthcare management organization in Buenos Aires, Argentina. J Rheumatol [Internet]. 2023;50(1):93-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.220084>.
6. Mackie SL. Polymyalgia rheumatica: pathogenesis and management. CME Rheumatology. 2013;398-400.
7. Ceccato F, Uña C, Regidor M, *et al.* Conditions mimicking polymyalgia rheumatica. Reumatol Clín (Engl Ed) [Internet]. 2011;7(3):156-60. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743\(11\)70034-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743(11)70034-x).
8. Espigol-Frigolé G, Dejaco C, Mackie SL, *et al.* Polymyalgia rheumatica. Lancet [Internet]. 2023;402(10411):1459-72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01310-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01310-7).
9. Matteson EL, EULAR/ACR Study Group for Development of Classification Criteria for Polymyalgia Rheumatica. L15. EULAR/ACR 2012 classification criteria for polymyalgia rheumatica. Presse Med [Internet]. 2013;42(4 Pt 2):543-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.014>.

CG057

CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.A.V. Barba-Aguilar, F. Irazoqui-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los pacientes pediátricos con enfermedades reumatólogicas cursan con diferentes factores de riesgo que pueden requerir hospitalización a lo largo de su enfermedad. Estas causas pueden ser múltiples, ya sea por complicaciones infecciosas, tratamiento específico de su enfermedad, completar un protocolo diagnóstico o un tratamiento de comorbilidades adjuntas. Sin embargo, a pesar de estos ingresos hospitalarios son pocos los informes publicados sobre las causas de la estancia hospitalaria.

Objetivo: Comunicar las causas de hospitalización de los pacientes en edad pediátrica con enfermedades reumáticas en un hospital de tercer nivel comprendidas entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024.

Material y métodos: Se registraron todos los ingresos en el servicio de reumatología pediátrica de septiembre de 2023 a septiembre de 2024.

Resultados: Se documentaron 22 hospitalizaciones, de las cuales 14 se debieron a complicaciones relacionadas con actividad de la enfermedad (derrame pleural, glomerulonefritis de rápida progresión, síndrome nefrótico, estado epiléptico, síndrome de activación de macrófagos, trombocitopenia), tres a abordaje diagnóstico (biopsia de ganglio, aspirado de médula

ósea y abordaje de fiebre), cuatro a proceso infeccioso activo (neumonía e infección de tejidos blandos) y una a tratamiento intravenoso (inmunoglobulina). De estos individuos, 17 tenían diagnóstico de lupus eritematoso, uno de poliarteritis nodosa, uno de dermatomiositis, uno de síndrome antifosfolípidos, uno de lupus cutáneo y uno de vasculitis por IgA.

Conclusiones: Los pacientes con mayor número de ingresos hospitalarios tuvieron diagnóstico de lupus y se relacionaron con actividad de la enfermedad o comorbilidades vinculadas con la actividad, como hipertensión arterial y derrame pleural, lo cual es consistente con la bibliografía que señala una mayor morbilidad y complicaciones en pacientes pediátricos con esta afección de base, además de la gravedad de la enfermedad, lo cual tiene efecto en la vida diaria y familiar; pueden considerarse áreas de oportunidad para el diagnóstico temprano o las estrategias que permitan reducir el efecto en la calidad de vida. Por otro lado, en un menor número de casos se identificó una relación con infecciones de predominio respiratorio y de tejidos blandos que tuvieron una adecuada evolución, lo cual puede ayudar a continuar los tratamientos para reducir el riesgo de padecerlos.

Bibliografía

1. Migowa A, Colmegna I, Hitchon C, *et al.* The spectrum of rheumatic in-patient diagnoses at a pediatric hospital in Kenya. Pediatr Rheumatol Online J. 2017 Jan 14;15(1):4.
2. San I, Erden A, Gemcioglu E, *et al.* Evaluation of inflammatory rheumatic diseases from an emergency medicine perspective. Int J Rheum Dis. 2020 Dec;23(12):1670-1675.

CG058

FRECUENCIA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L.C. Reynoso-Medina, M.M. Rodríguez-Reyes, M.L. Aldana-Galván, F. García-Rodríguez, A.V. Villarreal-Treviño, N.E. Rubio-Pérez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes pediátricos con enfermedades reumatólogicas se consideran inmunosuprimidos, tanto por las alteraciones de la inmunidad humoral y celular que los caracteriza como por el tratamiento inmunosupresor instituido, razón por la cual tienen una mayor susceptibilidad a las infecciones. La protección contra enfermedades infecciosas es vital en su atención. Las vacunas pueden prevenir algunas de estas infecciones; sin embargo, existen múltiples aspectos a considerar que intervienen en la vacunación, como la actividad de la enfermedad, el tratamiento inmunosupresor, el riesgo de infección, la seguridad y la eficacia de la vacuna. Las guías actuales recomiendan la inmunización en pacientes con enfermedades reumatólogicas y con uso de inmunosupresores y tratamiento biológico. A pesar de lo anterior se desconoce en esta población la frecuencia de inmunización.

Objetivo: Determinar la frecuencia de vacunación en pacientes del servicio de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal con muestreo no aleatorio y consecutivo. Se incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad reumatólogica pertenecientes al servicio de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González en los que pudo obtenerse la cartilla de vacunación de abril a agosto de 2024.

Resultados: Se incluyó a un total de 30 pacientes, con promedio de edad de 10,2 años (máximo 16, mínimo 3). El 50% era del sexo femenino. Los diagnósticos fueron artritis idiopática juvenil (19; 63,3%), dermatomiositis juvenil (3; 10%), lupus eritematoso sistémico juvenil (4; 13,3%), esclerodermia localizada juvenil (3; 10%) y enfermedad por IgG4 (1; 3,3%). La mayoría de los pacientes (28; 93,3%) se hallaba bajo tratamiento inmunosupresor. Más de la mitad de los pacientes (22; 73,3%) carecía de esquema de vacunación completo para la edad y de estos la totalidad no tenía el refuerzo de vacuna contra influenza y solo uno no contaba con la vacuna SRP. El 81,8% no se aplicó la vacuna porque no acudió en el tiempo establecido de la campaña de vacunación, 9% tenía enfermedad respiratoria cuando correspondía la aplicación de la vacuna y 9% no se vacuna. Algunos pacientes (26; 86,6%) tenían vacunas aplicadas no incluidas en el Esquema Nacional de Vacunación, la

principal de ellas la vacuna contra SARS-CoV-2 (24,92,3%), seguida de la inmunización contra la varicela (1; 3,8%) y la hepatitis A (1, 3,8%). Se interrogó al tutor del paciente sobre si habían recibido alguna recomendación específica sobre vacunación del reumatólogo pediatra y menos de la mitad (12; 40%) dio una respuesta afirmativa.

Conclusiones: La mayoría de estos pacientes (93,3%) se encuentra bajo tratamiento inmunosupresor y más de la mitad no cuenta con el esquema de vacunación completo para la edad (73,3%), además de que menos de la mitad (40%) confirmó la recepción de las recomendaciones acerca de la vacunación del reumatólogo pediatra. De aquí la importancia de suministrar información y concientizar acerca de la adecuada vacunación en estos pacientes, ya que esta acción atenúa el riesgo de procesos infecciosos graves que pueden llevar a la hospitalización.

Bibliografía

1. Jansen M, Rondaan C, Legger G, *et al.* Efficacy, immunogenicity and safety of vaccination in pediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases (pedAIIRD): a systematic literature review for the 2021 Update of the EULAR/PRES Recommendations. *Front Pediatr.* 10:910026.
2. Bizjak M, Heshin M, Jansen M, *et al.* Vaccinology in pediatric rheumatology: Past, present and future. *Front Pediatr.* 10:1098332.

CG059

COMPARACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL JADAS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

R.O. Guerra-Espíricueta, A.V. Escobedo-Garza, J. García-Silva, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la infancia. Existen diversas clasificaciones para valorar la actividad de la enfermedad; el *Juvenile Arthritis Disease Activity Score* (JADAS) es una de las herramientas más empleadas y se compone del resultado de VSG, valoración de la enfermedad por el paciente o el cuidador, el número de articulaciones activas y la valoración

global del médico. Existen varios tipos de JADAS, según sea el número de articulaciones consideradas (JADAS10, JADAS27, JADAS71) y o si hay o no resultados de reactantes de fase aguda (JADASc).

Objetivo: Comparar los diversos componentes del JADAS y su relevancia como variables independientes para la clasificación de la actividad de la AIJ.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y ambispectivo de pacientes con AIJ, clasificados de acuerdo con los criterios ILAR, en seguimiento en la clínica de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León, en un periodo de ocho años (2016-2024). Se obtuvieron JADAS10, JADASc y JADAS71 en su primera visita y visitas subsecuentes. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron relaciones y correlaciones entre los componentes del JADAS y su nexo con la actividad de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 130 pacientes, 91 (70%) femeninos, y las categorías más frecuentes fueron la poliarticular con FR positivo (35,4%) y negativo (20%). El valor promedio del JADAS10 fue de 15 (RIC 8,6-22,5) con valores mayores en los subtipos poliarticular positivo a FR (18,2) y sistémico (21). En la primera consulta se encontró una sólida relación entre el número de articulaciones afectadas y la calificación del dolor otorgada por los padres y el médico (**Tabla 1**), y el valor de la VSG fue el que no tuvo un gran efecto en el valor final de JADAS10 ($p < 0,035$). En la última visita también se identificó una vinculación notable entre el MDgloVAS, PVAS, el número de articulaciones afectadas y el resultado de JADAS10 y, al igual que en la primera consulta, se reconoció una baja relación en el resultado de la VSG y el JADAS10. Se analizaron los subgrupos por un independiente y se encontró que la VSG no tuvo nexo con el resultado final del JADAS (subtipo ERA) u otros subgrupos en los que la relación era negativa (oligoarticular o poliarticular).

Conclusiones: Este es uno de los primeros informes sobre las variables del JADAS y la aportación de cada una de las variables en relación con la actividad de la enfermedad. Esta investigación invita a buscar nuevas variables que puedan ayudar a conseguir un JADAS que refleje mejor el estado verdadero de la enfermedad en los niños.

Bibliografía

1. McErlane F, Beresford MW, Baildam EM, *et al.*, & Childhood Arthritis Prospective Study (CAPS). Validity of a three-variable Juvenile Arthritis Disease Activity Score in children with new-onset juvenile idiopathic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2013;72(12):1983-1988. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-202031>.

Tabla 1. (CG059)

| | | PCR + | VSG normalizada | Articulaciones activas | EVN doctor | EVN paciente | JADAS10 | JADAS71 | JADASc |
|------------------------|----------------------------|---------|-----------------|------------------------|------------|--------------|---------|---------|---------|
| VSG normalizada | Coeficiente de correlación | 1 | 0,438** | 0,222 | 0,476** | 0,419** | 0,466** | 0,407** | 0,407** |
| | Valor de p | | 0 | 0,052 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | N | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 |
| JADAS71 | Coeficiente de correlación | 0,438** | 1 | 0,017 | 0,138 | 0,119 | 0,199 | 0,14 | 0,077 |
| | Valor de p | 0 | | 0,874 | 0,201 | 0,268 | 0,063 | 0,193 | 0,474 |
| | N | 77 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 |
| JADASc | Coeficiente de correlación | 0,407** | 0,14 | 0,899** | 0,897** | 0,817** | 0,968** | 1 | 0,968** |
| | Valor de p | 0 | 0,193 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | N | 77 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 |
| Articulaciones activas | Coeficiente de correlación | 0,222** | 0,017 | 1 | 0,729** | 0,571** | 0,850** | 0,899** | 0,871** |
| | Valor de p | 0,052 | 0,874 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | N | 77 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 |
| EVN doctor | Coeficiente de correlación | 0,476** | 0,138 | 0,729** | 1 | 0,837** | 0,934** | 0,897** | 0,934** |
| | Valor de p | 0 | 0,201 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | N | 77 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 |
| EVN paciente | Coeficiente de correlación | 0,419** | 0,119 | 0,571** | 0,837** | 1 | 0,873** | 0,817** | 0,872** |
| | Valor de p | 0 | 0,268 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| | N | 77 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 |
| JADAS10 | Coeficiente de correlación | 0,466** | 0,199 | 0,850** | 0,934** | 0,873** | 1 | 0,968** | 0,989** |
| | Valor de p | 0 | 0,063 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | N | 77 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 |

CG060

FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA FAVORABLE A LA TERAPIA CON BIOLÓGICOS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

A. Aguirre-Escojido, C.A. Arellano-Valdez, M. Méndez-Núñez, A.C. Portillo-Rivera, B.G. Zazueta-Leyva, I.M. Maldonado-Castelán, N.B. Castán-Ibarra, J.A. Tlacuilo-Parra

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatría)

Introducción: A pesar del uso creciente de agentes biológicos en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil (AIJ), se han obtenido respuestas clínicas variables. Algunos de ellos no producen la remisión clínica. Se han demostrado algunos factores clínicos y de laboratorio potencialmente vinculados con una respuesta favorable. Estas diferencias podrían deberse a aspectos farmacológicos, polimorfismos genéticos y factores epigenéticos. El análisis de los factores predictores de respuesta a los biológicos puede evitar una mayor exposición de los pacientes a los efectos secundarios del tratamiento inicial, además de hacer posible un cambio oportuno entre

los diferentes tratamientos biológicos específicos, y poder evitar secuelas irreversibles.

Objetivo: Determinar los factores predictores de respuesta favorable al tratamiento con fármacos biológicos en la artritis idiopática juvenil.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AIJ oligoarticular persistente y extendida, poliarticular positiva a FR, poliarticular negativa a FR y relacionada con entesitis. El tratamiento se instituyó con adalimumab, etanercept o tocilizumab. Se analizó la respuesta al tratamiento con fármacos biológicos a los seis meses de iniciado el tratamiento. El grupo de casos se integró con los individuos que obtuvieron JADAS10c < 1 y el grupo control con el resto de los pacientes. Se analizaron las variables clínicas y de laboratorio entre ambos grupos. Los datos categóricos se analizaron con la prueba ji cuadrada, y las variables numéricas con la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyó a un total de 34 pacientes y el género femenino representó el 79%. La mediana de edad fue de 14 años. El compuesto biológico más empleado fue el etanercept en 44%, seguido del adalimumab en 32% y el tocilizumab en 24%. El grupo de casos se conformó con 15 pacientes y los restantes 19 pertenecieron al grupo control. Se analizaron las variables para cada fármaco biológico de manera individual (**Tabla 1**). El número de pacientes con adalimumab fue de 11, de los cuales cinco alcanzaron enfermedad inactiva y seis integraron el grupo control. De los

Tabla 1. Comparación de variables clínicas y de laboratorio de pacientes con AIJ en tratamiento biológico. (CG060)

| Variables | Casos (n = 15) | Controles (n = 19) | Valor de P |
|---|-----------------|--------------------|------------|
| Edad al inicio de los síntomas ¹ | 8,3 (4,9-11,3) | 9,7 (7,5-12,2) | 0,39 |
| Edad al inicio del tratamiento ¹ | 7,6 (4-11,2) | 9,7 (7,7-12,4) | 0,15 |
| Edad al inicio del tratamiento biológico ¹ | 11,1 (6,2-12,8) | 10,7 (8,9-14,3) | 0,27 |
| Duración en meses de las variables clínicas | | | |
| Duración de síntomas antes del diagnóstico | 5 (3-9) | 7 (2-9) | 0,94 |
| Desde el diagnóstico hasta el inicio del fármaco biológico | 12 (7-15) | 12 (6-23) | 0,74 |
| Desde el inicio de síntomas hasta el inicio del fármaco biológico | 17 (12,5-25,5) | 23 (12-37) | 0,47 |
| Variables clínicas generales | | | |
| Rigidez matinal, n (%) | 7 (47%) | 11 (58%) | 0,41 |
| EVA paciente o familiar al inicio del diagnóstico | 8 (5-9) | 5,5 (2,5-6) | 0,17 |
| EVA paciente o familiar al iniciar el fármaco biológico | 7 (3,5-8) | 6 (4-7,5) | 0,85 |
| EVA paciente o familiar a los seis meses del inicio del fármaco biológico | 0 (0-0) | 3 (3-4) | 0,01* |
| EVA médico al inicio del diagnóstico | 3 (0-6) | 2 (0-5) | 0,74 |
| EVA médico al iniciar el fármaco biológico | 5 (3,5-7) | 5 (3,5-6) | 0,78 |
| EVA médico a los seis meses del inicio del fármaco biológico | 0 (0-0) | 2 (0-3,5) | 0,01* |
| CHAQ al inicio del diagnóstico | 0,5 (0,25-0,75) | 0 (0-0,75) | 1,00 |
| CHAQ al iniciar el fármaco biológico | 1,25 (1-1,9) | 0,8 (0,25-1,7) | 0,38 |
| Tratamiento adyuvante con esteroides orales, n (%) | 11 (73%) | 10 (53%) | 0,18 |
| Tratamiento adyuvante con metotrexato, n (%) | 14 (93%) | 16 (84%) | 0,36 |
| Variables de laboratorio | | | |
| ANA positivo, n (%) | 5 (33%) | 5 (26%) | 0,80 |
| VSG al inicio del diagnóstico | 36 (19-42) | 26 (18-39) | 0,59 |
| VSG al iniciar el fármaco biológico | 35 (9-39) | 12,5 (4-36) | 0,14 |
| VSG a los seis meses de iniciar el fármaco biológico | 9 (5-19) | 12 (4-14) | 0,88 |
| PCR al iniciar el diagnóstico | 6,4 (5-15,5) | 5 (2-21) | 0,60 |
| PCR al iniciar el fármaco biológico | 37 (14-72) | 5 (0-27) | 0,07 |
| PCR a los seis meses de iniciar el fármaco biológico | 5 (2-6) | 0 (0-5) | 0,14 |
| Conteo articular | | | |
| Articulaciones activas al inicio del fármaco biológico | 2 (1-3,5) | 3 (2-4) | 0,12 |
| Articulaciones activas a los seis meses de iniciar el fármaco biológico | 0 (0-0) | 0 (0-1) | 0,03* |
| Articulaciones dolorosas al inicio del biológico | 3 (2-4) | 3 (1,5-4,5) | 0,83 |
| Articulaciones dolorosas a los seis meses de iniciar el fármaco biológico | 0 (0-0) | 1 (0-2) | 0,01* |
| Articulaciones limitadas al inicio del biológico | 1 (0-2) | 3 (1,5-7,5) | 0,04* |
| Articulaciones limitadas a los seis meses de iniciar el fármaco biológico | 1 (0-1) | 1 (0-5) | 0,33 |
| JADAS | | | |
| JADAS10c al inicio del fármaco biológico | 14 (10,5-16) | 13 (8,5-19) | 0,94 |
| JADAS10c a los seis meses de iniciar el fármaco biológico | 0 (0-0) | 7 (3-8) | 0,01* |

AIJ, artritis idiopática juvenil; ANA, anticuerpos antinucleares; CHAQ, Encuesta para la evaluación de la salud infantil expresada en puntaje; EVA, Escala visual análoga de 0 a 10 cm; JADAS10c, Suma de la evaluación global de la enfermedad por parte del paciente o su familiar (0-10 cm), evaluación global del médico de actividad de la enfermedad (0-10 cm) y el número de articulaciones activas hasta un máximo de 10; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular.

¹Años; n, numero; %, porcentaje; *, valor de p ≤ 0,05.

Valores expresados en mediana y rango intercuartílico analizados con la prueba U de Mann-Whitney.

Grupo de casos: pacientes con JADAS10c ≤ 1 a los seis meses de iniciar el tratamiento biológico.

Grupo de control: pacientes con JADAS10c > 1 a los seis meses de iniciar el tratamiento biológico.

15 pacientes en tratamiento con etanercept, ocho alcanzaron enfermedad inactiva y siete pertenecieron al grupo control. El total de pacientes en tratamiento con tocilizumab fue de ocho; el grupo de casos se constituyó solo con dos pacientes y el grupo control con seis. Los enfermos con respuesta favorable tuvieron una menor duración desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del fármaco biológico con una media de 17 meses, en comparación con el grupo control, con una media de 23 meses. De los pacientes con respuesta favorable, el 53% recibió etanercept, el 33% adalimumab y el 13% tocilizumab. El subtipo de AIJ con mejor respuesta fue la AIJ positiva a FR. Otros factores relacionados con mejor respuesta fueron menor edad al inicio de los síntomas, menor frecuencia de rigidez matinal, mayor puntuación de CHAQ, uso de FARME sintético concomitante, administración de corticoides como tratamiento puente, VSG y PCR más elevadas, y un JADAS10c mayor al inicio del compuesto biológico.

Conclusiones: Son diversos los factores vinculados con un mejor desempeño del tratamiento biológico en AIJ y deben considerarse y ajustarse de manera individual para obtener una adecuada respuesta terapéutica y el mejor desenlace a largo plazo.

Bibliografía

1. Rosina S, Natoli V, Santaniello S, et al. Novel biomarkers for prediction of outcome and therapeutic response in juvenile idiopathic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2021;17(8):853-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1744666X.2021.1945441>.
2. Geikowski T, Becker I, Horneff G, German BIKER Registry Collaborative Study Group. Predictors of response to etanercept in polyarticular-course juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(7):1245-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket490>.

CGo61

HORMONAS EN GOTAS: ANÁLISIS DEL EJE INMUNO-NEURO-ENDOCRINO

D. Clavijo-Cornejo, J. Díaz-De la Rosa, L. Jara-Quezada, D. Esquivel-González, A. Alarcón-Evtoukh, D. Robles-Salas, S. Díaz-Pérez

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La gota es una enfermedad reumática ocasionada por el depósito de cristales de urato monosódico en articulaciones y tejidos blandos y su principal factor de riesgo es la hiperuricemia (ácido úrico > 6,8). Un factor poco estudiado es el eje inmuno-neuro-endocrino encargado de la homeostasis del estrés en enfermedades reumatólogicas; debido a que la gota se presenta más en hombres y mujeres posmenopáusicas es necesario estudiar la participación de factores hormonales en la fisiopatología.

Objetivo: Analizar la intervención del eje inmuno-neuro-endocrino en la respuesta al estrés como parte de la fisiopatología de la gota mediante la medición de hormonas.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes del servicio de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación con diagnóstico de gota de acuerdo con los criterios ACR/EULAR y se compararon con controles sanos. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado (comité de ética INRLGII: 97/23). Los sueros se obtuvieron de sangre periférica. Se realizó una química sanguínea y se aplicó un cuestionario de estudio sociodemográfico. Para la determinación de los valores hormonales se usaron kits de ELISA: *Thyroxine (T4) Competitive ELISA Kit Human Prolactin ELISA Kit, Human Cortisol Competitive ELISA Kit, Human Thyroid Stimulating Hormone ELISA Kit y Dehydroepiandrosterone Sulfate (DHEA-S) Competitive ELISA Kit (Thermo Fisher Scientific)* y se siguieron las instrucciones del fabricante.

Resultados: La población de estudio incluyó a 81 hombres (37 pacientes de gota y 44 controles sanos). Las variables analizadas mostraron que la edad es mayor en los pacientes comparados con los controles: $52,5 \pm 1,77$ y $42,9 \pm 1,77$ años, respectivamente ($p < 0,0001$). El valor de los triglicéridos es mayor en el grupo de gota ($p = 0,0020$) y no se hallaron diferencias en las cifras de glucosa, colesterol o ácido úrico. Respecto de las hormonas

analizadas, la hormona T4 mostró una tendencia a ser mayor en el grupo de pacientes con gota ($X = 0,8625$) en comparación con el grupo control ($X = 0,9395$) con una $p = 0,0755$. En la prolactina, el cortisol y la TSH no se identificó una diferencia estadística entre ambos grupos ($p = 0,5091$, $p = 0,3655$ y $p = 0,8272$, respectivamente).

Conclusiones: Aun cuando el estudio no fue concluyente en la participación del eje inmuno-neuro-endocrino en la fisiopatología de la gota, no se debe descartar su participación. Debido a que la T4 muestra una tendencia a tener valores mayores en los pacientes con gota es necesario hacer el análisis con un mayor número de participantes, ya que esta hormona podría tener un papel directo con la gota. Sería útil incluir otras hormonas en futuros estudios para evaluar su posible influencia en esta enfermedad.

Bibliografía

1. Jara LJ. Neuroimmunoendocrine interaction in autoimmune rheumatic diseases: a new challenge for the rheumatologist. *Reumatol Clin.* 2011;7(2):8587.
2. Besedovsky HO, del Rey A. Immune-neuro-endocrine reflexes, circuits, and network s: physiologic and evolutionary implication. *Front Horm Res.* 2017;48:1-18.

CGo62

EVALUACIÓN ARTICULAR POR ULTRASONIDO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y QUE ESTÁN BAJO TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA

A. Martínez-De la Peña¹, M. Arriola-Guadarrama², JA. Solórzano-Ruiz²

¹UCB de México, ²HGR 17 IMSS, Cancún, Quintana Roo

Introducción: En la actualidad, el estudio ultrasonográfico (USG) ha ocupado un lugar importante en la evaluación de los pacientes con artritis reumatoide (AR); si bien se cuenta con la resonancia magnética nuclear (RMN) para la evaluación más precisa de las erosiones y tenosinovitis, resulta un estudio más costoso y a menudo no es accesible para una gran cantidad de pacientes. Por otro lado, los pacientes con AR pueden mostrar lesiones subclínicas como la tenosinovitis que no se detectan con un método común radiográfico.

Objetivo: Describir los hallazgos por ultrasonido con base en los lineamientos de OMERACT en una población de pacientes con AR y en tratamiento con certolizumab pegol (CZP).

Material y métodos: Se realizó USG en pacientes con AR que se hallaban bajo tratamiento biológico con CZP; se revisaron siete regiones de las manos previamente fijadas y con las definiciones de OMERACT para sinovitis, tenosinovitis y erosión. También se registraron otros datos como tratamiento previo, duración de este, tiempo de la AR y datos demográficos como edad y sexo. Se realizó estadística descriptiva de los hallazgos ultrasonográficos.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes, de los cuales 30 eran mujeres (97%) y un hombre (3%), con una edad promedio de 48,6 años ($\pm 7,9$ años), y un promedio de duración de la enfermedad de 8,5 años ($\pm 7,1$ años). Al momento de la revisión se contaba con un promedio de 2,5 años de tratamiento con certolizumab pegol ($\pm 2,4$ años), con una dosis promedio de 400 mg cada mes y el 38,7% ($n = 12$) de los pacientes consumía metotrexato a una dosis promedio de 15 mg, mientras que el 25% ($n = 8$) tomaba prednisona en dosis promedio de 10 mg. Por otro lado, cuatro pacientes tenían antecedente terapéutico, tres con rituximab y uno con infliximab; en el caso de este último se cambió a certolizumab pegol por falta de respuesta y pérdida de la eficacia. Cabe mencionar que todos los pacientes tenían dominio de la mano derecha; hasta 30/31 de los sujetos sufrió sinovitis no activa de las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) segunda y tercera de la mano derecha con más frecuencia, mientras que en la mano izquierda se observó sinovitis no activa (31/31 pacientes) de las articulaciones MCF segunda, tercera y cuarta. En la mano derecha se identificó tenosinovitis activa más a menudo en el compartimiento cuarto y tenosinovitis no activa más frecuente en los compartimentos tercero y cuarto, en tanto que en la mano izquierda se reconoció tenosinovitis no activa de los compartimentos tercero y cuarto con mayor

frecuencia y tenosinovitis activa en dos pacientes. También se observaron cinco erosiones en la mano derecha de predominio en la región cubital y seis en la mano izquierda, todas pequeñas, con predominio en el radio. Cinco pacientes sufrían erosiones en ambas manos.

Conclusiones: El tratamiento biológico ha cambiado el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide. En este estudio solo cinco individuos tenían erosiones en ambas manos, lo que puede sugerir que el inicio temprano podría generar evidencia de un cambio del pronóstico para la calidad de vida de estos enfermos.

Bibliografía

1. Ventura-Ríos G, Sánchez-Bringas, C, Hernández-Díaz, *et al*. Subclinical synovitis and tenosynovitis by ultrasonography (US) 7 score in patients with rheumatoid arthritis treated with synthetic drugs, in clinical remission by DAS28. *Reumatol Clin.* 2019;15(5):e5-e9.
2. Malla C, Vyasa S, Bhalla AS, *et al*. Ultrasonography in early rheumatoid arthritis of hand and wrist joints: comparison with magnetic resonance imaging. *Indian J Orthop.* 2020 Jul 2;54(5):695-703.

CGo63

FRACTURAS VERTEBRALES POR DXA: ¿LA DEFINICIÓN ACTUAL ES LA ADECUADA?

J. Morales-Torres¹, J. Romero-Ibarra¹, J. Morales-Vargas²

⁽¹⁾Hospital Aranda de la Parra, ⁽²⁾Morales Vargas Centro de Investigación

Introducción: Las fracturas vertebrales (FV) osteoporóticas son comunes, pueden ser asintomáticas, indican reducción de fortaleza ósea y anticipan nuevas fracturas. Su búsqueda se considera indispensable en todo paciente con sospecha de osteoporosis y la detección por evaluación de fractura vertebral (EFV) por DXA permite identificarlas con gran precisión y mejorar la definición ampliada de osteoporosis.

Objetivo: Describir la frecuencia de FV en los pacientes enviados a un centro de osteodensitometría (ODM) mediante la definición comúnmente aceptada.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes consecutivos referidos para un estudio de ODM y se les practicó una EFV por satisfacer los criterios aceptados para tal indicación o por indicación del médico tratante. Los estudios de EFV se llevaron a cabo en un aparato GE-Lunar, modelo iDXA. Se describió la frecuencia de FV definida como la pérdida de la altura del cuerpo vertebral de 20% en uno o más de sus segmentos. Los valores medios de las características de los individuos con y sin FV se compararon con t de Student.

Resultados: Se incluyó a 1,226 pacientes (91,9% mujeres) con edad media de 74 (\pm 8,5) años, atendidos desde finales del 2021. De estos, 807 (65,8%) tenían al menos una FV y 419 (34,2%) ninguna. Sus características se resumen en la **Tabla 1**. La densidad mineral ósea (DMO) media es significativamente más baja en la columna y el fémur total en la población con FV. La prevalencia notificada de FV en la comunidad es de 19,2 para mujeres y 9,8 para hombres en México. La frecuencia hallada en este estudio supera notablemente esta cifra. Pueden estar incluidas las FV no relacionadas con osteoporosis. Es posible que la población referida a ODM tiene más probabilidad de padecer osteoporosis, pero ¿es adecuado el límite de 20% para definir una fractura o se sobrediagnosticó la FV? El paradigma actual exige investigar la existencia de FV en todo paciente con sospecha de osteoporosis. La existencia de FV puede bastar para definir a un paciente como portador de osteoporosis y elegible para tratamiento farmacológico.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos. (CG063)

| | Sin fractura (n = 419) | Con fractura (n = 807) | p |
|-----------------|------------------------|------------------------|--------|
| Edad media | 73,2 (\pm 8,28) | 74,82 (\pm 8,71) | 0,0017 |
| Talla media | 154,1 (\pm 10,41) | 152,1 (\pm 8,39) | 0,0003 |
| Peso medio | 64,67 (\pm 13,56) | 62,84 (\pm 11,91) | 0,0136 |
| DMO columna | 1,028 (\pm 0,207) | 0,982 (\pm 0,214) | 0,0003 |
| DMO fémur total | 0,854 (\pm 0,164) | 0,777 (\pm 0,152) | 0,0001 |

Conclusiones: Se reconoció una elevada frecuencia de FV definida como la pérdida de altura vertebral de 20% o más por EFV y DXA. De acuerdo con la definición actual, todos esos pacientes deben considerarse como aptos para tratamiento de la osteoporosis.

Bibliografía

1. Diacinti D, Guglielmi G. How to define an osteoporotic vertebral fracture? *Quant Imaging Med Surg.* 2019;9:1485-1494.
2. www.iscd.org/learn/official-positions/. Consultado el 16 de Septiembre, 2024.

CGo64

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DEL HRGIZ ENTRE 2021 Y 2023

A.E. Ariza-Rodríguez, M.B. Colli-Cortés

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

Introducción: La osteoporosis es la enfermedad ósea metabólica más común. Se caracteriza por la disminución de la masa ósea y alteración en la microarquitectura, lo que produce un mayor riesgo de fracturas. Se considera un problema de salud pública, afecta a más de 200 millones de personas en el mundo y genera millones de fracturas de cadera al año que llevan a la pérdida de la funcionalidad. La osteoporosis se vincula con una amplia gama de enfermedades y medicamentos que afectan la calidad ósea. Las enfermedades reumatólogicas producen una inflamación notoria local y sistémica, en la cual el hueso puede encontrarse comprometido. Debido al envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de estos pacientes, se ha elevado la prevalencia de osteoporosis en esta población.

Objetivo: Investigar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con osteoporosis de la consulta externa de reumatología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza entre 2021 y 2023.

Material y métodos: Se seleccionó a paciente de 30 a 90 años con diagnóstico de osteoporosis y alguna de las siguientes enfermedades reumatólogicas: AR, LES, EA, ES, SS. Se valoraron las características demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad reumatólogica y osteoporótica, los tratamientos y el consumo de esteroides; se calculó el Frax y se valoró la frecuencia de fracturas. Además, se analizó la posible correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad reumatólogica, la DMO y el Frax y entre la evolución del diagnóstico de osteoporosis, la DMO y el Frax.

Resultados: De los 97 pacientes con diagnóstico de osteoporosis, 70 cumplieron con los criterios para el estudio. Se encontró que el 100% de los sujetos correspondió a mujeres, con una edad media de 65,9 años; un 45,7% tenía entre 45 y 64 años, un 54,3% entre 65 y 90 años y no se identificó a pacientes de 30 a 44 años. La media de evolución de la enfermedad reumatólogica fue de 131,79 meses, con una media DMO de cadera de -2,2 y columna de -2,8. El 71,1% de los individuos con osteoporosis tenía artritis reumatoide, 2,9% lupus eritematoso sistémico, 7,7% síndrome de Sjögren y 14,3% esclerosis sistémica. Las fracturas fueron de 25,3%, con un 77,8% que tenía artritis reumatoide, 11,1% síndrome de Sjögren y 5,6% LES y esclerosis sistémica.

Tabla 1. Características demográficas, evolución de la enfermedad reumatólogica, diagnóstico de osteoporosis, DMO y cálculo de FRAX. (CG064)

| | Edad | Peso | Talla | EE | EO | DMO cadera | DMO columna | Frax mayor | Frax cadera |
|---------|------|------|-------|-------|------|------------|-------------|------------|-------------|
| N | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 |
| Media | 65,9 | 59,7 | 148,1 | 131,7 | 29,6 | -2,294 | -2,884 | 14,041 | 5,699 |
| DE | 8,09 | 11,8 | 6,38 | 134,6 | 42,9 | 0,870 | 1,264 | 10,624 | 8,346 |
| V. mín. | 51 | 31 | 132 | 4 | 0,9 | -6,3 | -5,2 | 2,9 | 0,4 |
| V. máx. | 86 | 97 | 161 | 636 | 240 | -0,7 | 3,4 | 74,0 | 64,0 |

DE, desviación estándar; V. máx., valor máximo; V. mín., valor mínimo; N, número de pacientes de los que se registró la variable; EE, evolución de la enfermedad reumatólogica; EO, evolución del diagnóstico de osteoporosis; DMO, densitometría ósea.

Conclusiones: La artritis reumatoide es la enfermedad reumatólogica más identificada en los pacientes con diagnóstico de osteoporosis y con

el porcentaje mayor de fracturas. El mayor porcentaje de pacientes con fracturas se reconoce entre los 65 y 90 años. La densitometría ósea de columna lumbar estaba más disminuida en relación con la densitometría ósea de cadera. Solo se encontró correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad reumatólogica y la DMO de cadera.

Bibliografía

1. Lane NE. Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;194(2 Suppl):S3-S11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.047>
2. Emkey GR, Epstein S. Secondary osteoporosis: pathophysiology & diagnosis. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2014;28(6):911-935. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2014.07.002>.

CGo65

RELACIÓN ENTRE USO DE FARMEsc Y EL RIESGO DE DESARROLLAR FIBROSIS HEPÁTICA MEDIDA POR FIB-4 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V.E. Villalobos-Espinoza, L. Ortiz-Treviño, Y. Mejía-Olgún, A. Peñalosa-Andrade, L.B. De la Cruz-Becerra, S.A. Vázquez-Guevara
UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, NL

Introducción: La relación de fibrosis hepática y el consumo crónico de fármacos modificadores de la enfermedad es inconsistente en varias fuentes. Los diversos estudios no toman en cuenta las variables vinculadas con el daño hepático crónico como obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus. El FIB-4 es un método no invasivo para determinar el riesgo de fibrosis validado en pacientes con artritis reumatoide e inicio de FARME convencionales.

Objetivo: Determinar la relación entre consumo de fármacos modificadores de la enfermedad convencionales y riesgo de desarrollar fibrosis hepática medida por FIB-4 en pacientes con artritis reumatoide.

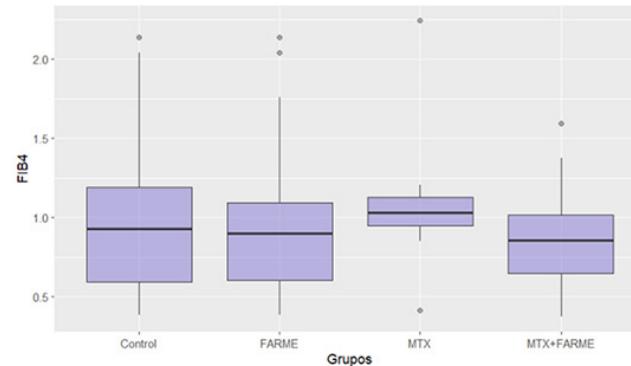
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de cohortes, prospectivo y longitudinal en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con FARME convencional. Para determinar la relación entre las medias de las puntuaciones de FIB-4 y cada grupo de estudio (monoterapia MTX, FARME combinado y control) se analizó mediante ANOVA de dos vías. Se calculó el riesgo relativo para desarrollar fibrosis hepática (FIB-4 > 1,3) con FARME convencionales.

Resultados: Se analizó a 28 pacientes con artritis reumatoide y 22 controles. Del total de 28 pacientes con artritis reumatoide, 24 (86%) fueron mujeres, con edad media de 53,4 años (35-65 años); 12 (71%) pacientes tenían serología positiva para FR y 16 (57%) para anti-CCP, 5 (18%) sufrían alcoholismo activo, 9 (32%) DM2, 14 (50%) dislipidemia, 9 (32%) hipertensión arterial sistémica y 11 (40%) obesidad. Características basales: PCR 1,5 mg/dL (0,1-9,6 mg/dL), VSG 31,48 mm/h (6-45 mm/h), DAS28 5,0 (3,3-6,2), y FIB-4 0,96 (0,38-2,13). Hasta 4 (14%) registraron un FIB-4 significativo para fibrosis. Al final del estudio, la dosis media acumulada de metotrexato fue de 350 mg (120-460 mg) y la de leflunomida de 936 mg (0-360 mg). Un total de 17 pacientes (60%) recibió metotrexato más algún otro FARME. Al inicio del estudio, la puntuación promedio de FIB-4 en el grupo de pacientes que recibieron FARME fue de 0,96 puntos y en el grupo control de 0,95 puntos. A los seis meses, la media de la puntuación de FIB-4 en el grupo FARME fue de 1,12 puntos y en el grupo control de 0,94. La diferencia entre las medias del grupo FARME fue significativa (0,16 puntos, $p = 0,028$), a diferencia del grupo control (0,01 puntos, $p = 0,80$; IC95% -0,09 a 0,11). En pacientes expuestos a FARME, el riesgo relativo para presentar una puntuación FIB-4 consistente con posible fibrosis hepática medida por FIB-4 a los seis meses fue de 1,37 (IC95%, 0,46 a 4,10). A los seis meses, la diferencia del FIB4 entre los grupos control respecto de la monoterapia MTX ($p = 0,93$, IC95%, -0,34 a 0,54), control o combinación de FARME ($p = 0,84$, IC95%, -0,50 a 0,26), monoterapia MTX o combinación de FARME ($p = 0,80$, IC95%, -0,28 a 0,57) no fue estadísticamente significativa (**Figura 1**).

Conclusiones: En esta cohorte prospectiva de pacientes con artritis reumatoide con FARME de reciente inicio fue posible detectar un cambio

estadísticamente significativo en la puntuación de FIB-4 a los seis meses de seguimiento; sin embargo, este cambio no fue un valor indicativo de posible fibrosis hepática.

Figura 1. Puntuación FIB-4 por grupos a los seis meses. (CG065)



Bibliografía

1. Miyata M, Kuroda M, Unakami M, et al. Validation of the fibrosis-4 (FIB-4) index in the diagnosis of liver disease of rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. *Mod Rheumatol*. 2019 Nov;29(6):936-942.
2. Hilal G, Akasbi N, Boudouaya H, et al. Liver fibrosis in rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. *Curr Rheumatol Rev*. 2020;16(4):293-297.

CGo66

DETECCIÓN DEL RIESGO DE COMPLICACIONES ORALES EN PERSONAS CON OSTEOPOROSIS: UN ESTUDIO PILOTO CON EL ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL (OHAT)

J. Morales-Torres¹, J. Romero-Ibarra¹, H. Gutiérrez-Hermosillo¹, L. Gue-
rro-Márquez¹, L. Anguiano-Flores¹, J. Morales-Vargas², A. Hernán-
dez-Arellano¹, D. Pacheco-Vargas¹, N. Compeán-Villarreal¹

⁽¹⁾Hospital Aranda de la Parra, ⁽²⁾Morales Vargas Centro de Investigación

Introducción: El compromiso de la salud oral es muy común en todo el mundo. El clínico tiene limitaciones para identificar muchos de esos problemas. La osteonecrosis de mandíbula relacionada con medicamentos es una rara pero devastadora complicación en pacientes sometidos a procedimientos dentales invasivos (PDI) que reciben fármacos antirresortivos o antiangiogénicos. El clínico que diagnostica osteoporosis prescribe antirresortivos en muchos de esos pacientes. ¿Cómo facilitar la detección de problemas que pueden requerir PDI? ¿Cómo planear el tratamiento antirresortivo acorde a lo anterior?

Objetivo: Determinar la utilidad del instrumento OHAT validado en español en personas bajo tratamiento para la osteoporosis e identificar los problemas bucodentales que deben derivarse para atención odontológica.

Material y métodos: Estudio exploratorio y observacional en la población de odontología, reumatología y geriatría del Hospital Aranda de la Parra, mediante la aplicación de la versión validada del OHAT en forma de tabla con espacio para respuestas como parte de la evaluación habitual en la consulta diaria. La aplicó un odontólogo en pacientes (≥ 50 años) consecutivos, quien evaluó si la escala coincidía con la revisión odontológica, formal o no. A continuación, un reumatólogo y un geriatra aplicaron el OHAT en pacientes con osteoporosis, sin utilizar más equipo que guantes limpios, un abatelengua y una fuente de luz; y se incluyeron información demográfica y el índice de comorbilidades de Charlson. Se consideraron elegibles para revisión odontológica formal los sujetos que tenían uno o más reactivos calificados como 2 o una calificación global de 4 o mayor (límite fijado de manera preliminar para este estudio). Se empleó estadística descriptiva simple.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes atendidos por dos odontólogos por disponibilidad simple en su práctica diaria, con edad media de 68,3 (\pm 8,8) años, y una calificación media de OHAT de 7,5 (\pm 3,8). El 100% de los hallazgos con el OHAT coincidió con la revisión odontológica completa formal. También se evaluó a 43 pacientes con osteoporosis con edad media de 73,4 (\pm 9,3) años y una calificación media de OHAT de 3,0 (\pm 2,0). En estos pacientes, el índice de comorbilidad de Charlson fue de 4,1 (\pm 1,7). Once de ellos (25,5%) tuvieron uno o más reactivos respondidos como 2 y 13 (30,2%) registraron una calificación global \geq 4, que los definía como aptos para evaluación odontológica. Hasta 27 (62,7%) pacientes tenían 12 o más meses desde su revisión odontológica formal. Tanto en los pacientes atendidos en odontología como en los tratados por osteoporosis, las calificaciones más altas se refirieron a alteraciones de dientes (caries, rotura, desgaste) y grado de limpieza (sarro y restos de alimentos).

Conclusiones: El instrumento OHAT es eficaz para identificar hallazgos confirmados en la revisión por un odontólogo y puede ser un auxiliar para reconocer la necesidad de referencia a ese servicio en pacientes con osteoporosis y planear potenciales intervenciones invasivas antes de iniciar ciertos fármacos y limitar el riesgo de osteonecrosis de mandíbula relacionada con medicamentos.

Bibliografía

- Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' position paper on medication-related osteonecrosis of the jaws-2022 update. *J Oral Maxillofac Surg*. 2022;80:920-943.
- Morales C, Henríquez F, Muñoz S. Structural validity and reliability of the "Oral Health Assessment Tool" applied by speech-language therapists in a population of older Chilean people. *BMC Oral Health*. 2023;23:24.

CGo67

EXPERIENCIA DE CRIBADO DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS) CON ULTRASONOGRAFÍA PULMONAR EN UN HOSPITAL GENERAL EN JALISCO

D. García-Cerda, O.L. Gómez-Campos, A.K. Díaz-Sandoval, I. Lepe-Álvarez, L.J. Rodríguez-Aguirre, V.E. Portela-De la Rosa, I. García-De la Torre, A.G. Jiménez-Lomelí, M. Marín-Rosales

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad pulmonar intestinal (EPI) es una afección presente de manera extensa en las EAS. Su identificación y tratamiento son parte de la atención integral del paciente con alteración multiorgánica autoinmunitaria. De manera convencional se ha recomendado la tomografía de alta resolución (TACAR), pero en años recientes es cada vez más frecuente el ultrasonido pulmonar como herramienta de detección de EPI. **Objetivo:** Describir los resultados de cribado pulmonar realizado con ultrasonografía pulmonar en pacientes con enfermedades autoinmunitarias sistémicas con método semicuantitativo, protocolo LUS.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con enfermedades autoinmunitarias sistémicas mayores de 18 años que acudieron a consulta de reumatología del Hospital General de Occidente. El ultrasonido pulmonar se realizó con equipo Hitachi Arietta s60 Con sonda lineal de 11 hz y uso de gel en campos pulmonares. Para valorar la presencia de EPI se empleó el método semicuantitativo con protocolo LUS mediante el conteo de líneas B y considerar < 10 negativo, 11-20 leve, 21-50 moderado, > 50 grave.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes, dos hombres y 35 mujeres, con edad media de 54 años. Predominó la artritis reumatoide con 75%. Los cuadrantes más afectados fueron: anterior superior izquierdo, seguido del anterior superior derecho y lateral inferior izquierdo. El total de cribados positivos fue de 4 y moderados de 75%; se muestra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El uso del cribado pulmonar con ultrasonido es una herramienta prometedora debido a su bajo costo; sin embargo, tiene la limitante

de ser dependiente del operador. La clínica es todavía esencial para la identificación dirigida de la EPI, lo cual mejora el rendimiento de la prueba, ya que en el cribado realizado en este servicio se incluyó a pacientes con o sin síntomas respiratorios, en busca de formas incipientes de EPI; esto generó una alta negatividad de la prueba. Esta es una prueba útil ante síntomas respiratorios crónicos en un paciente con EAS.

Tabla 1. (CG067)

| Afección | Total n (%) | Cribado negativo n (%) | Cribado positivo n (%) | Leve | Moderado | Grave |
|----------------------|-------------|------------------------|------------------------|------|----------|-------|
| Artritis reumatoide | 28 (75,6) | 27 (96,4) | 1 (3,6) | 0 | 1 | 0 |
| Esclerosis sistémica | 7 (19) | 6 (85) | 1 (15) | 0 | 1 | 0 |
| Dermatomiositis | 1 (2,7) | 0 (0) | 1 (100) | 1 | 0 | 0 |
| Síndrome de Sjögren | 1 (2,7) | 0 (0) | 1 (100) | 0 | 1 | 0 |

Bibliografía

- Huang Y, Liu T, Huang S, et al. Screening value of lung ultrasound in connective tissue disease related interstitial lung disease. *Heart Lung*. 2023 Jan-Feb;57:110-116.
- Wang Y, Gargani L, Barskova T, et al. Usefulness of lung ultrasound B-lines in connective tissue disease-associated interstitial lung disease: a literature review. *Arthritis Res Ther*. 2017;19(1):206.

CGo68

INTERVENCIÓN EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO (ECOE) EN REUMATOLOGÍA PARA REDUCIR ESTRÉS DE SUSTENTANTES

S. Muñoz-López¹, C. Hernández-Díaz², L.A. Ledesma-Torres³, F. García-Rodríguez⁴, B. Mota-Mondragón⁵, A. Vargas-Guerreo⁶, H. Fragoso-Loyo⁷, A. Vargas-Guerreo⁸, C. Meléndez-Mercado⁸, S. Mendieta-Zerón⁹, P.B. Lara-Herrera¹⁰, T.S. Rodríguez-Reyna⁷, A.R. Torres-Jiménez¹¹, M. Pérez-Cristóbal¹², E. Faugier-Fuentes¹³

⁽¹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital Juárez de México, ⁽³⁾Centro Especializado en Psicología de la Salud, ⁽⁴⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁵⁾Hospital Central Militar, ⁽⁶⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽⁷⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁸⁾Centro Médico ISSEMYM Toluca, ⁽⁹⁾Centro Médico ISSEMYM, ⁽¹⁰⁾Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, ⁽¹¹⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría), ⁽¹²⁾Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, ⁽¹³⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Una de las funciones del Consejo Mexicano de Reumatología es la certificación, la cual evalúa el conocimiento necesario de los residentes de reumatología de adultos y pediatría para ejercer la reumatología en México. Esta evaluación consiste en una fase teórica y una práctica conocida como ECOE; en esta última se evalúan competencias en un ambiente clínico similar al de una consulta de reumatología. En este examen, la mayoría de los sustentantes experimenta una elevada ansiedad que puede repercutir negativamente, no solo en el rendimiento en las evaluaciones, sino en la salud de los alumnos ante este tipo de situaciones.

Objetivo: Atenuar el estrés y el nerviosismo antes del examen y en los descansos mediante intervención en materia de salud mental durante el examen de certificación en reumatología.

Material y métodos: Dos neuropsicólogas adscritas al Centro Especializado en Psicología de la Salud diseñaron un plan para realizar ejercicios de respiración para sustentantes antes del examen, así como mandalas terapéuticas durante el descanso.

Resultados: En 80 sustentantes para la certificación en reumatología de adultos y pediatría se obtuvieron los siguientes comentarios mediante encuestas: el 88,9% refirió que los ejercicios de respiración diafragmática fueron fáciles de seguir, el 75% señaló que los ejercicios de respiración diafragmática lograron disminuir el estrés (**Figura 1**), el 41,7% consideró que las mandalas de relajación fueron una intervención pertinente para mejorar

la concentración entre los descansos (**Figura 2**). En el 80,5%, saber que se contaba con un área de salud mental les dio tranquilidad y el 86% consideró que era importante contar con un servicio de salud mental en el examen de certificación.

Figura 1. Ejercicios diagramáticos para sustentantes de reumatología (CMR 2023). (CG068)



Figura 2. Mandalas terapéuticas (CMR 2023). (CG068)



Conclusiones: La intervención con ejercicios diafrágmaticos de relajación y mandalas terapéuticas contribuyó a la reducción del estrés en los residentes; además, contar con un servicio de salud mental dio tranquilidad a los sustentantes.

Bibliografía

1. Bausela Herreras E. Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. La Revista Venezolana de Educación (Educere) [online]. 2005;9(31):553-557 [citado 2024-09-28].

CG069

MUERTES PERINATALES EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: EXPERIENCIA DE SIETE AÑOS DE UNA CLÍNICA DE EMBARAZO Y REPRODUCCIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M.E. Corral-Trujillo, R.A. Cerdá-Rodríguez, P.E. Contreras-Olazarán, A.M. Ortiz-Ríos, M.A. Ponce-Santillán, E. Domínguez-Chapa, J.A. Cárdenas-De la Garza, F.R. Arévalo-Nieto, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) tienen mayor riesgo de pérdida perinatal (PP), notificado en el planeta mundial en 26%, en comparación con la población general (22,3%). En 2022 se registraron en México 25,041 muertes perinatales: 83,2% durante el embarazo, 15,8% durante el parto y en 1,0% no se especificó en la población general. Sufrir una PP se considera un episodio traumático y las consecuencias pueden variar: malestar emocional, aumento de las comorbilidades y un mayor riesgo de mortalidad materna hasta dos años después de la pérdida.

Objetivo: Describir la frecuencia y las características de las pérdidas perinatales de las pacientes de una clínica de embarazo y enfermedades reumáticas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal; se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del servicio de reumatología del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León, desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de mayo de 2024. Se seleccionaron las historias clínicas de las pacientes que han sufrido una PP y se obtuvieron el historial de su ERA, los antecedentes ginecoobstétricos y las características sociodemográficas. Se realizó un análisis estadístico y se empleó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad. Las características sociodemográficas y clínicas se presentan como frecuencias y porcentajes (%) para las variables categóricas y medias, y desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se utilizó el programa SPSS versión 25 (IBM Corp, Armonk, NY).

Resultados: De los 144 pacientes que han ingresado en la clínica, 20 (13,8%) tenían una PP. Las ERA más frecuentes fueron la artritis reumatoide (AR) con 8 (40%), lupus eritematoso sistémico (LES) con 8 (40%) y otros diagnósticos (dermatomiositis, síndrome antifosfolípidos y EITC) con 4 (20%); otras características se muestran en la **Tabla 1**. Hasta 16 (80%) de estas pacientes tenían ERA activa durante los embarazos; solo

Tabla 1. Características clínicas. (CG069)

| | Muertes fetales (n = 15) | Muertes neonatales (n = 5) |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Edad, media (DE) | 32,73 (5,66) | 24,80 (3,83) |
| Educación, n (%) | | |
| < 9 años | 6 (39,99%) | - |
| > 9 años | 9 (59,99%) | 5 (100%) |
| Estado civil, n (%) | | |
| Soltero | 3 (20%) | - |
| Unión libre | 8 (53,33%) | 3 (60%) |
| Casado | 4 (26,66%) | 2 (40%) |
| Ocupación, n (%) | | |
| Hogar | 9 (60%) | 2 (40%) |
| Estudiante | - | 1 (20%) |
| Empleado | 5 (33,33%) | 2 (40%) |
| Desempleado | 1 (6,66%) | - |
| Diagnóstico reumático, n (%) | | |
| Artritis reumatoide | 7 (46,66%) | 1 (20%) |
| Lupus eritematoso sistémico | 6 (40%) | 2 (40%) |
| Otros* | 2 (13,32%) | 2 (40%) |
| Embarazo planificado, n (%) | | |
| Sí | 3 (20%) | 1 (20%) |
| No | 12 (80%) | 4 (80%) |
| Embarazo deseado, n (%) | | |
| Sí | 12 (80%) | 4 (80%) |
| No | 3 (20%) | 1 (20%) |
| Seguimiento duelo perinatal, n (%) | | |
| Sí | 5 (33,33%) | 4 (80%) |
| No | 10 (66,66%) | 1 (20%) |

*Dermatomiositis, síndrome antifosfolípido, UCTD.

La tabla contiene las características clínicas y sociodemográficas divididas en dos grupos: pacientes que tuvieron su pérdida en el embarazo y mujeres que experimentaron la pérdida en los primeros 12 meses de vida del neonato.

dos de ellas no continuaron con su atención y tratamiento reumático después de la PP. En cuanto a las PP, 15 (75%) fueron muertes fetales, con 8 (53,3%) pacientes que experimentaron la pérdida durante el primer trimestre, 4 (26,6%) en el segundo trimestre y 3 (20%) en el tercero. Cinco (25%) fueron pérdidas neonatales; las causas de muerte fueron: sepsis neonatal (2), bloqueo cardiaco congénito mortal (1), muerte súbita desconocida (1) y neonato extremadamente prematuro (1). Se ofreció asesoramiento para el duelo perinatal a todas las pacientes, 13 (65%) de las cuales aceptaron tener al menos una consulta.

Conclusiones: Se registró una tasa de pérdida del 13,8% en esta población. La prevalencia es inferior a la notificada en todo el mundo (13,8% vs. 15,5%-26%). El enfoque multidisciplinario podría contribuir a esta menor tasa. El asesoramiento sobre el duelo y el seguimiento adecuado del bienestar emocional de la paciente pueden contribuir a obtener mejores resultados en futuros embarazos.

Bibliografía

1. Bortoluzzi A, Andreoli L, Carrara G, et al., Record-Linkage on Rheumatic Diseases Study of the Italian Society for Rheumatology. Improved pregnancy outcome in patients with rheumatoid arthritis who followed an ideal clinical pathway. *Arthritis Care & Research*. 2021 Feb;73(2):166-72.
2. Song J, Mailick MR, Greenberg JS, et al. Mortality in parents after the death of a child. *Social Science & Medicine*. 2019 Oct 1;239:112522.

CG070

CONOCIMIENTO, ACTITUDES E INTENCIÓN HACIA LA VACUNACIÓN CONTRA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

A.M. Ortiz-Ríos, M.A. Ponce-Santillán, E. Domínguez-Chapa, G. Rodríguez-Orozco, A.G. Rodríguez-Flores, K.A. Chávez-Olivio, A.P. Romero-Ávila, C.A. Rangel-Gaona, 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: Las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) tienen 3,8 veces mayor riesgo de contraer infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) y 8,66 veces más riesgo de desarrollar cáncer cervical debido a la persistencia del virus. La vacunación contra el VPH es esencial en esta población debido a la elevada incidencia y mortalidad por cáncer cervical en México (12,6 por 100 000 y 5,7 por 100 000, respectivamente). Sin embargo, las tasas de vacunación son todavía bajas (4,6%), probablemente influidas por el conocimiento, creencias y actitudes de las pacientes.

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento, actitudes e intenciones hacia la vacunación contra el VPH en mujeres en edad reproductiva con ERA.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en mujeres de 18 a 45 años con ERA que asistieron a la clínica de reumatología en el Hospital Universitario. Se utilizó la encuesta validada Conocimiento, actitudes e intenciones hacia la vacunación contra el VPH (KAI-VPH), aplicada en español en el primer semestre del 2024. Esta encuesta incluye 44 preguntas divididas en cuatro secciones: datos sociodemográficos, nivel de conocimiento, actitudes e intención.

Las puntuaciones de conocimiento se clasificaron como bajo (< 33%), moderado (33%-66%) y alto (> 66%); la actitud se categorizó en positiva (< 2,5), neutral (2,5-3,5) y actitud negativa (> 3,5); y las puntuaciones de intención en no favorable (< 4), neutral (4-7) y favorable (> 7).

Se emplearon media o mediana y desviación estándar o rango intercuartílico para las variables numéricas. Para las variables categóricas se usaron frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables numéricas se utilizaron las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney o prueba de análisis de varianza (ANOVA) de una vía. Se utilizó la prueba de Spearman para valorar la relación entre variables no paramétricas. Se consideró como

significativo un valor de $p \leq 0,05$. Se usó SPSS versión 29.0.2.0 (20) para el análisis de datos.

Resultados: Se incluyó a un total de 71 mujeres en edad reproductiva con ERA con una edad media de 38,84 años (DE, 7,49). Los datos sociodemográficos se muestran en la **Tabla 1**. El 84,5% había oído hablar de la vacuna, pero solo 21 (29,6%) mujeres tenían su esquema de vacunación completo. Se identificó un nivel de conocimiento moderado ($39,78 \pm 22,81$), una actitud positiva ($2,08 \pm 0,58$) y una intención favorable hacia la vacunación de VPH ($n = 32$, 45,07%) (**Figura 1**). El 56,3% creía que existe un alto riesgo de contraer la infección, y entre las pacientes no vacunadas o con desconocimiento de su estado de vacunación se encontró una correlación significativa entre el grado educativo y la intención de vacunarse ($r = 0,332$, $p = 0,018$).

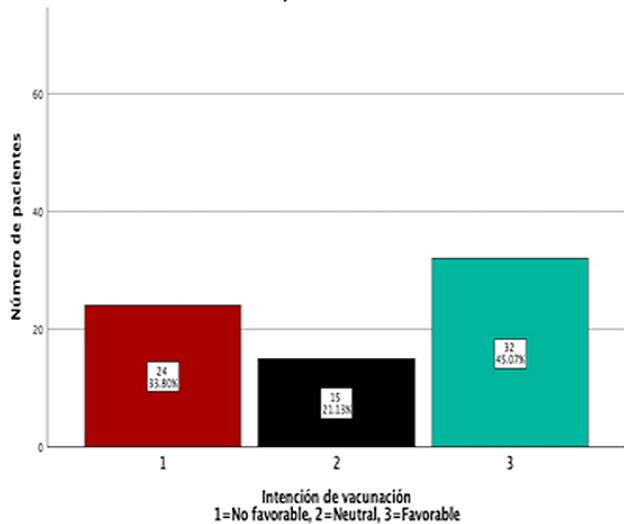
Tabla 1. Datos sociodemográficos. (CG070)

| | n (%), n = 71 |
|---|--------------------------|
| Edad, años, media \pm DE | 32,96 \pm 8,98 |
| Diagnóstico, n (%) | |
| Artritis reumatoide | 36 (50,7) |
| Lupus eritematoso sistémico | 24 (33,8) |
| Síndrome antifosfolípidos | 3 (4,2) |
| Otro | 8 (11,3) |
| Educación, n (%) | |
| Primaria | 4 (5,6) |
| Secundaria | 14 (19,7) |
| Preparatoria | 18 (25,4) |
| Licenciatura | 27 (38) |
| Posgrado | 8 (11,3) |
| Ingreso mensual, pesos mexicanos, mediana (RIQ) | 17.878,19 (9.000-20.000) |
| Estado civil, n (%) | |
| Soltera | 22 (31) |
| Unión libre | 16 (22,5) |
| Casada | 28 (39,4) |
| Separada | 3 (4,2) |
| Viuda | 2 (2,8) |
| Comportamiento sexual, n (%) | |
| Sin experiencia | 12 (18,3) |
| Siempre sin contracepción | 19 (26,8) |
| Siempre con contracepción | 22 (31) |
| A veces con contracepción | 17 (23,9) |
| Antecedente familiar de cáncer cervicouterino, n (%) | |
| Sí | 5 (7) |
| No | 66 (93) |
| Antecedente de realización de citología cervical, n (%) | |
| Sí | 45 (63,4) |
| No | 26 (36,6) |
| Antecedente de vacunación, n (%) | |
| Sí | 21 (29,6) |
| No | 46 (64,8) |
| No sé | 4 (5,6) |
| Escuchado de la vacuna, n (%) | |
| Sí | 60 (84,5) |
| No | 11 (15,5) |

DE, desviación estándar; RIQ, rango intercuartílico.

Conclusiones: Este estudio revela que, si bien la mayoría de las mujeres con ERA ha oído hablar de la vacuna contra el VPH, menos de un tercio de ellas ha completado el esquema de vacunación. Se identificó que existe un déficit de conocimiento sobre el VPH y su vacunación, pero con una actitud positiva y una intención favorable de las pacientes a vacunarse. Estos hallazgos subrayan la necesidad de mejorar las campañas de educación y acceso a la vacuna, especialmente en pacientes con ERA para aumentar.

Figura 1. Número y porcentaje de la intención de vacunación contra VPH. No favorable (< 4), neutral (4-7) y favorable (> 7). (CG070)



Bibliografía

1. García-Carrasco M, Mendoza-Pinto C, Rojas-Villarraga A, *et al.* Prevalence of cervical HPV infection in women with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev*. 2019;18(2):184-91.
2. Villanueva S, Mosteiro-Miguéns DG, Domínguez-Martínez EM, *et al.* Knowledge, attitudes, and intentions towards human papillomavirus vaccination among nursing students in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4507.

CG071

PERFIL HEMODINÁMICO Y FUNCIÓN PULMONAR DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A AUTOINMUNIDAD

L.F. Patricio-Balbuena¹, N.I. Ruiz-Gómez¹, A.C. Lugardo-Ríos¹, J.A. García-Cuellar¹, C.A. Castro-Fuentes²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, ⁽²⁾Unidad de Investigación HRAE Ixtapaluca

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad de distribución mundial que afecta de modo predominante a adultos mayores; dentro de sus complicaciones se identifican enfermedades cardiovasculares, pulmonares y autoinmunitarias. En el grupo 1 de la clasificación clínica de HP se incluye a las enfermedades autoinmunitarias y la hipertensión arterial pulmonar (HAP) de causa idiopática, en las que resulta importante describir las características hemodinámicas y la función pulmonar, hasta ahora poco descritas en otros registros en la población mexicana.

Objetivo: Describir las características hemodinámicas, función pulmonar y autoanticuerpos prevalentes de pacientes con hipertensión arterial pulmonar atendidos en un centro de referencia de tercer nivel.

Material y métodos: Se analizaron las características hemodinámicas que incluyeron presión arterial pulmonar media (PAPM), gasto cardíaco (GC), resistencias vasculares pulmonares (RVP) y presión de enclavamiento pulmonar (PEP) expresados en medianas y rangos, además de las pruebas de función pulmonar (espirometría, DLCO, relación FVC/DLCO) expresadas en sus respectivos valores de porcentaje predichos y patrón de espirometría, y se incluyó la prueba submáxima de caminata de 6 minutos (C6m) en metros totales recorridos. Se realizó una prueba de coeficiente de correlación de Pearson entre la relación FVC/DLCO y la PAPM. Asimismo, se informó la prevalencia de pruebas séricas positivas para paneles de autoanticuerpos mediante el método de inmunoanálisis (Euroimmun, Lübeck,

Germany), divididos en paneles para esclerosis (Scl-70, Scl-70 centrómero A, centrómero B, RNA Pol III 11, RNA Pol-III 155, Fibrillarin, NOR90, Th/To, PM-Scl100, PM-Scl75, PDGFR, Ro-52) y miositis (Mi-2α, Mi-2β, TIF1γ, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ OJ).

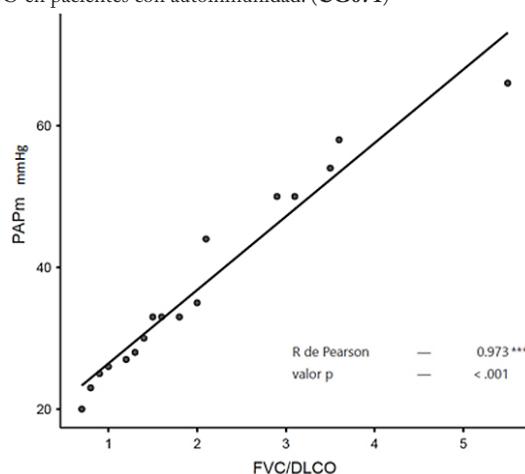
Resultados: Se incluyó a un total de 17 pacientes, 10 mujeres y siete hombres, de los cuales seis cumplieron criterios para esclerosis sistémica, siete para HAP idiopática, tres tenían enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y uno síndrome combinado. Todos los pacientes presentaron al menos una prueba positiva a autoinmunidad. La mediana de PAPM fue de 33 mmHg (66-20), con RVP de 4,6 UW (17,6-2,5) y un GC de 4,1 (6-2,7); todos los pacientes cumplieron con la definición hemodinámica para HP precapilar (Tabla 1). En función pulmonar, la mediana de FVC fue de 69 (127-39), con DLCO de 12 (42-4) y KCO de 64 (164-16), con una relación FVC/DLCO de 1,6 (5,5-0,6); el patrón de espirometría más frecuente fue el restrictivo y la distancia recorrida en la C6M de estos pacientes fue de 103-408 m. La correlación entre la PAPM y la relación FVC/DLCO resultó significativa ($R, 0,97$; $p < 0,001$) (Figura 1).

Tabla 1. (CG071)

| Presiones de CCD | Mediana (máx-mín) | Definición hemodinámica (n) |
|--|-------------------|-----------------------------|
| PAPM, mmHg | 33 (66-20) | Precapilar (17) |
| RVP, UW | 4,6 (17,6-2,5) | |
| PEP, mmHg | 10 (15-3) | |
| GC, mmHg | 4,1 (6-2,7) | |
| Función respiratoria | Mediana (máx-mín) | < LIN (N) |
| FVC (% pred) | 69 (127-39) | 17 |
| DLCO (% pred) | 12 (42-4) | |
| KCO (% pred) | 64 (164-16) | 12 |
| FVC%/DLCO% | 1,6 (5,5-0,6) | - |
| Patrón espirométrico | n (%) | PC6M (mín-máx) |
| Normal | 4 (24) | 60-512 |
| Disanapsis | 2 (12) | 180-428 |
| Restrictivo | 10 (58) | 103-408 |
| Mixto | 1 (6) | 500 |
| Autoinmunidad | Esclerosis | Miositis |
| Positivos (n) | 30 | 16 |
| Intensidad (kU/l) (mediana, intervalo) | 14 (6-231) | 9,5 (8-35) |

CCD, cateterismo cardíaco derecho; PAPM, presión arterial pulmonar media; GC, gasto cardíaco; RVP, resistencias vasculares pulmonares; PEP, presión de enclavamiento pulmonar; FVC, capacidad vital forzada; DLCO, capacidad de difusión de monóxido de carbono; KCO, coeficiente de transferencia; LIN, límite inferior de la normalidad. Se describen las presiones de cateterismo cardíaco derecho, pruebas de función pulmonar, patrones de espirometría y positividad a pruebas de autoinmunidad y su respectiva concentración.

Figura 1. La PAPM se correlacionó de forma significativa con la FVC/DLCO en pacientes con autoinmunidad. (CG071)



Conclusiones: Los resultados proporcionaron información relevante sobre el perfil de los pacientes con HAP vinculada con autoinmunidad; aunque la cohorte fue pequeña, el diagnóstico se estableció por cateterismo, lo que destacó la afectación notoria de la PAPM y la RVP, ambos marcadores hemodinámicos de mal pronóstico, además del efecto funcional respiratorio consistente con la disminución de la DLCO. Los pacientes con HAP idiopática registraron positividad a pruebas de autoinmunidad.

Bibliografía

- Hooper MM, Humbert M, Souza R, et al. A global view of pulmonary hypertension. *The Lancet. Respiratory Medicine*. 2016;4(4):306-322.
- Sandoval Zárate J, Jerjes-Sánchez C, Ramírez-Rivera A, et al., & REMEHIP Investigators. Mexican registry of pulmonary hypertension: REMEHIP. *Archivos de Cardiología de México*. 2017;87(1):13-17.

CG072

FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS DEL ÁNIMO Y ANSIEDAD PERINATAL EN EMBARAZADAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: ESTUDIO PILOTO

M.E. Corral-Trujillo, P.E. Contreras-Olazarán, A.M. Ortiz-Ríos, M.A. Pon-Santillán, E. Domínguez-Chapa, 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

Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar trastornos del ánimo y ansiedad perinatal en embarazadas con enfermedades reumáticas de la CREER. (CG072)

| Factor | Descripción | n (%) |
|--|--|-----------|
| Relacionados con las condiciones clínicas | | |
| Mal apego al tratamiento | La paciente no acude a las citas programadas por el equipo multidisciplinario | 14 (38,9) |
| ERA activa | La paciente cursa el embarazo con su ERA activa | 13 (36,1) |
| Consumo de drogas | La paciente consume sustancias ilícitas actualmente | 1 (2,8) |
| Relacionados con su condición social | | |
| Clase social baja | Nivel socioeconómico asignado por trabajadora social después de realizar el estudio socioeconómico de la CREER | 20 (55,6) |
| Discapacidad o desempleo | La ERA o el embarazo le causan discapacidad y tuvo que dejar su empleo remunerado | - |
| Hijos con problemas de salud | Uno o más de sus hijos tienen enfermedades crónicas o degenerativas | - |
| Relacionados con su embarazo actual | | |
| Embarazo adolescente | La paciente tiene 17 años o menos durante su embarazo | 3 (8,3) |
| Edad materna avanzada | La paciente tiene 35 años o más durante su embarazo | 6 (16,7) |
| Primigesta | Es el primer embarazo de la paciente | 6 (16,7) |
| Embarazo no planeado | El embarazo no fue planeado por la paciente, con o sin autorización de su reumatólogo | 28 (77,8) |
| Embarazo no deseado | El embarazo no es deseado por la paciente | 1 (2,8) |
| Embarazo por abuso sexual | El embarazo fue producto de abuso sexual | - |
| Embarazo con complicaciones | El embarazo en curso es de alto riesgo | 4 (11,1) |
| Relacionados con embarazos previos | | |
| Pérdidas perinatales previas | La paciente ha sufrido pérdidas perinatales previas | 22 (61,1) |
| Duelos perinatales no resueltos | La paciente continua con un duelo activo de una o más pérdidas perinatales previas | 6 (16,7) |
| Relacionados con su situación de pareja | | |
| Madre soltera | La paciente es madre soltera | 8 (22,2) |
| Problemas en la relación de pareja | La paciente tiene dificultades en mantener una relación sana con su pareja | 9 (25) |
| Separación o divorcio | Durante el embarazo la paciente se separó o se divorció de su pareja | 4 (11,1) |
| Violencia íntima de pareja | La paciente es víctima de violencia de pareja en cualquiera de sus variantes (verbal, física, psicológica, etc.) | 4 (11,1) |
| Relacionados con sus antecedentes personales | | |
| Antecedente de maltrato o negligencia infantil | Fue víctima de maltrato o negligencia en la infancia | - |
| Antecedente de abuso sexual | La paciente fue víctima abuso sexual en la infancia | - |
| Antecedente de trastornos psiquiátricos | La paciente ha sido diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico | 4 (11,1) |
| Antecedente de trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatal | La paciente fue diagnosticada con un PMD durante uno o más embarazos previos | 1 (2,8) |
| Antecedente de trastornos de la conducta alimentaria | La paciente fue diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria durante su vida | - |
| Antecedente de trastornos del ánimo familiares | Antecedente de diagnósticos psiquiátricos en su familia de origen y extendida | 1 (2,8) |

Introducción: Los trastornos del ánimo y ansiedad perinatal (PMAD, *perinatal mood and anxiety disorders*) son anomalías psicológicas y psiquiátricas que afectan a mujeres durante el embarazo y el posparto, incluidos los trastornos depresivos, ansiosos y otros trastornos del ánimo. Se han encontrado factores de riesgo para desarrollar PMAD relacionados con los antecedentes personales, familiares e interpersonales en mujeres mexicanas. Padecer una enfermedad reumática (ERA) se ha relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto.

Objetivo: Describir los factores de riesgo para desarrollar trastornos del ánimo y ansiedad perinatal en mujeres embarazadas con ERA.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 36 historias clínicas de psicología de pacientes embarazadas de la clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas (CREER) del servicio de Reumatología del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León. Se obtuvo información sociodemográfica, evolución de la enfermedad y los factores de riesgo para desarrollar PMD. Se seleccionaron 25 factores de riesgo (FR) divididos en seis categorías: a) relacionados con las condiciones clínicas, b) relacionados con su condición social, c) relacionados con su embarazo actual, d) relacionados con embarazos previos, e) relacionados con su situación de pareja y f) relacionados con sus antecedentes personales, después de una revisión de las publicaciones médicas por un equipo de salud mental de la clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas, los cuales se describen en la **Tabla 1**. Se realizó un análisis estadístico y se empleó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad. Las características sociodemográficas y clínicas se presentan como fre-

cuencias y porcentajes para las variables categóricas medianas y rango intercuartílico (RIC) y medias y desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se utilizó el programa SPSS versión 25 (IBM Corp, Armonk, NY).

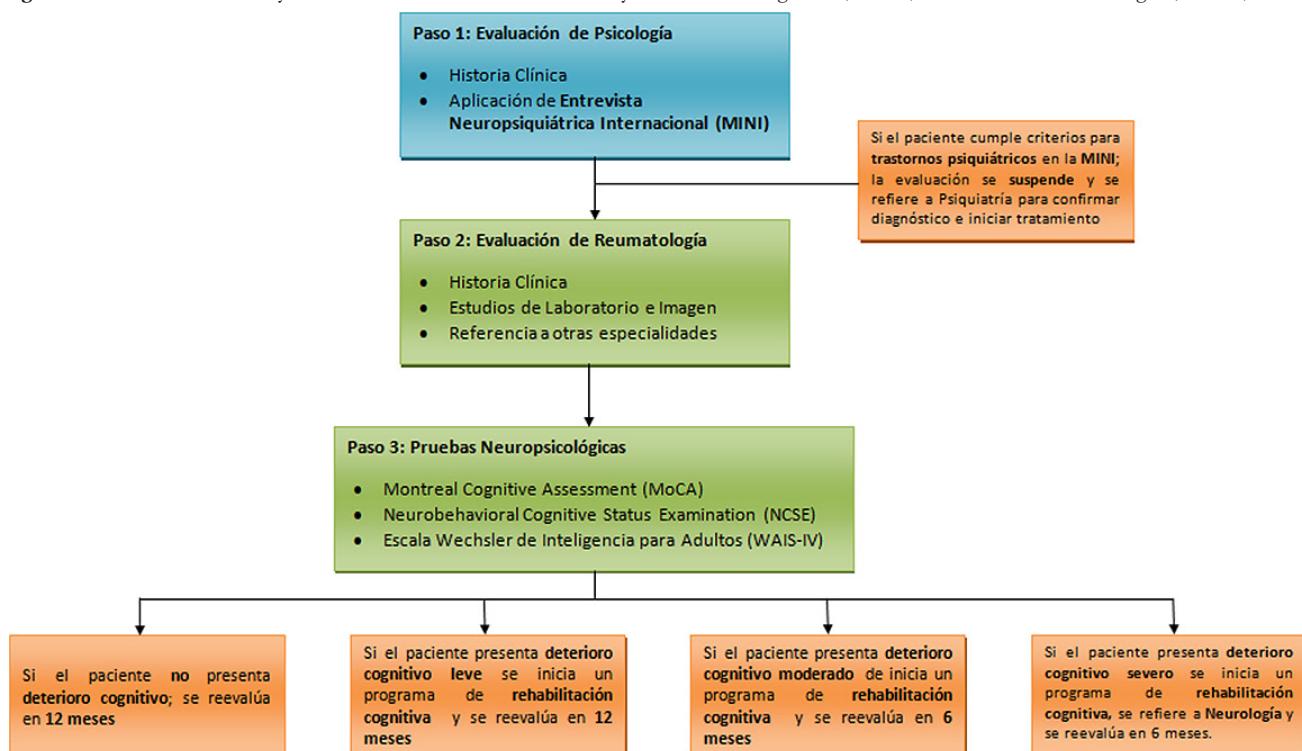
Resultados: Se incluyó a 36 pacientes embarazadas, con edad media de 28,03 (DE 7,06); el principal diagnóstico reumático fue artritis reumatoide con 16 (44,4%), lupus eritematoso sistémico con 8 (22,2%), síndrome antifosfolípidos con 6 (16,7%) y otros (DMT, PA, EITC, pérdidas recurrentes) con 6 (16,7%). Un total de 25 (69,5%) tenía hasta preparatoria como nivel académico; 22 (61,1%) de ellas se dedicaban al hogar, 10 (27,8) se encontraban empleadas; 26 (72,2%) vivían en pareja: 14(38,9%) en unión libre y 12 (33,3%) casadas. La mediana del número de embarazos fue de 2,50 (2,00-4,00), el número de pérdidas perinatales fue de 1 (0,00-2,75) y el número de hijos vivos fue de 0,00 (0,00-1,00). La media de factores de riesgo para PMD fue de 4,31 (DE 2,18); el mínimo por paciente fue 0 y el máximo 8. La categoría con más factores de riesgo en total fue la de “Relacionados con su embarazo actual” (48). Los factores de riesgo con mayor frecuencia fueron: embarazo no planeado con 28 (77,8%), pérdidas perinatales previas con 22 (61,1%) y clase social baja 20 (55,6%).

Conclusiones: El embarazo no planeado fue el factor de riesgo más frecuente en esta población. Enlistar los factores de riesgo para PMD en mujeres con ERA puede ser el inicio de la creación de una guía objetiva de tratamiento y seguimiento con estrategias multidisciplinarias. No existe un listado de factores de riesgo y guía de tratamiento para los trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatales en mujeres con ERA. Sin embargo, conocer los factores que predisponen a esta población permitirá establecer estrategias de intervención multidisciplinaria oportuna.

Bibliografía

1. Misri S, Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Can J Psychiatry*. 2007;52:489-498.
2. Genchi-Gallardo F, et al. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2021;89(12):927-36. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.694>.

Figura 1. Protocolo de atención y evaluación de la Clínica de evaluación y rehabilitación cognitiva (CERN) del servicio de reumatología. (CG073)



mayoría se encontraba casada 13 (56,52%). Los diagnósticos más frecuentes fueron fibromialgia en 6 (26,08%), artritis psoriásica en 3 (13,04%) y síndrome de Sjögren primario en 3 (13,04%). Se identificaron comorbilidades psiquiátricas en el 60,86% de los pacientes: 7 (30,43%) con trastorno depresivo mayor, 5 (21,73%) con trastorno depresivo recurrente y 4 (17,39%) con trastorno de ansiedad generalizada. Se observó un riesgo suicida actual en 5 (21,73%). Según la prueba MoCA, se registró algún grado de DC en el 86,95% de los pacientes. La memoria de trabajo y la atención fueron los dominios más afectados en el NCSE, con un 47,82% y un 21,73%. El WAIS-IV mostró que el 52,17% (12) de los pacientes tenía un cociente intelectual (CI) inferior a la media. Los índices con puntuaciones inferiores a la media fueron el razonamiento perceptivo y la memoria de trabajo, con un 65,2 y un 56,5% (**Tabla 1**).

Conclusiones: Según el MoCA, el 86,9% de los pacientes evaluados presentaba algún grado de disfunción cognitiva; este porcentaje disminuyó al 52% cuando se evaluó con el WAIS-IV debido a que este último es más específico en los resultados. La memoria de trabajo fue el dominio más afectado (50% en NCSE y 56,5% en WAIS-IV). Los trastornos psiquiátricos estaban presentes en más de la mitad de estos pacientes (60,86%).

Bibliografía

1. Meade T, Manolios N, Cumming SR, *et al*. Cognitive impairment in rheumatoid arthritis: A Systematic review. *Arthritis Care Res*. 2017;70(1):39-52.
2. Millan MJ, Agid Y, Brüne M, *et al*. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat Rev Drug Discov*. 2012;11(2):141-68.

CG074

DIGNIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

F.R. Arévalo-Nieto, M.A. Ponce-Santillán, A.M. Ortiz-Ríos, E. Domínguez-Chapa, Y.K. Lerma-Martínez, M.E. Corral-Trujillo, 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 dignidad humana es el valor inherente para todas las personas, cualesquiera que sean su género, condición social, religión u origen. En el ámbito de la salud es común referirse a la dignidad como dignidad percibida, esto es, el valor y respeto atribuidos a otros, pero también percibidos dentro de un contexto e interacción social. Este valor puede afectarse por enfermedad, discapacidad o muerte. Los pacientes con enfermedad reumática enfrentan desafíos que pueden modificar negativamente su dignidad, percibida como la pérdida de función física, disminución de la independencia, incertidumbre sobre el pronóstico y cambios en la apariencia. En pacientes con enfermedades reumáticas no se ha explorado la dignidad percibida.

Objetivo: Medir la dignidad percibida en mujeres con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se aplicó el cuestionario validado PDI MX (Inventario de dignidad percibida) a 50 mujeres en edad reproductiva (18-45 años) con diagnóstico reumatólogico, que firmaron consentimiento informado y atendidas en la Clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario, en Monterrey, Nuevo León. La escala se integra con 25 reactivos y se utilizó una escala de Likert de 5 puntos, desde "no es un problema" hasta "es un problema muy grave". Tiene cuatro dominios: pérdida del sentido de la vida, malestar e incertidumbre, pérdida de la independencia y pérdida del apoyo social. Las puntuaciones oscilan entre 25 y 125, con un punto de corte de 54,4 para la denominación de deterioro en la dignidad percibida. Se recopilaron datos sociodemográficos como edad, ocupación, estado civil, escolaridad, tiempo y diagnóstico, medicamentos que consumen actualmente; todos los datos los proporcionó la paciente o se obtuvieron del expediente clínico.

Resultados: Se incluyó a un total de 50 mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de enfermedad reumática con una edad media de 30,58 (6,58). Las características sociodemográficas se muestran en la **Tabla 1**. La mediana (RIQ) de la puntuación PDI-MX fue de 32,00 (27-48,25). La mediana de puntuación en el dominio "Pérdida del sentido de la vida" fue de 14,50 (12-25) (mínimo 12-máximo 60), en el dominio "Malestar e incertidumbre" fue de 10,50 (7-13,25) (mínimo 6-máximo 30), en el dominio "Pérdida de la independencia" fue de 4 (4-6) (mínimo 4-máximo 20) y en el dominio "Pérdida del apoyo social" fue de 3 (3-4) (mínimo 3-máximo 15). En total, 10 (20%) de las pacientes obtuvieron una puntuación PDI-MX $\geq 54,5$; deterioro en la dignidad percibida. De las pacientes con tiempo de diagnóstico > 2

Tabla 1. Resultados de los pacientes por pruebas neuropsicológicas. (CG073)

| Paciente | Diagnóstico ERA | MoCA | Deterioro de los dominios cognitivos en NCSE | IQ según WAIS-IV |
|---|-----------------|-----------|--|------------------|
| 1 | FM | Leve | Ninguno | Limítrofe |
| 2 | AP | Leve | Memoria | Media alta |
| 3 | AP | Leve | Atención, memoria | Media baja |
| 4 | FM | Normal | Atención, memoria | Promedio |
| 5 | OA | Normal | Ninguno | Media alta |
| 6 | FM | Leve | Ninguno | Promedio |
| 7 | ACG | Moderada | Atención, comprensión, repetición, construcciones, memoria, cálculos | Limítrofe |
| 8 | LES | Leve | Ninguno | Media baja |
| 9 | Sd. ASIA | Leve | Ninguno | Media baja |
| 10 | FM | Leve | Memoria | Promedio |
| 11 | SSp | Leve | Memoria | Media baja |
| 12 | SSp | Leve | Memoria | Promedio |
| 13 | OA | Leve | Memoria, cálculos | Media baja |
| 14 | LES | Leve | Atención | Limítrofe |
| 15 | FM | Leve | Atención, comprensión, memoria | Media baja |
| 16 | dcSSc | Leve | Ninguno | Promedio |
| 17 | AP | Leve | Ninguno | Promedio |
| 18 | FM | Leve | Memoria | Media baja |
| 19 | AR | Leve | Memoria, cálculos | Media baja |
| 20 | EITC | Leve | Ninguno | Media alta |
| 21 | AR | Leve | Ninguno | Promedio |
| 22 | SSp | Leve | Ninguno | Promedio |
| 23 | AR | Normal | Ninguno | Media baja |
| Total pacientes con disfunción cognitivo | | 20 | 7 | 12 |

Tabla 1. Datos sociodemográficos. (CG074)

| | n (%) n = 50 |
|---|-----------------|
| Edad, años, media ± DE | 30,58 ± 6,58 |
| Diagnóstico, n (%) | |
| Artritis reumatoide | 18 (36) |
| Lupus eritematoso sistémico | 12 (24) |
| Síndrome antifosfolípidos | 10 (20) |
| Otros | 10 (20) |
| Educación, n (%) | |
| Primaria | 0 (0) |
| Secundaria | 21 (42) |
| Preparatoria | 8 (16) |
| Universidad o más | 21 (42) |
| Ocupación, n (%) | |
| Empleada | 18 (36) |
| Desempleada | 32 (64) |
| Estado civil, n (%) | |
| Casada | 25 (50) |
| Unión libre | 16 (32) |
| Soltera | 9 (18) |
| Comorbilidades, n (%) | |
| Sí | 7 (14) |
| No | 43 (86) |
| Tiempo de diagnóstico, n (%) | |
| Menor a 2 años | 6 (12) |
| Mayor a 2 años | 44 (88) |
| Total PDI-MX, mediana (RIQ) | 32 (27 - 48,25) |
| Deterioro de la dignidad percibida, n (%) | |
| Negativo | 40 (80) |
| Positivo (> 54,5) | 10 (20) |

años, el 20,5% sufrió deterioro de la dignidad percibida, mayor que aquellos que tenían un tiempo de diagnóstico < 2 años (16,7%). De las pacientes con un tiempo > 2 años de diagnóstico de LES, el 36,4% experimentó deterioro de la dignidad percibida, y fue mayor que en las mujeres con AR (23,5%).

Conclusiones: Este estudio resalta que una de cada cinco pacientes sufrió un deterioro de la dignidad percibida, lo cual puede tener repercusiones graves en la autopercepción de la paciente de sí misma y efectos importantes en la salud mental y física. Las líneas de acción del reumatólogo deben encaminarse a fortalecer la relación médico-paciente y comprender al individuo como un todo, tras conocer su forma de vivir con la enfermedad, educar al enfermo sobre su padecimiento y promover la toma de decisiones compartida desde la autonomía del paciente.

Bibliografía

1. Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Cuevas-Montoya M, *et al.* Factors associated with distress related to perceived dignity in patients with rheumatic diseases. *J Clin Rheumatol* [Internet]. 2024;30(4): e115-21.
2. Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Cuevas-Montoya M, *et al.* 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* [Internet]. 2023;18(8):e0289315.

CG075

NECESIDADES DE REHABILITACIÓN EN ADULTOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD: ESTUDIO RETROSPETIVO

A.A. Martínez-Villarreal, L.P. Rodríguez-Vega, A.H. Peña-Ayala

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Las enfermedades reumáticas alteran la funcionalidad de los pacientes hasta diferentes grados de discapacidad. Las comorbilidades agravan este proceso. Es importante conocer la percepción de discapacidad y las necesidades de rehabilitación (NR) para ofrecer atención integral, disminuir el dolor y promover el bienestar físico, emocional, la capacidad funcional y la calidad de vida. Estos datos deben impulsar a los servicios de rehabilitación como prioridad de las políticas sanitarias y facilitar la reintegración en la vida diaria y la comunidad.

Objetivo: Describir las necesidades de rehabilitación detectadas en pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas atendidos en el servicio de reumatología y referidos a rehabilitación osteoarticular del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y comparativo. Se incluyeron expedientes de pacientes con enfermedades reumáticas, en rehabilitación osteoarticular de marzo de 2023 a abril de 2024. Se recolectaron datos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, estado civil, ocupación, tiempo de traslado, fecha de ingreso y evaluación en rehabilitación), clínicos (diagnóstico, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos y ortopédicos, percepción de discapacidad por WHODAS 2.0), necesidades de rehabilitación identificadas (control del dolor, prescripción de auxiliar de la marcha, ortesis o ayudas técnicas, intervenciones de fisioterapia o terapia ocupacional, interconsulta para valoración quirúrgica, a servicios médicos y paramédicos complementarios). Se realizó análisis con SPSS v.22 con estadística no paramétrica y descriptiva con medianas y rango intercuartílico, frecuencias y porcentajes. Análisis comparativo con U de Mann-Whitney y exacta de Fisher, análisis de correlación con coeficiente de Spearman. Significancia estadística con un alfa ≤ 0,05.

Resultados: De 204 pacientes atendidos, 91% correspondió a mujeres, con media de 56 (49-65) años y 28% de personas mayores. Tiempo de diagnóstico: 6 (2-16) años. Diagnóstico: AR 36%, OA 34%, fibromialgia 6%, otros 24%. Con pareja (45%), ocupación en hogar (52%) y actividad física (36%). Algun grado de percepción de discapacidad en 81% (n = 144); dos o más comorbilidades en 58%. Diferencia significativa entre años de diagnóstico por patología ($p < 0,001$), más comorbilidades en personas mayores respecto de los adultos con AR y de adultos respecto de personas mayores con OA ($p < 0,001$) en ambos casos. Las NR detectadas en intervenciones de terapia ocupacional, auxiliar de la marcha y ortesis son diferentes por patología en el grupo de adultos: $p = 0,05$, $p = 0,03$ y $p = 0,003$, respectivamente. La prescripción de ortesis es mayor para personas mayores con AR ($p < 0,001$). Hasta 45% de los pacientes no pudo acudir a tratamiento fisioterapéutico en la institución; la diferencia del tiempo de traslado fue de 120 (90-180) contra 60 (50-105) minutos de los que sí acudieron ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los profesionales de salud que atienden a esta población de pacientes deben conocer y detectar las necesidades de rehabilitación para desarrollar estrategias de detección temprana de discapacidad, referencia oportuna y garantizar el acceso a servicios de calidad, asequibles, con atención basada en la evidencia y centrados en la persona.

Bibliografía

1. ENSANUT 2022. [Internet]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/14-Dificultades.de.funcionamiento-ENSANUT2022-14822-72373-2-10-20230619.pdf> [Accedido el: 2024 Sep 9].
2. Peláez-Ballesteras I, Sanín LH, Moreno-Montoya J, *et al.*; Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA).
3. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl.* 2011 Jan;86:3-8.
4. Moe RH, Vliet Vlieland TP. Current and future challenges for rehabilitation for inflammatory arthritis. *J Clin Med.* 2024 Jun;13(6):1808.
5. Fedorchenko Y, Mahmudov K, Abenov Z, *et al.* Rehabilitation of patients with inflammatory rheumatic diseases and comorbidities: Unmet needs. *Rheumatol Int.* 2024 Apr;44(4):583-91.
6. Cieza A, Causey K, Kamenov K, *et al.* Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2021 Nov 27;396(10267):2006-17.
7. World Health Organization. Disability and health [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> [Accedido el: 2024 Sep 9].

8. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. Sarfo FS, Ulasavets U, Opare-Sem OK, *et al.* Tele-rehabilitation after stroke: an updated systematic review of the literature. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018 Sep;27(9):2306-18.
10. Williams A, Kamper SJ, Wiggers JH, *et al.* Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Med.* 2018 Sep 25;16(1):167.
11. Chaler J, Marco E, Bascuñana H, *et al.* Rehabilitación 2030: una iniciativa de la OMS, una necesidad sanitaria. *Rehabil (Madr).* 2023 Oct;57(4):100829.

CG076

COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE HIPERMOVILIDAD

C.V. Elizondo-Solís, K. Silva-Luna, A.C. Arana-Guajardo, M.R. García-Pompermayer, O. Ilizaliturri-Guerra, N.E. Rubio-Pérez, L.I. Lozano-Plata, M.A. Garza-Elizondo

Centro Médico Zambrano Hellion

Introducción: Los trastornos del espectro de hipermovilidad (TEH) se caracterizan por una hipermovilidad articular acompañada de manifestaciones musculoesqueléticas y una diversidad de síntomas multisistémicos que afectan la calidad de vida de los pacientes. Aunque se ha documentado la relación entre los TEH y varias comorbilidades, como trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño y disautonomía, la mayoría de los estudios las ha evaluado de manera aislada, lo que deja un vacío en la comprensión integral de estas anomalías. Este estudio busca abordar esta brecha al evaluar de manera sistemática la prevalencia y distribución de las comorbilidades en pacientes con TEH.

Objetivo: Determinar la prevalencia y la distribución de comorbilidades en pacientes con TEH atendidos en la consulta de reumatología.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional transversal en una población de pacientes que asistieron a la consulta de reumatología en el Centro Médico Zambrano Hellion del periodo de febrero de 2021 a diciembre de 2021 por dolor generalizado de más de seis meses. Se utilizaron los criterios diagnósticos de 2017 para el síndrome de Ehlers-Danlos hipermóvil (SEDH) para descartar este síndrome y se clasificó a los pacientes con TEH en subtipos: histórico, localizado, periférico y generalizado. Las comorbilidades se evaluaron mediante un cuestionario estructurado que capturó alteraciones previamente vinculadas con TEH. El análisis estadístico se realizó con R.

Resultados: De los 198 pacientes evaluados, 64,24% tenía algún tipo de hipermovilidad articular, y el subtipo de hipermovilidad generalizada fue el más frecuente (25,76%). Las comorbilidades más prevalentes fueron

pie plano (65,12%), diarrea o estreñimiento (48,84%), migraña y cefalea tensional (41,86%), y enfermedad por reflujo gastroesofágico (60,7%). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de insomnio, sobre todo en el grupo con hipermovilidad generalizada (**Tabla 1**). **Conclusiones:** Los hallazgos resaltan la elevada prevalencia de comorbilidades en pacientes con TEH, en particular en aquellos con hipermovilidad generalizada. Esto subraya la necesidad de un enfoque de evaluación integral para identificar y tratar estas comorbilidades en la práctica clínica, de tal modo que mejore la calidad de vida de los pacientes con TEH.

Bibliografía

1. Castori M, Tinkle BT, Levy HP, *et al.* A framework for the classification of joint hypermobility and related conditions. *Am J Med Genet Part C-Semin Med Genet.* 1 de marzo de 2017;175(1):148-57.
2. M Ritelli, N Chiarelli, V Cinquina, *et al.* Looking back and beyond the 2017 diagnostic criteria for hypermobile Ehlers-Danlos syndrome: a retrospective cross-sectional study from an Italian reference center. *Am J Med Genet A.* 29 de septiembre de 2023.

CG077

ESTADO NUTRICIONAL Y EVALUACIÓN DE INGESTA DIETÉTICA EN EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA DE REPRODUCCIÓN, EMBARAZO Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS (CREER)

M.G. Herrera-López, P.R. Añcer-Rodríguez, C.M. Skinner-Taylor, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La evaluación nutricional es fundamental en la atención de una mujer embarazada con enfermedad reumática (ER). La relación entre ingestión dietética y estado nutricional puede modificar algunos síntomas de la ER. Los excesos y carencias nutricionales durante el embarazo se vinculan con inadecuada ganancia de peso, incremento de actividad inflamatoria y estrés oxidativo, el cual se produce en el organismo debido al exceso de radicales libres y falta de antioxidantes para contrarrestarlos. De acuerdo con declaraciones de propiedades saludables, el selenio puede mejorar la eficacia reproductiva en mujeres sometidas a tratamientos de fecundación *in vitro*, contribuye a la protección de las células frente al daño oxidativo, mantiene el funcionamiento normal del sistema inmunitario y reduce la respuesta inflamatoria en el cuerpo. En México, más del 50% de la población adulta tiene sobrepeso y obesidad. El periodo gestacional puede agravar o desencadenar obesidad, en particular en mujeres con factores de riesgo y en las que han tenido antecedentes de infertilidad. La obesidad en el embarazo eleva el riesgo de complicaciones maternas y perinatales, como diabetes gestacional, hipertensión arterial desarrollada por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, fenómenos tromboembólicos,

Tabla 1. Comparación de comorbilidades entre los subtipos de TEH. (CG076)

| Comorbilidad | Histórico | Localizado | Periférico | Generalizado | Valor p |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|---------|
| Migraña | 1 (25,00%) | 6 (19,35%) | 4 (20,00%) | 18 (41,86%) | 0,1334 |
| Cefalea tensional | 2 (50,00%) | 8 (25,81%) | 3 (15,00%) | 18 (41,86%) | 0,1245 |
| Disautonomía | 1 (25,00%) | 2 (6,45%) | 2 (10,00%) | 10 (23,26%) | 0,1955 |
| Diarrea o estreñimiento | 2 (50,00%) | 10 (32,26%) | 9 (45,00%) | 21 (48,84%) | 0,5377 |
| Enfermedad por reflujo gastroesofágico | 4 (100,00%) | 15 (48,39%) | 11 (55,00%) | 26 (60,47%) | 0,2405 |
| Dismenorrea | 0 (0,00%) | 2 (6,45%) | 2 (10,00%) | 2 (4,65%) | 0,8129 |
| Ansiedad | 3 (75,00%) | 5 (16,13%) | 4 (20,00%) | 12 (27,91%) | 0,0664 |
| Depresión | 2 (50,00%) | 2 (6,45%) | 3 (15,00%) | 8 (18,60%) | 0,1140 |
| Insomnio | 2 (50,00%) | 3 (9,68%) | 5 (25,00%) | 16 (37,21%) | 0,0423 |
| Intolerancia al ejercicio | 1 (25,00%) | 1 (3,23%) | 1 (5,00%) | 1 (2,33%) | 0,1785 |
| Trastorno temporomandibular | 0 (0,00%) | 1 (3,23%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | 0,5352 |
| Pie plano | 3 (75,00%) | 19 (61,29%) | 12 (60,00%) | 28 (65,12%) | 0,9310 |
| Errores de refracción | 0 (0,00%) | 3 (9,68%) | 0 (0,00%) | 4 (9,30%) | 0,4846 |
| Ojo seco | 0 (0,00%) | 15 (48,39%) | 10 (50,00%) | 16 (37,21%) | 0,2261 |

infecciones urinarias, parto prematuro, malformaciones fetales, muerte materna o fetal, hemorragia masiva posparto, infección puerpera, enfermedad tiroidea, entre otras.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional y la ingestión de nutrientes en pacientes embarazadas con enfermedad reumática.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y observacional. Se incluyó a 100 pacientes embarazadas de 17 a 44 años con diferentes enfermedades reumáticas que acudieron a la consulta de nutrición de la Clínica de Reproducción, Embarazo y Enfermedades Reumáticas (CREER). Para caracterizar el estado nutricional se realizaron mediciones antropométricas, se calculó el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y gestacional. La evaluación dietética se efectuó a través de un recordatorio de 24 horas y se determinó el consumo de calorías, macronutrientes y micronutrientes con el software Nutrimind.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de $28,19 \pm 6,89$ años. La media para el peso pregestacional fue de $62,70 \pm 15,70$ kg y el gestacional de $65,88 \pm 15,30$ kg. El IMC pregestacional se clasificó como normal (44%), sobrepeso (30%) y obesidad (19%). En cuanto al IMC gestacional, 35% tenía IMC normal, 27% sobrepeso y 20% obesidad (**Tabla 1**). Se estableció diferencia por estado nutricional con base en el IMC gestacional y se valoró la ingestión de energía y macronutrientes de acuerdo con las recomendaciones de ingestión diaria recomendada (IDR) en mujeres embarazadas. La ingestión energética en pacientes con sobrepeso fue de $1.710,40 \pm 641,68$ kcal/día; en pacientes con obesidad de $1.623,30 \pm 479,83$ kcal/día; el consumo de carbohidratos en pacientes con sobrepeso fue de $55,26 \pm 7,27$ % y en pacientes con obesidad de $54,35 \pm 12,19$ %. En cuanto a los micronutrientes, se observó que la ingestión de ácido fólico y calcio fue inferior a la recomendada en todos los grupos evaluados. El consumo de hierro fue inferior a lo recomendado en pacientes con IMC normal y sobrepeso. El consumo de zinc y selenio fue superior a lo recomendado en todos los grupos evaluados (**Tablas 2 y 3**).

Tabla 1. Características de la población (media \pm DE). (CG077)

| | |
|---|-------------------|
| Edad (años) | $28,19 \pm 6,89$ |
| Semanas de gestación | $19,74 \pm 9,31$ |
| Talla (m) | $1,57 \pm 0,07$ |
| Peso actual (kg) | $65,88 \pm 15,30$ |
| IMC gestacional (kg/m^2) | $27,04 \pm 6,13$ |
| Peso pregestacional (kg) | $62,70 \pm 15,70$ |
| IMC pregestacional (kg/m^2) | $25,52 \pm 5,83$ |

Tabla 2. Diagnóstico de IMC. (CG077)

| | Pregestacional % | Gestacional % |
|-----------|------------------|---------------|
| Bajo peso | 7 | 18 |
| Normal | 44 | 35 |
| Sobrepeso | 30 | 27 |
| Obesidad | 19 | 20 |

Conclusiones: Este estudio revela que, si bien la ingestión de energía y macronutrientes de las pacientes se encuentra dentro de los límites adecuados, existe mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. El selenio supera el valor máximo de ingestión tolerable de 60 mcg, lo cual puede provocar dolor muscular o articular, fatiga/debilidad, dolor de cabeza, síntomas

gastrointestinales, pérdida de cabello y fragilidad en uñas en todos los grupos evaluados, por lo que es importante considerarlo en futuras investigaciones.

Bibliografía

1. Elizondo L, Hernández C, Zamora M. Terapia nutricia médica en ginecología y obstetricia. México: McGraw Hill; 2011.
2. Manjarrez-Corral M, Rincón-Gómez I, Morales-Chomina YA, *et al.* Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2014 [citado el 18 de octubre de 2023];28(3):159-66. Disponible en: <https://www.medi-graphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgiIDARTICULO=54712>.

CG078

PREVALENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FATIGA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

G.A. Madrid-López, K.Y. Ramos-Reza, M.E. Corral-Trujillo, M.D. Escobedo-Moreno, A.A. Díaz-Guerrero, L.F. Mata-Torres, E.A. Galindo-Calvillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, I. Hernández-Galarza, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los individuos diagnosticados con enfermedades reumáticas (ER) tienen una elevada susceptibilidad a padecer trastornos mentales. Un estudio realizado entre pacientes con ER reveló una prevalencia del 21,8% para depresión y del 37% para ansiedad. La fatiga es un síntoma incapacitante en varias ER. La morbilidad psiquiátrica en esta población se ha relacionado con una mayor actividad de la enfermedad, mayores grados de fatiga, valores elevados de discapacidad física, resultados inferiores del tratamiento, tiempo prolongado para alcanzar la remisión y compromiso de la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivo: Describir los síntomas de ansiedad, depresión y fatiga en pacientes con ER.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico en la consulta externa de reumatología de un hospital universitario desde marzo de 2022 hasta enero de 2024. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con al menos una ER. Se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS); las puntuaciones ≥ 8 en sus subescalas son indicativas de síntomas de ansiedad o depresión y las puntuaciones ≥ 11 sugieren síntomas graves. En la Escala de Evaluación Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-F) no existe un punto de corte para el análisis de la fatiga; sin embargo, se utilizó una puntuación < 40 para indicar la presencia de fatiga.

Resultados: Se evaluó a 1014 pacientes de los cuales 948 (93,5%) eran mujeres con una mediana de edad de 52 años (43-52). Se encontró que el 60,15% de los pacientes estaba casado o en unión libre y el 77,02% desempleado. El 61,2% tenía estudios básicos (primaria y secundaria) y solo el 38,8% tenía una licenciatura o estudios superiores (**Tabla 1**). Los diagnósticos más prevalentes eran la artritis reumatoide (58,77%), el lupus eritematoso sistémico (12,42%) y la osteoartrosis (5,81%). Se observaron síntomas de ansiedad en el 33,1% de los pacientes, 20,6% de síntomas leves y 12,6% de síntomas graves. Los síntomas depresivos aparecieron en el 8,3% de los pacientes, con síntomas leves en 4,2% y graves en 4,1%. La coexistencia de

Tabla 3. Ingestión de nutrientes de acuerdo con el estado nutricional en las embarazadas (media \pm DE). (CG077)

| Nutriente | IDR | Bajo peso | Normal | Sobrepeso | Obesidad |
|-------------------|---------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Energía (kcal) | 2200 | 1978,22 (457,41) | 2062,50 (438,97) | 1710,40 (641,68) | 1623,30 (479,83) |
| Carbohidratos (%) | 55 - 60 | 53,78 (8,98) | 52,56 (6,78) | 55,26 (7,27) | 54,35 (12,19) |
| Proteínas (%) | 15 - 20 | 16,17 (3,65) | 15,17 (3,50) | 17,67 (3,77) | 16,90 (5,15) |
| Lípidos (%) | 25 - 30 | 30,00 (7,40) | 32,28 (5,27) | 27,11 (5,77) | 28,65 (10,28) |
| Ácido fólico (mg) | 400 | 428,67 (272,78) | 336,56 (197,10) | 355,22 (260,02) | 303,60 (224,10) |
| Calcio (mg) | 1000 | 953,28 (347,05) | 945,56 (442,01) | 706,15 (464,86) | 671,3 (349,50) |
| Hierro (mg) | 27 | 36,00 (61,98) | 24,89 (40,77) | 13,56 (5,21) | 40,45 (126,62) |
| Selenio (mcg) | 60 | 88,06 (45,17) | 73,33 (27,52) | 67,41 (39,95) | 74,15 (40,84) |
| Zinc (mg) | 15 | 17,33 (12,56) | 15,67 (19,16) | 21,22 (25,12) | 18,4 (19,27) |

ansiedad y depresión se identificó en el 8,08% de los pacientes y la coexistencia de depresión, ansiedad y fatiga en el 7,1%. La mediana de la puntuación FACIT-F fue de 45 (35-52) y el 38,1% de los pacientes experimentó fatiga.

Tabla 1. Ansiedad, depresión y fatiga en pacientes con enfermedades reumatólogicas. (CG078)

| | n = 1014 |
|----------------------------|-----------------|
| Sexo, n (%) | |
| Mujeres | 948 (93,5) |
| Hombres | 66 (6,5) |
| Diagnóstico, n (%) | |
| AR | 596 (58,7) |
| OA | 126 (12,42) |
| LES | 59 (5,81) |
| Otros | 236 (23,27) |
| Estado civil, n (%) | |
| Soltero | 217 (21,40) |
| Casado/unión libre | 610 (60,15) |
| Divorciado/separado | 90 (8,87) |
| Viudo | 97 (9,56) |
| Ocupación, n (%) | |
| Empleado | 233 (22,97) |
| Desempleado | 781 (77,02) |
| Nivel educativo, n (%) | |
| Educación básica | 620 (61,14) |
| Educación media y superior | 394 (38,85) |
| HADS ansiedad, n (%) | |
| Sin síntomas | 677 (66,76) |
| Síntomas leves | 128 (12,6) |
| Síntomas graves | 209 (20,6) |
| HADS depresión, n (%) | |
| Sin síntomas | 929 (91,61) |
| Síntomas leves | 43 (4,2) |
| Síntomas graves | 42 (4,1) |
| FACIT-F, n (%) | |
| Ausencia de fatiga | 627 (61,83) |
| Presencia de fatiga | 387 (38,1) |

AR, artritis reumatoide; OA, osteoartritis; LES, lupus eritematoso sistémico; HADS, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; FACIT-F, Escala de Evaluación Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga.

Conclusiones: Los pacientes con ER son una población vulnerable para sufrir ansiedad, depresión y fatiga, y deben recibir un abordaje integral que incluya la evaluación y el tratamiento de su salud mental ya que esta puede alterar la evolución de la enfermedad.

Bibliografía

1. Anyfanti P, Gavriilaki E, Pyrpasopoulou A, *et al.* Depression, anxiety, and quality of life in a large cohort of patients with rheumatic diseases: common, yet undertreated. *Clin Rheumatol.* 2014;35(3):733-9.
2. Zartaloudi A, Koutelkos I, Polikandrioti M, *et al.* Anxiety and depression in primary care patients suffering of rheumatoid diseases. *Psychiatriki.* 2020;31(2):140-50.

CG079

EL IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PERCEPCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

A.C. Bardán-Incháustegui, E.S. Sánchez-Peralta, P. Gámez-Siller, A.K. Garza-Elizondo, D.E. Flores-Alvarado, J. Esquivel-Valerio, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Salcedo-Soto, A.A. Prado-Prado, D. Morales-Espriencia, D.J. Gauna-Leal, N. Valdez-Benavides, M.I. Alarcón-Jarquín, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las plataformas digitales, como las redes sociales y la inteligencia artificial, son herramientas que los pacientes utilizan para la búsqueda de

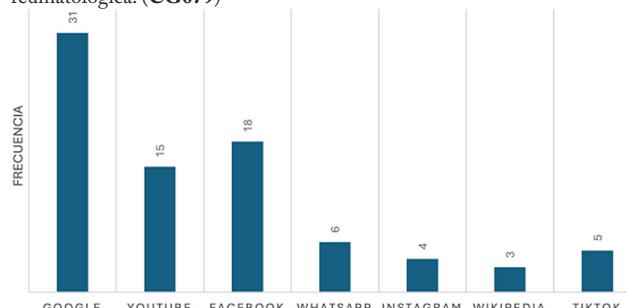
información sobre su enfermedad y el tratamiento prescrito por sus médicos. Los pacientes pueden malentender las publicaciones en las redes sociales y la información suministrada por inteligencia artificial, sea de manera positiva o negativa. Los factores socioeconómicos, como los ingresos y el nivel educativo, juegan un papel importante en la búsqueda de información médica.

Objetivo: Demostrar el efecto de las redes sociales y la inteligencia artificial en la percepción y el tratamiento de las enfermedades reumatólogicas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y transversal en la consulta externa de reumatología en el Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con enfermedad reumatólogica. Se aplicó un cuestionario en papel para evaluar el uso de redes sociales e inteligencia artificial y se recolectaron datos sociodemográficos. En la estadística descriptiva se registraron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se informaron medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó una comparación de las preguntas utilizadas entre dos grupos de edad (< 55 y ≥ 55 años) con la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y ji cuadrada para las variables categóricas. Un valor de $p < 0,05$ se consideró como estadísticamente significativo. Se empleó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se incluyó a un total de 54 pacientes, 49 de ellos mujeres (90,7%) y 5 hombres (9,3%). La edad media fue de 52,8 años (DE, 15,93). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide (29/54, 53,7%), seguido de lupus eritematoso sistémico (8/54, 14,8%). El nivel educativo más frecuente fue secundaria (17/54, 31,5%), seguido de bachillerato (12/54, 22,2%). Hasta 26 pacientes (36,6%) utilizaban Facebook y 21 (29,6%) WhatsApp. Tres (5,6%) han usado inteligencia artificial en el pasado; 39 (72,2%) creen que las redes sociales son buena fuente de información médica, 6 (11,1%) han modificado su tratamiento basado en redes sociales y 1 (1,9%) en la inteligencia artificial. Un número de 37 pacientes (68,5%) no sabe si la información publicada en las redes sociales la verifica un profesional de la salud. Al comparar los resultados del cuestionario entre grupos de edad < 55 y ≥ 55 años se obtuvo una mediana y RIQ de (20 [10-50] vs. 0 [0-20], $p = 0,003$ respectivamente); el primer grupo pasa más tiempo de su día en las redes sociales para conocer su enfermedad. La mayoría de los pacientes < 55 años (20/27, 74,1%) ha cambiado su forma de pensar sobre su salud por influencia del internet, en contraste con los pacientes ≥ 55 años (8/27, 29,6%; $p = 0,001$). Ambos grupos usarían redes sociales si las recomendara su médico, con mayor proporción en pacientes < 55 años (26/27, 96,3%), en comparación con ≥ 55 años (19/27, 70,4%; $p = 0,024$). Los resultados se muestran en la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Figura 1. Plataformas utilizadas para el conocimiento de la enfermedad reumatólogica. (CG079)



Conclusiones: La mayoría de los pacientes cree que las redes sociales son una buena fuente de información médica. Los pacientes < 55 años tienen mayor influencia por redes sociales e inteligencia artificial que los pacientes mayores. Alrededor del 60% de los pacientes desconocía si la información publicada en redes sociales la proporciona un profesional de la salud.

Bibliografía

1. Myeoung BJ, Park JH, Lee BJ, *et al.* Social media has become a mainstream source of medical information for patients with rheumatic diseases: a cross-sectional survey of patients. *Rheumatol Int.* 2024 Jun 8;44(10):2159-66.
2. Fritsch SJ, Blanckenheim A, Wahl A, *et al.* Attitudes and perception of artificial intelligence in healthcare: a cross-sectional survey among patients. *Digit Health* 2022. Jan;8:205520762211167.

Tabla 1. Percepción de las redes sociales para el conocimiento de las enfermedades reumatólogicas. (CG079)

| | < 55 (n = 27) | ≥ 55 (n = 27) | Valor de p |
|--|-----------------------------|------------------------|------------|
| Porcentaje de tiempo al día que usa redes sociales para conocer su enfermedad, mediana (RIQ) | 20 (10-50) | 0 (0-20) | 0,003 |
| ¿Cree que las redes sociales son una buena fuente de información médica? n (%) | Sí 20 (74,1) No 7 (25,9) | 19 (70,4) 8 (29,6) | 0,761 |
| ¿Ha modificado el tratamiento de su enfermedad por influencia de redes sociales? n (%) | Sí 4 (14,8) No 23 (85,2) | 2 (7,4) 25 (92,6) | 0,669 |
| ¿Ha utilizado inteligencia artificial para el conocimiento de su enfermedad? n (%) | Sí 2 (7,4) No 25 (48,1) | 0 (0) 27 (100) | 0,491 |
| ¿Ha modificado su tratamiento en base a lo que le dice la inteligencia artificial? n (%) | Sí 0 (0) No 27 (100) | 1 (3,7) 26 (96,3) | 1,00 |
| El internet cambió la manera de pensar sobre su salud n (%) | Sí 20 (74,1) No 7 (25,9) | 8 (29,6) 19 (70,4) | 0,001 |
| ¿Sabe si la información que proporcionan las redes sociales es emitida por un profesional de la salud? n (%) | Sí 10 (37) No 17 (63) | 7 (25,9) 20 (74,1) | 0,379 |
| Si ha hecho algún cambio en sus hábitos de salud, ¿se lo ha comentado a su médico? n (%) | Sí 21 (77,8) No 6 (22,2) | 15 (55,6) 12 (44,4) | 0,083 |
| ¿Cree que usaría páginas web o redes sociales si se las recomendara su médico? n (%) | Sí 26 (96,3) No 1 (3,7) | 19 (70,4) 8 (29,6) | 0,024 |

CGo80**EFFECTO DE LA CATASTROFIZACIÓN DEL DOLOR Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA CONFIANZA EN MÉDICOS CON PACIENTES REUMÁTICOS DE BAJOS INGRESOS**

P. Gámez-Siller, H. Moreno-Dávila, A.K. Garza-Elizondo, D.A. Salcedo-Soto, N.A. González-Ontiveros, N. Valdez-Benavides, D.J. Gauna-Leal, G.A. Mendoza-Osteguín, D. Morales-Espronceda, A.J. Osuna-Corrales, A.C. Bardán-Incháustegui, D.E. Flores-Alvarado, J. Esquivel-Valerio, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas son crónicas y los pacientes tienen una relación de por vida con sus médicos. La confianza entre el paciente y el médico es un factor importante en la práctica clínica. La confianza en los médicos se relaciona con una mejor comunicación, el cumplimiento de las instrucciones del médico y la satisfacción con la atención. Los reumatólogos deben propiciar confianza con sus pacientes para mejorar los resultados de salud.

Objetivo: Describir el efecto de la catastrofización del dolor y los factores sociodemográficos sobre la confianza en los médicos en pacientes reumáticos de bajos ingresos.

Tabla 2. Frecuencia descriptiva y comparativa de la Escala de Confianza en el Médico en puntuaciones bajas/altas. (CG080)

| Reactivos | Puntuación TPS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | Valor p |
|--|----------------|--------------------------|---------------|---------|------------|-----------------------|---------|
| 1) Dudo que mi médico realmente se preocupe por mí como persona | Baja TPS | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 | 0,084 |
| | Alta TPS | 7 | 10 | 1 | 1 | 0 | |
| 2) Mi médico usualmente tiene en cuenta mis necesidades y las pone en primer lugar | Baja TPS | 1 | 1 | 3 | 9 | 0 | 0,191 |
| | Alta TPS | 0 | 1 | 0 | 13 | 4 | |
| 3) Confío tanto en mi médico que siempre intento seguir su consejo | Baja TPS | 1 | 0 | 2 | 8 | 3 | 0,133 |
| | Alta TPS | 0 | 0 | 0 | 11 | 6 | |
| 4) Si mi médico me dice que algo es así, entonces debe ser cierto | Baja TPS | 1 | 0 | 2 | 10 | 1 | 0,267 |
| | Alta TPS | 0 | 0 | 2 | 11 | 6 | |
| 5) A veces desconfío de la opinión de mi médico y quisiera una segunda opinión | Baja TPS | 2 | 5 | 3 | 3 | 0 | 0,137 |
| | Alta TPS | 3 | 14 | 1 | 1 | 0 | |
| 6) Confío en los juicios de mi médico sobre mi atención médica | Baja TPS | 1 | 0 | 2 | 9 | 2 | 0,228 |
| | Alta TPS | 0 | 1 | 0 | 10 | 8 | |
| 7) Siento que mi médico no hace todo lo que debería por mi atención médica | Baja TPS | 2 | 5 | 4 | 3 | 0 | 0,023 |
| | Alta TPS | 7 | 11 | 0 | 1 | 0 | |

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal en la consulta externa de reumatología de un hospital universitario. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con al menos una ER. Se excluyó a los sujetos que se negaron a participar. Se aplicó un cuestionario en papel con escalas Likert que evaluaron la versión española de la *Trust Physician Scale* (TPS) y la versión española de la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS); las puntuaciones > 30 representan un grado clínicamente significativo de catastrofismo del dolor. Se incluyeron en el cuestionario factores sociodemográficos. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para la normalidad de las variables cuantitativas y la prueba ji cuadrada para comparar las variables categóricas. Para diferencias estadísticamente significativas se consideró un valor *p* < 0,05.

Resultados: Participaron 33 pacientes, con una edad media de 51,1 (DE 16,71) años y 28 (84,8%) eran mujeres. Catorce (42,2%) tenían puntuaciones bajas en la escala TPS y 19 (57,5%) puntuaciones altas. No hubo diferencia estadística en las características sociodemográficas (**Tabla 1**). En general, 27 (81,8%) pacientes no catastrofizaron el dolor. El grupo con puntuación alta en la escala TPS tuvo una mayor frecuencia de catastrofización del dolor respecto del grupo con puntuación baja en la escala TPS (5 vs. 1, *p* = 0,158). Hubo una diferencia significativa en los reactivos 7, 8 y 10 entre estos grupos, como se muestra en la **Tabla 2**.

Tabla 1. Características sociodemográficas. (CG080)

| | Baja puntuación TPS | Alta puntuación TPS | Total | Valor p |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|-------|---------|
| Género | | | | 0,905 |
| Hombres | 2 | 3 | 5 | |
| Mujeres | 12 | 16 | 28 | |
| Género del médico | | | | 0,518 |
| Hombres | 3 | 6 | 9 | |
| Mujeres | 11 | 13 | 24 | |
| Nivel educativo | | | | 0,518 |
| Educación básica | 3 | 6 | 9 | |
| Educación superior | 11 | 13 | 24 | |
| Catastrofización del dolor | | | | 0,158 |
| No | 13 | 14 | 27 | |
| Sí | 1 | 5 | 6 | |

Conclusiones: No existe relación entre la catastrofización del dolor y la confianza en los médicos. El género del paciente, el género del médico y el nivel educativo no guardan relación con la confianza en los clínicos.

Bibliografía

1. Newman AK, Van Dyke BP, Torres CA, *et al*. The relationship of socio-demographic and psychological variables with chronic pain variables in a low-income population. Pain. 2017;158(9):1687-96. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000964.

| | | | | | | | |
|--|----------|----|---|---|----|----|-------|
| 8) Confío en que mi médico antepone mis necesidades médicas sobre cualquier otra consideración | Baja TPS | 1 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0,014 |
| | Alta TPS | 0 | 0 | 0 | 10 | 9 | |
| 9) Mi médico es realmente un experto en el cuidado de problemas médicos como los míos | Baja TPS | 1 | 1 | 2 | 8 | 2 | 0,065 |
| | Alta TPS | 0 | 0 | 0 | 9 | 10 | |
| 10) Confío en que mi médico me dirá si se cometió un error en mi tratamiento | Baja TPS | 1 | 1 | 2 | 9 | 1 | 0,018 |
| | Alta TPS | 0 | 0 | 0 | 8 | 11 | |
| 11) A veces me preocupa que mi médico no mantenga en privado la información que discutimos | Baja TPS | 5 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0,349 |
| | Alta TPS | 12 | 5 | 2 | 0 | 0 | |

CGo81**COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE ARTROPLASTIAS TOTALES DE RODILLAS (ATR) Y CADERA (ATC) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES VS. NO AUTOINMUNES**

D. Méndez-Nungaray, V.M. Ilizaliturri, D. Esquivel-González, A. Fuentes-Martínez, I.F. Rodríguez-Rodríguez, R. Espinosa

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La ATR y la ATC son procedimientos practicados en pacientes con problemas inflamatorios y no inflamatorios. El número de estos procedimientos ha aumentado. Pocos efectos adversos se han comunicado, entre ellos las infecciones protésicas; un factor de riesgo mencionado son las enfermedades inflamatorias autoinmunitarias. Poca información existe en Latinoamérica que evalúe el pronóstico de estas intervenciones al comparar a pacientes con enfermedades inmunológicas y no inmunológicas.

Objetivo: Comparar el pronóstico de la ATR y la ATC en pacientes con enfermedades inflamatorias y no inflamatorias.

Material y métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte. Casos: pacientes con artritis reumatoide (con criterios de ACR/EULAR) y pacientes con espondiloartropatía axial (EAA) y periférica (criterios ASAS y criterios de Nueva York), sometidos a ATC o ATR. Control: pacientes con osteoartritis (criterios ACR). Los casos y controles se pararon por edad y sexo (un caso por dos controles). Clinimetría: mediante un cuestionario clínico estructurado se extrajeron datos epidemiológicos, tratamientos aplicados, complicaciones infecciosas de los casos y controles, tiempo de la infección y agente infeccioso. Análisis: se usaron estadística descriptiva y estadística bivariada con pruebas que dependen de la normalidad o no de las variables analizadas.

Resultados: Se identificó a 518 pacientes sometidos a cirugía de reemplazo, de los cuales 189 (36,5%) fueron inflamatorios y 329 (63,5%) no inflamatorios. Hasta 326 (76,6%) casos correspondieron a mujeres y 121 (23,4%) a hombres. La edad de los casos fue $\mu 59,5$ (DE 0,97) contra controles $\mu 59,95$ (DE 0,70; $p = 0,36$). Los pacientes con EAA tuvieron una evolución de 13,97 años (mediana) con intervalo de 2 a 44 años; los pacientes con AR una de 15,81 años (mediana) con límites de 1 a 50 años. Una proporción de 87% de los pacientes con AR y una de 1% de los sujetos con EAA tuvieron factor reumatoide positivo; 67% registró CCP positivo de pacientes con AR; HLA B27 positivo en 71% de pacientes con EAA; y 65% de los individuos con AR, 52% con EAA y 77% con OA tenían una operación. En los pacientes con AR, el 98,5% de las prótesis de cadera fue de tipo no cementado y el 98,8% de las rodillas fue de tipo cementado. En los pacientes con EAA, ninguna de las prótesis de cadera se cementó y las dos prótesis de rodillas fueron cementadas. De los pacientes con OA, 98% de cadera fue de tipo no cementado y 98% de rodilla de tipo cementado. De los sujetos que recibieron una prótesis, 13/189 (6,88) de los casos y 9/254 (3,54%) de los controles tuvieron una complicación ($p = 0,110$). De los 13 casos, nueve correspondieron a AR y solo dos a EAA. De todas las complicaciones se identificaron 6/13 infecciones (46,1%) y 2/9 en los controles (22,2%), $p = 0,380$. Los dos gérmenes más frecuentes fueron *Staphylococcus aureus* (2/7, 28,5%) y *Salmonella enterica subsp. enterica serovar enteritidis* (grupo D) (2/7, 28,5%).

Conclusiones: La prevalencia de complicaciones es baja en esta muestra. En el estudio no se identificó mayor prevalencia de complicaciones en las

enfermedades autoinmunitarias en comparación con las no autoinmunitarias. La prevalencia de infecciones es baja y sin diferencia entre los grupos comparados. El protocolo para cirugía de reemplazo, el seguimiento estrecho, el buen control de la enfermedad autoinmunitaria probablemente sean factores que favorecen el buen pronóstico de las artroplastias en este medio.

Bibliografía

- Richardson SS, Kahlenberg CA, Goodman SM, *et al.* Inflammatory arthritis is a risk factor for multiple complications after total hip arthroplasty: a population-based comparative study of 68,348 patients. *J Arthroplasty*. 2019;34:1150-4. e2.
- Hailer NP, Garellick O, Kärrholm J. Uncemented and cemented primary total hip arthroplasty in the Swedish Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop*. 2010;81(1):34-41.
- Furnes O, Lie SA, Espeseth B, *et al.* Hip disease and the prognosis of total hip replacements. A review of 53,698 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register 1987-99. *J Bone Joint Surg Br*. 2001;83(4):579-86.
- Ward MM. Complications of total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Aug;71(8):1101-1108. doi: 10.1002/acr.23582. Epub 2018 Dec 15. PMID: 29669197; PMCID: PMC6193863.

CGo82**ÍNDICE CPOD Y LA SALUD ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS**

M.I. Alarcón-Jarquín, E.S. Sánchez-Peralta, J.C.L. Riega-Torres, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes que sufren enfermedades reumatólicas poseen un riesgo significativamente elevado de desarrollar problemas dentales, sobre todo los individuos con artritis reumatoide. Este problema, frecuentemente desatendido en las consultas de reumatología, enfatiza la necesidad de comprender el riesgo que enfrenta esta población en cuanto a la salud oral.

Objetivo: Determinar la relación entre caries, dientes perdidos y obturados y la percepción de la salud bucal.

Material y métodos: Se condujo un estudio observacional y transversal en la consulta de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a los pacientes mayores de edad con diagnóstico reumatólgico. Se evaluó la presencia de caries, dientes perdidos u obturados mediante el índice CPOD, un parámetro que calcula el riesgo poblacional de sufrir problemas dentales. Para evaluar la percepción de la salud bucal se utilizó el *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI), en el cual una mayor puntuación refleja una mejor percepción (la puntuación máxima es de 60). En el análisis descriptivo se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico) para variables continuas. Se evaluó la distribución de la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para valorar la relación entre la percepción de la salud oral y el número de dientes cariados, perdidos u obturados se utilizó la prueba ji cuadrada.

Resultados: Participó un total de 87 pacientes, con 77 mujeres (88,50%) y 10 hombres (11,50%) y una mediana de edad de 54 años (41-64). El diagnóstico reumatólogico más prevalente fue artritis reumatoide (43,70%), seguido de lupus eritematoso sistémico (18,40%) y fibromialgia (11,50%). La mayoría de los pacientes refiere no llevar un seguimiento dental (47,1%), 79,3% no suele acudir al dentista regularmente y 54% se cepilla los dientes menos de dos veces al día. El 84,1% sufría caries en al menos un diente, con una mediana de 4 (2-7), 73,8% mostró algún diente obturado, con una mediana de 3 (0-6), y 70,40% tenía algún diente perdido, con una mediana de 2 (0-4). El índice de CPOD mostró una media de $11,41 \pm 5,46$. La mediana de GOHAI fue de 48 puntos (41-55). Al comparar los grupos de acuerdo con la percepción de la salud bucal (GOHAI < 45 y GOHAI > 45), se realizó un análisis sobre el número de dientes cariados, perdidos u obturados (**Tabla 1** y **Figura 1**). En el grupo de dientes cariados no se observaron diferencias significativas ($p = 0,225$). Aunque en el grupo de dientes obturados se reconoció un mayor porcentaje en el grupo con mejor percepción, esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,137$). En el análisis de dientes perdidos se identificó un mayor porcentaje de pérdidas en el grupo con peor percepción ($p = 0,005$), lo que resalta la gravedad de esta alteración.

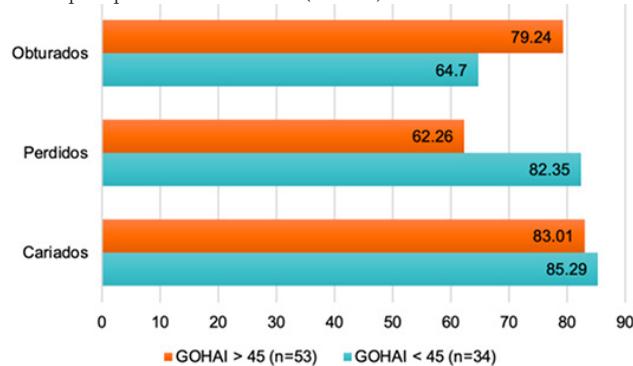
Tabla 1. Comparación entre GOHAI y CPOD. (CG082)

| | GOHAI < 45 (n = 34) | GOHAI > 45 (n = 53) | Valor de p |
|---------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Cariados < 3 | 11 (32,4%) | 11 (20,8%) | 0,225 ^a |
| Cariados > 3 | 23 (67,6%) | 42 (79,2%) | |
| | GOHAI < 45 | GOHAI > 45 | Valor de p |
| Perdidos < 3 | 14 (41,2%) | 38 (71,7%) | 0,005 ^a |
| Perdidos > 3 | 20 (58,8%) | 15 (28,3%) | |
| | GOHAI < 45 | GOHAI > 45 | Valor de p |
| Obturados < 3 | 17 (50%) | 18 (34%) | 0,137 ^a |
| Obturados > 3 | 17 (50%) | 35 (66%) | |

^aJi cuadrada.

Se comparó la perspectiva de la salud oral según la puntuación de GOHAI (se tomó como buena perspectiva una puntuación > 45) y el número de alteraciones dentales.

Figura 1. Prevalencia de dientes cariados, perdidos y obturados de acuerdo con su percepción de la salud oral. (CG082)



Conclusiones: Este estudio revela un alto índice de CPOD en esta población y un mayor riesgo de padecer problemas dentales. La prevalencia de caries, dientes perdidos y obturados entre los pacientes destaca la necesidad de establecer un seguimiento dental adecuado. Este hallazgo enfatiza la importancia de abordar la salud bucal de los pacientes con enfermedades reumatólogicas en la práctica clínica.

Bibliografía

1. Protudjer JLP, Billedeau C, Hurst K, et al. Oral health in rheumatoid arthritis: Listening to patients. JDR Clin Transl Res. 2022 Apr;7(2):127-34.
2. Oral health status and treatment needs among disabled children in Recife, Brazil. Oral Health Prev Dent. 2020 Feb 12;18(1):467-73.

CG083

FATIGA Y SALUD MENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M.L. Aldana-Galván, M.M. Rodríguez-Reyes, L.C. Reynoso-Medina, R.O. Guerra-Espírueta, A. Villarreal-Garza, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

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

Introducción: La fatiga es común en niños con enfermedades reumáticas, con afectación de su calidad de vida y recuperación. Su origen multifactorial incluye problemas de salud mental, frecuentes por el estrés emocional y físico de las enfermedades crónicas. Estos trastornos se agravan en momentos clave del desarrollo y ello dificulta enfrentar los desafíos vinculados con su condición médica.

Objetivo: Describir la frecuencia de fatiga y problemas de salud mental en pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en el departamento de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes pediátricos de 6 a 18 años con diagnóstico confirmado de enfermedad reumática mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyó a aquellos con antecedentes de trastornos psiquiátricos anteriores al diagnóstico de la enfermedad reumática. La fatiga se evaluó con la escala PROMIS® Pediatric Item Bank v2.0, Fatigue, Short Form 10a, y los problemas de salud mental con la escala Child Behavior Checklist (CBCL) 6-18. Se recopilaron datos demográficos, tipo de enfermedad reumática y tiempo de evolución de la enfermedad (en meses).

El análisis empleó estadística descriptiva y se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como medianas, rangos intercuartílicos (RIQ), y los valores mínimos y máximos para variables numéricas. Los datos se procesaron en Microsoft Excel y analizaron con el programa IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: Se incluyó a 22 pacientes con una mediana de edad de 13,5 años (mínimo = 6, máximo = 17) y predominio femenino (68,2%). Las enfermedades reumáticas más comunes fueron la artritis idiopática juvenil (50%) y el lupus eritematoso sistémico juvenil (31,8%). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de siete meses (mínimo = 1, máximo = 127). En la evaluación del CBCL, 8 (36,4%) pacientes mostraron problemas de salud mental limítrofes o clínicos y tres de ellos tenían anormalidades en dos o más subescalas. Un 13,6% (n = 3) registró puntuaciones limítrofes para la subescala de ansiedad y un 4,5% (n = 1) mostró puntuaciones clínicas para quejas somáticas, mientras que un 13,6% (n = 3) estuvo en puntos limítrofes. Además, el 9,1% (n = 2) sufrió problemas sociales y de pensamiento limítrofes y un 4,5% (n = 1) reveló conducta agresiva limítrofe. La mediana de la puntuación T-Score para fatiga fue de 47,3 (mínimo = 30,3, máximo = 65,6), con un 13,6% (n = 3) de pacientes que experimentó fatiga significativa.

Conclusiones: La fatiga y los problemas de salud mental son frecuentes en niños con enfermedades reumáticas y un 36,4% de los pacientes sufre problemas de salud mental limítrofes o clínicos; las subescalas de ansiedad y quejas somáticas son las más prevalentes. Además, un 13,6% de los pacientes experimentó fatiga significativa. Estos resultados subrayan la necesidad de un enfoque integral que incluya la evaluación y el control psicológico para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Nap-van der Vlist MM, Dalmeijer GW, Grootenhuis MA, et al. Fatigue among children with a chronic disease: a cross-sectional study. BMJ Paediatrics Open. 2021;5. doi: 10.1136/bmajo-2020-000958.
2. Palman J, McDonagh JE. Young minds: mental health and transitional care in adolescent and young adult rheumatology. Open Access Rheumatol Res Rev. 2020 Dec 7;12:309-21. doi: 10.2147/OARRR.S228083.

CGo84

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES SIN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN POBLACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

E.N. Mancillas-Díaz, G. Romo-Aguiñaga, G. Echeverría-González

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria crónica que afecta en particular las articulaciones, pero puede también comprometer órganos extraarticulares como los pulmones, corazón, riñones, ojos, piel, tracto digestivo y sistema nervioso. Este proceso inflamatorio sistémico genera una compleja respuesta inmunitaria que lleva al daño progresivo en múltiples sistemas.

Los estudios epidemiológicos más citados provienen de datos recolectados en población blanca, principalmente de Estados Unidos, y notifican una prevalencia aproximada de AR de 0,5% a 1%. En la población hispana se calcula una prevalencia similar, cercana al 1%. Sin embargo, la prevalencia puede variar según sean la región geográfica y la etnia.

Con la mejora de las técnicas diagnósticas, en especial la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR), se han identificado hallazgos pulmonares más sutiles, como anomalías pulmonares intersticiales y manifestaciones de la enfermedad de la vía respiratoria. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) relacionada con AR varía de acuerdo con la localización y la etnia de los pacientes, pero representa una importante carga para los sistemas de salud, ya que se vincula con una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con pacientes que no presentan EPI.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la enfermedad pulmonar intersticial asintomática en pacientes con artritis reumatoide a través de estudios de imagen específicos (TACAR), así como factores de riesgo relacionados.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo transversal conducido en el departamento de reumatología del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco. Se revisaron expedientes y se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide confirmado que cumplían con los criterios de inclusión. Se analizaron los datos obtenidos a través de estadística descriptiva con el programa estadístico SPSS. Fue una investigación de bajo riesgo basada en los principios éticos del Informe Belmont y la Declaración de Helsinki. El protocolo se sometió a revisión externa por el comité de ética e investigación local.

Resultados: En este estudio transversal se incluyó una muestra de 25 pacientes con artritis reumatoide (AR) sin síntomas respiratorios evidentes. La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) fue del 40% (10 de 25 pacientes), con un intervalo de confianza del 95% de 23,40% a 59,26%. No se encontraron relaciones significativas entre la EPI y las variables como edad, tabaquismo, alcoholismo o el consumo de glucocorticoides. Sin embargo, se observó una vinculación entre el uso de ciertos FARME, como leflunomida (LEF), metotrexato (MTX) y sulfasalazina (SSZ), y la presencia de EPI, con una prevalencia del 100% en los pacientes que recurrieron a estas combinaciones.

Conclusiones: La prevalencia de EPI en pacientes con AR sin síntomas respiratorios en este estudio fue significativa. Aunque los factores como la edad y el tabaquismo no mostraron correlación clara con la EPI, el consumo de ciertos FARME parece relacionarse con un mayor riesgo de desarrollar EPI. Estos resultados deben tomarse con precaución, ya que a pesar de que los pacientes fueron seleccionados al azar, la relación podría estar influida por la gravedad de la enfermedad subyacente, más que por los medicamentos mismos. Es posible que los pacientes que requieren múltiples FARME tengan una AR de difícil control, lo que podría predisponerlos a complicaciones como la EPI.

Bibliografía

1. Radu AF, Bungau SG. Management of rheumatoid arthritis: an overview. *Cells* [Internet]. 2021 Oct 23;10(11):2857. Available from: <https://doi.org/10.3390/cells10112857>
2. Smolen JS, Aletaha D, Barton A, et al. Rheumatoid arthritis. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2018 Feb 8;4(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>

CGo85

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y MUJERES SANAS

A.C. Bardán-Incháustegui, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, G. García-Arellano, G. Serna-Peña, M.F. Elizondo-Benítez, A. González-Meléndez, F. Massiel-García

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El trastorno disfórico premenstrual (TDPM), una forma grave del síndrome premenstrual, se clasifica como un trastorno psiquiátrico caracterizado por síntomas físicos, afectivos o conductuales de moderados a graves que alteran las actividades diarias y la calidad de vida. La artritis reumatoide (AR) tiene efectos sistémicos más allá de la inflamación de las articulaciones, incluidos los posibles efectos en la salud mental. La inflamación crónica, los desequilibrios hormonales debidos a la actividad de la enfermedad o a los tratamientos, y la carga psicológica de vivir con una enfermedad crónica pueden contribuir.

Objetivo: Evaluar el TDPM en mujeres con AR mediante la Herramienta de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST) validada y comparar los hallazgos con los de un grupo de control de mujeres sin AR.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal comparativo que recogió datos sociodemográficos y clínicos de dos grupos: mujeres cigrénero > 18 años con AR validada (criterios de clasificación ACR/EULAR 2010) y mujeres sin AR, con > 2 períodos menstruales en el último año. Se utilizó el PSST para identificar y evaluar la gravedad del TDPM y se evaluaron la interferencia en las actividades diarias, los síntomas somáticos y los síntomas afectivos en ambos grupos. Un paciente debe cumplir con al menos un síntoma afectivo grave, al menos un síntoma somático moderado a grave y al menos una interferencia funcional grave para clasificarse con TDPM, según el PSST. Los criterios de exclusión incluyeron trastornos psiquiátricos graves, consumo de antidepresivos y otras afecciones ginecológicas. El grupo de AR también excluyó a aquellos con síndromes de superposición, mientras que el grupo sin AR excluyó a los individuos con diagnósticos previos de enfermedad reumática.

Resultados: Se evaluó a 59 pacientes y cada uno con AR se emparejó con otro del grupo control de la misma edad. Las características sociodemográficas de ambos grupos se describen en la **Tabla 1**. En proporción considerable, más pacientes en el grupo sin AR ocuparon puestos administrativos, solo 8 (13,6%) pacientes en el grupo sin AR eran amas de casa, en comparación con 37 (62,7%) en el grupo con AR ($p < 0,0001$). La evaluación del PSST identificó a siete pacientes con TDPM en el grupo de AR en comparación con dos en el grupo sin AR ($p = 0,042$) (**Tabla 2**). Si se considera que el TDPM se caracteriza por la interferencia con la realización de las actividades diarias, 31 (52,54%) pacientes en el grupo de AR mostraron síntomas de limitación funcional moderada a grave, en comparación con 21 (35,6%) en el grupo sin AR ($p = 0,049$); y ocho contra dos en los grupos de AR y no AR, respectivamente, experimentaron síntomas de deterioro funcional grave (**Figura 1**). En particular, más pacientes en el grupo sin AR informaron síntomas somáticos y afectivos moderados a graves.

Conclusiones: Las mujeres con AR poseen mayor incidencia de TDPM respecto del grupo sin AR, según el PSST. Las pacientes con AR experimentan mayor deterioro funcional por el TDPM. La mayor proporción de pacientes sin AR con síntomas somáticos y afectivos de moderados a graves podría deberse a que los individuos con AR están más acostumbrados al dolor somático. A pesar de las limitaciones impuestas por la AR, abordar los problemas de salud mental, como el TDPM, es esencial en mujeres en edad reproductiva, ya que puede interferir con su funcionamiento diario.

Bibliografía

1. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoria disorder/premenstrual syndrome. *Faculty Reviews*. 2022;11. doi:10.12703/fv/11-11
2. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, et al. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17:111-113. doi:10.1089/jwh.2007.0417.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres con y sin AR. (CG085)

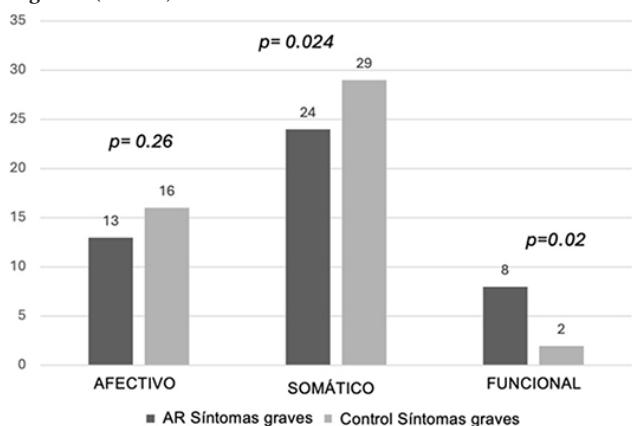
| n = 59 mujeres con AR | | n = 59 mujeres sin AR | | | |
|-----------------------|-----------|------------------------|-----------|--|--|
| Edad | | | | | |
| 41,48* SD 7,6 | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Trabajo doméstico | 37 (62,7) | Trabajo doméstico | 8 (13,6) | | |
| Administrativo | 9 (15,2) | Administrativo | 21 (35,6) | | |
| Servicios de belleza | 2 (3,3) | Ejecutivo | 6 (10) | | |
| Atención sanitaria | 5 (8,4) | Atención sanitaria | 15 (25) | | |
| Educador | 2 (3,3) | Educador | 2 (3,3) | | |
| Comerciante | 4 (6,7) | Comerciante | 4 (6,7) | | |
| | | Estudiante | 3 (5) | | |
| Comorbilidades | | | | | |
| Decímetro | 6 (10) | Decímetro | 3 (5) | | |
| HTN | 3 (5) | Hipotiroidismo | 1 (1,6) | | |
| Hipotiroidismo | 7 (12) | Psoriasis | 2 (3,3) | | |
| Osteoartritis | 1 (1,6) | Acné | 1 (1,6) | | |
| Fármacos | | | | | |
| Metotrexato | 39 (66) | AINE | 4 (6,7) | | |
| Hidroxicloroquina | 5 (8,4) | Anticonceptivos orales | 3 (5) | | |
| Leflunomida | 4 (6,7) | Levotiroxina | 1 (1,6) | | |
| Sulmasalazina | 4 (6,7) | | | | |
| Inhibidores de JAK | 4 (6,7) | | | | |
| Rituximab | 1 (1,6) | | | | |
| Glucocorticoides | 15 (25) | | | | |
| AINE | 7 (12) | | | | |
| Hipoglucémicos | 4 (6,7) | | | | |
| Antihipertensivos | 3 (5) | | | | |
| Levotiroxina | 7 (12) | | | | |

*Media; DE, desviación estándar; (), porcentaje.

Tabla 2. Identificación de pacientes con TDPM determinado por dominios PSST en mujeres con y sin AR. (CG085)

| | Síntomas afectivos graves | Síntomas somáticos moderados-graves | Interferencia grave de funcionalidad | El TDPM cumplió con los criterios | Valor de p |
|-------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------|
| Grupo RA | 13 (22) | 37 (63) | 8 (13,5) | 7 | 0,042 |
| Grupo no RA | 16 (27) | 44 (74) | 2 (3,4) | 2 | p |

() Porcentaje; valor t = 1,7431; p = 0,042.

Figura 1. (CG085)**CG086****PROYECCIONES PARA CARGA DE ARTRITIS REUMATOIDE EN MÉXICO DE 2020 A 2040**

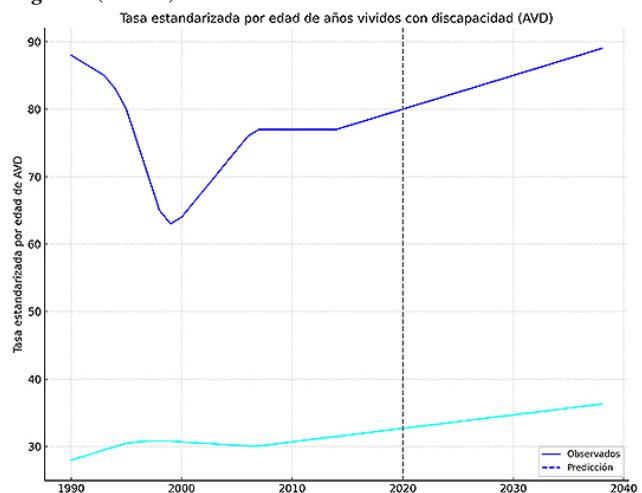
I. Etchegaray-Morales¹, C. Mendoza-Pinto², P. Munguía-Realpozo³, B.M. Silva-Juárez⁴, E.A. Munguía-Islas⁴, M. Cárdenas-García⁵, J. Ayón-Aguilar⁶
⁽¹⁾BUAP, ⁽²⁾Hospital de Especialidades-CIBIOR, IMSS, Puebla, ⁽³⁾Hospital de Especialidades-CIBIOR, IMSS, Puebla, Departamento de Reumatología, FM, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁴⁾FM, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁵⁾Laboratorio de Fisiología Celular Facultad de Medicina BUAP, ⁽⁶⁾Coordinador auxiliar médico de investigación en salud, IMSS, Puebla

Introducción: La artritis reumatoide (AR) implica discapacidad y muerte prematura. Es necesario el conocimiento de la carga de la AR para la gestión estratégica de la atención sanitaria, la asignación de recursos y las medidas preventivas.

Objetivo: Analizar la carga de la AR con tasas proyectadas para 2030 y 2040.

Material y métodos: Se analizó la incidencia, la prevalencia, la mortalidad y la carga de padecer AR derivadas del último conjunto de datos de carga global de enfermedad (GBD) para AR de 1990 a 2019. Los cálculos predictivos se efectuaron con el modelador de series de tiempo SPSS.

Resultados: En 2019, alrededor de 530,000 personas se vieron afectadas por AR (64,0% de mujeres y 35,9% tenía entre 15 y 49 años). Las tasas de prevalencia estandarizadas por edad (ASP) e incidencia (ASI) fueron de 427,6 y 25,4 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. Los estados mexicanos con las tasas más altas de ASP, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y años de vida saludable perdidos debido a discapacidad fueron Oaxaca, Tlaxcala y Zacatecas. Se proyecta que las tasas nacionales de ASP y ASI de AR aumentarán a 465,5 y 27,9 en 2030 y 518,9 y 30,2 por 100,000 habitantes en 2040, respectivamente. En contraste, se proyecta que las tasas de mortalidad y AVAD estandarizadas por edad disminuyan a 1,2 y 77,8 en 2030 y 1,1 y 73,6 en 2040 por 100,000 habitantes, respectivamente (Figura 1).

Figura 1. (CG086)

Conclusiones: La carga de AR continúa en aumento, especialmente la carga de discapacidad. Aunque se han dedicado recursos sustanciales a la atención clínica, la investigación y las iniciativas de salud pública, la tasa de aumento no muestra signos de disminución. Algunas regiones de México, como Oaxaca, Tlaxcala y Zacatecas, tienen una carga desproporcionadamente alta.

Bibliografía

- Uhlík T, Moe RH, Kvien TK. The burden of disease in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*. 2014;32(9):841-51.

2. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(10):e594–610.
3. Cai Y, Zhang J, Liang J, et al. The burden of rheumatoid arthritis: findings from the 2019 Global Burden of Diseases Study and Forecasts for 2030 by bayesian age-period-cohort analysis. *J Clin Med.* 2023;12(4):1291.
4. Mutru O, Laakso M, Isomäki H, et al. Ten-year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. *Br Med J. (Clin Res Ed)* 1985;290(6484):1797–9.
5. Björnådal L, Baecklund E, Yin L, et al. Decreasing mortality in patients with rheumatoid arthritis: results from a large population based cohort in Sweden, 1964–95. *J Rheumatol.* 2002;29(5):906–12.

CG087

EFEITO DE LA ATORVASTATINA EN LA CLINIMETRÍA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y DISLIPIDEMIA

E.M. Vega-Chávez¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², G.A. Carmona-Lara¹, A. Reyes-Salinas¹, A. Reyes-Salinas¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, M.M. Castañeda-Martínez¹, G. Olvera-Soto¹, B. García-Arellano¹, C.V. Montiel-Catañeda¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1^o de Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

Introducción: Las personas con artritis reumatoide enfrentan un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades, y entre ellas la dislipidemia, una alteración que se exacerba por la inflamación crónica característica de la artritis reumatoide. Esta inflamación altera el metabolismo lipídico y da lugar a perfiles lipídicos desfavorables. La atorvastatina, una estatina que inhibe a la enzima HMG-CoA reductasa, no solo atenúa los valores de colesterol LDL, sino que también ofrece efectos antiinflamatorios y mejora la función endotelial, lo que podría influir positivamente en la actividad de la enfermedad. Existe una falta de consenso en las publicaciones médicas acerca de la estandarización del uso de estatinas, de forma específica en cuanto a las dosis óptimas en pacientes con artritis reumatoide. Hasta la fecha no se ha determinado si existe una relación

clara entre el control lipídico, el uso de diferentes dosis de atorvastatina y la actividad de la artritis reumatoide.

Objetivo: Evaluar el efecto del control del colesterol con dos esquemas de tratamiento en la clinimetría de la artritis reumatoide en personas con dislipidemia y artritis reumatoide.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio clínico aleatorizado que incluyó a 54 pacientes con dislipidemia y artritis reumatoide. Los sujetos se dividieron en dos grupos: el primer grupo recibió 20 mg de atorvastatina cada 24 horas y el segundo grupo 40 mg de atorvastatina cada 24 horas, ambos esquemas de tratamiento durante tres meses (**Tabla 1**). Se realizaron mediciones al inicio y a los tres meses para evaluar el control lipídico y la actividad de la enfermedad.

Resultados: De los 54 participantes, 50 eran mujeres (92,6%). Las comorbilidades más comunes incluyeron diabetes tipo 2 (24,1%), hipertensión arterial (16,7%) e hipotiroidismo (9,3%). No se encontraron diferencias entre los grupos en la medición basal. Se utilizó la escala DAS28 VSG y PCR para evaluar la actividad de la enfermedad tanto al inicio como a los tres meses. El grupo que recibió 40 mg de atorvastatina mostró una disminución significativa en la puntuación DAS28 VSG ($p = 0,006$), mientras que el grupo que recibió 20 mg no mostró cambios significativos ($p = 0,131$). Ambos grupos experimentaron una disminución significativa de los valores de VSG.

No se informaron efectos adversos graves durante el estudio y la atorvastatina fue bien tolerada por los pacientes. Ningún paciente suspendió el tratamiento ni faltó a alguna dosis debido a efectos adversos.

Conclusiones: Estos resultados indicaron que las estatinas en dosis altas pueden reducir de manera considerable la puntuación DAS28 VSG, lo que sugiere una atenuación de la actividad de la AR. La dislipidemia y la inflamación crónica están interrelacionadas y, en conjunto, aumentan notablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoide. Un control adecuado de ambos factores es esencial para mejorar la salud general de estos pacientes.

Bibliografía

1. Yan J, Yang S, Han L, et al. Dyslipidemia in rheumatoid arthritis: the possible mechanisms. *Front Immunol.* 2023 Oct 25;14:1254753. doi: 10.3389/fimmu.2023.1254753. PMID: 37954591; PMCID: PMC10634280.
2. Erum U, Ahsan T, Khawaja D. Lipid abnormalities in patients with rheumatoid arthritis. *Pak J Med Sci.* 2017 Jan-Feb;33(1):227–230. doi: 10.12669/pjms.331.11699. PMID: 28367205; PMCID: PMC536 8315.

Tabla 1. Cambios entre las características basales y a los tres meses en los grupos de atorvastatina de 40 mg y 20 mg. (CG087)

| | Grupo ATV 40 mg | | p | Grupo ATV 20 mg | | p |
|---------------|------------------|------------------|-------|------------------|------------------|-------|
| | Evaluación basal | Evaluación final | | Evaluación basal | Evaluación final | |
| ColT | 251 (± 40,091) | 175 (± 19,8) | 0,001 | 244 (± 35,745) | 196 (± 29,16) | 0,001 |
| LDL | 158 (± 36,032) | 103,1 (± 14,7) | 0,001 | 154 (± 10,14) | 123 (± 28,8) | 0,001 |
| HDL | 43,4 (± 15,5) | 44,5 (± 14,47) | 0,112 | 42,59 (± 10,142) | 43,2 (± 10,63) | 0,624 |
| PCR | 0,31 (± 0,17) | 0,34 (± 0,17) | 0,293 | 0,41 (± 0,23) | 0,39 (± 0,21) | 0,78 |
| VSG | 28,96 (± 11,30) | 24,9 (± 26) | 0,001 | 28,37 (± 8,94) | 25,7 (± 9,86) | 0,005 |
| Das 28 VSG | 3,51 (± 0,50) | 3,274 (± 0,54) | 0,006 | 3,6 (± 0,54) | 3,56 (± 0,623) | 0,131 |
| Remisión | 1 (3,7%) | 2 (7,4%) | 0,233 | 2 (7,4%) | 3 (11%) | 0,39 |
| Baja | 9 (33%) | 10 (37%) | | 3 (11%) | 3 (11%) | |
| Moderada | 17 (63) | 15 (56%) | | 22 (81,4%) | 21 (77%) | |
| CDAI | 5,63 (± 2,662) | 5,1 (± 2,8) | 0,251 | 6,81 (± 3,151) | 6,6 (± 2,55) | 0,9 |
| Remisión | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0,317 |
| Baja | 27 (96%) | 27 (96%) | | 22 (78%) | 23 (85%) | |
| Moderada | 1 (4%) | 1 (4%) | | 6 (22%) | 5 (15%) | |
| IPAQ bajo | 24 (85%) | 24 (85%) | | 26 (92%) | 26 (92%) | |
| IPAQ moderado | 4 (15%) | 4 (15%) | | 2 (8%) | 2 (8%) | 1 |
| IMC (media) | 27,34 (± 4,3) | 27,19 (± 4,2) | 0,36 | 26,9 (± 4,52) | 26,86 (± 4,43) | 0,184 |

ATV 40 mg, grupo de atorvastatina 40 mg; ATV 20 mg, grupo de atorvastatina 20 mg; Col T, colesterol total; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; DAS28, *Disease Activity Score* 28; CDAI, *Clinical Disease Activity Index*; IPAQ, Cuestionario Internacional de Actividad Física; IMC, índice de masa corporal.

CGo88

ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y DERECHA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpíri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.E. Flores-Alvarado, R.I. Arvizu-Rivera, O.A. Garza-Flores, C.A. Mascorro-Cienfuegos, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, D.I. Cardoso-Casco, V.M. Fraña-Enríquez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica tienen mayor riesgo de desarrollar un episodio cardiovascular que la población general. Este riesgo elevado se atribuye al proceso de inflamación sistémica que acelera el proceso de aterosclerosis y promueve daño endotelial. Existen múltiples índices para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con AP, incluidos el Índice de Actividad de la Enfermedad de Artritis Psoriásica (DAPSA), el Índice de Gravedad del Área de Psoriasis (PASI) y el Índice de Gravedad de la Psoriasis Ungueal (NAPSI). Existe una falta de información sobre la relación entre los índices de actividad de la enfermedad y los parámetros ecocardiográficos en pacientes con AP.

Objetivo: Evaluar la relación entre los índices de actividad de la enfermedad con los parámetros ecocardiográficos en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 67 pacientes con diagnóstico de AP que cumplían los criterios de clasificación CASPAR 2006, de edad > 18 años. Se excluyó a los pacientes con antecedente de un episodio cardiovascular mayor. Se realizó un ecocardiograma transtorácico a todos los participantes del estudio por dos cardiólogos certificados cegados a la información clínica. Se valoró la actividad de la enfermedad con DAPSA, PASI y NAPSI, para evaluar actividad articular, cutánea y ungueal, respectivamente. Las correlaciones entre los índices de actividad de

la enfermedad y los parámetros ecocardiográficos (**Figura 1**) se realizaron con el coeficiente de correlación de Spearman (rs). Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Las variables demográficas, clínicas y del ecocardiograma se muestran en la **Tabla 1**. Se observó una correlación positiva moderada entre PASI y el índice de masa del ventrículo izquierdo ($rs = 0,482, p \leq 0,001$), una correlación negativa moderada entre DAPSA y la velocidad del anillo mitral a nivel septal (e' septal) ($rs = -0,372, p = 0,002$), una correlación positiva baja entre DAPSA y la relación entre la velocidad temprana del flujo mitral y la velocidad diastólica temprana del anillo mitral (E/e') ($rs = 0,297, p = 0,017$) y una correlación negativa baja entre NAPSI y el desplazamiento sistólico del plano anular tricuspídeo (TAPSE) ($rs = -0,267, p = 0,031$). Se realizó un análisis multivariado ajustado por edad, índice de masa corporal, hemoglobina glucosilada, presión arterial sistólica y colesterol no-HDL, en el que se observó que PASI se vincula de manera independiente con el índice de masa del ventrículo izquierdo ($\beta = 0,330, p = 0,007$) y DAPSA se relaciona independientemente con e' septal ($\beta = -0,381, p = 0,001$).

Conclusiones: En este estudio se observó que una mayor actividad de la enfermedad cutánea, expresada por el PASI, se relaciona de manera independiente con un mayor índice de masa del ventrículo izquierdo, lo que puede ser indicativo de alteraciones en la geometría ventricular y un factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardiaca. De igual manera, una mayor actividad articular, medida por DAPSA, se vinculó de forma independiente con una disminución de la e' septal, un parámetro utilizado para el diagnóstico de disfunción diastólica. Además, se encontró que una mayor actividad ungueal, medida por NAPSI, se relacionó con un menor TAPSE, lo que sugiere una disfunción subclínica del ventrículo derecho. Estos hallazgos indican que la mayor inflamación sistémica se vincula con un empeoramiento de los parámetros ecocardiográficos. Un control estricto de la enfermedad podría tener beneficio en prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, y debe considerarse incluir al ecocardiograma transtorácico como parte de la valoración cardiovascular en pacientes con alta actividad de la enfermedad para detectar alteraciones ecocardiográficas de manera oportuna.

Figura 1. Correlaciones entre índices de actividad de la enfermedad con los parámetros ecocardiográficos en pacientes con artritis psoriásica. (CG088)

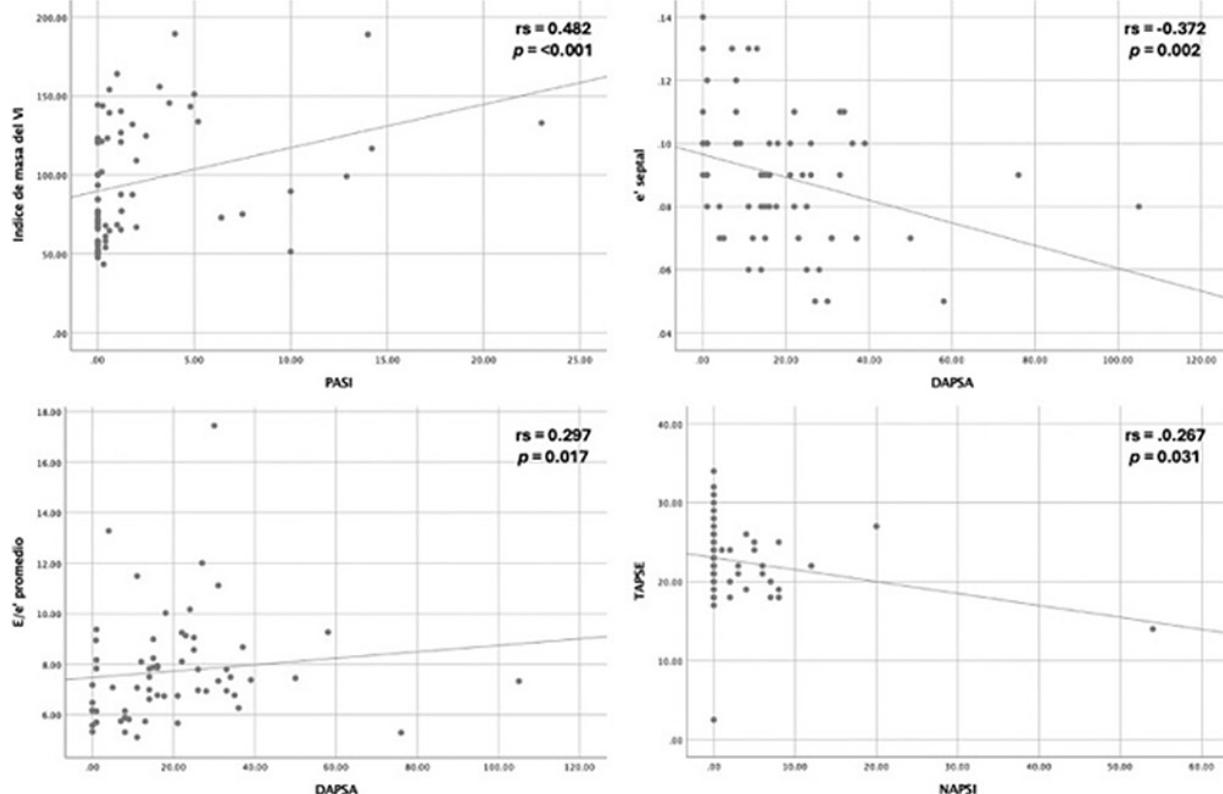


Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con artritis psoriásica. (CG088)

| Características | Pacientes con AP (n = 67) |
|---|---------------------------|
| Edad, años, media ± DE | 52,17 ± 11,96 |
| Mujeres, n (%) | 37 (55,2) |
| DMT2, n (%) | 11 (16,4) |
| Hipertensión arterial, n (%) | 17 (25,4) |
| Dislipidemia, n (%) | 32 (47,8) |
| Obesidad, n (%) | 23 (34,3) |
| Duración de la enfermedad, años, mediana (p25-p75) | 3,0 (1,0-10,0) |
| DAPSA, mediana (p25-p75) | 15,0 (6,5-26,2) |
| PASI, mediana (p25-p75) | 0,4 (0,0-2,0) |
| NAPSI, mediana (p25-p75) | 0,0 (0,0-3,2) |
| Índice de masa del VI, g/m ² , mediana (p25-p75) | 84,54 (63,81-125,27) |
| GPR, mediana (p25-p75) | 0,39 (0,34-0,44) |
| FEVI, %, mediana (p25-p75) | 60,0 (56,7-63,0) |
| GLS, %, media ± DE | -19,81 ± 2,86 |
| e' septal, mediana (p25-p75) | 0,09 (0,07-0,10) |
| e' lateral, mediana (p25-p75) | 0,12 (0,10-0,14) |
| E/e' promedio, mediana (p25-p75) | 7,38 (6,23-8,40) |
| TAPSE, mm, mediana (p25-p75) | 23,0 (20,5-25,0) |
| PSAP, mmHg, mediana (p25-p75) | 19,83 (12,07-28,55) |

AP, artritis psoriásica; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; DAPSA, Índice de Actividad de la Enfermedad de Artritis Psoriásica; PASI, Índice de Gravedad del Área de Psoriasis; NAPSI, Índice de Gravedad de Psoriasis Ungueal; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; FEVI, fracción de expulsión del VI; GLS, deformación longitudinal global; e' septal, velocidad del anillo mitral a nivel septal; e' lateral, velocidad del anillo mitral a nivel lateral; E/e', relación entre la velocidad temprana del flujo mitral y la velocidad diastólica temprana del anillo mitral; TAPSE, desplazamiento sistólico del plano anular tricuspídeo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar.

Bibliografía

1. Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, *et al*. Increased burden of inflammation over time is associated with the extent of atherosclerotic plaques in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015 Oct;74(10):1830-1835.

CGo89

IMPACTO DE LA FATIGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES CON OBESIDAD Y ARTRITIS REUMATOIDE

K. Palomo-Arnaud, I.C. Reynosa-Silva, J.C. Riega-Torres, G.A. Madrid-López, G. Figueiroa-Parra, V.G. Mata-Riega, A.J. Vite-Castillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Tabla 1. Ansiedad, depresión y fatiga en pacientes con artritis reumatoide según la composición corporal. (CG089)

| Composición corporal | Ansiedad por HADS-A | | Valor de p | Depresión por HADS-D | | Valor de p | Fatiga significativa | | Valor de p |
|--------------------------|---------------------|-----------|------------|----------------------|-----------|------------|----------------------|-----------|------------|
| | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No | |
| Grasa visceral alta | 3 (5,6) | 8 (15,1) | 0,599 | 0 (0) | 11 (20,7) | 0,605 | 7 (13,2) | 4 (7,5) | 0,222 |
| Grasa visceral normal | 15 (28,3) | 27 (50,9) | | 1 (1,8) | 41 (77,3) | | 34 (64,1) | 8 (15,1) | |
| Masa muscular disminuida | 16 (30,1) | 35 (66,1) | 0,111 | 1 (1,8) | 50 (94,3) | 0,842 | 39 (73,5) | 12 (22,6) | 0,435 |
| Masa muscular normal | 2 (3,8) | 0 (0) | | 0 (0) | 2 (3,8) | | 2 (3,8) | 0 (0) | |

HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; FACIT-F, Escala de Evaluación Funcional de Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga. Variables expresadas en n (%).

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones en su composición corporal en comparación con la población general, y se caracterizan por un aumento de la grasa corporal total y una disminución de la masa ósea. Se ha encontrado que los sujetos con obesidad poseen una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con los individuos con índice de masa corporal normal; sin embargo, la relación específica entre fatiga, ansiedad y depresión con las alteraciones de la composición corporal se ha estudiado poco en pacientes con artritis reumatoide.

Objetivo: Evaluar la relación entre alteraciones de la composición corporal y la fatiga, la ansiedad y la depresión en pacientes con artritis reumatoide y obesidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal que incluyó a pacientes adultos mayores de 18 años, con sobrepeso u obesidad, que además cumplían con los criterios de clasificación del ACR/EULAR 2010 para AR, atendidos en el departamento de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se utilizó un monitor corporal compacto para calcular la composición corporal mediante análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) y, una vez obtenido el índice de masa corporal, se aplicó la Encuesta de Evaluación Funcional de Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-F), un cuestionario de 40 reactivos que evalúa la fatiga autorreferida y su efecto en las actividades diarias; además, se aplicó el Cuestionario de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), que mide la ansiedad y la depresión general de estos pacientes y que consta de siete preguntas para la ansiedad (HADS-A) y siete para la depresión (HADS-D).

Resultados: Se integró un total de 53 pacientes, de los cuales 50 eran mujeres (94,3%), con una edad media de 52 años (± 9,93). La mediana del IMC fue de 31,37 (27,50-34,15) kg/m², la mediana del porcentaje de masa muscular magra de 57,82 (53,5-60,87), y la media de porcentaje de grasa corporal de 39,33 (± 5,64). De los pacientes estudiados, el 34% (n = 18) tenía ansiedad, el 1,9% (n = 1) depresión y el 77,4% (n = 41) fatiga significativa (Tabla 1). La mayoría de los pacientes estudiados registró un alto porcentaje de grasa corporal (81,1%, n = 43), así como un porcentaje bajo de masa muscular magra (96,2%, n = 51). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con ansiedad, depresión y fatiga con alteraciones en la composición corporal. La mayor parte de los individuos con fatiga mostró una masa muscular disminuida (95,12%, n = 39).

Conclusiones: Se identificó una tendencia a presentar una masa muscular disminuida en los pacientes con fatiga, sin una vinculación significativa entre la fatiga, la depresión y la ansiedad con alteraciones de la composición corporal. Es conveniente realizar un análisis de composición corporal en todos los pacientes con artritis reumatoide, en especial entre aquellos con fatiga, para disminuir de forma temprana el riesgo de desarrollar sarcopenia o adiposidad elevada que precipiten desenlaces desfavorables, como discapacidad relacionada con riesgo cardiovascular elevado.

Bibliografía

1. Vlietstra L, Stebbings S, Meredith-Jones K, *et al*. Sarcopenia in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the association with self-reported fatigue, physical function and obesity. *PLoS One*. 2019 Jun 6;14(6):e0217462. doi: 10.1371/journal.pone.0217462. PMID: 31170172; PMCID: PMC6553728.
2. Katz P, Margaretten M, Trupin L, *et al*. Role of sleep disturbance, depression, obesity, and physical inactivity in fatigue in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Jan;68(1):81-90. doi: 10.1002/acr.22577. PMID: 25779719; PMCID: PMC6083443.

CG090**DEMENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**D.X. Xibillé-Friedmann¹, J.E. Velasco-Espinal², Y. Mujica-Faife³⁽¹⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Escuela de Medicina, Universidad Latinoamericana, Morelos, ⁽³⁾Hospital General de Cuernavaca, IMSS-Bienestar

Introducción: Las enfermedades crónicas y degenerativas como la artritis reumatoide (AR) y la demencia son un problema en la población, ya que se ha demostrado que a largo plazo generan alteraciones metabólicas y limitaciones físicas, mentales y sociales, que a su vez causan una mayor mortalidad en los pacientes.

Objetivo: Identificar los principales factores de riesgo para demencia en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio piloto observacional anidado en una cohorte. Los pacientes, previa aceptación y firma de un consentimiento informado, se extrajeron del servicio de reumatología del Hospital General de Cuernavaca, y se clasificaron de acuerdo con ACR/EULAR/2010. Los datos se capturaron en REDCap tras la consulta médica y también los resultados de laboratorio, y se calculó la actividad de la enfermedad mediante DAS28. Se aplicó la prueba *Minimental State Examination* (MMSE), validada en español, para determinar los factores de riesgo relacionados con la demencia. Una calificación de 24 o menor se consideró deterioro cognitivo. Los datos se presentan mediante estadística descriptiva.

Resultados: Participaron 32 pacientes en el estudio, de los cuales solo uno era masculino y el resto se integró con mujeres. La edad media fue de 51,3 años (36-75). Se hicieron preguntas acerca de su información básica a cada paciente; 90,6% de los pacientes refería saber leer y escribir, y la escolaridad promedio de los participantes era la secundaria. Solamente una paciente era diabética y las demás no refirieron comorbilidades. La calificación promedio del MMSE fue de 24,5 (7-33). De particular interés, aunque 94,8% de las pacientes demostró una adecuada memoria de corto plazo, la capacidad aritmética fue menor, con 68,75% que acusó dificultad en esta área.

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos en el MMSE, más de la mitad de los pacientes con AR mostraron una puntuación que refleja deterioro cognitivo.

Bibliografía

1. Min C, Bang WJ, Kim M, et al. Rheumatoid arthritis and neurodegenerative dementia: a nested case-control study and a follow-up study using a national sample cohort. *Clin Rheumatol*. 2020;39:159-66.
2. Katchamart W, Narongroeknawin P, Phutthinart N, et al. Disease activity is associated with cognitive impairment in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2019;38:1851-6.
3. Lwin MN, Serhal L, Holroyd C, et al. Rheumatoid arthritis: the impact of mental health on disease: a narrative review. *Rheumatol Ther*. 2020;7:457-71.

CG091**USO DE CORTICOSTEROIDES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RELACIÓN CON EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD**

A.H. Pena-Ayala, C.S. Pérez-Coronado, C.J. Pineda-Villaseñor, A. Bernal-González, M. Lozano-Hernández, L.P. Rodríguez-Vega

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra, SS

Introducción: Con el advenimiento en los últimos 20 años de tratamientos altamente específicos dirigidos a las moléculas que participan en la fisiopatología de las diferentes enfermedades, se han creado estrategias terapéuticas por objetivos (*treat to target*) destinadas a limitar el daño y mejorar el pronóstico de los pacientes. El diagnóstico temprano ofrece una

ventana de oportunidad; en el caso de AR se sugiere que la valoración de un reumatólogo debe tener lugar en las primeras seis semanas y hasta cuatro meses tras el inicio de los síntomas.

Objetivo: Evaluar el efecto del uso de CE en pacientes con AR que acudieron a la preconsulta de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra y su relación con la evolución de la enfermedad a un año de seguimiento.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 302 pacientes atendidos en la preconsulta de la división de reumatología durante 2023, de los cuales 61 se diagnosticaron con AR. Análisis: fecha de inicio de síntomas, fecha diagnóstica, tratamientos previos, actividad de la enfermedad por DAS28 en cada visita y tratamiento instituido. Estadística descriptiva y no paramétrica: variables cualitativas en frecuencias y porcentajes; variables cuantitativas en medianas y rango intercuartílico como medida de tendencia central y dispersión. Pruebas de Wilcoxon y U de Mann-Whitney intragrupo y entre grupos, respectivamente. Comparación de frecuencias con ji cuadrada y prueba exacta de Fisher de acuerdo con la distribución de los casos. Significancia estadística: $p \leq 0,05$.

Resultados: La media del retraso diagnóstico fue de 132 meses, con 87,8% de mujeres y edad media de 53,1 años. El retraso en el diagnóstico de la AR fue mayor en los pacientes que habían utilizado CE en comparación con individuos que no los consumieron, con promedio de 147,4 contra 45,9 meses ($p = 0,01$). La prescripción actual de CE en el grupo con antecedente de uso previo se redujo en un 43% y solo un paciente del grupo que no había utilizado CE antes requirió prescripción actual. Al analizar la diferencia entre el DAS28 inicial y el final dentro de cada grupo se identificó una disminución significativa en el grupo con antecedente de CE ($p = 0,003$), mientras que en el grupo sin antecedente la diferencia no fue significativa ($p = 0,123$), independientemente del FARMÉ sintético o biológico administrado. El 59% ($n = 36$) de los pacientes en seguimiento mostró mejoría y de esa proporción 23 (37%) sujetos alcanzaron remisión; el 37,7% ($n = 23$) permaneció sin cambios y de ellos 19 continuaron en remisión, y el 2,7% ($n = 2$) mostró mayor actividad de la enfermedad. No existe diferencia para alcanzar o mantenerse en remisión de acuerdo con el nivel socioeconómico o el acceso a la gratuidad.

Conclusiones: Los esteroides se relacionan con retraso en el diagnóstico de los pacientes con artritis reumatoide atendidos por primera vez en un servicio de reumatología, pero también tienen influencia en la mejoría posterior al tratamiento específico.

Bibliografía

1. Burmester GR, Pope JE. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis. *Lancet* (London, England). 2017;389(10086):2338-2348. doi: org/10.1016/S0140-6736(17)31491-5.

CG092**ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA-IMC CON LA PRESENCIA DE PLACA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, J.A. Cárdenas-De la Garza, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, R.I. Arvizu-Rivera, D. Azamat-Salcedo

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El índice triglicéridos-glucosa-IMC (TyG-IMC) ha demostrado ser un método confiable para identificar la resistencia a la insulina (RI), con una eficacia que se asemeja a la de la norma de referencia: la pinza euglucémica hiperinsulinémica. Los valores elevados de TyG-IMC se han relacionado con un aumento del riesgo de aterosclerosis subclínica. La RI y la artritis reumatoide (AR) promueven un estado proinflamatorio que favorece la disfunción endotelial y acelera la formación de placas ateroscleróticas. Por esta razón se propone el uso del TyG-IMC como herramienta de tamizaje cardiovascular (CV).

Objetivo: Vincular el índice TyG-IMC con la placa carotídea (PC) en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes con AR de 30 a 75 años que cumplían los criterios ACR/EULAR de 2010. Se excluyó a aquellos con enfermedad cardiovascular previa. Se realizó ultrasonido carotídeo a todos los participantes (Tabla 1). La PC se definió como un grosor difuso de la íntima-media carotídea (GIMc) $\geq 1,2$ mm o un grosor focal $\geq 0,8$ mm. Para calcular el índice TyG-BMI se utilizaron los valores de triglicéridos séricos (TG), glucosa en sangre en ayuno (GSA) y el índice de masa corporal (IMC) mediante la siguiente fórmula: índice TyG-IMC = $\ln [TG (\text{mg/dL}) \times GSA (\text{mg/dL})/2] \times IMC$. Los participantes se categorizaron en terciles de acuerdo con el TyG-IMC: valores $< 221,7$ en el primer tercile, 221,7 a 257,4 en el segundo y $> 257,4$ en el tercero. La distribución de los grupos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba χ^2 cuadrada, ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor p de $\leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de ultrasonido. (CG092)

| Variables | Tercil 1° (n = 39) | Tercil 2° (n = 39) | Tercil 3° (n = 38) | Valor p |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|---------|
| Edad, años, \pm DE | 56,0 \pm 9,9 | 56,3 \pm 8,0 | 54,3 \pm 10,9 | 0,62 |
| Comorbilidades | | | | |
| Diabetes, n (%) | 5 (12,8) | 7 (17,9) | 12 (31,5) | 0,11 |
| Hipertensión, n (%) | 7 (17,9) | 9 (23,0) | 17 (44,7) | 0,02 |
| Dislipidemia, n (%) | 18 (46,1) | 18 (46,1) | 16 (42,1) | 0,91 |
| Tabaquismo activo, n (%) | 3 (7,6) | 2 (5,1) | 2 (5,2) | 0,98 |
| Obesidad, n (%) | 0 (0) | 1 (2,5) | 26 (68,4) | < 0,001 |
| Características clínicas | | | | |
| Tiempo de evolución, años, mediana (RIC) | 7 (2,4-13,5) | 19 (5,1-13,6) | 4 (2,1-10,7) | 0,22 |
| DAS28-PCR, \pm DE | 3,3 \pm 1,4 | 3,6 \pm 3,2 | 3,4 \pm 1,2 | 0,89 |
| DAS28-VSG, \pm DE | 4,4 \pm 1,5 | 4,2 \pm 1,4 | 4,2 \pm 1,3 | 0,84 |
| Ateroesclerosis subclínica | | | | |
| Placa unilateral, n (%) | 10 (25,6) | 11 (28,2) | 7 (18,4) | 0,83 |
| Placa bilateral, n (%) | 7 (17,9) | 5 (12,8) | 7 (18,4) | 0,84 |

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-PCR, Índice de Actividad de la Enfermedad 28-articulaciones con cálculo de la proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28-articulaciones basado en la velocidad de sedimentación globular.

Resultados: Se integró una muestra de 116 pacientes con artritis reumatoide: 39 en el primer y segundo terciles, y 38 en el último según el índice TyG-IMC. La mayoría correspondió a mujeres, con una edad promedio de 55,5 años \pm 9,6. Aunque no fueron estadísticamente significativos, los valores del índice TyG-IMC $\geq 258,5$ mostraron mayor frecuencia de comorbilidades, excepto dislipidemia que tuvo mayor prevalencia en los valores $\leq 257,4$ (46,1%, $p = 0,91$). En el segundo tercile se observó la mayor prevalencia de PC unilateral (28,2%, $p = 0,83$) y la menor presencia de PC bilateral (12,8%, $p = 0,84$). En el tercer tercile tuvieron la misma frecuencia de PC, unilateral y bilateral (18,4%).

Conclusiones: En este estudio, el índice TyG-IMC como tamiz de riesgo CV no se relaciona con PC en pacientes con AR. Sin embargo, una mayor prevalencia de ateroesclerosis subclínica $\leq 257,4$ indica la necesidad de un abordaje temprano ante la sospecha de RI y otras alteraciones metabólicas. Es necesario integrar una evaluación por ultrasonido carotídeo para la estratificación de riesgo CV en este grupo poblacional.

Bibliografía

- Wang R, Cheng X, Tao W. Association between triglyceride glucose body mass index and cardiovascular disease in adults: evidence from NHANES 2011-2020. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024 Jul 16;15:1362667. doi:10.3389/fendo.2024.1362667.
- Nicolau J, Lequerré T, Bacquet H, et al. Rheumatoid arthritis, insulin resistance, and diabetes. *Joint Bone Spine*. 2017;84(4):411-6. doi: 10.1016/j.jbspin.2016.09.001.

CG093

USO DE DOSIS BAJAS DE PREDNISONA PARA MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.F. Verdugo-Félix, A.A. Ramírez-Pérez, I.M. Villarruel-Barajas, S.I. Castillo-Anaya

UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La artritis reumatoide es una entidad multifactorial considerada una de las enfermedades inflamatorias crónicas más prevalentes. Cursa con una evolución fluctuante que, en ausencia de un tratamiento óptimo, puede provocar un daño irreversible. Uno de los principales problemas que aqueja a estos pacientes es el dolor, que puede persistir incluso con un adecuado control de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario la búsqueda de una opción terapéutica adecuada. En este sentido, la administración de glucocorticoides a dosis bajas para el control del dolor es todavía un área de investigación poco explorada.

Objetivo: Evaluar si las dosis bajas de prednisona (5 mg al día) se relacionan con un adecuado control del dolor medido mediante escala visual análoga (EVA ≤ 4) en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Los criterios de inclusión fueron a) pacientes ≥ 18 años con el diagnóstico de artritis reumatoide según los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010, b) seguimiento en el servicio de reumatología por más de un año desde 2000 hasta la fecha, c) SDAI en remisión o bajo e individuos que durante un periodo de seis meses se trataron con prednisona de 5 mg/día, d) pacientes con SDAI en remisión o bajo y que durante un periodo de seis meses se trataron con AINE o paracetamol sin usar prednisona. Se excluyó del estudio a los pacientes cuyos expedientes no contaban con la información requerida. Se calculó un tamaño de muestra de 80 pacientes. Las variables categóricas y continuas se expresaron en frecuencias y medias y desviación estándar, respectivamente, o en medianas o rangos intercuartílicos según fuera la distribución de normalidad de los datos por la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para evaluar las diferencias de las variables continuas se emplearon las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney de acuerdo con los resultados de normalidad. Para evaluar la diferencia entre variables categóricas se empleó la prueba χ^2 cuadrada.

Resultados: Se obtuvieron datos de 66 pacientes. Dentro del total hubo un predominio en el género femenino con un 89,4%. Se demostró que un mayor porcentaje de pacientes que utilizaron prednisona a dosis baja logró un mejor control del dolor (68,6% vs. 31,4%, $p = 0,008$); tener puntuaciones más bajas en el SDAI también implicaba un mejor control de dolor y no se observaron diferencias estadísticamente significativas para otras variables (Tabla 1). Se logró establecer una relación de riesgo para uso de AINE, opiáceos y protección para paracetamol, pero no hubo significancia estadística en ninguna de ellas. El modelo multivariado no fue capaz de predecir un EVA bajo.

Tabla 1. Diferencias entre grupos respecto del valor de EVA (≤ 4) y OR para un EVA bajo (≤ 4). (CG093)

| Característica | EVA bajo (≤ 4) | EVA alto (> 4) | p |
|--|-----------------------|--------------------|-------|
| Edad (media \pm DE) | 54,6 \pm 12,9 | 59,6 \pm 10,6 | 0,25 |
| SDAI (media \pm DE) | 4,3 \pm 3,06 | 8,5 \pm 1,9 | 0,0 |
| Duración de la enfermedad (mediana/rango IQ) | 15,5 / 10,0 - 24,0 | 16,0 / 11,0 - 27,5 | 0,86 |
| Uso prednisona 5 mg/día (n [%]) | 35 (68,6%) | 16 (31,4%) | 0,008 |
| AINE (n [%]) | 38 (76%) | 12 (24%) | 0,58 |
| Paracetamol (n [%]) | 33 (73,3%) | 12 (26,7%) | 0,50 |
| Opiáceos (n [%]) | 20 (76,9%) | 6 (23,15%) | 0,85 |
| Sexo (mujer, n [%]) | 45 (76,3%) | 14 (23,7%) | 0,54 |
| SDAI en remisión (n [%]) | 23 (100%) | 0 (0%) | NA |
| SDAI bajo (n [%]) | 27 (62,8%) | 16 (37,2%) | 0,01 |
| Variable | | OR (IC95%) | p |
| Uso de prednisona 5 mg/día | x | x | |
| Uso de AINE | | 1,05 (0,28 - 3,89) | 0,93 |
| Uso de paracetamol | | 0,64 (0,18 - 2,31) | 0,50 |

| | | |
|-----------------|--------------------|------|
| Uso de opiáceos | 1,11 (0,34 - 3,54) | 0,85 |
| SDAI bajo | x | x |
| SDAI remisión | x | x |

Conclusiones: En este estudio no se logró determinar una relación de riesgo o protección entre el uso de dosis bajas de prednisona para lograr un EVA bajo en pacientes con artritis reumatoide; sin embargo, esto puede deberse a que no se consiguió un tamaño de muestra adecuado y por lo tanto hubo grupos en los que no fue posible calcular la relación, por lo cual tampoco se calculó de modo adecuado un modelo multivariado.

Bibliografía

- Chauhan K, Jandu JS, Brent LH, et al. Rheumatoid arthritis. StatPearls Publishing; 2023.
- Radu A-F, Bungau SG. Management of rheumatoid arthritis: An overview. Cells. 2021;10(11):2857. <http://dx.doi.org/10.3390/cells10112857>.

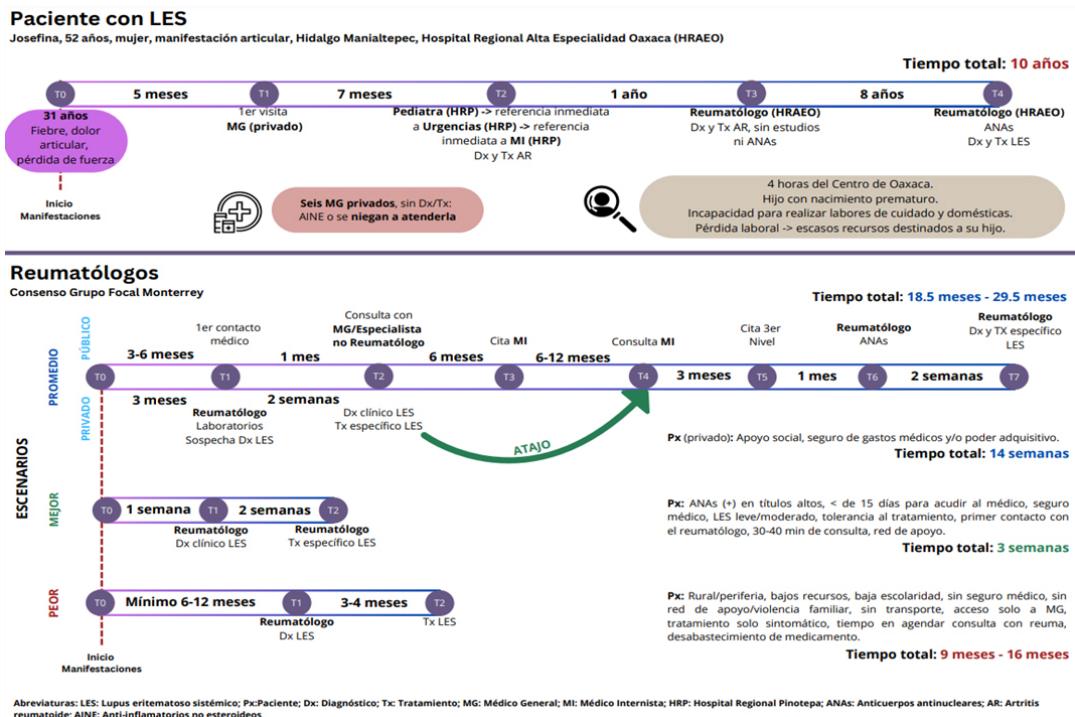
CG094

RETRASO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES MEXICANOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN ESTUDIO CUALITATIVO

M.F. Ramírez-Flores¹, T. Colmeras-Roa², A. Manrique de Lara-Ramírez², C. Espinosa-Escobar², J.F. Matamoros-Sanín³, L. Athié⁴, L.V. Maya-Piña⁵, G. Reyes-Cordero⁶, I. García⁷, L. Andrade-Ortega⁸, M.E. Corral-Trujillo⁹, C.A. Palafox-Sánchez¹⁰, P. Munguía-Realpozo¹¹, J.H. Hernández-Llinas¹², I. Peláez-Ballestas²

⁽¹⁾Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Programa de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, ⁽⁴⁾Centro de Estudios Transdisciplinarios Atié-Calleja por los derechos de las personas con lupus A.C. (Cerlu), ⁽⁵⁾Hospital Juárez de México, ⁽⁶⁾Hospital General Salvador Zubirán Anchondo, ⁽⁷⁾Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, ⁽⁸⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre,

Figura 1. (CG094)



ISSSTE, ⁽⁹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, ⁽¹⁰⁾Universidad de Guadalajara, ⁽¹¹⁾Centro de Investigación Biomédica de Oriente, IMSS, ⁽¹²⁾Hospital Regional de Coatzacoalcos, IMSS

Introducción: El retraso en el diagnóstico y el tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), las barreras, los facilitadores y las necesidades relacionadas no se han estudiado en la población mexicana.

Objetivo: Construir la definición de retraso diagnóstico y tratamiento de LES e identificar las barreras, facilitadores y necesidades desde la perspectiva de los pacientes y los reumatólogos.

Material y métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Las guías de entrevista se construyeron basadas en una revisión sistemática previamente realizada. Se construyeron trayectorias de búsqueda de atención y familiogramas. Se efectuaron pruebas piloto de ambas guías. Cada entrevista se audiograba y transcribió con el programa Atlas.ti para el análisis basado en dos modelos de atención en salud. Este estudio recibió aprobación del comité de ética e investigación de los centros participantes. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Se entrevistó a 61 pacientes de 12 centros hospitalarios de ocho estados del país, con edad promedio de 41,3 años (DE 12,9), 82,7% de mujeres, y manifestaciones articulares, mucocutáneas, renales, hematológicas, neurológicas.

Participaron 52 reumatólogos (53,8% mujeres), con edad promedio de 45,7 años (DE 10,1) y experiencia clínica de 15,53 años (DE 10,9). Se construyeron 61 trayectorias de búsqueda de atención y 16 escenarios de atención (Figura 1). Se identificaron las barreras: creencias en salud-enfermedad del paciente, costos, heterogeneidad/gravedad, formación profesional y el sistema de salud. Facilitadores: seguridad social, formación profesional y disponibilidad de servicios médicos. Necesidades en pacientes: difusión de la enfermedad, empatía, atención continua, asesoramiento reproductivo, disponibilidad de atención; y para reumatólogos: educación en reumatología, oferta de plazas, laboratorios y personal capacitado, uso de redes sociales, sistema de salud unificado (Tabla 1).

La definición de retraso del diagnóstico incluyó: a) gravedad de la presentación clínica con los tiempos propuestos: leve: > 4,2 (1-6) meses; moderado 2 (1-3) meses y grave 19,5 (14-30) días; b) heterogeneidad de la enfermedad, c) presencia de daño orgánico y d) acceso a un reumatólogo. Se concluyó como retraso diagnóstico en general un tiempo > 2,9 (1-6) meses. Para el

Tabla 1. (CG094)

| Componente | Actor | Diagnóstico | | Tratamiento | |
|----------------|--------------|--|---|---|---|
| | | Barreras | Facilitadores | Barreras | Facilitadores |
| Asequibilidad | Pacientes | "[Los estudios para detectar el lupus [...] fueron como 3.000 MXN. No [fue accesible]." (Carlos, 31 años, hombre, manifestaciones articulares y nefritis lúpica, CDMX, Hospital Juárez, SSA) | "[Por la gratuidad] la biopsia aquí [en el HGTEL] no me costó, ni la hospitalización" (Juana, 28 años, manifestación nefritis lúpica, CDMX, HGTEL, SSA) | "[Cuento con gratuidad, sin embargo, pago] medicamentos [...] cuando no hay dinero no tomo mi medicamento." (Carlos, 31 años, hombre, manifestaciones articulares y nefritis lúpica, CDMX, HJ, SSA) | "[Mi doctor y yo] estamos viendo [cambiar el tratamiento a un biológico], para tratar la nefritis que tengo, dice que es más efectiva y me lo daría el hospital." (Juana, 28 años, manifestación nefritis lúpica, CDMX, HGTEL, SSA) |
| | Reumatólogos | "Los estudios para establecer diagnósticos [no son económicos]... [el paciente] dice: 'no me alcanzaba para hacer los estudios' y eso retrasa el diagnóstico de manera oportuna y que se trate pronto" (G, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA) | "Ya cuando [los pacientes] están en una institución la verdad es que es muy fácil [...], por ejemplo en el IMSS o en el ISSSTE, pues la mayoría [...] tienen un muy buen arsenal y pues está cubierto con eso." (V, hombre, reumatólogo, SLP, IMSS) | "Cada que en una familia hay un paciente con lupus es una carga económica muy fuerte [...] si generaría gastos catastróficos en la familia y si necesitaría el apoyo de una institución para solventar el gasto" (H, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA) | "[...] Aquí [en el ISSSTE] el paciente no paga nada, le pagan hasta el traslado de su lugar de origen para acá [...]. Le das desde el paracetamol hasta la terapia biológica [gratis]." (O, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE) |
| Disponibilidad | Pacientes | NA | NA | "[Me diagnosticaron y me dijeron que me tenían que internar], pero no me internaron porque ya no había camas." (Carlos, 31 años, hombre, manifestaciones articulares y nefritis lúpica, CDMX, HJ, SSA) | "La consulta anterior [en el HGTEL] si me dieron todo el medicamento, pero normalmente lo compraba." (Arcelia, 35 años, mujer, manifestación articular, CDMX, HGTEL, SSA) |
| | Reumatólogos | NA | NA | "[En el ISSSTE el paciente no paga nada], los tiempos es otra cosa, la calidad es otra cosa y creo que ahí es donde estamos, en un hoyo, en el primer nivel." (O, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE) | "Muchos pacientes [en la consulta privada que] me dicen qué reumatólogo le toca [en el ISSSTE] y yo le mandé una notita [...] para que le continúe su tratamiento o [...] con el tratamiento que el ISSSTE le dó." (A, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE) |
| Trato ético | Pacientes | "En [cinco meses] que me avanzó, [...] [seis médicos] no me querían [atender] porque me veían que no podía caminar ni pararme, y definitivamente me dijeron que no" (Josefina, 52 años, mujer, manifestación articular, Oaxaca, HRAEO, SSA) | NA | NA | NA |
| | Reumatólogos | "Es cierto que hay muchos médicos endocrinólogos, inmunólogos, internistas que, que deciden quedarse con los pacientes reumáticos... eso es motivo también de retraso mayor." (I, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE) | NA | NA | NA |
| Formación | Pacientes | "[Después de años de vivir con diagnóstico de artritis reumatoide por el médico general y estar mal medicado] me dijo el doctor: 'inclusive le pido una disculpa de mis colegas por el mal diagnóstico.' (Arturo, 62 años, hombre, manifestación mucocutánea/articular, CDMX, HGTEL, SSA) | "[Fui con el reumatólogo] y si me estuvieron haciendo estudios y salía una parte positiva y otra parte negativa, [...] el doctor me dijo 'no podemos esperar, vamos a darte un tratamiento'" (Odile, 58 años, mujer, manifestación mucocutánea/articular, Yucatán, Privado) | "Estuve yendo al Seguro de Iguala, pero ahí no hay reumatólogo y solamente me dieron paracetamol. [En otra ocasión] me decían [los médicos del Seguro] que [era] fiebre reumática." (Arcelia, 35 años, mujer, manifestación articular, CDMX, HGTEL, SSA) | NA |
| | Reumatólogos | "Yo no tuve [...] una clase de reumatología en pregrado. Cuando haces tu especialización en medicina interna, muy poquitas sedes [...] envían a sus internistas a un servicio de Reumatología" (GMLO, años, mujer, reumatóloga HGTEL) | "Como reumatólogo... la visión [de la enfermedad] empieza a cambiar, no siempre es mortal, no siempre [los pacientes] tienen las mismas características." (GMLO, años, mujer, reumatóloga HGTEL) | "El médico de primer nivel o especialidad [que] recibe un paciente que potencialmente es lupus no lo canalizan porque no quieren, económicamente hablando, o porque consideran que ellos son capaces de controlarlo." (GM, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA) | NA |
| Presentación | Pacientes | "No sé por qué, como hombre, no veo casos de hombres [con lupus] en el Internet" (Mario, 44 años, manifestación hematológica, Chihuahua, Hospital Ángeles, Privado) | NA | "[Al mismo tiempo me diagnosticaron lupus y tuberculosis], no me podían dar mi tratamiento para el lupus porque dicen que bajan las defensas. Entonces primero era tratar con la tuberculosis y ya [después] que dar mi tratamiento [del lupus]." (Sebastián, 24 años, hombre, Monterrey, IMSS/HU) | NA |
| | Reumatólogos | "No es lo mismo que tú tengas manifestaciones floridas a que nada más te sientes cansado, te duelen las articulaciones, a veces te falta el aire [...] tú buscas ayuda cuando el asunto persiste y te limita, ¿no? O cuando tu aspecto físico se ve comprometido." (P, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE) | "Otro facilitador podría ser la estética [...] va con el dermatólogo [...] le hace la biopsia [...] o lo hace los anticuerpos o le hace todo pensando también en el lupus [...]. El dermatólogo también está un poco más sensible ante la sospecha clínica." (S, mujer, reumatóloga, IMSS, Monterrey) | NA | "Yo creo que ahora las especialidades [médicas] colaboran para que el manejo sea más integral en las especialidades que tienen que ver con la atención [del paciente con lupus]." (G, hombre, reumatóloga, CDMX, SSA) |
| Adherencia | Pacientes | NA | NA | "[Al mismo tiempo me diagnosticaron tuberculosis], entonces primero era tratar con la tuberculosis y ya [después] que dar mi tratamiento [del lupus]." (Sebastián, 24 años, hombre, Monterrey, IMSS/HU) | "[Cuando me dan el diagnóstico] pues, yo estaba más que nada contenta porque ya había dejado de sentir los dolores que sentía [...], tomar medicamentos y saber que se va a quitar, pues, ya era una opción mejor a como estaba viviendo antes." (Arcelia, 35 años, mujer, manifestación articular, CDMX, HGTEL, SSA) |
| | Reumatólogos | NA | NA | "[El problema son los] trámites burocráticos [...] los pacientes [tienen que ser] referidos del primer nivel de atención [...] que no cuenta con estudios para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes, no los pueden pedir [...] y los médicos internistas esperan [a] que tengan pruebas para enviarlo [al Reumatólogo]." (H, reumatólogo, 40 años, IMSS, Yucatán) | "El apego al tratamiento, digamos, de la mujer es mejor, definitivamente." (J, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA) |

Abreviaturas: HGTEL (Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga); CDMX (Ciudad de México); SSA (Secretaría de Salud); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); HU (Hospital Universitario Dr. Eleuterio González); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); HU (Hospital Juárez de México); SLP (San Luis Potosí); HRAEO (Hospital Regional de Alta Especialidad Oaxaca)

retraso del tratamiento por gravedad de manifestaciones: leve, posterior a 3,6 (0,25-12) meses; moderado, posterior a 15 (7-30) días y graves si la administración no fue inmediata o posterior a 12 (inmediato, 37,5) días. Sin distinguir por la gravedad, se considera retraso del tratamiento cuando excede los 24 (inmediato a 7,5) días. Factores relacionados: heterogeneidad clínica, acceso a tratamiento específico para LES, barreras institucionales.

Conclusiones: El consenso de definición para el retraso diagnóstico fue: paciente con signos/síntomas de LES leve/moderado/grave o evidencia de daño orgánico sin diagnóstico a los 2,9 meses; y para el retraso del tratamiento: 24 días entre el primer síntoma de LES y el inicio de farmacoterapia acorde con las guías y recomendaciones vigentes. Se observaron coincidencias en barreras y facilitadores para pacientes y reumatólogos; las necesidades fueron diferentes.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Componentes básicos del derecho a la salud [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La>
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013;12(1).

CG095

FRAGILIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO

A.E. Vázquez-Hernández¹, J.A. Marín-Corte², A.D. Plata-Trejo³, M. Jiménez-Tirado⁴, H. Fragoso-Loyo¹, E. Cimé-Ake¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,

⁽²⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽³⁾Hospital General de Zona 1 Tlaxcala, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica caracterizada por episodios de actividad, remisión y daño acumulado. De acuerdo con la edad al diagnóstico, se define como LES en adultos (LESA) entre 18 y 49 años y LES tardío (LESt) en > 50 años. Se han informado características clínicas particulares en la presentación y evolución de la enfermedad en estos grupos. El SLICC-Frailty Index (SLICC-FI) es un índice de fragilidad que se ha propuesto como una herramienta predictora de desenlaces que incluye variables relacionadas con el daño acumulado, la actividad de la enfermedad, comorbilidades y el estado funcional. Identificar diferencias en el índice de fragilidad entre estos pacientes podría establecer grupos de riesgo y opciones terapéuticas.

Objetivo: Evaluar la fragilidad por medio del SLICC-FI en pacientes con LESt y LESA.

Material y métodos: Diseño: transversal analítico en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México que analizó expedientes clínicos entre 2023 y 2024. Se incluyeron dos grupos de estudio: a) pacientes con LESt, b) pacientes con LESA, en una proporción 1:1, pareados por sexo y tiempo de evolución del lupus ± 5 años. Se empleó muestreo aleatorio simple. Todos los pacientes se reclasificaron de acuerdo con los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 y se excluyó a los sujetos con otras enfermedades autoinmunitarias, excepto el síndrome antifosfolípidos y el síndrome de Sjögren. Se obtuvieron datos clínicos y de laboratorio, actividad (SLEDAI-2K), daño acumulado (SLICC/ACR DI) y fragilidad en la última valoración por reumatología. La fragilidad se determinó con el SLICC Frailty Index (SLICC-FI), con captura de 44 de los 48 reactivos evaluables; las cuatro variables de autoevaluación no se encontraron disponibles. Análisis estadístico: ji cuadrada, prueba exacta de Fisher y suma de rangos de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyó a 47 pacientes en cada grupo. En el grupo de LESt, el 87,2% correspondió a mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 55 años (RIC, 51-62 años) y seguimiento de 14 años (RIC, 5-20 años). La mediana de edad al diagnóstico en el grupo LESA fue de 26 años (RIC, 21-34 años) y seguimiento de 15 años (RIC, 4-21 años). Los pacientes con LESt presentaban menor frecuencia de síndrome antifosfolípido (8,5% vs.

31,9%, p = 0,004) y obesidad (4,3% vs. 21,3%, p = 0,014), pero mayor osteoartritis (27,7% vs. 0%, p < 0,001) y osteoporosis (44,7% vs. 2,1%, p < 0,001) en comparación con los de LESA. Los pacientes con LESt tuvieron prevalencia significativamente mayor de manifestaciones constitucionales (25,5% vs. 6,4%, p = 0,021) y menor de nefritis lúpica (14,9% vs. 36,2%, p = 0,018), así como cifras más elevadas de C4, más bajas de anti-DNAcD, menor positividad para anticuerpos antifosfolípidos y recibieron ciclofosfamida con menor frecuencia. La actividad de la enfermedad medida por SLEDAI-2K fue significativamente menor en los pacientes con LESt (0 [RIC 0-2] vs. 2 [RIC 2-4], p < 0,001); sin embargo, se observó mayor daño acumulado medido por SLICC/SDI (2 [RIC 1-2] vs. 0 [RIC 0-2], p = 0,007), respectivamente. La fragilidad fue significativamente mayor en el grupo de LESt (21,3% vs. 4,3%, p = 0,027) (Tabla 1), así como el SLICC-FI (0,11 [RIC 0,07-0,15] vs. 0,08 [RIC 0,05-0,11], p = 0,025) en comparación con LESA (Figura 1).

Conclusiones: La fragilidad fue significativamente mayor en el grupo de LESt. Los pacientes con LESt tuvieron puntuaciones de SDI y SLICC-FI significativamente mayores en comparación con los pacientes con LESA.

Tabla 1. Características clínicas, de laboratorio y fragilidad en los pacientes con LES. (CG095)

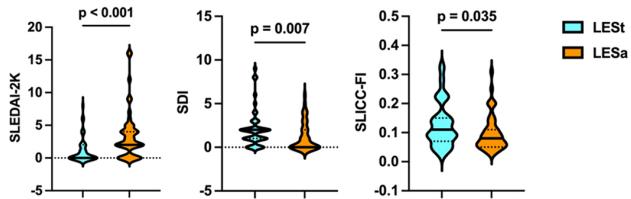
| Variable | LESt, n = 47 (%) | LESA, n = 47 (%) | p |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|----------|
| <i>Características clínicas</i> | | | |
| Constitucional | 12 (25,5) | 3 (6,4) | 0,021* |
| Neuropsiquiátrico | 1 (2,1) | 5 (10,6) | 0,102 |
| Mucocutáneo | 22 (46,8) | 23 (48,9) | 0,500 |
| Articular | 33 (70,2) | 32 (68,1) | 0,500 |
| Nefritis lúpica | 7 (14,9) | 17 (36,2) | 0,018* |
| Miocarditis | 0 (0,0) | 2 (4,3) | 0,247 |
| Pulmonar | 2 (4,3) | 0 (0,0) | 0,247 |
| Derrame pleural | 6 (12,8) | 6 (12,8) | 0,621 |
| Pericarditis | 1 (2,1) | 0 (0,0) | 0,500 |
| Leucopenia | 19 (40,4) | 21 (44,7) | 0,417 |
| AHAI | 2 (4,3) | 1 (2,1) | 0,500 |
| Trombocitopenia | 9 (19,1) | 13 (27,7) | 0,233 |
| <i>Hallazgos de laboratorio</i> | | | |
| C3, mg/dL | 82,5 (58,1-116,7) | 70,0 (43,0-101,5) | 0,164 |
| C4, mg/dL | 17,0 (8,0-25,0) | 8,0 (8,0-15,0) | 0,045* |
| Anti-DNAcD, IU/mL | 20,5 (7,4-108,5) | 89,1 (14,0-150,0) | 0,039* |
| VSG, mm/h | 11 (4,2-24,2) | 12 (5,0-21,2) | 0,886 |
| US-PCR, mg/dL | 0,74 (0,1-1,7) | 1,15 (0,2-2,6) | 0,572 |
| Anti-Sm | 8 (17,0) | 10 (43,5) | 0,052 |
| Anti-RNP | 2 (5,6) | 8 (17,0) | 0,109 |
| Anti-Ro | 9 (22,5) | 10 (29,4) | 0,340 |
| Anti-La | 6 (15,0) | 4 (12,1) | 0,498 |
| aCL IgG | 7 (18,4) | 23 (48,9) | 0,003* |
| aCL IgM | 8 (17,0) | 28 (59,6) | < 0,001* |
| Anti-β2 glucoproteína IgG | 3 (7,9) | 15 (31,9) | 0,006* |
| Anti-β2 glucoproteína IgM | 3 (7,9) | 18 (38,3) | 0,001* |
| AL | 1 (2,6) | 24 (51,1) | < 0,001* |
| <i>Tratamiento</i> | | | |
| Metotrexato | 8 (17,0) | 2 (4,3) | 0,045* |
| Azatioprina | 19 (40,4) | 23 (48,9) | 0,267 |
| Micofenolato de mofetilo | 9 (19,1) | 14 (29,8) | 0,169 |
| Ciclofosfamida | 1 (2,1) | 9 (19,1) | 0,008* |
| Rituximab | 2 (4,3) | 7 (14,9) | 0,079 |
| Hidroxicloroquina | 35 (74,5) | 41 (87,2) | 0,116 |
| Fragilidad | 10 (21,3) | 2 (4,3) | 0,027* |

Los datos se expresan como número (porcentaje) o mediana (rango intercuartílico). Análisis estadístico: se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para comparar las variables nominales y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para analizar las variables numéricas.

LESt, LES de inicio tardío; LESA, LES de inicio en el adulto; AHAI, anemia hemolítica autoinmunitaria; VSG, velocidad de sedimentación globular; US-PCR, proteína C reactiva ultrasensible; C3 y C4, complementos 3 y 4; Acl, anticardiolipina; AL, anticoagulante lúpico; aFL, antifosfolípidos.

*Estadísticamente significativo.

Figura 1. Actividad, daño acumulado y fragilidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico. (CG095)



Comparación de los puntajes de actividad (SLEDAI-2K inicial), daño acumulado (SDI final) y de fragilidad (SLICC-FI) de acuerdo a los diferentes tipos de LES.
Análisis estadístico: suma de rangos de Wilcoxon.
SLEDAI-2K: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000, SDI: SLICC/ACR Damage Index, SLICC-FI: SLICC Frailty Index.

Bibliografía

1. Viveiros L, Neves A, Gouveia T, et al. A large cohort comparison of very late-onset systemic lupus erythematosus with younger-onset patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2024 Jul;42(7):1480-1486.
2. Elera-Fitzcarrald C, Gamboa-Cárdenas RV, Reátegui-Sokolova C, et al. The SLICC-FI predicts damage accrual in SLE patients. Data from the Almenara lupus cohort. *Lupus*. 2022 Nov;31(13):1666-1670.

CG096

EXPERIENCIAS DEL RETRASO EN LUPUS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

A. Manrique de Lara y Ramírez¹, Y. Fuentes-Silva², T. Colmenares-Roa¹, L. Athié³, M.F. Ramírez-Flores⁴, C. Cadena-Trejo⁵, A. Gastellum-Strozz⁶, I. Peláez-Ballestas¹

⁽¹⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Departamento de Medicina, Universidad de Oriente, Bolívar, Venezuela, ⁽³⁾Centro de Estudios Transdisciplinarios Athié-Calleja por los derechos de las personas con lupus A.C., ⁽⁴⁾Programa de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), Facultad de Medicina, UNAM, ⁽⁵⁾Facultad de Medicina, UNAM, ⁽⁶⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, UNAM

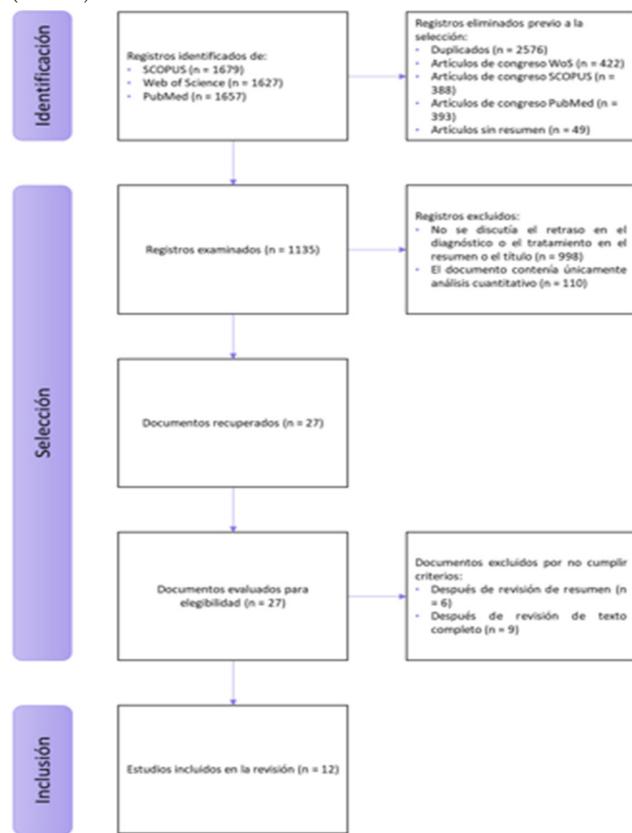
Introducción: Entender el retraso en el diagnóstico y el tratamiento del lupus es fundamental para la atención. Sin embargo, no existe consenso sobre la definición de este concepto en el lupus. Las experiencias con esta enfermedad pueden ayudar a elucidar el fenómeno de retraso.

Objetivo: Describir las experiencias de retraso en el lupus a través de una revisión sistemática de estudios cualitativos y mixtos sobre pacientes, personas cuidadoras, y profesionales de la salud.

Material y métodos: Búsquedas electrónicas de investigaciones en inglés o español, publicadas hasta el 15 de julio de 2023 en Scopus, PubMed y Web of Science. Un grupo multidisciplinario (reumatología, antropología, enfermería, bioética y pacientes) realizó la siguiente revisión: a) búsqueda de palabras clave específicas en títulos, resúmenes y textos; b) selección por títulos y resúmenes; c) revisión de textos completos; d) evaluación de calidad de los artículos; e) síntesis de los artículos seleccionados.

Resultados: Se identificaron 1,135 registros, de los cuales se revisaron 27 que cumplían con los criterios de inclusión. Se revisó el texto completo de 20 y finalmente se incluyeron 12 para evaluación de calidad y síntesis: 10 cualitativos y dos mixtos (Figura 1). La mayoría de los estudios pertenece al Norte Global: únicamente dos provienen de Latinoamérica y dos de África. La mayor parte incluye a pacientes adultos, dos a pacientes pediátricos/de transición, uno a personas cuidadoras y dos a personal médico. Las técnicas cualitativas utilizadas fueron: entrevistas semiestructuradas, grupos focales, investigación en línea y cuestionarios. Los principales marcos teóricos fueron: fenomenología, teoría fundamentada y hermenéutica. Ninguna de las publicaciones provee una definición específica de retraso en lupus ni propone un marco de estudio para este fenómeno. No obstante, sí describen barreras y facilitadores para la atención en múltiples dimensiones: características de la enfermedad; factores emocionales; consideraciones económicas; familia y redes de apoyo; relación paciente-profesional

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la revisión sistemática de las publicaciones médicas e inclusión de los artículos cualitativos y mixtos. (CG096)



de la salud; sistema de salud; y aspectos socioculturales. Las personas con lupus enfatizan la invisibilidad e invalidación tanto por el personal médico como por sus redes de apoyo, lo que contribuye al estigma y el aislamiento. La reducción al mínimo de los síntomas iniciales conduce a diagnósticos erróneos y a la búsqueda de múltiples profesionales médicos. Adicionalmente, la experiencia de los pacientes se rodea de incertidumbre, ambivalencia y frustración. Por esta razón, es importante la comunicación honesta sobre pronósticos y tratamientos, además de la baja adherencia, el uso de tratamientos no farmacológicos, los mecanismos de afrontamiento y la resiliencia. Las personas cuidadoras destacan aspectos similares en la experiencia del retraso, como el estigma social y la falta de comunicación efectiva con profesionales de la salud. Más aún, se enfocan en los orígenes de la enfermedad, obstáculos y cargas económicas, y barreras sistémicas. El personal de atención primaria reconoce una brecha de alfabetización en salud sobre lupus entre pacientes, personas cuidadoras y el propio personal médico. Se enfatiza la necesidad de ofrecer educación continua y acceso a especialistas. Por último, se destaca la (sobre)dependencia en anticuerpos antinucleares para el diagnóstico de lupus y, en consecuencia, para la validación de las experiencias de los pacientes.

Conclusiones: Las experiencias de la triada de atención (paciente-familia-profesional de salud) representan un elemento fundamental para describir el proceso de retraso, así como las barreras y facilitadores relacionados. Se requieren estudios específicos para definir el retraso diagnóstico en el lupus que incluyan las perspectivas de todas las partes, sin perder de vista sus contextos socioculturales específicos.

Bibliografía

1. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):179-87.

CG097

UTILIDAD DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO Y ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA/PLAQUETA EN EMBARAZADAS CON LES CON Y SIN ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

D.D. Castañeda-Martínez, A. Sánchez-González, M.A. Saavedra-Salinas, J. Reyes-Gonzaga, M.F. Martínez-Alcántara, S.A. Vázquez-Guevara, D.G. Miranda-Hernández

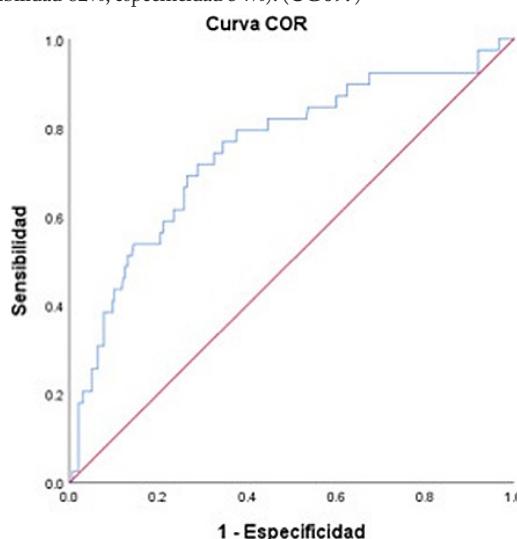
Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La actividad del lupus eritematoso sistémico (LES) durante el embarazo se ha vinculado con complicaciones maternofetales, como enfermedad hipertensiva, prematuros, bajo peso al nacer, requerimiento de hospitalización en la terapia intensiva neonatal y mayor número de días de hospitalización materna, así como aumento del riesgo de cesárea, trombosis, infecciones y transfusiones. A pesar del adecuado control de la enfermedad, los resultados perinatales son peores que en la población general. Se observa un aumento de las recaídas de la enfermedad durante el período de la gestación, debido a lo cual se ha creado una gran cantidad de índices de actividad de la enfermedad para evaluar el estado de la enfermedad y ofrecer un tratamiento adecuado, prevenir complicaciones maternas y fetales/neonatales, así como mejorar el pronóstico obstétrico. El índice neutrófilo-linfocito (NLR) es una herramienta que ha mostrado una relación significativa con la actividad de la enfermedad, lo que señala un papel potencial como indicador de gravedad del LES. El índice ancho de distribución eritrocitario-plaqua (RPR) es otro marcador que se ha encontrado relacionado con un aumento de la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar el índice de neutrófilo/linfocito y el índice ancho de distribución eritrocitario/plaqua y su comportamiento en pacientes embarazadas con LES sin actividad y en los diferentes grados de actividad de la enfermedad de acuerdo con el SLEDAI 2k.

Material y métodos: Es un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de casos y controles. Se incluyó a pacientes embarazadas y con diagnóstico de LES que cumplieron criterios ACR1997 o EULAR/ACR 2019 de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Centro Médico Nacional La Raza. Se recolectaron las biometrías hemáticas por trimestre para calcular los índices NLR y RPR y se calculó la actividad de la enfermedad de cada trimestre con SLEDAI 2k, que se clasificó como inactividad, actividad leve, moderada y alta. Se utilizó el programa SPSS para el análisis de los datos y se crearon curvas ROC para calcular sensibilidad y especificidad del NLR y RPR (Figura 1).

Figura 1. Curva ROC NLR y SLEDAI 2k ≥ 5 del segundo trimestre (sensibilidad 82%, especificidad 54%). (CG097)



Resultados: Se integró una muestra de 510 pacientes, con una media de edad de $28 \pm 5,6$ años. El resto de las características clínicas y demográficas se muestra en la **Tabla 1**. Se obtuvieron 351 (68,8%) biometrías hemáticas del segundo trimestre y 386 (75,7%) del tercero. Se realizaron curvas ROC con cada índice por trimestre. La curva con mejores resultados fue la del NLR con actividad de la enfermedad moderada y alta del segundo y tercer trimestres. Se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,75 con un punto de corte de 3,52, una sensibilidad de 82% y una especificidad de 54%.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas. (CG097)

| Variable | Total n = 510 |
|----------------------------------|---------------|
| Edad, años (DE) | 28 (5,6) |
| Evolución, años (RI) | 6 (3-10) |
| Gesta, n (RI) | 2 (1-3) |
| Hipertensión, n (%) | 26 (5,1) |
| Diabetes, n (%) | 2 (0,4) |
| Tabaquismo, n (%) | 34 (6,7) |
| Suspensión de tratamiento, n (%) | 113 (22) |
| SAF relacionado, n (%) | 81 (15) |
| Órgano/sistema afectado | |
| MCA | 436 (85) |
| Renal | 193 (36) |
| Hematológico | 181 (35) |
| NPS | 29 (5,7) |
| Otros | 70 (13) |
| Medicamentos en el embarazo | |
| Prednisona, n (%) | 357 (70) |
| Cloroquina, n (%) | 427 (83) |
| Azatioprina, n (%) | 235 (46) |
| HBPM, n (%) | 77 (15) |
| Ácido acetilsalicílico, n (%) | 507 (99) |

DE, desviación estándar; RI, rangos intercuartílicos; SAF, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos; MCA, mucocutáneo-articular; NPS, neuropsiquiátrico; HBPM, heparina de bajo peso molecular.

Conclusiones: Se encontró una buena sensibilidad y una baja especificidad del NLR para identificar actividad de la enfermedad moderada y alta en pacientes embarazadas con LES. Por tal motivo podría utilizarse como una herramienta de tamizaje para reconocer a los pacientes con probable actividad de la enfermedad y sin estudios específicos para lupus. No se encontró buena sensibilidad ni especificidad para el RPR.

Bibliografía

- Petri M. Pregnancy and systemic lupus erythematosus. Best practice and research: clinical obstetrics and gynaecology. Baillière Tindall Ltd. 2020;64:24-30.
- Pastore DEA, Costa ML, Surita FG. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: the challenge of improving antenatal care and outcomes. *Lupus*. 2019;28(12):1417-26.
- Ma L, Zeng A, Chen B, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio in patients with systemic lupus erythematosus and their correlation with activity: a meta-analysis. *International Immunopharmacology* Elsevier BV, 2019;76.
- Wang J, He X, Jiang D, et al. Evaluation of red blood cell distribution width platelet ratio as a predictor of adverse pregnancy outcomes and disease severity in systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol [Internet]*. 2022;41(10):2987-93.

CG098

EFFECTO DEL DAÑO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MEXICANAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A.L. Hernández-Ledesma¹, A. Peña-Ayala², S.V. Vera-Del Valle³, L. Tinajero-Nieto⁴, E. Torres-Valdez⁵, M.V. Gordillo-Huerta⁶, J. Sepúlveda⁷, G. Félix-Rodríguez⁸, A.E. Ruiz-Contreras¹, D. Alpízar-Rodríguez⁹, D. Martínez¹, A. Medina-Rivera¹

⁽¹⁾Laboratorio Internacional de Investigación sobre el Genoma Humano, UNAM, ⁽²⁾Hospital General Regional No. 1, IMSS, Querétaro; División de Reumatología, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México, ⁽³⁾Universidad Autónoma de Durango, ⁽⁴⁾Hospital General Regional No. 1, IMSS, Querétaro, Querétaro, ⁽⁵⁾Hospital General Regional No. 2, IMSS, Querétaro, ⁽⁶⁾Hospital General Querétaro, ISSSTE, Querétaro, ⁽⁷⁾Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, ⁽⁸⁾Star Médica Querétaro, ⁽⁹⁾Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por una respuesta exacerbada hacia componentes propios del cuerpo. Esta respuesta se acompaña de inflamación crónica y puede comprometer la funcionalidad de tejidos y órganos de forma irreversible. Además de la acción fisiológica que estos daños pueden causar, es importante considerar el efecto que tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar físico y psicosocial.

Objetivo: Evaluar el efecto del daño crónico en la calidad de vida de personas mexicanas con lupus.

Material y métodos: Los participantes se identificaron y evaluaron a través del Registro Mexicano de Lupus. Se evaluó el daño crónico generado como consecuencia del LES en 13 órganos/sistemas, de acuerdo con los criterios del índice de daño de la *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* y el *American College of Rheumatology* (SLICC/ACR) *Damage Index (SDI)*. Para determinar la calidad de vida relacionada con la salud se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida de Lupus (LupusQoL) que explora nueve dimensiones: salud física (PH), salud emocional (EH), imagen corporal (BI), dolor (Pa), planeación (PI), fatiga (Fa), relaciones interpersonales (IR) y carga para los demás (BtO). Se aplicaron nueve modelos lineales de regresión por pasos para predecir cada una de las nueve dimensiones vinculadas con la calidad de vida (Figura 1). Las variables predictoras utilizadas en cada uno de los modelos fueron el sexo y la presencia/ausencia de daño en los diferentes órganos/sistemas: daño renal, daño pulmonar, daño cardiovascular, miocardiopatía, daño al sistema vascular periférico, daño gastrointestinal, daño musculoesquelético, daño cutáneo, fallo gonadal, diabetes mellitus y enfermedad maligna.

Resultados: Se evaluó a un total de 382 participantes, con una media de edad de $37,4 \pm 10,6$ años; el 95,5% de los participantes correspondió a mujeres. Al evaluar la calidad de vida se observó que en todas las dimensiones la media se encuentra por debajo del 65%; percibirse como una carga para otras personas es la dimensión más afectada ($43,1 \pm 28,3$), seguida por la imagen corporal ($50,6 \pm 27,6$) (Tabla 1). Los órganos/sistemas que muestran daño con más frecuencia son el daño neuropsiquiátrico (58%) y el musculoesquelético (41%). En todos los modelos, la afectación más significativa y con más efecto fue el daño musculoesquelético, el cual produce una disminución de 13 a 22 puntos en las diferentes nueve dimensiones de la calidad de vida. La dimensión de salud física se altera por el daño pulmonar y el sexo, es decir, las mujeres puntúan más bajo en dicha dimensión. En lo que respecta a la salud emocional, el daño pulmonar y el cutáneo también la afectan de modo negativo. En la dimensión del dolor, el daño cutáneo es otro factor que la agrava. En relación con la dimensión de planeación, el fallo gonadal y el renal son los factores que más reducen su puntuación. Con respecto a la fatiga, el daño cutáneo y el fallo gonadal son los otros dos factores que también la modifican, es decir, estos daños se relacionan con mayor fatiga. Por último, respecto de la dimensión de relaciones interpersonales, el daño cutáneo es el otro factor que también la afecta de manera negativa.

Conclusiones: Este análisis permitió identificar que el daño orgánico/sistémico se relaciona con la disminución de la percepción de la calidad de vida de las personas con lupus.

Bibliografía

- Carrión-Nessi FS, Marcano-Rojas MV, Freitas-DeNobrega DC, et al. Validación del LupusQoL en Venezuela: una medida específica de la calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Reumatol Clínica. 2022 Jun 1;18(6):355-60.
- López-Villanueva RF, Valencia-Pacheco G, Zapata-Vázquez R, et al. Seguimiento de la actividad clínica y del daño orgánico acumulado en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico de la península de Yucatán, México (1995-2016). Reumatol Clínica. 2023 Feb 1;19(2):106-13.

Tabla 1. Calidad de vida y órganos/sistemas dañados como consecuencia del lupus (n = 382). Las puntuaciones se obtuvieron para el Cuestionario de calidad de vida en lupus (LupusQoL) y porcentaje de personas que sufren daño en órganos/sistemas de acuerdo con el SLICC/ACR-SDI. (CG098)

| Calidad de vida en lupus (LupusQoL) | % |
|--|-----------------|
| Salud física | $62,0 \pm 23,5$ |
| Salud emocional | $61,2 \pm 26,3$ |
| Imagen corporal | $50,6 \pm 27,6$ |
| Dolor | $62,4 \pm 286$ |
| Planeación | $54,5 \pm 29,3$ |
| Fatiga | $59,9 \pm 330$ |
| Relaciones interpersonales | $51,5 \pm 28,0$ |
| Carga para otros | $43,1 \pm 28,3$ |
| Órganos/sistemas (según el SLICC/ACR-SDI) | |
| Ocular | 28% |
| Neuropsiquiátrico | 58% |
| Renal | 23% |
| Pulmonar | 10% |
| Cardiovascular | 4% |
| Miocardiopatía | 9% |
| Sistema vascular periférico | 15% |
| Gastrointestinal | 7% |
| Musculoesquelético | 41% |
| Cutáneo | 31% |
| Fallo gonadal prematuro | 1% |
| Diabetes | 7% |
| Enfermedad maligna (excluida la displasia) | 2% |

CG099

ASOCIACIÓN DE CÉLULAS T PERIPHERAL HELPER CIRCULANTES CON CLASE HISTOLÓGICA PROLIFERATIVA EN BIOPSIAS RENALES DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

J. Velador-Mendoza¹, K.R. Félix-Murray², L.P. Herrera-González², M. Marín-Rosales², P. Ortiz-Lazareno³, N. García-Espinoza², D.C. Camarena-Salazar², C.A. Palafox-Sánchez²

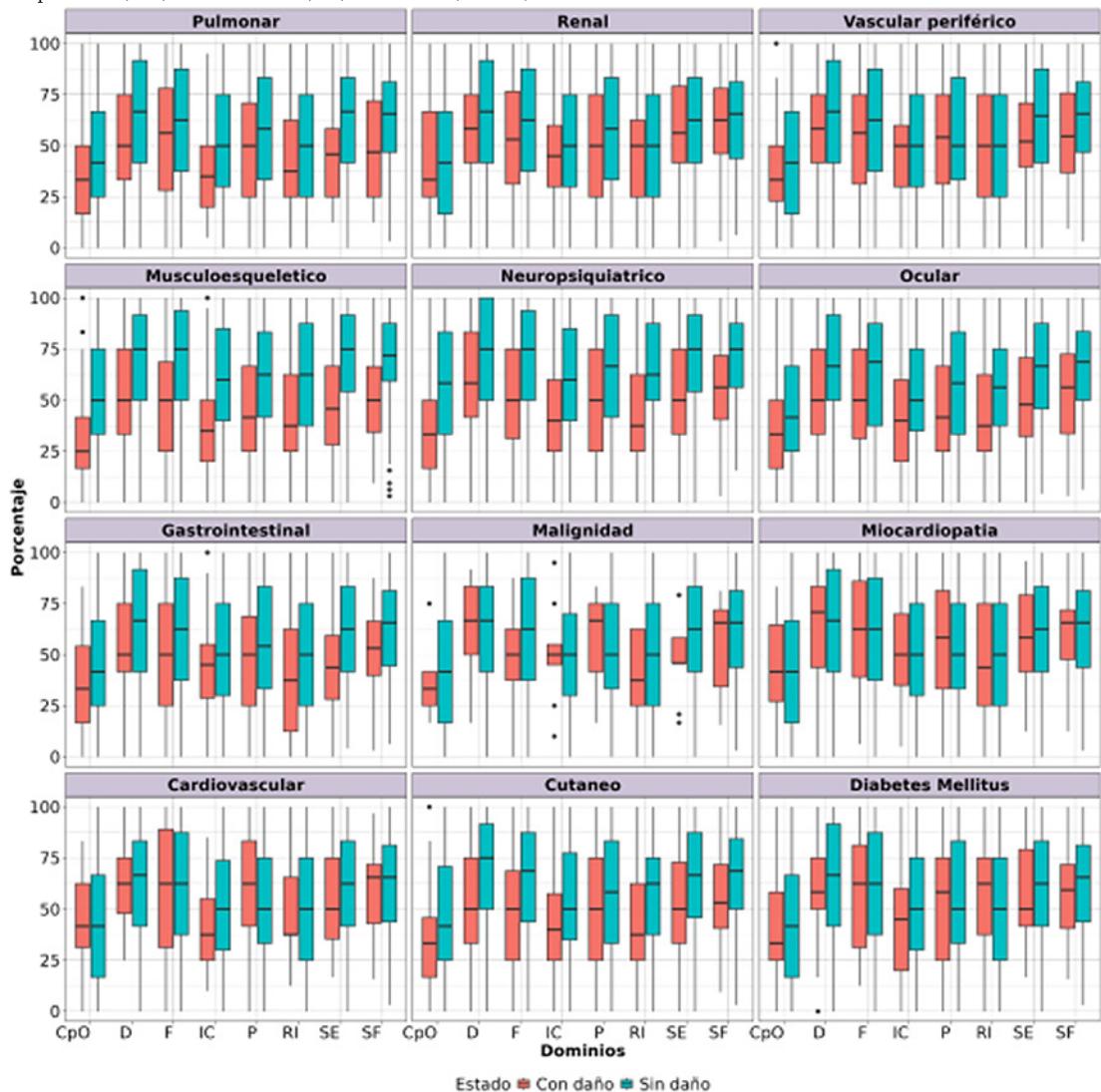
⁽¹⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, CUCS, UDG, ⁽³⁾División de Inmunología, CIBO, IMSS

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las complicaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES) que aumenta de forma significativa la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Más de 60% de los individuos latinoamericanos con LES desarrolla NL y entre 10% y 20% de ellos enfermedad renal crónica terminal. Se ha observado que la subpoblación celular de linfocitos T colaboradores periféricos (Tph) se relaciona con mayor actividad de la enfermedad en trastornos autoinmunitarios como LES. Este estudio relaciona el porcentaje de subpoblación de células Tph en sangre periférica con las clases obtenidas en biopsias renales de pacientes con NL, así como sus índices de actividad y cronicidad.

Objetivo: Analizar la relación de células Tph circulantes con las clases histopatológicas de NL, así como los índices de actividad y cronicidad de la enfermedad en biopsias renales de pacientes con NL.

Material y métodos: Se analizaron biopsias renales y de sangre periférica de pacientes con NL y sangre periférica de sujetos control, emparejados por edad y sexo. Las muestras de sangre se separaron por gradiente de densidad y se estudiaron mediante citometría de flujo para identificar marcadores de células Tph: T CD4 + CXCR5 PD1High. El tejido renal obtenido por biopsia percutánea fue sometido a fijación y se realizaron cortes de parafina y tinciones habituales para microscopía de luz, así como

Figura 1. Calidad de vida comunicada entre pacientes con (rojo) y sin (azul) daño relacionado con órganos/tejidos. En el eje de las x se pueden observar los diferentes dominios previstos en la evaluación de calidad de vida. CpO, carga para otros; D, dolor; F, fatiga; IC, imagen corporal; P, planeación; RI, relaciones interpersonales; SE, salud emocional; SF, salud física. (CG098)



técnica de inmunofluorescencia directa en tejido para IgG, IgA, IgM, C1q y C4c. Una patóloga experta en nefropatología diagnosticó el tejido de acuerdo con las clases propuestas por ISN/RPS y los índices de actividad y cronicidad de NIH. Se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas y análticas para los datos paramétricos de ANOVA y de Tukey para estudiar diferencias entre grupos.

Resultados: Se obtuvieron nueve muestras de sangre periférica de pacientes y sujetos control, así como biopsias renales de pacientes con NL entre junio y septiembre de 2024 en el Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco. Se obtuvieron muestras de ocho pacientes de sexo femenino y de uno masculino, con una media de edad de $34,6 \pm 11,5$ años. La actividad sistémica medida por SLEDAI 2K fue de 12 ± 8 puntos. Las clases diagnosticadas fueron: clase III ($n = 2$), clase IV ($n = 4$) y clase IV/V ($n = 4$). Se catalogaron como índices de alto riesgo de avance a enfermedad renal crónica las puntuaciones > 12 en índice de actividad (22,22%, $n = 2$) y > 4 en índice de cronicidad (44,44%, $n = 4$); en dos casos ambos índices demostraron alto riesgo (22,22%, $n = 2$) y en uno ambos índices se calificaron como bajo riesgo (11,11%, $n = 1$). La media de porcentaje de células Tph en pacientes fue de $33,35\% \pm 10,2\%$ y en sujetos control de $11,27\% \pm 4,39\%$ ($p < 0,0001$). Por clase se obtuvieron 41,75% para la clase III,

41,03% para la clase IV y 23,4% para la clase IV/V. Hubo diferencias significativas entre las clases III y IV respecto de la clase IV/V ($p = 0,0074$ y $p = 0,0049$, respectivamente). No se identificaron diferencias significativas entre los porcentajes de células Tph de acuerdo con los índices de actividad o cronicidad ($p = 0,7577$).

Conclusiones: La subpoblación de células Tph está aumentada en sangre periférica de pacientes con NL en comparación con los sujetos control. Los pacientes con NL con clases proliferativas III y IV poseen mayor porcentaje circulante de células Tph en comparación con las presentaciones mixtas con clase V sin diferencias significativas en los índices de actividad o cronicidad.

Bibliografía

1. Zavala-Miranda MF, Pérez-Arias AA, Márquez-Macedo SE, et al. Characteristics and outcomes of a hispanic lupus nephritis cohort from Mexico. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(3):1136-44.
2. Sagrero-Fabela N, Ortiz-Lazareno PC, Salazar-Camarena DC, et al. BAFFR expression in circulating T follicular helper (CD4+CXCR5+PD-1+) and T peripheral helper (CD4+CXCR5PD-1+) cells in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2023;32(9):1093104.

CG100

IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA FUNCIÓN SEXUAL DE MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

H. Moreno-Dávila, M.F. Ortiz-Nuño, G. Serna-Peña, G. García-Arellano, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.P. Toledo-Motta, S.S. Heredia-González, F.A. Marín-Muñoz, F.X. Moreno-Acuña, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un mayor riesgo de disfunción sexual. Los estudios informan que entre 15% y 85,9% de los pacientes con LES experimentan un deterioro de la función sexual. La carga vinculada con la enfermedad del LES y la depresión y ansiedad relacionadas pueden llevar a los pacientes a una vida sexual inactiva, con poco interés y excitación sexual.

Objetivo: Evaluar el efecto de la actividad de la enfermedad en la función sexual en mujeres con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en una consulta externa de reumatología. Criterios de inclusión: mujeres con diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2019, ≥ 18 años, con vida sexual activa. Criterios de exclusión: diagnóstico de otras enfermedades inmunomediadas, excepto el síndrome de Sjögren secundario y el síndrome antifosfolípido. Los pacientes se evaluaron para detectar disfunción sexual con la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX). Los síntomas depresivos y ansiedad se evaluaron mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), y la fatiga con la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas (FACIT). Se recuperaron datos sociodemográficos y clínicos de los registros médicos, así como la actividad de la enfermedad mediante el índice de actividad de la enfermedad del LES 2000 (SLEDAI-2K). Los pacientes se dividieron en grupos con puntuaciones SLEDAI-2K 0 y -1. Las variables categóricas se compararon mediante las pruebas ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher. Las variables cuantitativas se compararon con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. Las correlaciones se examinaron a través de las pruebas de correlación de Pearson o Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos. (CG100)

| | SLEDAI-2K 0 n = 26 | SLEDAI-2K ≥ 1 n = 19 | p |
|---|-----------------------|------------------------------|--------------------|
| Edad, media (DE) | 36,88 ($\pm 10,83$) | 29,52 ($\pm 8,8$) | 0,019 ¹ |
| Duración de la enfermedad (años), mediana (RIC) | 6 (0,7-10) | 10 (2-18) | NS |
| Estado civil, n (%) | | | NS |
| Soltero | 7 (26,9) | 9 (47,4) | |
| Casado | 12 (46,2) | 3 (15,8) | |
| Divorciado | 4 (15,4) | 6 (31,6) | |
| Viuda | 3 (11,5) | 1 (5,3) | |
| Educación, n (%) | | | NS |
| Escuela primaria | 4 (15,4) | 1 (5,3) | |
| Escuela secundaria | 8 (30,8) | 10 (52,6) | |
| Escuela secundaria | 8 (30,8) | 3 (15,8) | |
| Universidad | 5 (19,2) | 5 (26,3) | |
| Graduado | 1 (3,8) | 0 (0) | |
| Menopausia, n (%) | 9 (34,6) | 2 (10,5) | NS |
| Niños, n (%) | 17 (65,4) | 12 (63,2) | NS |
| Fibromialgia, n (%) | 1 (3,8) | 1 (5,3) | NS |
| Hipertensión, n (%) | 6 (23,1) | 8 (42,1) | NS |
| DM2, n (%) | 2 (7,7) | 1 (5,3) | NS |
| Antipalúdicos, n (%) | 22 (84,6) | 19 (100) | NS |
| Esteroides, n (%) | 12 (46,2) | 17 (89,5) | 0,003 ² |
| ASEX, mediana (RIC) | 14 (12,75-19,25) | 13 (11-14) | 0,025 ³ |
| HADS-depresión, mediana (RIQ) | 0 (0-8) | 4 (0-9) | NS |
| HADS-ansiedad, mediana (RIC) | 7 (0-14,25) | 0 (0-1) | NS |
| FACIT-fatiga, mediana (RIQ) | 48 (39,75-52) | 49 (42-52) | NS |

Resultados: Se evaluó a un total de 141 pacientes con solo 45 elegibles. Todos eran mujeres, con una edad media (\pm) de 33,77 años y una mediana (rango intercuartílico, IQR) de duración de la enfermedad de siete años (IQR, 2-12). Once pacientes ya padecían menopausia (24,4%). La mediana del SLEDAI-2K fue de 0 (RIC: 0-4) y 19 (42,2%) mujeres tuvieron una puntuación ≥ 1 en la escala SLEDAI-2K. La mayoría de los sujetos tomaba antipalúdicos (91,15%) y esteroides (64,4%). Las características de los pacientes se muestran en la **Tabla 1**. La mediana de la puntuación ASEX fue de 14 (RIC, 11,5-16,5) y 7 (15,6%) tenían disfunción sexual. Las pacientes con ≥ 1 actividad de la enfermedad según SLEDAI-2K tuvieron puntuaciones ASEX más bajas ($p = 0,025$) y eran más jóvenes ($p = 0,018$) que aquellas con actividad 0. Se identificó una correlación débil negativa entre las dosis de ASEX y SLEDAI-2K ($\rho = -0,359$, $p = 0,016$), antipalúdicos ($\rho = -0,319$, $p = 0,033$) y esteroides ($\rho = -0,330$, $p = 0,027$). Además, ASEX mostró una correlación positiva moderada con la edad de las mujeres ($\rho = 0,416$, $p = 0,004$). ASEX no se correlacionó con las puntuaciones HADS y FACIT-F.

Conclusiones: En esta cohorte, el 15% de los pacientes con LES presentaba disfunción sexual según la escala ASEX. Los individuos con mayor actividad de la enfermedad eran más jóvenes y señalaron un menor grado de disfunción sexual. Los pacientes con 0 en SLEDAI-2K eran mayores y tenían puntuaciones ASEX más altas, lo que explica la correlación negativa entre SLEDAI-2K y ASEX. Se deben realizar más estudios para evaluar la actividad de la enfermedad y su efecto en la función sexual.

Bibliografía

1. Jin Z, Yang C, Xiao C, et al. Systemic lupus erythematosus and risk of sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Lupus*. 2021 Feb;30(2):238-47.

CG101

INFECCIONES PULMONARES ASOCIADAS A HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L.E. Briones-García, S. Navarro-Lara, M.A. Ortiz-Bustamante, I.P. García-Herrera, C.M. Román-Montes, G.A. Guaracha-Basáñez

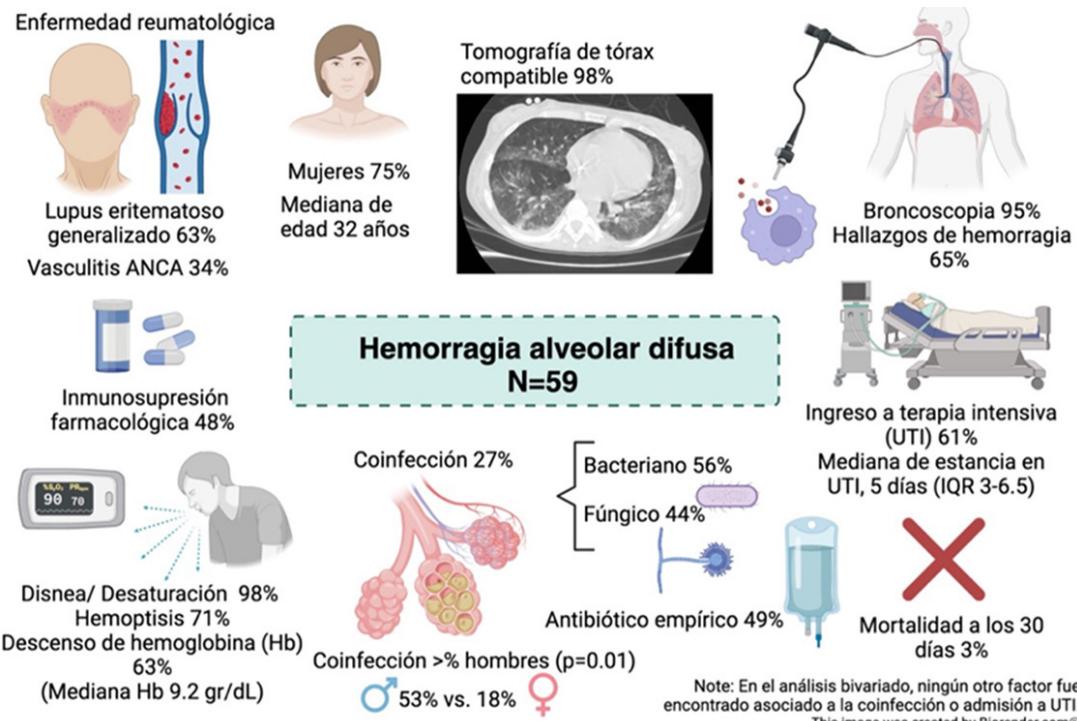
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una complicación respiratoria grave observada en ciertas enfermedades reumatólogicas (ER), como el lupus eritematoso generalizado (LEG), las vasculitis relacionadas con ANCA (VRA) y el síndrome antifosfolípido (SAF). Esta afección suele manifestarse en horas o días y tiene una elevada tasa de mortalidad. La coinfección puede aparecer en estos casos, pero la implicación en la mortalidad no está bien establecida.

Objetivo: Describir las características clínicas e infecciones en pacientes con HAD relacionada con enfermedades reumatólogicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y retrospectivo desde 2011 hasta mayo de 2024. Los datos demográficos, presentación clínica, hallazgos de laboratorio y características microbiológicas se obtuvieron de los expedientes clínicos electrónicos. La HAD se diagnosticó de acuerdo con los criterios de la clínica, laboratorio, imagen y hallazgos histopatológicos, con criterios de clasificación preliminares para LEG, VRA y SAF empleados como herramientas diagnósticas. Se utilizó estadística descriptiva para comparar a los pacientes que presentaron coinfección e ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) respecto de su contraparte.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes con HAD (**Figura 1**); 40 (75%) eran mujeres con una mediana de edad de 32 años (RIQ, 24-44); el LEG (63%) y las VRA (34%) fueron las ER más frecuentes; el 54% tenía una comorbilidad adicional, las más frecuentes de las cuales fueron la enfermedad renal crónica (24%) y la hipertensión arterial sistémica (20%). Al ingreso hospitalario, 28 pacientes (48%) consumían fármacos inmunosupresores, el más común de ellos la ciclofosfamida (21%), y 19 pacientes (32%) prednisona, con una dosis mediana de 20 mg/día. En 36 (61%) pacientes se identificó otra actividad de la enfermedad; la actividad más frecuente fue la renal en el 61%. La mayoría (98%) contaba con tomografía de tórax consis-

Figura 1. Características de los pacientes con hemorragia alveolar difusa y enfermedades reumatólogicas. (CG101)

tente con HAD, hemoptisis (71%) y hallazgos de lavado bronqueoalveolar indicativos de HAD (61%). El tratamiento consistió en pulsos de metilprednisolona en 56 pacientes (95%); 36 (61%) enfermos requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos y, entre quienes ingresaron y los que no, no se identificaron diferencias significativas. Cuarenta y nueve (83%) pacientes recibieron tratamiento antibiótico empírico en el momento de la presentación. Los antibióticos más utilizados fueron los betalactámicos (la piperacilina/tazobactam fue la opción más usada con 63%). Hasta 39 (80%) pacientes recibieron doble cobertura, y la vancomicina fue la más empleada (57%), seguida de la claritromicina (18%). La media de días de antibioticoterapia fue de 6,2 (DE, 4). Se encontró infección pulmonar adyunta en 16 (27%) pacientes con evidencia microbiológica: se identificaron bacterias en 9/16 casos (56%) y hongos en 7/16 casos (44%). Dos pacientes (3%) murieron debido a causas no relacionadas con la HAD.

Conclusiones: La mortalidad fue inferior a la comunicada anteriormente en las publicaciones médicas, posiblemente en relación con el tratamiento inmunosupresor temprano. La coinfección se presenta en una tercera parte de los casos y es más común en hombres. Se reconocieron infecciones micóticas invasivas en un porcentaje relevante de los casos, por lo que son necesarios la sospecha y el tratamiento tempranos.

Bibliografía

1. Al-Ädhoubi NK, Bystrom J. Systemic lupus erythematosus and diffuse alveolar hemorrhage, etiology and novel treatment strategies. *Lupus*. 2020;29(4):355-363. <https://doi.org/10.1177/0961203320903798>.

CG102

ANÁLISIS COMPARATIVO DE NIVELES DE LDL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y CONTROLES SANOS

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-López, E.C. Garza-González, J.R. Azpíri-López, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, O.A. Garza-Flores, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria, multisistémica crónica, con un alto índice de mortalidad por enfermedades cardiovasculares que no puede explicarse del todo por los factores de riesgo habituales. Los valores aumentados de lipoproteínas de baja densidad pueden participar y promover la enfermedad aterosclerótica temprana en pacientes con LES.

Objetivo: Comparar los valores de colesterol LDL entre pacientes con LES y controles sanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico de casos y controles en el departamento de reumatología. Se incluyó a pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación para lupus eritematoso sistémico según los estándares ACR y la EULAR del 2019. Se realizó una historia clínica y se obtuvieron datos demográficos, características de la enfermedad y comorbilidades. Se incluyó a controles sanos en relación 1:1, pareados por edad y género. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes y se compararon utilizando la prueba ji cuadrada. Se evaluó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas con distribución normal se expresaron con media y desviación estándar (DE), y se compararon con la prueba t de Student. Se usaron mediana y los percentiles 25° y 75° (p25° y p75°) para las variables continuas con distribución no normal y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El estudio recibió aprobación del comité de ética local.

Resultados: Se incluyó a un total de 69 pacientes con LES y 69 controles sanos. La prevalencia de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular fue mayor en sujetos con enfermedad cardiovascular en comparación con los controles (63,8 % vs. 17,4%, $p < 0,001$). Además, se encontraron diferencias significativas en la presión arterial sistólica ($p < 0,001$) y diastólica ($p < 0,001$), con valores más altos en el grupo de pacientes con LES. Hubo diferencias significativas entre grupos en marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) (PCR, 49,3% vs. 2,9%, $p < 0,001$; VSG: $25 \pm 15,75$ vs. $18,790 \pm 9,67$, $p = 0,006$). Se observaron diferencias significativas en las cifras de colesterol total ($p = 0,037$) y lipoproteínas de baja densidad (LDL) ($p = 0,023$); estos resultados fueron menores en los pacientes con LES, lo que sugiere un perfil lipídico más favorable en esta población en comparación con el grupo control. No se identificaron diferencias significativas en el

índice de masa corporal, la prevalencia de sobrepeso/obesidad, los valores de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), las lipoproteínas de alta densidad (HDL) o los triglicéridos (TAG) entre los grupos (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de laboratorio de pacientes con LES y controles. (CG102)

| | LES, n = 69 | Grupo control, n = 69 | p |
|--|---------------------|-----------------------|---------|
| Edad, mediana p25°-p75°) | 30 (25-39) | 30 (25-39) | NS |
| Género femenino, n (%) | 66 (95,7%) | 66 (95,7%) | NS |
| IMC, mediana p25°-p75°) | 24,90 (22,10-28,45) | 25,80 (23,60-29,15) | NS |
| AHF CV, n (%) | 44 (63,8%) | 12 (17,4%) | < 0,001 |
| Sobrepeso/obesidad, n (%) | 33 (47,8%) | 43 (62,3%) | NS |
| Presión arterial sistólica, mediana (p25°-p75°) | 110 (110-120) | 100 (95-110) | < 0,001 |
| Presión arterial diastólica, mediana (p25°-p75°) | 70 (25-80) | 60 (60-70) | < 0,001 |
| HTA, n (%) | 1 (1,4%) | 2 (2,9%) | NS |
| DM, n (%) | 1 (1,4%) | 1 (1,4%) | NS |
| Esteroides | 66 (95,7%) | | |
| PCR, n (%) | 34 (49,3%) | 2 (2,9%) | < 0,001 |
| VSG, media ± DE | 25 ± 15,75 | 18,79 ± 9,67 | 0,006 |
| TAG, mediana p25°-p75°) | 103 (70,5-177,50) | 110 (76-155) | NS |
| CHOL, mediana (p25°-p75°) | 148 (132-182,50) | 172 (142,50-188,50) | 0,037 |
| VLDL, mediana (p25°-p75°) | 21 (14-32,50) | 22 (14,50-30,50) | NS |
| LDL, media ± DE | 85,28 ± 31,894 | 97,57 ± 30,84 | 0,023 |
| HDL, mediana (p25°-p75°) | 43 (35-53) | 46 (41-52,50) | NS |

Conclusiones: Los pacientes con LES presentan mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, como antecedentes heredofamiliares de enfermedad cardiovascular, cifras mayores de presión arterial sistémica, y reactantes de fase aguda en comparación con los controles sanos. El colesterol total y LDL de los pacientes con LES es menor en comparación con los controles sanos. La conciencia de los reumatólogos sobre un mayor riesgo cardiovascular en esta población podría explicar estas diferencias.

Bibliografía

1. Frostegård J. Systemic lupus erythematosus and cardiovascular disease. *J Intern Med.* 2023;293(1):48-62.
2. Frostegård J. SLE, atherosclerosis and cardiovascular disease. *J Intern Med.* 2005;257(6):485-95.

CG103

RIESGO CARDIOVASCULAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DESAFÍOS DE LA CALCULADORA PREVENT Y EL IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, A. Domínguez-Herrera, V.P. Limas-Martínez, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.R. Azpíri-López

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La actividad elevada de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), medida con el índice SLEDAI (*Systemic Erythematosus Lupus Disease Activity Index*), se relaciona con mayor inflamación sistémica, que acelera el proceso de aterosclerosis y eleva el riesgo de episodios cardiovasculares (CV), como infartos, accidentes cerebrovasculares y disfunción cardíaca. Por esta razón, EULAR recomienda mantener bajas puntuaciones de este índice. Una de las formas más económicas de medir el riesgo CV consiste en emplear calculadoras de riesgo. El algoritmo *Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTs* (PREVENT) está diseñado para determinar la probabilidad a 10 y 30 años de sufrir

enfermedad CV aterosclerótica (ECVA) y falla cardíaca (FC). A diferencia de otras calculadoras de riesgo que requieren una edad mínima de 40 años, PREVENT puede usarse en poblaciones ≥ 30 años, lo que la hace particularmente útil en pacientes con LES. Vincular la actividad de la enfermedad con herramientas de predicción como PREVENT permite identificar el efecto de una alta actividad del LES en el riesgo CV a largo plazo.

Objetivo: Relacionar la actividad de la enfermedad con el riesgo de ECVA y FC mediante la calculadora PREVENT.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de pacientes de 30 a 75 años que satisficieron los criterios ACR/EULAR 2019 para el diagnóstico de LES. Se excluyó a los pacientes con infarto de miocardio previo, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial periférica. Para la actividad de la enfermedad se utilizó la escala SLEDAI, que la clasificó en tres grupos: baja (< 3 puntos), moderada (3-12 puntos) y alta (> 12 puntos). La clasificación de RCV se determinó mediante el algoritmo PREVENT para riesgo a 10 y 30 años de ECVA y FC. La distribución de los grupos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas ji cuadrada, ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor p de ≤ 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 54 pacientes con LES (**Tabla 1**). La edad media ($44,5 \pm 9,12$) y las comorbilidades fueron similares entre todos los grupos. Aunque no se hallaron diferencias estadísticas, la mayoría de los pacientes con SLEDAI bajo y moderado se clasificó con riesgo bajo para ECVA a 10 años (100% y 92,3%, respectivamente). No se identificó a pacientes de alto riesgo para ECVA en ningún grupo. Los pacientes con alta actividad de la enfermedad se clasificaron principalmente con riesgo bajo para FC a 10 años (93,7%). Cuando se estratificó para ECVA y FC a 30 años, el riesgo intermedio aumentó en todos los grupos. No hubo pacientes con alto riesgo de FC a 10 o 30 años con SLEDAI bajo.

Tabla 1. Demografía y características clínicas de los pacientes con LES. (CG103)

| Características | Bajo (n = 13) | Moderado (n = 25) | Alto (n = 16) | Valor p |
|--|----------------|-------------------|---------------|---------|
| Edad, años, mediana (± DE) | 45,3 (± 10,7) | 45,4 (± 9,5) | 42,9 (± 7,0) | 0,579 |
| Femenino, n (%) | 10 (76,9) | 23 (92) | 14 (87,5) | 0,422 |
| Diabetes, n (%) | 0 (0) | 2 (8,0) | 2 (12,5) | 0,430 |
| Hipertensión, n (%) | 2 (15,3) | 10 (40) | 2 (12,5) | 0,437 |
| Dislipidemia, n (%) | 3 (23,0) | 3 (12) | 2 (12,5) | 0,089 |
| Tabaco positivo, n (%) | 3 (23,0) | 3 (12) | 3 (18) | 0,786 |
| Tiempo de evolución, meses, mediana (± DE) | 98,1 (± 116,9) | 127,7 (± 103,9) | 97,8 (± 83) | 0,786 |
| PREVENT | | | | |
| Riesgo de ECVA a 10 años | | | | |
| Bajo, n (%) | 13 (100) | 23 (92,3) | 14 (87,5) | 0,477 |
| Limítrofe, n (%) | 0 (0) | 1 (4,0) | 2 (12,5) | 0,309 |
| Intermedio, n (%) | 0 (0) | 1 (4,0) | 0 (0) | 0,554 |
| Alto, n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Riesgo de FC a 10 años | | | | |
| Bajo, n (%) | 12 (92,3) | 21 (84,0) | 15 (93,7) | 0,556 |
| Limítrofe, n (%) | 1 (7,6) | 3 (12,0) | 0 (0) | 0,359 |
| Intermedio, n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (6,2) | 0,298 |
| Alto, n (%) | 0 (0) | 1 (4) | 0 (0) | 0,554 |
| Riesgo de ECVA a 30 años | | | | |
| Bajo, n (%) | 5 (38,4) | 9 (36) | 7 (43,7) | 0,883 |
| Limítrofe, n (%) | 0 (0) | 6 (24,0) | 4 (25) | 0,142 |
| Intermedio, n (%) | 5 (38,4) | 7 (28,0) | 4 (25) | 0,711 |
| Alto, n (%) | 1 (7,6) | 1 (4,0) | 1 (6,2) | 0,886 |
| Riesgo de FC a 30 años | | | | |
| Bajo, n (%) | 5 (38,4) | 9 (36,0) | 8 (50) | 0,661 |
| Limítrofe, n (%) | 1 (7,62) | 4 (16,0) | 2 (12,5) | 0,768 |
| Intermedio, n (%) | 5 (30,4) | 9 (36,0) | 5 (31,2) | 0,915 |
| Alto, n (%) | 0 (0) | 1 (4) | 1 (6,2) | 0,671 |

LES, lupus eritematoso sistémico; DE, desviación estándar; PREVENT, riesgo predictivo de episodio cardiovascular EVENT; ECVA, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; FC, falla cardíaca.

Conclusiones: No se reconoció una relación entre la estratificación del riesgo CV y la actividad de la enfermedad. Esto puede explicarse por la falta de factores de riesgo CV habituales en esta población, que se consideran sobre todo para el cálculo de PREVENT. Se necesitan estudios prospectivos con una mayor cantidad de muestra que incluyan el componente inflamatorio para un mejor abordaje en pacientes con LES.

Bibliografía

1. Drosos GC, Vedder D, Houben E, et al. EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2022;81(6):768-779. doi:10.1136/annrheumdis-2021-221733.
2. Quevedo-Abeledo JC, Cáceres L, Palazuelos C, et al. QRISK3 relation to carotid plaque is higher than that of SCORE in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;61(4):1408-1416. doi:10.1093/rheumatology/keab531.

CG104

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO: EXPLORANDO LA PREVALENCIA Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

J.A. Campos-Guzmán¹, M. Espinosa-León¹, I.P. García-Herrera¹, I.J. Colunga-Pedraza², C.A. Abitia-Borboa¹, M. Martínez-Ruiz¹, A. Barrera-Vargas¹, G.A. Guaracha-Basáñez¹, J. Merayo-Chalico¹

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de laboratorio basales de los pacientes con SAFp. *Basado en la puntuación total del CSFQ-14. (CG104)

| Características | Total n = 47 | Disfunción sexual n = 16 (34%)* | Sin disfunción sexual n = 31 (66%) | p |
|---|--------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Mujeres, n (%) | 38 (81) | 14 (87,5) | 24 (77) | 0,40 |
| Edad, años, media ± DE | 40,9 ± 10,9 | 44,3 ± 13,6 | 39,2 ± 9,0 | 0,13 |
| Escolaridad, años, media ± DE | 14,8 ± 3,9 | 12,8 ± 2,4 | 15,8 ± 4,2 | 0,01 |
| Tiempo desde el diagnóstico de SAF, años, mediana (RIC) | 7 (4-14) | 7 (5,5-14,5) | 10 (3-14) | 0,98 |
| SAF obstétrico, n (%) | 12/38 (31) | 3/14 (21) | 9/24 (37,5) | 0,40 |
| SAF trombótico, n (%) | 32 (68) | 9 (56) | 23 (74) | 0,20 |
| Antecedente de trombocitopenia, n (%) | 17 (36) | 9 (56) | 8 (26) | 0,04 |
| Consumo actual de antagonista de la vitamina K, n (%) | 33 (70) | 8 (50) | 25 (81) | 0,02 |
| Bajo tratamiento inmunosupresor actual, n (%) | 16 (34) | 7 (44) | 9 (29) | 0,31 |
| Tratamiento inmunosupresor previo, n (%) | 14 (30) | 8 (50) | 6 (19) | 0,03 |
| Consumo actual de antipalúdico, n (%) | 14 (30) | 2 (12,5) | 12 (39) | 0,09 |
| Consumo actual de prednisona, n (%) | 8 (17) | 2 (12,5) | 6 (19) | 0,70 |
| Dosis actual de prednisona, mg/día, media ± DE | 2,4 (9,2) | 0,5 (1,35) | 3,5 (11,2) | 0,30 |
| Menopausia, n (%) | 4/38 (10) | 1/14 (7) | 3/24 (12,5) | 1,0 |
| Obesidad, n (%) | 12 (25,5) | 2 (12,5) | 10 (32) | 0,17 |
| Diabetes tipo 2, n (%) | 4 (8,5) | 1 (6) | 3 (10) | 0,10 |
| Hipertensión arterial, n (%) | 4 (8,5) | 2 (12,5) | 2 (6,5) | 0,60 |
| Dislipidemia, n (%) | 11 (23) | 3 (19) | 8 (26) | 0,72 |
| Presuposición de tener disfunción sexual, n (%) | 8 (17) | 6 (37,5) | 2 (6,5) | 0,01 |
| Deseo de acudir con un especialista en caso necesario, n (%) | 42 (89) | 11 (69) | 31 (100) | 0,003 |
| Presuposición de que el SAF influye en la función sexual, n (%) | 21 (45) | 7 (44) | 14 (45) | 0,092 |
| Tabaquismo actual, n (%) | 8 (17) | 3 (19) | 5 (16) | 1,00 |
| Tabaquismo previo, n (%) | 21 (45) | 8 (50) | 13 (42) | 0,60 |
| ITB total, puntos, media ± DE | 0,97 (0,16) | 0,94 (0,2) | 0,99 (0,14) | 0,31 |
| Puntuación total de DIAPS, puntos, mediana (RIC) | 2 (0-4) | 2 (0-4) | 2 (0-4) | 0,9 |
| Triple positivo en serología para SAF, n (%) | 22 (47) | 6 (37,5) | 16 (52) | 0,36 |
| aGAPSS, puntos, mediana (RIC) | 9 (5-13) | 9 (4-12,5) | 9 (7-13) | 0,2 |

DE, desviación estándar; DIAPS, Índice de daño para pacientes con SAFp trombótico; ITB, índice tobillo-brazo; aGAPSS, Puntuación global del síndrome antifosfolípidos ajustado. p < 0,05 es estadísticamente significativo.

obesidad, identificada en el 25,5% de los pacientes. El DIAPS tuvo una puntuación promedio de 2, mientras que el ITB mostró una media de 0,97 ($DE \pm 0,16$). Según el CSFQ-14, el 34% de los pacientes tenía disfunción sexual y el dominio del placer fue el más afectado, con un 94%. Aquellos con disfunción sexual tendían a mostrar menos años de escolaridad (12,8 vs. 15,8 años, $p = 0,01$), mayor uso previo de inmunosupresores (50% vs. 19%, $p = 0,03$), antecedente de trombocitopenia (56% vs. 26%, $p = 0,04$), menor uso actual de antagonista de la vitamina K (50% vs. 81%, $p = 0,02$) y una mayor percepción de disfunción sexual (37,5% vs. 6,5%, $p = 0,01$). No obstante, eran menos propensos a buscar ayuda de un especialista en salud sexual (69% vs. 100%, $p = 0,003$). Se observó que las mujeres tenían una mayor frecuencia de disfunción sexual en el dominio deseo/frecuencia en comparación con los hombres (70% vs. 30%, $p = 0,05$). Además, se encontró una correlación entre el ITB y los dominios de deseo/frecuencia ($r = 0,31$, $p = 0,03$) y excitación/ercción ($r = 0,29$, $p = 0,04$).

Conclusiones: Este estudio es el primero en describir la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con SAFp, quienes suelen ser jóvenes, con pocas comorbilidades y bajo daño crónico. Por lo tanto, es importante abordar este tema en la consulta de reumatología. Se requieren más estudios para investigar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, incluidos el daño endotelial y las alteraciones trombóticas.

Bibliografía

1. Zara S, Moll R, Isenberg D, Cohen H. Thrombotic antiphospholipid syndrome: A practical guide to diagnosis and management. *Thromb Res*. 2021;198:213-221.
2. Lopes-Gallinaro A, Silva CA, Rabelo Jr CN, et al. Moderate/severe erectile dysfunction in patients with antiphospholipid syndrome. *Lupus*. 2012;21(3):319-323.

CG105

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE UNA COHORTE MESTIZA MEXICANA DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO

S.A. Vázquez-Guevara, J. Reyes-Gonzaga, M.L. Olgún-Ortega, M.A. Saavedra-Salinas, D.D. Castañeda-Martínez, M.F. Martínez-Alcántara

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mourat, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad tromboinflamatoria adquirida, definida por episodios trombóticos o complicaciones obstétricas (muertes fetales, pérdidas gestacionales consecutivas, prematuridad debido a preeclampsia, eclampsia o insuficiencia placentaria) y la presencia de anticuerpos circulantes de manera persistente (anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas y anticuerpos anti-β2 glucoproteína I). Existe otras manifestaciones no consideradas dentro de los criterios de clasificación en los planos cutáneo, cardíaco, neurológico, hematológico y renal. Debido a la falta de estandarización de las pruebas de laboratorio necesarias para establecer el diagnóstico del SAF no existe en la actualidad la información exacta respecto de su epidemiología, especialmente en México. En 2007 se publicó una cohorte de pacientes mestizos de Latinoamérica originarios de México, Colombia y Ecuador que cumplían con criterios de clasificación del 2006. No se incluyeron los anticuerpos anti-B2GP-I. Las características clínicas no consideradas criterio más identificadas fueron migraña (18%), enfermedad valvular cardiaca (8%), livedo reticular (18%), trombocitopenia y anemia hemolítica (4% y 5%, respectivamente); la trombocitopenia se encontró en un número muy inferior en comparación con otras cohortes, en contraste con la mayoría de las publicaciones médicas. No se informaron manifestaciones renales. En una cohorte francesa encontraron que el 24% de los pacientes tenía al menos una manifestación no considerada criterio y que la triple positividad se hallaba significativamente aumentada en aquellos con manifestaciones no consideradas criterio. En este centro se han observado fluctuaciones en la TFG, que hasta el momento no se han notificado en pacientes con SAF. Se ha descrito una relación con malos desenlaces cardíacos y renales en otras poblaciones.

Objetivo: Describir las características clínicas y serológicas de una cohorte mestiza mexicana con SAF primario y también la posible relación entre el perfil de anticuerpos con las manifestaciones no consideradas criterio en pacientes con SAF primario.

Material y métodos: Estudio de cohorte observacional, transversal y retrospectivo de un centro de tercer nivel de pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) primario que cumplieron criterios de clasificación de Sidney entre enero de 2004 y agosto de 2023. Se expresaron la frecuencia y los porcentajes de cada manifestación clínica y perfil de anticuerpos. Se realizó análisis bivariado de las manifestaciones no consideradas criterio con el perfil de anticuerpos.

Resultados: Se incluyó a 63 pacientes, con edad media de los pacientes de 49 años (13,76); la evolución fue de 18,22 años (18) y sexo femenino en 71,4%; se reconocieron manifestaciones obstétricas (23,8%), trombóticas (95,2%), nefropatía por SAF (15,9%), fluctuaciones en la tasa de filtrado glomerular (fTFG; 40,98%), hiperfiltración (22,2%), trombocitopenia (30,2%), migraña (22,2%), anticardiolipinas IgG (74%), IgM (68%), anticoagulante lúpico (AL; 72,3%), anti-β2-glucoproteína-I (Aβ2GPI) IgG (28,9%), IgM (21,1%) y triple positividad (29,7%). El análisis bivariado mostró relación entre AL e hiperfiltración renal (0,047); AL y EVC (0,013); Aβ2GPI IgM y AHAI (0,042); Aβ2GPI IgG y trombocitopenia < 50 000 (0,047) y < 30 000 (0,004); y triple positividad con trombocitopenia < 50 000 (0,004) y < 30 000 (0,005). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas y serológicas de los pacientes con SAF primario. (CG105)

| Características clínicas | n = 63 (%) |
|-----------------------------|------------|
| Comorbilidades | 46 (73) |
| Trombosis | 60 (95) |
| Obstétricos | 15 (33) |
| Nefropatía por SAF | 10 (15) |
| Fluctuación en la TFG | 25 (40) |
| Hiperfiltración renal | 14 (22) |
| Hipertensión | 19 (30) |
| Proteinuria | 8 (12) |
| Hematuria | 2 (3) |
| Lesión renal aguda | 7 (11) |
| Enfermedad renal crónica | 3 (4) |
| Trombocitopenia | 19 (30) |
| < 50 000 | 7 (11) |
| < 30 000 | 5 (8) |
| Migraña | 14 (22) |
| Corea | 2 (3) |
| Convulsiones | 4 (6) |
| Mielitis | 1 (1) |
| Anticuerpos | |
| Anticardiolipinas IgG | 37 (74) |
| Anticardiolipinas IgM | 34 (68) |
| Anticoagulante lúpico | 34 (72) |
| Anti-β2 glucoproteína-I IgG | 11 (28) |
| Anti-β2 glucoproteína-I IgM | 8 (21) |
| Triple positividad | 11 (29) |

Conclusiones: Las características clínicas de esta población con SAF primario es similar a las notificadas en el mundo. Además, se encontró un nexo entre algunas de las manifestaciones no consideradas criterio y el perfil de anticuerpos. Se trata del primer estudio que informa la frecuencia de hiperfiltración renal y fTFG.

Bibliografía

1. Ambati A, Knight JS, Zuo Y. Antiphospholipid syndrome management: A 2023 update and practical algorithm-based approach. *Current Opinion in Rheumatology*. 2023 Mar 2;35(3):149-60. doi:10.1097/bor.0000000000000932
2. Knight JS, Branch DW, Ortel TL. Antiphospholipid syndrome: Advances in diagnosis, pathogenesis, and management. *BMJ*. 2023 Feb 27; doi:10.1136/bmj-2021-069717.

3. Schreiber K, Sciascia S, de Groot PG, et al. Antiphospholipid syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018 Jan 11;4(1). doi:10.1038/nrdp.2017.103
4. Duarte-García A, Pham MM, Crowson CS, et al. The epidemiology of antiphospholipid syndrome: a population-based study. *Arthritis & Rheumatology*. 2019 Aug;71(9):1545-52. doi:10.1002/art.40901
5. Mejía-Romero R, García-Carrasco M, Galarza-Maldonado C, et al. Primary antiphospholipid syndrome in Latin American mestizo patients: Clinical and immunologic characteristics and comparison with European patients. *Clinical Rheumatology*. 2007 Dec 22;27(7):891-7. doi:10.1007/s10067-007-0818-4
6. Guédon AF, Catano J, Ricard L, et al. Non-criteria manifestations in primary antiphospholipid syndrome: a french multicenter retrospective cohort study. *Arthritis Research & Therapy*. 2022 Jan 25;24(1). doi:10.1186/s13075-022-02726-9.

CG106**CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN GENERAL DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS PEDIÁTRICAS**

S.P. Arroyo-Sánchez, A.V. Escobedo-Garza, L.C. Reynoso-Medina, A.V. Villarreal-Treviño, N.E. Rubio-Pérez, F. García-Rodríguez

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

Introducción: Las enfermedades reumáticas en la edad pediátrica pueden alterar en grado significativo la calidad de vida del paciente hasta la edad adulta. Ante la necesidad de evitar esto, la reumatología pediátrica es la especialidad que atiende estas enfermedades, como la artritis idiopática juvenil o el lupus eritematoso. Debido a su baja prevalencia, existe un alto grado de desconocimiento tanto de las enfermedades reumáticas en los niños como del especialista apto para tratarlas. Esto conlleva un in-fradiagnóstico y abordaje tardío con un aumento de las complicaciones.

Objetivo: Describir el conocimiento de la población general sobre las enfermedades reumáticas en edad pediátrica entre distintos grupos demográficos.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se aplicó una encuesta de 42 preguntas a personas que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa del Hospital Universitario José Eleuterio González. La encuesta se realizó *ex profeso* para este trabajo, la cual se integró con preguntas abiertas y cerradas que indagan sobre el acercamiento a las enfermedades reumáticas y el conocimiento sobre síntomas, evolución y tratamiento. Se realizó estadística descriptiva con análisis de frecuencias y medidas de dispersión y se buscaron vinculaciones por medio de estadística analítica.

Resultados: Se encuestó a 300 personas, 200 (66,67%) del género femenino; 107 (35,67%) de la población tienen un grado de educación secundaria y la ocupación más prevalente es la de los cuidados del hogar con una frecuencia de 124 (41,33%). Del total, 187 (62,3%) mencionan haber escuchado sobre las enfermedades reumáticas y de estos solo la mitad podía nombrar alguna, en particular la artritis reumatoide (74,46%). Respecto de las enfermedades reumáticas en niños, solo 102 (34%) personas mencionaron conocer su existencia y de ellos solo 28 (9,33%) pudieron mencionar alguna, sobre todo la artritis inflamatoria con mayor frecuencia (19, 67,85%). En cuanto al conocimiento de los órganos afectados y los síntomas de estas enfermedades, la mayoría mencionó el sistema musculosquelético y el dolor de huesos/articulaciones, tanto en adultos como en niños. De los encuestados, solo 40 (21,4%) mencionaron al reumatólogo pediatra como médico tratante de estas alteraciones. Por otra parte, 59 (19,6%) señalaron el crecimiento como principal causa de dolor de articulaciones en niños; 138 (46%) personas indicaron que no es normal y que un niño sano nunca debería quejarse de dolor de huesos o articulaciones. Asimismo, 188 (62,6%) refieren que llevarían a consultar a un niño inmediatamente tras quejarse de dolor de huesos o articulaciones. Se encontró una diferencia significativa en cuanto al grupo de edad que conoce sobre las enfermedades reumáticas en adultos (49, RIC 40-59,5 vs. 30,5, RIC 24-41,75); sin embargo, no existe diferencia respecto del grupo de edad y su conocimiento sobre enfermedades reumáticas pediátricas (48, RIC 42-56 vs. 51, RIC 37-61).

Conclusiones: Si bien este estudio demostró que la población tiene una noción general de las enfermedades reumáticas, se reconoció que la mayoría de las personas desconoce la existencia de enfermedades reumáticas en edad pediátrica y que, en caso de tenerlas, solo el 21,4% conoce qué especialista debe tratarlas. Sin embargo, la mayoría opina que no es normal que un niño se queje de dolor de huesos/articulaciones y llevaría inmediatamente a consulta a un niño por esta causa.

Bibliografía

1. Al-Eid WM, Madi SM, Bahabri SA, et al. Evaluation of parental knowledge of Pediatric Rheumatic Diseases. *Saudi M J*. 2001;22(6):531-536.
2. Kavukçu Salih. Are adults aware of the existence of rheumatic disease in childhood. *Turkish Journal of Rheumatology*. 2012;27:74-76.

CG107**IMPACTO DEL LUPUS EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES: PERSPECTIVAS, IDENTIDADES Y APEGO AL TRATAMIENTO**

L. Athié-Juárez

ICSyH BUAP Puebla

Introducción: El lupus es una enfermedad autoinmunitaria compleja y multisistémica que trastorna de forma significativa la vida de niños y adolescentes. Existen pocos datos sobre la relación del efecto físico-emocional del paciente joven y sus afectaciones a las dinámicas familiares con la imposición de nuevos papeles y responsabilidades, que generan estigmas y secretos en torno de los síntomas que implican retos para el médico. Este estudio describe cómo las infancias y las juventudes enfrentan y perciben al lupus y cómo estos factores afectan el apego al tratamiento.

Objetivo: Explorar las percepciones de los niños, adolescentes y jóvenes con lupus, en relación con el apego al tratamiento, la identidad, las percepciones no reveladas en los ámbitos sociales y de salud, el efecto de la enfermedad y los tratamientos en sus dinámicas interpersonales.

Material y métodos: Estudio mixto (cuantitativo/cualitativo), a través de entrevistas a profundidad, encuesta digital y seguimiento etnográfico del 2015 al 2024. Dentro del corpus logrado, de 352 testimonios de México y otros países, a partir de una muestra observada durante ocho años continuos, se derivaron los casos de 12 familias mexicanas con hijos con lupus (de los 11 a los 20 años) con las cuales se desarrollaron grupos focales y trabajos de autorrepresentación. El análisis incluye casos de heredabilidad (dos hijos con lupus o madre e hijo con LES). Los testimonios se analizaron desde una perspectiva narrativa, con énfasis en las estrategias discursivas de ocultamiento de síntomas y percepciones. Se recuperó un corpus de textos y dibujos realizados por los niños y jóvenes, que ilustran el efecto del LES en su vida cotidiana.

Resultados: Los resultados muestran que los niños y adolescentes con lupus tienden a asumir un papel de "responsabilidad" en relación con el LES, y minimizan el efecto emocional que les genera. Sus discursos se centran en los daños corporales, mientras que las familias tienden a ocultar la gravedad de la situación o silenciar sus propios miedos (**Tabla 1**). Los padres enfrentan la enfermedad como una penitencia que afecta a toda la familia, lo que provoca sentimientos de culpabilidad.

En muchos casos, ni el lupus ni los síntomas se nombran abiertamente, lo que da lugar a un tipo de comunicación basada en la omisión social y hacia el médico. Se idealiza al hijo enfermo como una figura de fortaleza. El lupus refuerza el vínculo familiar, al tiempo que genera una carga emocional difícil de sobrelevar. Los jóvenes experimentan una fragmentación identitaria que provoca un sentimiento de culpa por los recursos destinados al tratamiento. El silencio del dolor y la evasión del tema del lupus dentro de la familia son estrategias comunes para evitar el trauma emocional (**Figura 1**).

Conclusiones: De los hallazgos se desprenden formas de secreción, autodenominaciones y perspectivas a futuro vinculadas con los tratamientos. El estudio destaca la importancia de comprender el LES como un fenómeno que modifica profundamente las identidades. Los secretos familiares y la reticencia a hablar abiertamente de la enfermedad son comunes, lo que dificulta el apego al tratamiento. Este informe subraya la importancia de estrategias de

Figura 1. Percepciones hacia los fármacos y tratamientos en niños, adolescentes y familias con lupus. (CG107)

Fuente: Elaboración propia con base en Athié (2025)

intervención en salud que consideren la dimensión afectiva y familiar en el tratamiento del lupus en la infancia, la adolescencia y la juventud.

Tabla 1. Estrategias de secreción en familias con hijos con lupus. (CG107)

| Estrategia | Descripción |
|--|---|
| No nombrar o los silencios | Se apuntalan desde el temor o la incertidumbre que genera sentir que no se cumplen las expectativas necesarias para sobrellevar la enfermedad. |
| Escasez de palabras | Hay escasez de palabras para nombrar la condición de la enfermedad y explicar los síntomas. |
| Violencia normalizada | Entre padres e hijos queda manifiesta en la usurpación de turnos: la madre responde por el hijo o interrumpe para imponer el deber ser. El hijo(a) se ve impedido a explicar los síntomas y percepciones. |
| Violencia estructural y discursiva | Se ejerce desde las instituciones de salud, lo que impide la fluidez en las explicaciones sobre la enfermedad. |
| No nombrar la enfermedad para proteger la emotividad | Se protege tanto al hijo o hija como al progenitor que intenta no mostrar debilidad al evitar el llanto o el miedo evidente. No se nombra lo que sucede. Ocultamiento por vergüenza. |
| Secretos sobre la enfermedad | Quedan de manifiesto a través de signos verbalizados y no verbalizados, lo que revela la relación entre emoción, memoria y epifanías (Denzin, 1999). |
| Conducta discursiva defensiva | Los padres desvían la atención sobre aquello que se calla. Evitan explicar por culpabilidad. |

Bibliografía

- Cardiel MH, Soriano ER, Dutra S, et al. Therapeutic guidelines for latin american lupus patients. Methodology. JCR: Journal of Clinical Rheumatology. 2017;00(00) Month 2017. www.jclinrheum.com
- Denzin NK. Interpretive autoethnography, 2nd ed. Qualitative Research Methods 2014;17. A Sage University Paper. University of California.

CG108

MANIFESTACIONES NO TROMBÓTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

L.A. Aparicio-Vera¹, I.P. García-Herrera², Meza Luna Ariadna Marisol¹

⁽¹⁾Hospital para el Niño Poblano, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los anticuerpos antifosfolípidos se relacionan de manera característica con trombosis o complicaciones obstétricas. Existen manifestaciones no trombóticas de las cuales se cuenta con información limitada y no se tiene consenso sobre sus efectos en el diagnóstico y el tratamiento en la edad pediátrica.

Objetivo: Describir los casos de 18 pacientes con las características necesarias.

Material y métodos: Una proporción de 78% se integró con el género femenino, la mayoría de la adolescencia (61%) y en segundo lugar las escolares (39%). La principal manifestación fue la trombocitopenia (61%). Otras manifestaciones ocurrieron en los planos nervioso, ocular y renal. El 45% de los pacientes presentó triple serología positiva y el anticuerpo predominante para todos los pacientes fue el anti-β2GP1.

Resultados: Los anticuerpos antifosfolípidos pueden relacionarse con diferentes manifestaciones clínicas, sobre todo en la edad pediátrica. El SAF no trombótico es una entidad identificada en esta población, pero su diagnóstico actual no se halla bajo consenso. Los síntomas trombóticos y las alteraciones gestacionales son menos frecuentes en los niños. Este trabajo revela la afectación hematológica en pacientes pediátricos con anticuerpos antifosfolípidos.

Conclusiones: En otras situaciones clínicas no vinculadas con trombosis, en particular trombocitopenia, se deben buscar de manera intencionada

anticuerpos antifosfolípidos. Es fundamental contar con estudios de mayor población para entender mejor esta relación.

Bibliografía

1. Sciascia S, Amigo M-C, Roccatello D, et al. Diagnosing antiphospholipid syndrome: "extra-criteria" manifestations and technical advances. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2017;13(9):548-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2017.124>
2. Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Kocaeli University School of Medicine, Kocaeli, Turkey, Yazici A. Definition and treatment approach of non-criteria clinical manifestations of anti-phospholipid syndrome. *Eur J Rheumatol* [Internet]. 2020;7(4):180-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5152/eurjrheum.2020.20099>.

CG109

MANIFESTACIONES CLÍNICAS, INMUNOLÓGICAS Y DAÑO A ÓRGANO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

A.C. Muñoz-Cedeño¹, H. Menchaca-Aguayo¹, S. Rodríguez-Aguayo¹, C. Núñez-Álvarez², E. Faugier-Fuentes¹

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

Introducción: Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades autoinmunitarias caracterizadas por la inflamación crónica del músculo esquelético, lo que conduce a debilidad muscular progresiva; su variante más frecuente es la DMJ con un 30% y otros subtipos con 5% a 10%. Su origen es multifactorial, pero incluye predisposición genética, factores ambientales y respuestas inmunológicas anormales. En algunos pacientes pueden evolucionar a un compromiso sistémico, con manifestaciones clínicas variadas y complejas. La identificación temprana y el tratamiento oportuno son cruciales para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

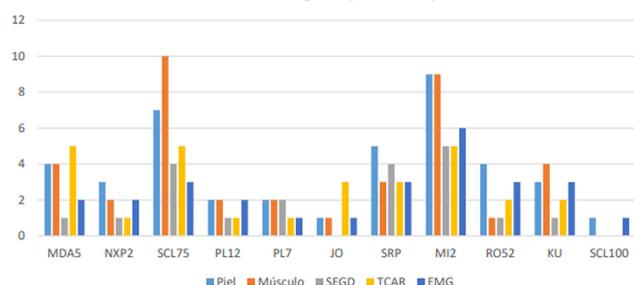
Objetivo: Describir los casos de pacientes con dermatomiositis y miopatías inflamatorias inespecíficas.

Material y métodos: Se realizó un estudio en 20 pacientes pediátricos, de los cuales 12 se clasificaron con dermatomiositis mediante los criterios de Bohan y Peter, y ocho con miopatías inflamatorias inespecíficas a través de la calculadora EULAR. La edad media de los pacientes fue de 12,3 años (intervalo, 5-17 años), con un predominio femenino de 1,8:1. Se analizaron las manifestaciones sistémicas y su relación con anticuerpos específicos. El 60% tenía lesiones cutáneas relacionadas con los anticuerpos MI2, SCL75 y SRP. El 65% mostró un patrón miopático en la electromiografía, relacionado en especial con SRP. En el 55% se documentó miositis en la resonancia magnética (RM), con mayor nexo con SCL75 y MI2. El 45% de los pacientes sufrió compromiso pulmonar relacionado con el anticuerpo MDA5, y el 35% mostró afectación gastrointestinal evidenciada mediante un estudio seriado esofagogastrroduodenal, con mayor frecuencia de anticuerpos SRP y SCL75. Las decisiones terapéuticas se basaron en el órgano afectado. En los individuos con compromiso pulmonar, el 77% recibió ciclofosfamida (CFM) y el 23% rituximab, combinados con micofenolato de mofetilo (MFM) en el 66,6% y metotrexato (MTX) en el 33,3%. Para el compromiso cutáneo y muscular, el MTX se administró en el 100% de los casos, con adición de inmunoglobulina intravenosa (IGIV) en pacientes con debilidad muscular grave al inicio. En los sujetos con afectación gastrointestinal se prefirió IGIV en combinación con MTX cuando no existía otro compromiso sistémico.

Resultados: Las manifestaciones clínicas variaron desde debilidad muscular grave hasta casos con fuerza muscular conservada, con o sin afectación cutánea, y en algunos casos compromiso sistémico pulmonar y gastrointestinal (**Figura 1**). Esta población estudiada es consistente con lo publicado en el plano internacional en cuanto a la distribución por edad y sexo, con predominio en mujeres de 8 a 14 años. Se identificó una mayor prevalencia del anticuerpo MI2 en casos de dermatomiositis y del PM-SCL-75 en las miopatías inflamatorias inespecíficas, en concordancia con lo descrito en las publicaciones médicas. Además, se confirmó la relación entre ciertos

Figura 1. Afectación sistémica y relación con anticuerpos. (CG109)

Afección a órgano y anticuerpos



anticuerpos y el daño a órganos específicos: el anticuerpo MI2 se vinculó con lesiones cutáneas en el 100% de los pacientes con dermatomiositis juvenil (DMJ), mientras que el MDA5 lo hizo con compromiso pulmonar, aunque este último anticuerpo es más prevalente en poblaciones asiáticas. Dado que esta población aún no se ha estudiado de forma amplia, es necesario realizar más investigaciones para precisar la incidencia y características en este entorno.

Conclusiones: Este estudio subraya la importancia de un introducir un enfoque multidisciplinario y la identificación temprana de la relación entre anticuerpos y los órganos afectados desde el inicio de la enfermedad. Esto facilita una detección oportuna del compromiso sistémico y evita el avance de la enfermedad mediante un tratamiento adecuado. En consecuencia, se mejoran el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes y se reducen las secuelas y la discapacidad, lo que modifica de modo positivo la salud pública.

Bibliografía

1. Flores-GSS, Vicuña WAV, Rodríguez JCO, et al. Miopatía inflamatoria autoinmune con taponamiento cardiaco. Reporte de caso. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2022;40(2), Article 2. <https://doi.org/10.18537/RFCM.40.02.07>
2. Pacot L, Pouchot J, De Prost N, et al. Interstitial lung disease-complicated anti-MDA5 antibody in clinically amyopathic dermatomyositis patients: report of two cases with distinct clinical features. *Frontiers in Medicine*. 2020;7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00077>
3. Naceur I, Arbaoui I, Achour TB, et al. AB0746 malignancy in dermatomyositis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022;81(Suppl 1):1498-1498. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.5131>.

CG110

EL SÍNDROME FAMILIAR DE PERICARDITIS ARTRITIS Y CAMPTODACTILIA, A CUATRO DÉCADAS DE SU DESCRIPCIÓN ORIGINAL

M.M. Pérez-Monterola, A. Vargas-Guerrero, M. Martínez-Lavín

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: En 1983 este departamento describió un padecimiento reumático no reconocido con anterioridad: el síndrome familiar de pericarditis restrictiva, artritis y contractura en flexión de los dedos, también denominado camptodactilia (*N Engl J Med*. 1983;309:224); desde entonces se han descrito casos similares en diversas partes del mundo.

Objetivo: Revisar todos los casos descritos en las publicaciones médicas con este síndrome para definir mejor el abanico de manifestaciones clínicas, su diferenciación con otras enfermedades reumáticas de la infancia, las alteraciones genéticas subyacentes y su tratamiento. Con base en esta revisión se proponen dos maniobras clínicas sencillas que permiten diagnosticar este padecimiento.

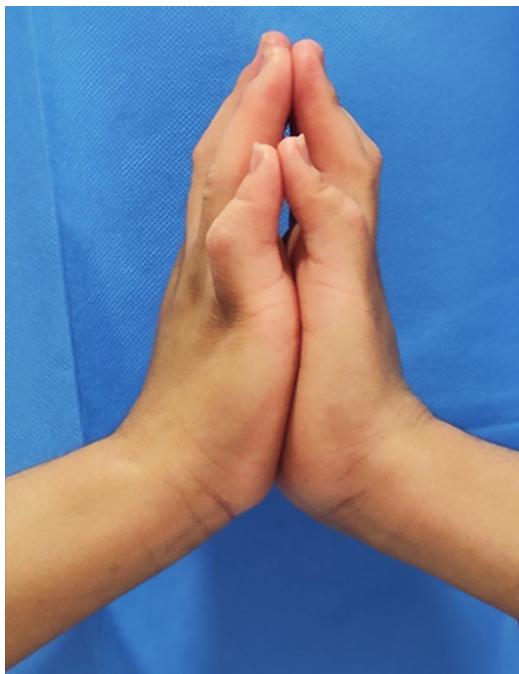
Material y métodos: Se investigó la base de datos PubMed a partir de la vinculación de las siguientes palabras claves: "pericarditis" y "camptodactyly". Se tabularon las manifestaciones clínicas de cada caso identificado, la

edad de inicio del trastorno, el retraso diagnóstico y la confusión con otras anomalías reumáticas, así como la etnia, la consanguinidad paterna y los hallazgos histopatológicos. También se revisó el avance en el conocimiento de su etiopatogenia, incluidas las alteraciones genéticas.

Resultados: Hasta la fecha se han descrito 188 casos del síndrome de pericarditis, artritis y camptodactilia, sobre todo en habitantes de Arabia Saudita, Turquía e India. La edad media al tiempo del diagnóstico fue de nueve años y 58% de los afectados corresponde a varones. Se identificó consanguinidad paterna en el 70% de los casos y el patrón de herencia es autosómico recesivo. En el 50% de los pacientes, la camptodactilia fue evidente desde el periodo neonatal. La artritis afecta las grandes articulaciones (el líquido sinovial no mostró inflamación). La histología sinovial reveló escaso infiltrado inflamatorio con presencia de macrófagos. La *coxa vara* fue evidente en el 75% de los casos y la pericarditis en el 18% de los afectados. La confusión con otros padecimientos reumáticos es frecuente: hasta 40% de los casos se diagnosticaron mal de modo inicial en favor de otra enfermedad reumática, en particular la artritis idiopática juvenil. El retraso diagnóstico tuvo un periodo medio de siete años. Los diversos tratamientos farmacológicos fueron inefectivos y no modificaron el curso de la enfermedad. El abordaje quirúrgico fue exitoso solo en los casos con pericarditis constrictiva. El fenotipo preciso del síndrome y su clara agrupación familiar permitieron ubicar el defecto genético en el cromosoma 1q25-q31 con mutaciones del gen que codifica a la lubricina, una glucoproteína que favorece el deslizamiento suave de las membranas serosas.

Conclusiones: El síndrome de pericarditis artritis y camptodactilia es un padecimiento reumático raro confundido a menudo con artritis idiopática juvenil y probablemente infradiagnosticado. La deficiencia de lubricina explicaría la afectación de las membranas serosas. El diagnóstico es muy fácil si se conoce la existencia de la enfermedad. Dos maniobras clínicas sencillas permiten su identificación en una persona joven con artritis: a) pedirle al enfermo que empalme las manos como si rezara para observar la contractura en flexión de los dedos (**Figura 1**), b) observar la limitación a la rotación externa de las articulaciones coxofemorales (posición de rana) que refleja la presencia de *coxa vara*.

Figura 1. (CG110)



Bibliografía

1. Martínez-Lavín M, Buendía A, Delgado E, et al. A familial syndrome of pericarditis, arthritis, and camptodactyly. The New England Journal of Medicine. 1983;309:224-225. <https://doi.org/10.1056/NEJM198307283090407>.

CG111

FACTORES ASOCIADOS A LA DISMINUCIÓN EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L.C. Reynoso-Medina¹, V. González-Díaz², J.C. Lona-Reyes¹, E.A. Benítez-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La disminución de la densidad ósea (DMO) es una complicación importante que puede modificar la calidad de vida del paciente. En pacientes pediátricos con enfermedades reumatólogicas existen diversos factores que favorecen el deterioro de la salud ósea: inflamación, fármacos modificadores de la enfermedad, corticoides, disminución de la exposición al sol, alteraciones musculoesqueléticas que limitan la actividad física e ingestión subóptima de calcio y vitamina D.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la disminución de la densidad mineral ósea en pacientes pediátricos con enfermedades reumatólogicas en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo que incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad reumatólogica; se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de casos consecutivos. Se evaluaron los valores séricos de vitamina D, puntuación Z de densitometría ósea (DXA), edad ósea, valoración del estado nutricio, actividad de la enfermedad, consumo de corticoides y fármacos modificadores de la enfermedad.

Resultados: Se estudió a 33 pacientes, con una mediana de edad de 11 años. El 81,8% recibía corticoides; la mediana del tiempo de consumo de corticoides fue de seis meses. El 87,9% recibió FARMÉ. La mediana de valores séricos de vitamina D fue de 25,4 mg/dL (máxima 58,3, mínima 9,8, RIQ 17,1). Para la valoración de la DMO se realizó DXA en 57,5% y la mediana en puntuación Z fue de -1 (máximo 1,2, mínima -3,2, RIQ 2); dos pacientes registraron una DMO con puntuación Z de -2 y el 63,1% una puntuación Z de -1. El análisis de correlación de dosis acumulada de corticoides y DMO por DXA identificó una correlación negativa, pero no fue estadísticamente significativa ($\rho = -0,42$, $p = 0,07$). La correlación actividad de la enfermedad con el estudio DXA, si bien fue negativa, no fue estadísticamente significativa ($\rho = -0,39$, $p = 0,10$), es decir, a mayor actividad de la enfermedad menor DMO.

Conclusiones: Se encontró una correlación negativa en la medición de actividad de la enfermedad y mayor tiempo de consumo de corticoides con la DMO; sin embargo, no tuvo significancia estadística. Los pacientes en edad pediátrica con afecciones que requieren tratamiento con corticoides por más de dos semanas, aun cuando la dosis sea baja, deben recibir un tamizaje para evaluar la salud ósea.

Bibliografía

1. Zhang Y, et al. Protecting bone health in pediatric rheumatic diseases: Pharmacological considerations. *Paediatr Drugs*. 2017;19(3):193-211.
2. Harrington J, et al. Bone histomorphometric changes in children with rheumatic disorders on chronic glucocorticoids. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2016;14(1):58.

CG112

ASOCIACIÓN DE FATIGA Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

M.M. Rodríguez-Reyes, L.C. Reynoso-Medina, M.L. Galván-Aldana, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es un trastorno idiopático y crónico que afecta sobre todo a las articulaciones en pacientes menores de 16 años. Se clasifica según sea el número de articulaciones afectadas, así

como los síntomas extraarticulares con el que se establezca la enfermedad. Se ha descrito que los procesos como la inflamación y el daño articular tienen relación con la fatiga; esta se ha descrito como un síntoma frecuente, el cual puede tener una vinculación débil con la actividad de la enfermedad en adultos con diagnóstico de artritis reumatoide; sin embargo, no se ha descrito esta relación en pacientes pediátricos. La fatiga se experimenta como un estado crónico de cansancio con fluctuaciones dentro del mismo día o entre días. Se ha descrito que la fatiga persiste a pesar de una inactividad de la enfermedad.

Objetivo: Relacionar la puntuación obtenida en el cuestionario de fatiga pediátrica en pacientes con artritis idiopática juvenil y la puntuación de la actividad de la enfermedad en pacientes menores de 16 años.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y transversal. Se incluyó a 18 pacientes menores de 16 años con diagnóstico de AIJ que asistieron a consulta en el Hospital Universitario José Eleuterio González entre abril y agosto del año 2024. Se utilizó la prueba de Fisher como medida de relación entre ambas puntuaciones obtenidas en la escala de fatiga pediátrica y actividad de la enfermedad evaluada con JADAS clínico, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyó a un total de 18 pacientes en el estudio, con una edad media de 10 años (mínima 3, máxima 15, RIQ 5,5); de estos, un 62% era del sexo femenino. Los pacientes tenían diagnóstico de artritis idiopática juvenil, el 73,3% clasificado como poliarticular, 20% como sistémico y 6,6% como oligoarticular. El 33% (6) de los sujetos mostró fatiga y actividad de la enfermedad, el 6,6% (2) no sufrió fatiga y tenía inactividad de la enfermedad, el 13% (2) no refirió fatiga, pero sí actividad de la enfermedad y el 46,6% (8) mostró inactividad de la enfermedad sin fatiga (**Tabla 1**). Se relacionaron las puntuaciones obtenidas y se encontró una significancia estadística de 0,026 ($p = 0,0026$).

Tabla 1. Relación de fatiga y actividad de la enfermedad en la artritis idiopática juvenil (n = 18). (CG112)

| Género | |
|---|----------|
| - Masculino | 38% |
| - Femenino | 62% |
| Edad (años) | 10 |
| Subtipo de AIJ, n (%) | |
| - Poliarticular | 12 (66%) |
| - Sistémica | 5 (28%) |
| - Oligoarticular | 1 (5%) |
| - Artritis psoriásica | 0 |
| - Artritis relacionada con entesitis | 0 |
| - Indiferenciada | 0 |
| Fatiga y actividad de la enfermedad ($p = 0,026$) | |
| - Fatiga + actividad de la enfermedad | 6 (33%) |
| - Sin fatiga + actividad de la enfermedad | 2 (11%) |
| - Fatiga + inactividad de la enfermedad | 2 (11%) |
| - Sin fatiga + inactividad de la enfermedad | 8 (50%) |

Conclusiones: La fatiga se vinculó con la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis idiopática juvenil y este nexo fue estadísticamente significativo. Además, se observó que la mayoría de los pacientes sin fatiga también presentaba inactividad de la enfermedad. Estos hallazgos resaltaron la importancia de estudiar esta vinculación en una muestra más grande de pacientes. Además, sugieren la necesidad de implementar medidas para mitigar los síntomas de fatiga incluso durante los períodos de inactividad de la enfermedad, ya que la fatiga parece persistir en cierta medida incluso cuando la enfermedad está inactiva.

Bibliografía

1. Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, et al. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Joint Bone Spine*. 2014 Mar;81(2):112-7.
2. Pérez-Ramírez N, Nahuelhual-Cares P, San Martín-Peñailllo P, et al. Efectividad de la terapia Watsu en pacientes con artritis idiopática juvenil. Un ensayo clínico controlado paralelo, aleatorio y simple ciego. *Revista Chilena de Pediatría* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2020 Sep 28];90(3):283-92. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300283

3. NINDS user manual quality of life in neurological disorders (Neuro-QoL) Measures [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 18]. Available from: https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-06/Neuro-QOL_User_Manual_v2_24Mar2015.pdf.

CG113

ASOCIACIÓN ENTRE MANIFESTACIONES CUTÁNEAS Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ESTIMADO CON LA CALCULADORA PREVENT

O.A. Garza-Flores, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpíri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, C.E. Cantú-Moreno, I. Hernández-Velázquez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es un trastorno inflamatorio multisistémico relacionado con una aterosclerosis acelerada y episodios cardiovasculares (CV) adversos. Las investigaciones previas han encontrado que los pacientes con este padecimiento, especialmente aquellos con compromiso cutáneo moderado a grave, enfrentan un riesgo CV aumentado. Para evaluar a estos pacientes de acuerdo con su grado de afectación cutánea se emplea el Índice de área y gravedad de la psoriasis (PASI), un método ampliamente reconocido. La calculadora PREVENT (*Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS*) de la *American Heart Association* es una nueva herramienta que determina el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVAS) y falla cardiaca (FC) a 10 y 30 años. La determinación del riesgo CV en estos pacientes resulta imprecisa con la valoración de las calculadoras preexistentes, lo que deja una necesidad crítica sin cubrir.

Objetivo: Relacionar la escala PASI y el riesgo CV determinado con la calculadora PREVENT en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo que incluyó a pacientes con AP de 35 a 75 años que cumplieron con los criterios CASPAR de 2006. Se excluyó a los pacientes con enfermedad CV previa, embarazo y síndrome de sobreposición. Se calculó el riesgo a 10 y 30 años de ECVAS y FC con PREVENT. Los pacientes se clasificaron acorde a la presencia o ausencia de manifestaciones cutáneas, mientras que el riesgo cardiovascular se categorizó de acuerdo con la clasificación de PREVENT. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad. Las pruebas estadísticas se realizaron mediante las pruebas t de Student, ji cuadrada y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 61 pacientes, la mayoría mujeres (PASI positivo, n = 34, 55,8%; y PASI negativo, n = 27, 55,5%) con una media de edad similar entre ambos grupos ($52,0 \pm 12,0$). Dichos grupos no mostraron diferencias entre los factores de riesgo CV comunes (**Tabla 1**). La mayoría de los pacientes se catalogó como riesgo bajo para ECVAS y FC a 10 años pese a la presencia o ausencia de compromiso cutáneo (72,9% y 62,0% respectivamente, $p = 0,34$). En los pacientes con manifestaciones cutáneas, la duración de la enfermedad fue menor (4,0 años, $p = 0,17$) y mostraron una mayor clasificación de riesgo intermedio para ASCVD y HF a 30 años (40,5% en ambos casos, $p = 0,08$). Ningún paciente se catalogó como riesgo alto para ECVAS a 10 años, pero el 5,4% de los pacientes con manifestación cutánea se catalogó como riesgo alto para FC a 10 años, en contraste con el grupo sin manifestación cutánea el cual no registró ningún paciente en esa categoría ($p = 0,20$).

Conclusiones: Este estudio no encontró una relación entre un compromiso cutáneo calculado con PASI y un riesgo CV mayor determinado con PREVENT en los pacientes con AP. Sin embargo, se advirtió que los pacientes con manifestaciones cutáneas tenían menor tiempo de evolución de la enfermedad, así como una mayor categorización para riesgo alto de ECVAS y FC, a 30 y 10 años, respectivamente. Por lo tanto, se recomienda un óptimo control de la enfermedad desde etapas tempranas en este grupo de pacientes y la integración de los factores de riesgo CV.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas en los pacientes con artritis psoriásica. (CG113)

| Variable | PASI positivo n = 34 | PASI negativo n = 27 | Valor de p |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------|
| Edad, media ± DE | 50,6 ± 11,0 | 55,5 ± 11,8 | 0,11 |
| Mujeres, n (%) | 19 (55,8) | 15 (55,5) | 0,98 |
| Características de la enfermedad | | | |
| Años de evolución, mediana (RIC) | 4,0 (1,0-12,0) | 10,0 (2,0-14,0) | 0,17 |
| Factores de riesgo cardiovascular | | | |
| Peso, media ± DE | 81,8 ± 16,7 | 76,0 ± 14,8 | 0,16 |
| IMC, media ± DE | 30,0 ± 5,0 | 27,8 ± 4,4 | 0,09 |
| Obesidad, n (%) | 14 (41,1) | 9 (33,3) | 0,53 |
| Diabetes, n (%) | 9 (26,4) | 2 (7,4) | 0,05 |
| Hipertensión, n (%) | 10 (29,4) | 7 (25,9) | 0,76 |
| Dislipidemia, n (%) | 18 (52,9) | 12 (44,4) | 0,51 |
| Tabaquismo, n (%) | 9 (26,4) | 7 (25,9) | 0,84 |
| Tratamiento | | | |
| Glucocorticoides, n (%) | 5 (14,7) | 8 (29,6) | 0,15 |
| Metrotexato, n (%) | 16 (47,0) | 13 (48,1) | 0,93 |
| Biológico, n (%) | 6 (17,6) | 9 (33,3) | 0,15 |
| AINE, n (%) | 22 (66,7) | 14 (51,8) | 0,31 |
| Antihipertensivo, n (%) | 9 (26,4) | 7 (25,9) | 0,84 |
| Fibratos, n (%) | 4 (11,7) | 1 (3,7) | 0,25 |
| Estatinas, n (%) | 9 (26,4) | 8 (29,6) | 0,78 |
| PREVENT | | | |
| Riesgo de ECVAS a 10 años | | | |
| Bajo, n (%) | 27 (72,9) | 18 (62,0) | 0,34 |
| Limitrofe, n (%) | 3 (8,1) | 4 (13,7) | 0,45 |
| Intermedio, n (%) | 5 (13,5) | 6 (20,6) | 0,43 |
| Alto, n (%) | - | - | - |
| Riesgo de ECVAS a 30 años | | | |
| Bajo, n (%) | 5 (13,5) | 6 (20,6) | 0,43 |
| Limitrofe, n (%) | 5 (13,5) | 4 (13,7) | 0,97 |
| Intermedio, n (%) | 15 (40,5) | 6 (20,6) | 0,08 |
| Alto, n (%) | 4 (10,8) | 2 (6,8) | 0,58 |
| Riesgo de FC a 10 años | | | |
| Bajo, n (%) | 27 (72,9) | 22 (75,8) | 0,79 |
| Limitrofe, n (%) | 3 (8,1) | 3 (10,3) | 0,75 |
| Intermedio, n (%) | 4 (10,8) | 3 (10,3) | 0,95 |
| Alto, n (%) | 2 (5,4) | - | 0,24 |
| Riesgo de FC a 30 años | | | |
| Bajo, n (%) | 8 (21,6) | 5 (17,2) | 0,65 |
| Limitrofe, n (%) | 3 (8,1) | 2 (6,8) | 0,85 |
| Intermedio, n (%) | 15 (40,5) | 6 (20,6) | 0,08 |
| Alto, n (%) | 2 (5,4) | 2 (6,4) | 0,80 |

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; IMC, índice de masa corporal; AINE, antiinflamatorio no esteroideo; PREVENT, *Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS*; ECVAS, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; FC, falla cardíaca.

Bibliografía

1. Svedbom A, Stähle M. The psoriasis area and severity index is an independent risk factor for cardiovascular events: a prospective register study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(10):1841-7. doi: 10.1111/jdv.19168.
2. Osigwe PC, Agomoh CE, Osigwe IS, *et al*. The association between psoriasis and atherosclerotic cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cureus*. 2024 Jun 28;16(6). doi: 10.7759/cureus.63379. PMID: 38947134; PMCID: PMC11213549.

CG114

HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES HISPANOS CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, D.E. Flores-Alvarado, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, C.A. Mascorro-Cienfuegos

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad crónica, inflamatoria y autoinmunitaria caracterizada por la afectación articular y cutánea. Las personas con AP tienen mayor riesgo de episodios cardiovasculares en comparación con la población general. Este riesgo elevado se atribuye a la mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) habituales y a la inflamación sistémica, que contribuye al daño endotelial y la evolución de la aterosclerosis.

Objetivo: Comparar parámetros ecocardiográficos entre pacientes con AP y controles pareados.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 53 pacientes con AP > 18 años que cumplieron los criterios de clasificación CASPAR 2006, y 53 controles pareados por edad, género y FRCV comunes. Se excluyó a pacientes con un episodio cardiovascular previo. Dos ecocardiografistas certificados que desconocían la información clínica de los pacientes realizaron un ecocardiograma transtorácico. Las comparaciones se llevaron a cabo con las pruebas ji cuadrada para variables cualitativas y t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p \leq 0,05$.

Resultados: La edad media de los pacientes con AP y los controles fue de 54,5 años y no se registraron diferencias significativas en las características demográficas ni en los FRCV habituales entre ambos grupos (**Tabla 1**). Al comparar los parámetros ecocardiográficos, se reconoció que los pacientes con AP mostraban una mayor deformación longitudinal global (GLS) (-18,94% vs. -20,40%, $p = 0,017$), un menor desplazamiento sistólico del plano anular tricuspidiano (TAPSE, 22,0 mm vs. 23,0 mm, $p = 0,034$) y una mayor prevalencia de hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo (15,1% vs. 0,0%, $p = 0,006$) (**Tabla 2**). Se realizó una regresión logística binaria, incluidos el diagnóstico de AP y los FRCV habituales (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia, obesidad y tabaquismo activo), y se observó que el diagnóstico de AP fue la única variable vinculada con anomalías en la geometría del ventrículo izquierdo, con un OR de 3,38 (IC95% 1,46-7,77, $p = 0,004$).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas. (CG114)

| Características | Pacientes con AP (n = 53) | Controles (n = 53) | Valor de p |
|--|---------------------------|--------------------|------------|
| Mujeres, n (%) | 29 (54,7) | 29 (54,7) | 1,000 |
| Edad, años, media ± DE | 54,15 ± 10,38 | 54,15 ± 7,12 | 1,000 |
| DMT2, n (%) | 12 (22,6) | 11 (20,8) | 0,814 |
| Hipertensión, n (%) | 17 (32,1) | 17 (32,1) | 1,000 |
| Dislipidemia, n (%) | 25 (47,2) | 21 (39,6) | 0,433 |
| Obesidad, n (%) | 19 (35,8) | 16 (30,2) | 0,536 |
| Tabaquismo activo, n (%) | 8 (15,1) | 8 (15,1) | 1,000 |
| Estatinas, n (%) | 16 (30,2) | 7 (13,2) | 0,034 |
| Duración de la enfermedad, años, mediana (p25%-p75%) | 6,0 (3,0-12,0) | - | - |
| DAPSA, mediana (p25%-p75%) | 14,0 (2,4-26-4) | - | - |
| PASI, mediana (p25%-p75%) | 0,2 (0,0-1,1) | - | - |
| NAPSI, mediana (p25%-p75%) | 0,0 (0,0-8,0) | - | - |

AP, artritis psoriásica; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; DAPSA, *Disease Activity for Psoriatic Arthritis*; PASI, *Psoriatic Area Severity Index*; NAPSI, *Nail Psoriasis Severity Index*.

Conclusiones: En este estudio se observó que los pacientes con AP tenían un GLS más bajo, lo que refleja una función sistólica comprometida del ventrículo izquierdo, un TAPSE disminuido, indicativo de una función sistólica deteriorada del ventrículo derecho, y una mayor incidencia de hipertrofia excéntrica en comparación con los controles.

Estos hallazgos sugieren una posible relación entre el diagnóstico de AP y las complicaciones cardiovasculares, incluido el riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca. Se debe considerar el ecocardiograma transtorácico como parte de la evaluación cardiovascular en pacientes con AP.

Tabla 2. Comparación de parámetros ecocardiográficos. (CG114)

| Características | Pacientes con AP (n = 53) | Controles (n = 53) | Valor de p |
|--|---------------------------|---------------------|------------|
| FEVI, %, media ± DE | 61,94 ± 6,11 | 63,52 ± 6,79 | 0,210 |
| GLS, %, media ± DE | -18,94 ± 2,58 | -20,40 ± 2,60 | 0,017 |
| Masa indexada del VI, mL/m ² , media ± DE | 92,31 ± 37,74 | 87,02 ± 31,14 | 0,448 |
| TAPSE, mm, mediana (p25 ^o -p75 ^o) | 22,00 (20,00-24,00) | 23,00 (21,00-25,00) | 0,034 |
| Alteraciones en la geometría ventricular, n (%) | | | |
| Cualquier alteración | 33 (62,3) | 18 (34,0) | 0,004 |
| Remodelado concéntrico | 19 (35,8) | 16 (30,2) | 0,536 |
| Hipertrofia concéntrica | 6 (11,3) | 2 (3,8) | 0,270 |
| Hipertrofia excéntrica | 8 (15,1) | 0 (0,0) | 0,006 |

AP, artritis psoriásica; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, deformación longitudinal global; TAPSE, desplazamiento sistólico del plano anular tricuspídeo.

Bibliografía

1. Galarza-Delgado DA, Azpíri-López JR, Colunga-Pedraza IJ, et al. Cardiovascular risk reclassification according to six cardiovascular risk algorithms and carotid ultrasound in psoriatic arthritis patients. *Clin Rheumatol*. 2022 May;41(5):1413-1420.
2. Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, et al. Increased burden of inflammation over time is associated with the extent of atherosclerotic plaques in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015 Oct;74(10):1830-5. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205267. Epub 2014 May 14.

CG115

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN ESPONDILARTRITIS AXIAL NO RADIGRÁFICA ACTIVA A DOS AÑOS DEL ESTUDIO SELECT-AXIS 2

A. Chapela-Meneses¹, F. Van Den Bosch², A. Deodhar³, D. Poddubnyy⁴, W. Maksymowich⁵, D. Van Der Heijde⁶, Kim Tae-Hwan⁷, Kishimoto Mitsumasa⁸, Baraliakos Xenofon⁹, I. Lagunes¹⁰, Song In-Ho¹⁰, Li Yihan¹⁰, P. Wung¹⁰, A. Shmagel¹⁰

⁽¹⁾Reumatología SpA, Abbvie, ⁽²⁾Centro VIB para la Investigación de la Inflamación, Gante, Bélgica, ⁽³⁾Universidad de Ciencias y Salud de Oregón, Portland, OR, Estados Unidos, ⁽⁴⁾Departamento de Gastroenterología, Enfermedades Infecciosas y Reumatología, Charité Universitätsmedizin, Berlín, Alemania, ⁽⁵⁾Departamento de Medicina, Universidad de Alberta, Edmonton, Alberta, Canadá, ⁽⁶⁾Departamento de Reumatología, Centro Médico de la Universidad de Leiden, Leiden, Países Bajos, ⁽⁷⁾Departamento de Reumatología, Hospital Universitario Hanyang para Enfermedades Reumáticas, Seul, Corea del Sur, ⁽⁸⁾Departamento de Nefrología y Reumatología, Facultad de Medicina de la Universidad de Kyorin, Tokio, Japón, ⁽⁹⁾Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Universidad Ruhr-Bochum, Alemania, ⁽¹⁰⁾ImmunoIogy, AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, Estados Unidos

Introducción: El upadacitinib ha demostrado eficacia en comparación con el placebo hasta las 52 semanas en pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica (EA-nr) en el estudio SELECT-AXIS 2, con un perfil de seguridad aceptable.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia a dos años del upadacitinib (15 mg diarios) en pacientes con EA-nr en SELECT-AXIS 2, incluidos su efecto en la inflamación en las articulaciones sacroilíacas y la columna

vertebral en imagen por resonancia magnética, y la progresión radiográfica en la columna vertebral.

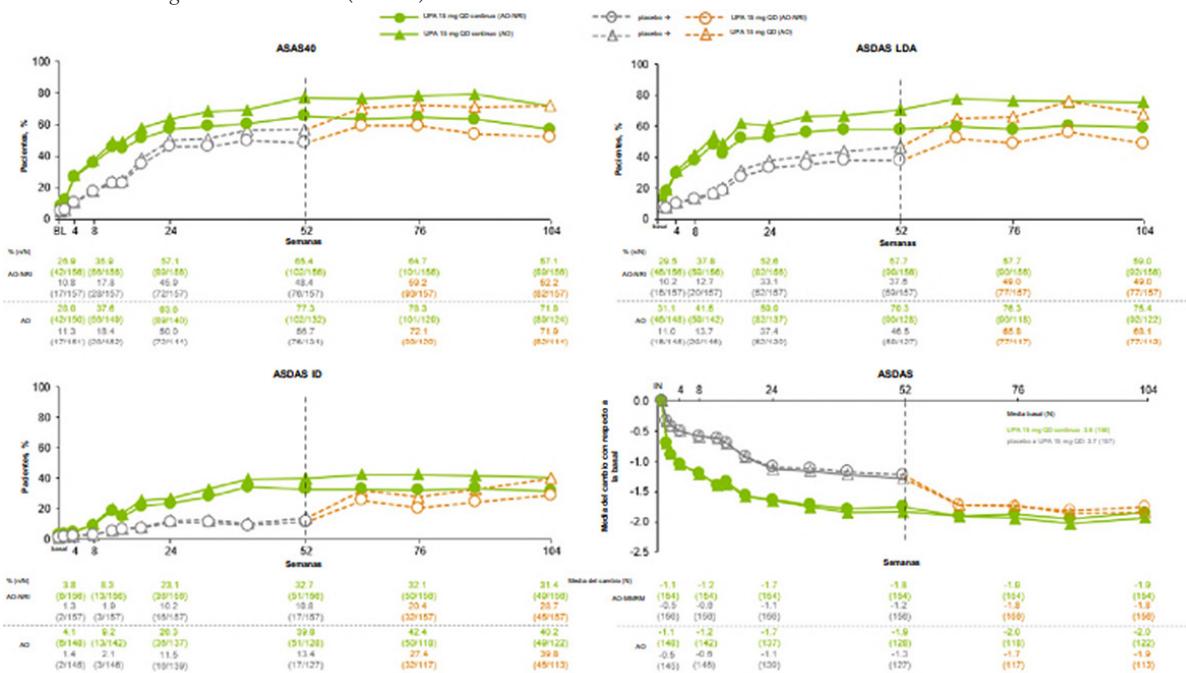
Material y métodos: Los pacientes que completaron el periodo de 52 semanas en un estudio doble ciego controlado con placebo del protocolo SELECT-AXIS 2 en EA-nr podían ingresar a una extensión de largo plazo durante 52 semanas adicionales y recibir upadacitinib (15 mg diarios). La eficacia y seguridad se evaluaron en pacientes que recibieron el fármaco continuo y en aquellos que cambiaron del placebo al medicamento. Los criterios de valoración de eficacia incluyeron la mejoría al 40% en la Evaluación de la espondilitis anquilosante (ASAS40), la baja actividad de la enfermedad y la inactividad de la enfermedad de la Escala de actividad de la enfermedad de espondilitis anquilosante (ASDAS), además de la media del cambio con respecto a la basal en ASDAS, el dolor de espalda total y nocturno, la calidad de vida con espondilitis anquilosante y el índice de salud ASAS. Los datos se presentan mediante análisis según lo observado (AO) y AO con imputación de no respondedor (en el cual todos los datos observados se utilizan en el análisis y los datos faltantes se imputan como no respondedores) para los criterios de valoración binarios. Se usó análisis AO con modelos mixtos de medidas repetidas para los criterios de valoración continuos. La inflamación activa en la resonancia magnética se evaluó mediante las puntuaciones del *SpondyloArthritis Research Consortium of Canada* de imagen por resonancia magnética (SPARCC-IRM) (articulaciones sacroilíacas y columna vertebral; AO-MMRM) y la progresión radiográfica se evaluó con el *modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score* (mSASSS; AO-ANCOVA). Los efectos adversos emergentes durante el tratamiento se expresan como tasas de efectos ajustadas por exposición (efectos/100 pacientes-años).

Resultados: Las tasas de respuesta para ASAS40, baja actividad de la enfermedad y enfermedad inactiva de ASDAS y las medias de cambio en relación con la basal fueron consistentes desde la semana 52 hasta la 104 (Figura 1). La media del cambio con respecto a la basal hasta la semana 104 en las puntuaciones espinales SPARCC-IRM fueron -0,72 (media basal, 2,11) y -0,47 (basal, 1,22) en el grupo de upadacitinib continuo y el grupo de placebo a upadacitinib, respectivamente; las puntuaciones de articulaciones sacroilíacas fueron -2,33 (basal, 5,13) y -2,30 (basal, 3,37). Las medias de cambio en las puntuaciones mSASSS fueron de 0,00 y 0,02 para el upadacitinib continuo y de placebo a UPA, respectivamente. Las tasas de efectos adversos graves y efectos adversos que llevaron a la interrupción del fármaco de estudio fueron de 8,7 y 5,3 efectos/100 pacientes-años, respectivamente, y no sobrevinieron muertes (Figura 2).

Conclusiones: Hasta la semana 104 se observó una mejora sostenida en la eficacia en los pacientes que recibieron UPA continuo. En los sujetos que cambiaron de placebo a UPA en la semana 52 se identificaron mejoras graduales en varias medidas de la enfermedad; por lo general, el upadacitinib de 15 mg diarios fue bien tolerado hasta las 104 semanas y no se identificaron nuevas señales de seguridad.

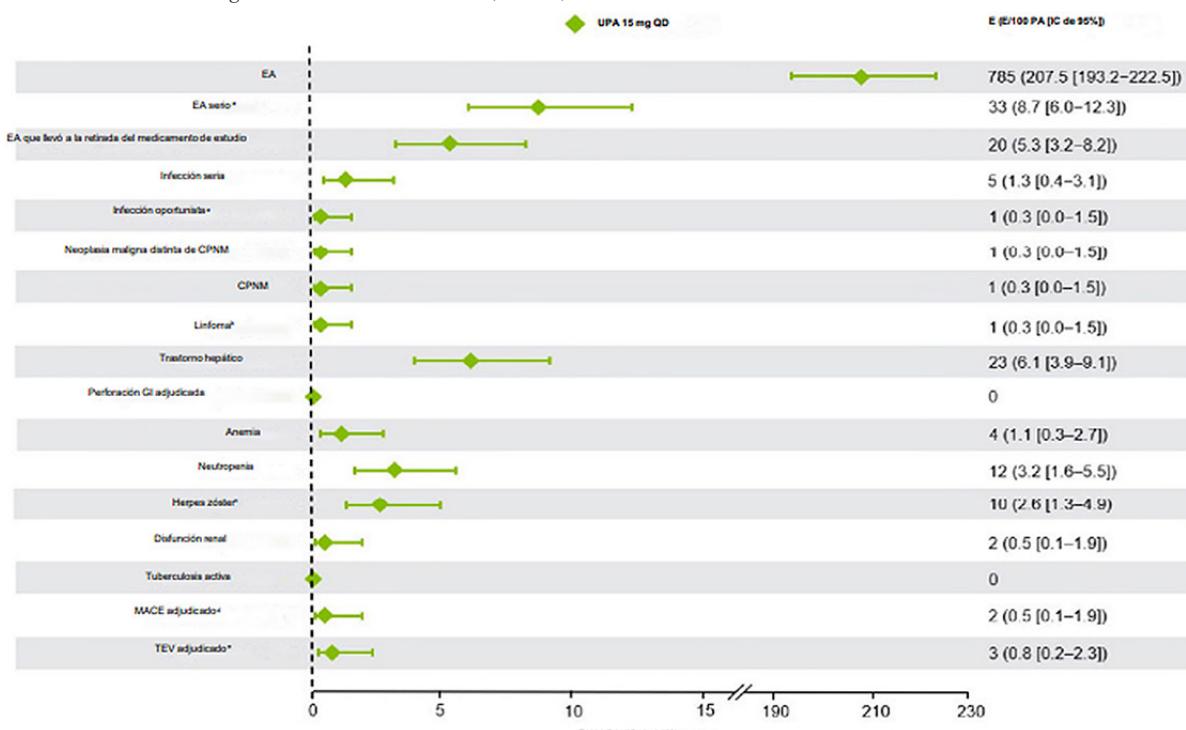
Bibliografía

1. Deodhar A, Van den Bosch F, Poddubnyy D, et al. Upadacitinib for the treatment of active non-radiographic axial spondyloarthritis (SELECT-AXIS 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2022 Jul 30;400(10349):369-379. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01212-0. PMID: 35908570.
2. Van den Bosch F, Deodhar A, Poddubnyy D, et al. POS0050 efficacy and safety of upadacitinib in patients with active non-radiographic axial spondyloarthritis: 2-year data from the phase 3 select-axis 2 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2024;83(Supplement 1):478-479.
3. Burmester GR, Stigler J, Rubbert-Roth A, et al. POS0657 long-term safety of upadacitinib in psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, and non-radiographic axial spondyloarthritis up to 5 years. 2023 May 30 [cited 2024 Sep 25]; Available from: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2023-eular.2699>
4. Burmester GR, Cohen SB, Winthrop KL, et al. Safety profile of upadacitinib over 15 000 patient-years across rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and atopic dermatitis. *RMD Open*. 2023 Feb;9(1):e002735. doi: 10.1136/rmdopen-2022-002735. PMID: 36754548; PMCID: PMC9923346.

Figura 1. Eficacia a lo largo de 104 semanas.^a (CG115)^aLos pacientes inicialmente aleatorizados para recibir placebo doble ciego cambiaron a UPA abierto en la semana 52.

AO, según lo observado; AO-MMRM, AO con modelo mixto de medidas repetidas para datos faltantes; AO-NRI, AO con imputación de no respondedor para datos faltantes; ASAS40, mejoría ≥40% en los criterios ASAS; basal, basal; ID, enfermedad inactiva; LDA, baja actividad de la enfermedad; placebo, placebo; QD, una vez al día; UPA, upadacitinib.

Figura 2. Efectos adversos emergentes durante el tratamiento. (CG115)



^aExcluyendo tuberculosis y herpes zóster. ^b EA de linfocitos atípicos (fenómeno de laboratorio transitorio; no linfoma verdadero). ^c No se notificaron EA serios de herpes zóster. ^d Definido como muerte cardiovascular (incluye infarto agudo al miocardio, muerte súbita cardiaca, insuficiencia cardíaca, muerte relacionada con procedimiento cardiovascular, muerte por hemorragia cardiovascular, accidente cerebrovascular mortal, embolia pulmonar y otras causas cardiovasculares), infarto al miocardio no cardiovasculares), infarto al miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal. ^e Incluye trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (mortal y no mortal).

EA, evento adverso; IC, intervalo de confianza; E, evento; GI, gastrointestinal; CPNM, cáncer de piel no melanoma; PA, pacientes-años; QD, una vez al día; UPA, upadacitinib.

CG116

HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS ARTICULARES EN PACIENTES CON PSORIASIS EN UN CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DE PETRÓLEOS MEXICANOS

E. Mercadillo-Real, S.F. Rodríguez-Colín, C.A. Sifuentes-Cantú
Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

Introducción: La psoriasis es una entidad cutánea, crónica e inmunomedida con una prevalencia mundial de 2% a 3%. Se ha descrito que hasta 30% de estos individuos tiene riesgo de desarrollar artritis psoriásica, una afección inflamatoria musculoesquelética heterogénea en su presentación clínica y en el curso de la enfermedad. Una proporción de 15,5% de los pacientes con artropatía no se identifica de manera oportuna. La transición desde la psoriasis hasta la afectación articular es de suma relevancia porque, en virtud de que se considera una alteración crónica y progresiva, modifica la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes: la psoriasis precede a la artritis en un promedio de siete años. Ante la necesidad de obtener herramientas para su identificación oportuna, ha emergido el ultrasonido musculoesquelético, en el cual el reconocimiento temprano de alteraciones ecográficas ha introducido un área de oportunidad para reconocer hallazgos subclínicos que permitan realizar intervenciones tempranas y detener el avance de la artritis, así como obtener un diagnóstico oportuno, de tal manera que mejoran así los resultados del paciente y se preservan su funcionalidad y calidad de vida.

Objetivo: Determinar la utilidad del ultrasonido musculoesquelético para la detección de inflamación subclínica.

Material y métodos: Se obtuvo una muestra de 14 pacientes con diagnóstico de psoriasis, con una mediana de edad de 61 años (**Tabla 1**). Se clasificó al total de pacientes en dos grupos en función de la presencia o ausencia de afectación articular por ecografía, 85,71% (n = 12) con alteraciones ultrasonográficas y 14,28% (n = 2) solo con afectación cutánea. Se aplicaron las escalas PASI y TOPAS para valorar la afectación cutánea y como tamizaje del compromiso articular, respectivamente; destacó la relación entre una mayor puntuación y la presencia de alteraciones por ecografía. En cuanto a las comorbilidades adjuntas, se advirtió que 42,9% (n = 6) contaba con diagnóstico de diabetes, 35,7% (n = 5) con hipertensión arterial sistémica y 100% de la población estudiada con hipotiroidismo. En cuanto a los hallazgos ultrasonográficos, se identificaron sinovitis y tenosinovitis en 12 pacientes, así como Doppler de poder en 21,4%, entesofitos en el 35,7%, y entesitis solo en un paciente. Por último, en cuanto a los fármacos empleados para el tratamiento, la prevalencia de los AINE fue mayor en aquellos pacientes con alteraciones articulares en el ultrasonido (75%).

Tabla 1. Características de 14 pacientes con diagnóstico de psoriasis y hallazgos ultrasonográficos articulares más informados. (CG116)

| Edad | Diagnóstico psoriasis | Sinovitis | Tenosinovitis | Entesofito | Doppler de poder | Entesitis |
|------|-----------------------|-----------|---------------|------------|------------------|-----------|
| 29 | 2021 | Sí | Sí | No | Sí | No |
| 66 | 2011 | Sí | Sí | Sí | Sí | No |
| 57 | 2015 | Sí | Sí | Sí | Sí | No |
| 63 | 2022 | Sí | Sí | No | No | No |
| 59 | 2017 | Sí | Sí | Sí | No | No |
| 60 | 2024 | No | No | No | No | No |
| 65 | 2022 | Sí | Sí | No | No | No |
| 60 | 2004 | Sí | Sí | Sí | No | No |
| 60 | 1990 | Sí | Sí | No | No | No |
| 65 | 2019 | No | No | No | No | No |
| 69 | 1989 | Sí | Sí | No | No | No |
| 56 | 2011 | Sí | Sí | Sí | No | No |
| 68 | 2016 | Sí | Sí | No | No | No |
| 68 | 1998 | Sí | Sí | No | No | Sí |

Resultados: De acuerdo con las características clínicas de los pacientes, se reconocieron alteraciones ecográficas articulares aun en los individuos sin afectación articular diagnosticada, lo cual destaca el papel del ultrasonido

musculoesquelético en pacientes con psoriasis, ya que permite una identificación temprana de hallazgos subclínicos, relacionados con la artritis psoriásica.

Conclusiones: La enfermedad psoriásica es una entidad que incluye manifestaciones cutáneas y articulares, las cuales suelen manifestarse hasta una década después de la aparición de las lesiones dermatológicas, por lo que el uso de ultrasonido musculoesquelético para la detección de inflamación subclínica y su papel en el diagnóstico y tamizaje de pacientes de alto riesgo de transición a manifestaciones articulares ha emergido como una herramienta útil que permite el tratamiento oportuno, además de que evita el deterioro de la calidad de vida.

Bibliografía

1. Ribeiro AL, Eder L. From psoriasis to psoriatic arthritis: ultrasound insights connecting psoriasis with subclinical musculoskeletal inflammation and the path to psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2024;26(7):235-47.
2. Gutierrez M, Kaeley GS, Bertolazzi C, et al. State of the art of ultrasound in the assessment of psoriasis and psoriatic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2017;13(5):439-47.

CG117

ALGORITMO DE RIESGO CARDIOVASCULAR MÁS EFICAZ EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

V. González-González, J.R. Azpíri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, D.E. Flores-Alvarado, R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) experimentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), lo que representa un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Los algoritmos de evaluación con riesgo cardiovascular (RCV) son herramientas útiles y económicas para la detección temprana de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA). El nuevo algoritmo desarrollado por el *American College of Cardiology* (ACC) y la *American Heart Association* (AHA), denominado *Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS* (PREVENT), calcula la insuficiencia cardiaca y la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. No se ha evaluado su eficacia en la AP.

Objetivo: Comparar los algoritmos de RCV con la placa carotídea (PC) en pacientes con AP sin ECVA clínica e identificar qué algoritmo es el mejor predictor correlacionado con la PC.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo que incluyó a pacientes con AP de 30 a 79 años que cumplían los Criterios de Clasificación de AP del 2006. Se excluyó a los pacientes con ECVA previa (infarto de miocardio, episodio cerebrovascular o arteriopatía periférica). El RCV se calculó a partir de cinco algoritmos: Globorisk, HEARTS, QRISK3, SCORE2 y PREVENT. Se realizó una ecografía carotídea en todos los participantes en el estudio y se evaluó la presencia de PC definida como un grosor íntima-media carotídeo (GIMc) difuso $\geq 1,2$ mm o un grosor focal $\geq 0,5$ mm. Se llevó a cabo un análisis de la curva ROC para evaluar el rendimiento de los distintos algoritmos de RCV y la presencia de PC. Se calculó el índice de Youden para seleccionar los valores óptimos de sensibilidad, especificidad y predicción negativa y positiva. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 97 pacientes con diagnóstico de AP. La prevalencia de PC fue del 38,0%. Las características demográficas y los resultados se muestran en la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Conclusiones: En este estudio, todos los algoritmos tuvieron una diferenciación significativa para la presencia de PC, excepto el algoritmo SCORE2, que no parece funcionar en esta población. Sin embargo, los algoritmos CVR como Globorisk, HEARTS y QRISK3 tuvieron la mejor precisión diagnóstica con la mayor sensibilidad y especificidad para detectar CP en pacientes con AP. El nuevo algoritmo PREVENT demostró ser menos capaz de reconocer la PC en esta población.

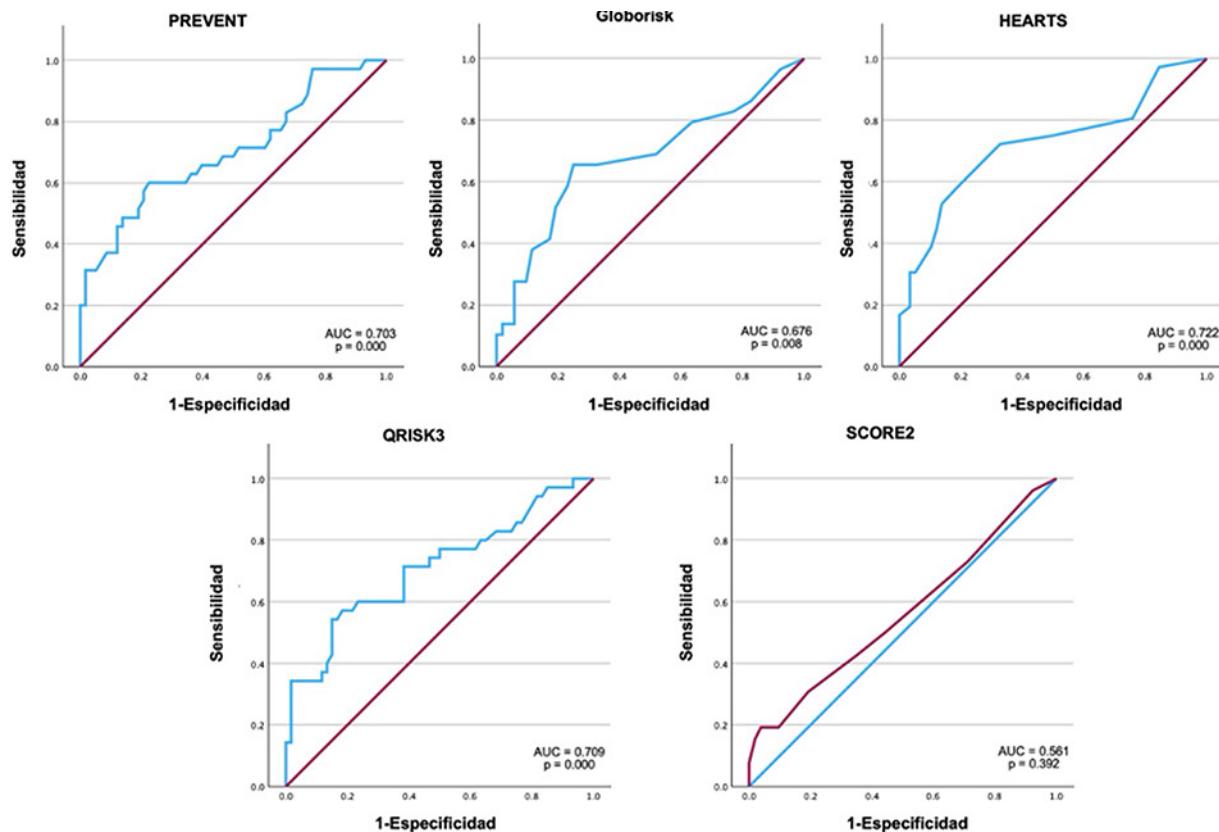
Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con AP. (CG117)

| Variables | Pacientes con AP (n = 97) |
|--|---------------------------|
| Edad, años, \pm DE | 52,6 \pm 11,7 |
| Mujeres, n (%) | 52 (53,6) |
| Diabetes mellitus tipo 2, n (%) | 22 (22,7) |
| Hipertensión arterial sistémica, n (%) | 35 (36,1) |
| Dislipidemia, n (%) | 45 (46,4) |
| Tabaquismo activo, n (%) | 18 (18,6) |
| Duración de la enfermedad, años, mediana (p25°-p75°) | 5,5 (2,0-10,7) |
| DAPSA, mediana (p25°-p75°) | 12,6 (4,0-26,0) |
| PASI, mediana (p25°-p75°) | 0,4 (0,0-2,1) |
| NAPSI, mediana (p25°-p75°) | 0,0 (0,0-10,2) |
| PREVENT™, %, mediana (p25°-p75°) | 3,5 (1,6-6,0) |
| Globorisk, %, mediana (p25°-p75°) | 6,0 (4,0-10,0) |
| HEARTS, %, mediana (p25°-p75°) | 4,0 (3,0-6,5) |
| QRISK3, %, mediana (p25°-p75°) | 5,4 (2,4-10,4) |
| SCORE2, %, mediana (p25°-p75°) | 3,0 (2,0-5,0) |

AP, artritis psoriásica; DE, desviación estándar; PASI, Índice de gravedad del área de psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungual; DAPSA, Actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica.

Bibliografía

1. Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, et al. Novel prediction equations for absolute risk assessment of total cardiovascular disease incorporating cardiovascular-kidney-metabolic health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2023;148(24):1982-2004. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37947094/>

Figura 1. Curvas ROC de algoritmos de riesgo cardiovascular en pacientes con AP. (CG117)

CG118

SUPERVIVENCIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ANTI-MDA5

G.B. Garduño-Arriaga, J. Rojas-Serrano, D. Rivero-Gallegos

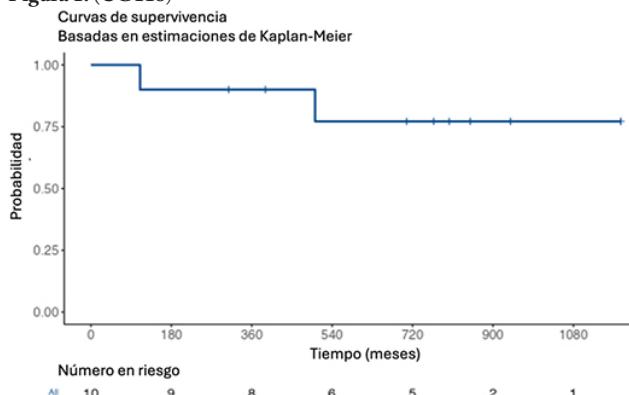
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial relacionada con anti-MDA5 (EPI-MDA5) es una emergencia reumatólogica que puede ser refractaria al tratamiento.

Objetivo: Describir la supervivencia de una cohorte de pacientes con EPI-MDA5.

Material y métodos: Se incluyó a sujetos con EPI-MDA5 de rápida progresión (empeoramiento de la disnea, tos e hipoxemia, alteraciones en la tomografía de tórax y falla respiratoria demostrada por gasometría arterial), evaluados de junio del 2021 a agosto del 2024. Los pacientes debían cumplir con criterios relacionados con mortalidad, como la presencia de manifestaciones cutáneas, títulos altos de anticuerpos anti-MDA-5 (> 25 UI) y neumonía organizada en la tomografía de tórax de alta resolución. En todos los pacientes se intentó realizar pruebas de mecánica pulmonar y difusión de gases, pero estas pruebas no son factibles en pacientes con gravedad. Se describen la evolución, el riesgo de desenlace letal y los esquemas terapéuticos utilizados.

Resultados: Se incluyó a 10 sujetos, 4 (40%) hombres, con edad media de $59 \pm 13,02$ años. El 80% sobrevivió (**Figura 1**). Las causas de muerte de los dos pacientes que fallecieron fueron insuficiencia respiratoria (un paciente tenía síndrome combinado con afectación pulmonar extensa) y neumonía intersticial usual con neumomediastino. Todos los pacientes que sobrevivieron tuvieron afectaciones combinadas. En la **Tabla 1** se describen las variables demográficas y los esquemas terapéuticos utilizados.

Figura 1. (CG118)**Tabla 1. (CG118)**

| Variable (n = 10) | |
|--|--|
| Edad | 59 (\pm 13) |
| Sexo | |
| Hombre, n (%) | 4 (40) |
| Mujer | 6 (60) |
| Valores de MDA5+ | 95,6 (\pm 53,9) |
| Patrón tomográfico | |
| Neumonía intersticial no específica (NINE) | 0 |
| Neumonía organizada (NO) | 7 (70) |
| Neumonía intersticial usual (NIU) | 3 (30) |
| Índice de Goh | |
| Extensión total basal | 46 (37-68) |
| Goh inflamatorio basal | 23,2 (\pm 11) |
| Goh fibrosante basal | 5,4 (0-11,2) |
| Extensión total final | 36 (\pm 13,7) |
| Goh inflamatorio final | 16,6 (\pm 6,12) |
| Goh fibrosante final | 4,14 (\pm 3,53) |
| Paciente 1 (NO) | Tratamiento |
| Paciente 2 (NO) | Prednisona ¹ + metotrexato ² + leflunomida ³ |
| Paciente 3 (síndrome combinado*) | Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + micofenolato de mofetilo ⁵ + metotrexato ² + nintedanib |
| Paciente 4 (NO) | Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + baricitinib + metotrexato ² + nintedanib |
| (neumomediastino) | Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + metotrexato ² + leflunomida ³ |
| Paciente 5 (NO) | Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + micofenolato de mofetilo ⁵ + metotrexato ² |
| Paciente 6 (NO) | Prednisona ¹ + micofenolato de mofetilo ⁵ + metotrexato ² |
| Paciente 7 (NIU) | Prednisona ¹ + metotrexato ² + leflunomida ³ + pirofendona |
| (neumomediastino) | Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + micofenolato de mofetilo ⁵ |
| Paciente 8 (síndrome combinado*) | Prednisona ¹ + micofenolato de mofetilo ⁵ + metotrexato ² |
| Paciente 9 (NO) | Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + baricitinib + micofenolato de mofetilo ⁵ |
| Paciente 10 (NO) | |

1. Dosis indicada inicial: 1 mg/kg/día con dosis reducción.

2. Dosis indicada: 15-20 mg/sem

3. Dosis indicada: 100 mg/sem

4. Dosis indicada: 1 g IV (0-15) con dosis semestral 1 g IV

5. Dosis indicada: 2 g/día

† Defunción.

*Síndrome combinado: NIU + enfisema.

Conclusiones: La supervivencia del 80% de los sujetos de esta cohorte, todos con criterios de alto riesgo para mortalidad, sugiere que los esquemas combinados de inmunosupresión pueden modificar de forma positiva el pronóstico de esta anomalía médica conocida por su elevada mortalidad.

Bibliografía

1. Tseng CW. Successful management of anti-MDA5-positive rapidly progressive interstitial lung disease-A case series. *Int J Rheum Dis.* 2023 May;26(5):992-995. doi: 10.1111/1756-185X.14563.
2. Hata K, et al. Aggressive multi-combination therapy for anti-MDA5 antibody-positive dermatomyositis-rapidly progressive interstitial lung disease. *Int J Rheum Dis.* 2024 Jan;27(1):e14999. doi: 10.1111/1756-185X.14999.
3. Selva-O'Callaghan A, Romero-Bueno F, Trallero-Araguás E, et al. Pharmacologic treatment of anti-mda5 rapidly progressive interstitial lung disease. *Curr Treatm Opt Rheumatol.* 2021;7(4):319-333. doi: 10.1007/s40674-021-00186-x.
4. Manghani M, et al. Combination therapy with methylprednisolone, rituximab, and tofacitinib in antimelanoma differentiation-associated 5 gene dermatomyositis with rapidly progressive interstitial lung disease. *Rheumatology & Autoimmunity.* 2024;4(02):122-125.
5. Chen Z, Wang X, Ye S. Tofacitinib in amyopathic dermatomyositis-associated interstitial lung disease. *N Engl J Med.* 2019;381(3):291-293. doi:https://doi.org/10.1056/NEJMc1900045

CG119**DERMATOMIOSIS SERONEGATIVA: ¿DIFIEREN EL FENOTIPO Y CURSO CLÍNICOS EN COMPARACIÓN CON LA DERMATOMIOSIS SEROPOSITIVA?**E. Antonelli¹, I. Peralta-García², K. Lodin², H.F. Espinosa-Ortega²⁽¹⁾Postgraduate School of Internal Medicine, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy, ⁽²⁾Karolinska Institutet

Introducción: La dermatomiositis engloba diferentes afecciones sistémicas. El perfil de autoanticuerpos puede ayudar a sustentar el diagnóstico y también ser un predictor de afectación de órganos específicos. Sin embargo, el 30% a 40% de los pacientes con MII son seronegativos. Esto puede conducir a un diagnóstico erróneo con tratamiento inadecuado.

Objetivo: Investigar el fenotipo clínico y el curso de la enfermedad de una cohorte de pacientes con dermatomiositis seronegativa.

Material y métodos: Se identificó a los pacientes por medio del Registro Nacional Sueco (SRQ) y el registro MyoNet y se revisaron las historias clínicas cuando fue necesario. El estado seronegativo se definió por la ausencia de anticuerpos específicos y relacionados de miositis. Se compararon las características clínicas basales, las medidas básicas, el dolor, la fatiga y los marcadores inflamatorios con los pacientes con dermatomiositis seropositiva. El punto de partida fue la primera visita disponible con la cantidad mínima de datos para calcular la puntuación total de mejora. Esta última se definió como mejoría considerable, moderada, mínima o nula y se calculó a uno, tres y cinco años desde el inicio. Se realizó un modelo de regresión mixta para medidas repetidas de datos longitudinales y una regresión logística para la probabilidad de respuesta al tratamiento. La significación estadística se estableció con $p < 0,05$.

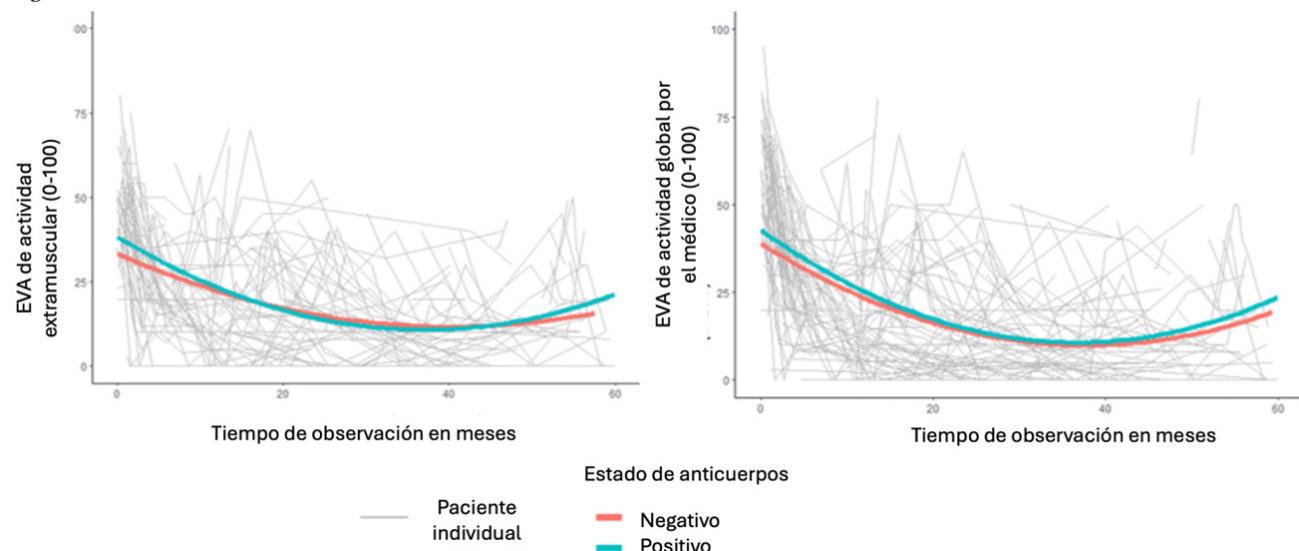
Resultados: Se identificó a 140 pacientes con dermatomiositis: 20 seronegativos y 120 seropositivos (Tabla 1). La edad media al diagnóstico fue de 53 años (DE, 15), con 67% de mujeres. El grupo de dermatomiositis seronegativa tuvo una mayor frecuencia de fumadores o exfumadores ($p = 0,002$). Al inicio del estudio, el grupo de dermatomiositis seropositiva mostró mayor frecuencia del signo del chal y valores elevados de tasa de sedimentación globular (VSG) ($p = 0,01$ y $p = 0,03$, respectivamente). El dolor, la fatiga y las medidas básicas fueron similares. Se analizó la evolución de la evaluación global del médico (EGM) en todos los pacientes durante los primeros cinco años desde el inicio del estudio, ajustada por el estado de los anticuerpos, la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), la disfagia y el cáncer. Además, se comparó la EGM longitudinal entre los pacientes tratados al inicio solo con metotrexato frente a otros tratamientos ajustados por el estado de los anticuerpos. No se hallaron diferencias significativas. Del mismo modo, el análisis longitudinal de la evaluación extramuscular (escala visual analógica, 0-100) no mostró diferencias relevantes tras ajustarse por el estado de los anticuerpos o el

Tabla 1. (CG119)

| | Ambos grupos | Seronegativos (20) n (%) | Seropositivos (120) n (%) | Valor de p |
|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|------------------------------|------------|
| Erupción heliotropa (%) | 75/122 (62) | 10/17 (59) | 65/105 (62) | NS |
| Signo de Gottron (%) | 95/120 (79) | 12/17 (70) | 83/103 (80) | NS |
| Signo V (%) | 51/115 (44) | 6/15 (40) | 45/100 (45) | NS |
| Signo del chal (%) | 29/112 (26) | 0/15 (0) | 29/97 (30) | 0,01 |
| Artritis (%) | 26/119 (22) | 5/18 (28) | 21/101 (21) | NS |
| Enfermedad pulmonar intersticial (%) | 29/118 (25) | 2/18 (11) | 27/100 (27) | NS |
| Disfagia (%) | 69/123 (56) | 10/17 (59) | 59/106 (56) | NS |
| Cáncer (%) | 37/140 (26) | 7/20 (35) | 30/120 (25) | NS |
| MMT8 | 76 (65-80) | 72 (69-78) | 76 (65-80) | NS |
| EGP (EVA) | 48 (24-71) | 40 (22-78) | 48 (26-71) | NS |
| EGM (EVA) | 33 (12-55) | 20 (8-40) | 36 (14-56) | 0,06 |
| CK mcat/L n = 19 | 2 (1-27) | 1 (1-1) | 2,5 (1-31) | NA |
| HAQ (0-3) | 0,0 (0-1) | 0,5 (0,3-0,8) | 0 (0-1) | NS |
| Extramuscular (EVA), n = 90 | 35 (15-50) | 28 (20-34) | 35 (15-50) | NS |
| Dolor, n = 94 | 27 (6-52) | 15 (6-45) | 27 (6-53) | NS |
| Fatiga, n = 57 | 50 (25-73) | 77 (29-78) | 50 (25-72) | NS |
| PCR, n = 99 | 4,0 (1,0-6,5) | 2,0 (1,0-6,0) | 4,0 (1,0-7,0) | NS |
| ESR, n = 103 | 17 (8-31) | 8 (5-23) | 20 (9-32) | 0,03 |

MMT8, Manual Muscle Testing 8; EGP, Evaluación global del paciente; EGM, Evaluación global de médicos; EVA, escala visual analógica; CK, creatina cinasa; HAQ, Cuestionario de Evaluación de la Salud; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular.

Figura 1. (CG119)



signo del chal (Figura 1). Al cabo de un año, el grupo de dermatomiositis seronegativa no difirió del grupo de dermatomiositis seropositiva en la frecuencia de cada categoría de la puntuación total de mejora. A los tres y cinco años, dicha puntuación no mostró diferencias. El análisis de regresión logística reveló que la EPI fue el único predictor significativo de respuesta a un año (OR, 2,9; IC95%, 1,09-8,9; p = 0,04) incluso después del análisis multivariado ajustado para el uso de rituximab durante el seguimiento.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el grupo de dermatomiositis seropositiva tuvo una afectación cutánea más extensa que el grupo de dermatomiositis seronegativa. El valor más elevado de VSG puede indicar un estado inflamatorio más intenso, lo que sugiere que el grupo de dermatomiositis seronegativa puede tener una forma menos inflamatoria de la enfermedad. El estudio indica que el grupo de dermatomiositis seronegativa parece responder al tratamiento de forma similar al grupo de dermatomiositis seropositiva.

Bibliografía

- Aggarwal R, et al. Arthritis rheumatol. 2017 May;69(5):898-910.

CG120

ANTICUERPOS ASOCIADOS A MIOPATÍAS INFLAMATORIAS (AAMio) EN PACIENTES CON MIOPATÍAS Y SUJETOS SANOS: ESTABLECIMIENTO DE VALORES DE REFERENCIA

M.E. Baños-Laredo, M.T. Huerta-García, A. Martínez-Castillo, E. Olivares-Martínez, D.F. Hernández-Ramírez, V. Pascual-Ramos, D. Gómez-Martín, J. Torres-Ruiz, C.A. Núñez-Álvarez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los AAMio pertenecen al grupo de autoanticuerpos presentes en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas autoinmunitarias (MIIA), los cuales son difíciles de evaluar y caracterizar. Existen informes publicados de anticuerpos naturales presentes en población sana (< 10%), por lo que resulta imperante conocer los valores de referencia (VR) para estos anticuerpos en el laboratorio y no sobrediagnosticar estas afecciones.

Objetivo: Establecer los VR para los AAMio determinados mediante inmunoanálisis lineal (método semicuantitativo).

Material y métodos: Se analizaron 22 sueros de sujetos sanos (50% hombres; seroteca obtenida en 2018) y 48 pacientes con criterios ACR/EULAR 2017 para MIIA (Cohorte MYOTReCSZ). Todos los pacientes se evaluaron a través de medidas del grupo IMACS y el fenotipo clínico se estableció mediante consenso entre pares reumatólogos expertos. Los AAMio se procesaron de forma manual bajo condiciones controladas (tem. 20°-22°C, con dos lotes diferentes) y con equipos comerciales (EUROIMMUN; VR fabricante 25); la evaluación final se llevó a cabo de forma digitalizada (EUROLINe blot). Se obtuvieron S, E, VP y ABC con curvas ROC o percentiles.

Resultados: En el grupo de pacientes, la mayoría correspondió a mujeres (n = 38, 79,1%), con una media de edad de 47,2 años (DE, 13,1 años). La clasificación por subtipo clínico incluyó mayormente dermatomiositis (n = 41, 85,4%), síndrome antisintetasa (n = 5, 10,4%) y polimiositis (n = 2, 2,1%). Derivado del análisis con percentiles o curvas ROC se obtuvieron los VR recogidos en la **Tabla 1**.

Tabla 1. (CG120)

| | VR exp (UA) | Sen | Esp | VPP/VPN |
|------------------|-------------|------|------|---------|
| Anti-Ro52 | 10,5 | 99,9 | 97,4 | 91/34 |
| Anti-OJ* | 4,0 | 20,0 | 95,0 | 50/30 |
| Anti-EJ* | 3,0 | 20,0 | 95,0 | 50/30 |
| Anti-PL12* | 15,0 | 98,0 | 90,0 | 96/95 |
| Anti-PL7 | 10,5 | 99,9 | 97,8 | 96/95 |
| Anti-SRP* | 5,0 | 98,0 | 95,0 | 98/95 |
| Anti-Jo1 | 8,5 | 99,9 | 97,8 | 98/98 |
| Anti-PM-Scl-75* | 15 | 98,0 | 95,0 | 98/95 |
| Anti-PM-Scl-100* | 4 | 98,0 | 95,0 | 98/95 |
| Anti-Ku | 9,5 | 99,9 | 93,3 | 98/98 |
| Anti-SAE1* | 3,0 | 98,0 | 95,0 | 98/95 |
| Anti-NXP2* | 5,0 | 88,0 | 95,0 | 98/78 |
| Anti-MDA5 | 10,5 | 99,9 | 97,5 | 67/28 |
| Anti-TIFg | 11,5 | 99,9 | 97,6 | 88/34 |
| Anti-Mi2 (a/b) | 10,0 | 99,9 | 95,3 | 82/33 |

*Percentila 95

Conclusiones: Para todos los AAMio evaluados, el VR fue menor al indicado por el fabricante (promedio 9 vs. 25 UA). El establecimiento de los VR para AAMio ajustados a esta población será de gran utilidad para el diagnóstico de esta alteración.

Bibliografía

1. Cabiedes J, Núñez-Álvarez CA. Antinuclear antibodies. *Reumatol Clín.* 2010;6(4):224-30.
2. Núñez-Álvarez CA, García-Hernández JL, Martínez-Castillo A, et al. Prevalencia de anticuerpos anti-ENA (RNP/Sm, Sm, Jo1, Scl70, SSA/Ro, SSB/La) y establecimiento de valores de referencia en donadores sanos mexicanos. *Reumatol Clín Supp* 2010.

CG121

TENDENCIAS DE HOSPITALIZACIONES Y MORTALIDAD EN VASCULITIS SISTÉMICAS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: ESTUDIO NACIONAL

S. Barrera-Hernández¹, C. Mendoza-Pinto², P. Munguía-Realpozo², I. Etchegaray-Morales¹, E. Ramírez-Lara², E. Jiménez-Jiménez², M.A. Trinidad-González¹, R. Berra-Romani¹, S. Méndez-Martínez⁴

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, ⁽²⁾UMAE Hospital de Especialidades, CMN MAV-CIBIOR, IMSS, Puebla, ⁽³⁾CIBIOR, Delegación Puebla, IMSS, ⁽⁴⁾Delegación Puebla, IMSS, Puebla

Introducción: Las vasculitis sistémicas relacionadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) incluyen a la granulomatosis con poliangitis (GPA), la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (EGPA) y la poliangitis microscópica (MPA), que afectan a 200 a 400 personas por millón. El pronóstico es peor durante el primer año tras el diagnóstico, con mayor riesgo de hospitalizaciones por infecciones y mayor mortalidad. Asimismo, la mortalidad en estos pacientes es tres veces mayor respecto de la población general. Hay estudios globales sobre esta enfermedad, pero faltan datos específicos sobre hospitalizaciones y mortalidad en México.

Objetivo: Describir las tendencias de hospitalizaciones y mortalidad atribuidas a vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA en México.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrolectivo. Se analizaron datos de la Dirección General de la Información en Salud (DGIS) sobre hospitalizaciones (2005-2022) y mortalidad (2000-2022) de vasculitis relacionadas con ANCA. Los casos se definieron según la clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE-10) y se utilizaron los códigos M31.3 (GPA) y M31.7 (MPA). Se calcularon las tasas estandarizadas por edad (TEE) con el método directo, por año desde el año 2005 hasta el 2022 para hospitalizaciones y del 2000 al 2022 para defunciones de forma global, por sexo y por región geográfica. Para el análisis de tendencias se empleó el software Joinpoint v.5.2.0 para obtener el cambio porcentual anual (APC) y el cambio porcentual anual promedio (AAPC) junto con sus intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Entre el 2005 y 2022 se registraron 2 804 hospitalizaciones por vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA. Durante el periodo de estudio, los grupos de edad más afectados fueron los de 45 a 55 años (24,9%) y 35 a 44 años (21,1%). Los hombres tuvieron una ligera prevalencia en las hospitalizaciones (50,3%) en comparación con las mujeres (49,7%). La mayoría de las hospitalizaciones se concentró en la región centro. Durante el periodo del 2000 al 2022 se registraron 599 defunciones y, de nueva cuenta, los grupos de edad más afectados fueron los de 45 a 55 años (22,03%) y 35 a 44 años (17,86%). La mortalidad fue más alta en las mujeres que en los hombres (51,3% y 48,7%, respectivamente). La región centro concentró el mayor número de muertes, seguida por la región centro-occidente (**Tabla 1**). Con respecto a las TEE, en las tasas de hospitalizaciones se observó una disminución general durante el periodo de estudio (2005-2022), con un AAPC de -1,45% (IC95%: -15,7, 15,2). En el análisis por segmentos se identificó una disminución significativa entre los años 2010 y 2022 con un APC de -5,1% (IC95%: -9,7, -0,4; p = 0,03). En las tasas de mortalidad en el periodo de estudio (2000-2022) se reconoció un aumento general con un AAPC de 3% (IC95%: -4,6, 11,2). En el análisis por segmentos se observó un incremento de la tendencia entre los años 2008 y 2018 con un APC de 8,83% (IC95%: 2,05, 16,06; p = 0,01).

Tabla 1. Características demográficas de las hospitalizaciones y defunciones por vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA. (CG121)

| Variable | Hospitalizaciones por vasculitis | | Defunciones por vasculitis | |
|-------------------|----------------------------------|-------|----------------------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Global | 2 804 | | 599 | |
| Sexo | | | | |
| Mujeres | 1 394 (49,7) | | 307 (51,3) | |
| Hombres | 1 410 (50,3) | | 292 (48,7) | |
| Región geográfica | | | | |
| Norte | 412 (14,69) | | 122 (20,4) | |
| C-O | 504 (17,97) | | 148 (24,7) | |
| Centro | 1 732 (61,76) | | 286 (47,7) | |
| Sureste | 156 (5,56) | | 43 (7,2) | |

C-O, centro-occidente; ANCA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos.

Conclusiones: Las tendencias de hospitalizaciones y mortalidad de las vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA en México han fluctuado dentro del periodo de estudio; las tendencias de las hospitalizaciones han mostrado una disminución, a diferencia de la mortalidad que ha experimentado un aumento, especialmente desde 2008.

Bibliografía

- Austin K, Janagan S, Wells M, et al. ANCA Associated vasculitis subtypes: Recent insights and future perspectives. *J Inflamm Res*. 2022;15:256782.
- Wallace ZS, Fu X, Harkness T, et al. All-cause and cause-specific mortality in ANCA-associated vasculitis: overall and according to ANCA type. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(9):230815.

CG122**ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ANTICUERPOS PARA ESCLEROSI SISTÉMICA**

N. Ruiz-Gómez, J. Rojas-Serrano, K.L. Chacón-Abril, M. Mejía-Ávila, A. García-Cuellar, V. Lira-Boussart, A. Muñoz-Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: Tiene gran utilidad determinar la prevalencia de hipertensión pulmonar (HP) en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos para esclerosis sistémica.

Objetivo: Calcular la prevalencia de HP, clasificar su tipo y evaluar la supervivencia de los pacientes con alta y baja probabilidad de HP.

Material y métodos: Se analizaron los datos de 51 pacientes de la cohorte del INER. Se evaluaron mediante pruebas clínicas, espirometría (CVF, FEV1, DLCO), caminata de 6 minutos, tomografía de alta resolución (TCAR) y ecocardiograma transtorácico (ECOTT) (Figura 1). Trece pacientes se sometieron a cateterismo cardiaco derecho (CCD). Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y las cuantitativas con media, desviación estándar y mediana. Las comparaciones se efectuaron con las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney y χ^2 .

Resultados: Se identificó a siete pacientes con probabilidad intermedia de HP y 26 con baja probabilidad, que se agruparon en un solo grupo denominado "baja probabilidad de HP". Estos enfermos se compararon con 18 sujetos con alta probabilidad de HP (Tablas 1 a 11). El grupo de alta probabilidad incluyó a más mujeres (55,6%), pero no hubo diferencias significativas en otras variables demográficas. La prevalencia del fenotipo IPAF fue mayor en el grupo de baja probabilidad. La mortalidad en el grupo de alta probabilidad fue del 22,2% (4 fallecidos). Los pacientes con alta probabilidad de HP mostraron más estertores (83,3% vs. 45,5%), disnea más grave y peores resultados en la función pulmonar, con menor CVF% ($p = 0,007$) y mayor afectación vascular (CVF%/DLCO%, $p = 0,031$). Además, la caminata de 6 minutos fue peor ($p = 0,039$) y la fibrosis más grave en el índice Goh ($p = 0,009$). El patrón más común de EPI fue la neumonía intersticial no específica (NINE) en ambos grupos. En laboratorio, el ácido úrico y el BNP fueron más elevados en el grupo de alta probabilidad, relacionados con mayor riesgo de HP. El anticuerpo anti-Pm/ScL 100 fue más común en el grupo de baja probabilidad. Un 72,22% de los pacientes de alta probabilidad de HP se confirmó mediante CCD, 84,6% pertenecía al grupo clínico 3 de HP y 15,5% al grupo 1.

Conclusiones: Los pacientes con alta probabilidad de HP tienen mayor afectación fibrótica y peores resultados funcionales con DLCO < 60 y CVF < 70, lo que eleva el riesgo de H. El cateterismo se indica según sean los factores clínicos como la disnea y el ecocardiograma. Un 72,22% se confirmó con HP, en su mayoría del grupo 3, con una mortalidad del 22%.

Bibliografía

- Sami F, Sami SA, Shillpa A, et al. Ab0858 pulmonary arterial hypertension in systemic sclerosis: a national inpatient analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2023. doi: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.333
- Morrisroe K, Hansen D, Stevens W, et al. Predictors and prognosis of pulmonary hypertension complicating interstitial lung disease in systemic sclerosis. *Rheumatology*. 2024. doi: 10.1093/rheumatology/keae166.

Figura 1. El índice de Rodnan (o *modified Rodnan Skin Score*, mRSS) es una herramienta clínica utilizada para evaluar el grado de engrosamiento cutáneo en pacientes con esclerosis sistémica (esclerodermia). BNP, péptido natriurético; ECOTT, ultrasonido cardíaco transtorácico; DLCO, difusión de monóxido de carbono. (CG122)



Tabla 1. Características basales de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial y comparación de aquellos con alta probabilidad de hipertensión pulmonar (grupo 3) con los de baja probabilidad (grupos 1 y 2) por ultrasonido cardíaco. (CG122)

| Variable | Baja probabilidad n = 33 | Alta probabilidad n = 18 | p |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Sexo | | | |
| • Mujer (%) | 31 (93,9) | 10 (55,6) | 0,001 |
| • Hombre | 2 (6,1) | 8 (44,49) | |
| Edad, med (mín-máx) | 62 (40-86) | 62 (41-78) | 0,96 |
| IMCo, m (DE) | 23,4 (6,02) | 23,8 (3,9) | |
| Tabaquismo, n (%) | 1 (3,0) | 2 (11,1) | 0,19 |
| Exfumadores, n (%) | 8 (24,2) | 2 (11,1) | 0,37 |
| Criterios ACR-EULAR 2013 (%) | 10 (30,3) | 9 (50) | 0,16 |
| Engrosamiento en la piel | 5 (12,5) | 3 (16,7) | 0,88 |
| Edema | 4 (12,1) | 5 (27,8) | 0,17 |
| Esclerodactilia | | | |
| Úlceras digitales | 3 (9,1) | 1 (5,6) | 0,64 |
| Infartos digitales | 2 (6,1) | 0 | 0,17 |
| Telangiectasias | | | |
| Alteraciones en capilaroscopia | 3 (9,1) | 0 | 0,18 |
| Enfermedad pulmonar intersticial | 33 (100) | 18 (100) | NS |
| Síndrome de Raynaud | 9 (27,3) | 8 (44,4) | 0,21 |
| Anticentrómero | 10 (30,3) | 2 (11,1) | 0,10 |
| Antitopoisomerasa | 1 (3,0) | 3 (16,7) | 0,091 |
| Anti-RNA polimerasa | 13 (34,4) | 6 (33,3) | 0,66 |
| Criterios DE IPAF ^a (%) | 26 (68,4) | 10 (55,6) | 0,31 |
| Muerte (%) | 1 (3,03) | 4 (22,2) | 0,03 |
| • Cardiovascular | 0 | 1 (5,6) | |
| • Infecciones | 0 | 1 (5,6) | |
| • Insuficiencia respiratoria | 1 (3,0) | 0 | |
| • Otros | 0 | 1 (5,6) | |

^aÍndice de masa corporal.

^bEnfermedad pulmonar intersticial relacionada con autoinmunidad.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial de pacientes con alta probabilidad en comparación con baja probabilidad de hipertensión pulmonar por ultrasonido cardíaco. (CG122)

| Variable | Baja probabilidad n = 38 | Alta probabilidad n = 18 | p |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Síntomas respiratorios y cardiovasculares (%) | | | |
| Tos | 22 (66,7) | 15 (83,3) | 0,08 |
| Estertores en velcro | 15 (45,5) | 15 (83,3) | 0,002 |
| Expectoración | 14 (42,4) | 7 (38,9) | 0,93 |
| Lipotimia | 3 (9,1) | 3 (16,7) | 0,38 |
| Síncope | 0 | 2 (11,1) | 0,03 |
| Edema | 12 (36,4) | 8 (44,4) | 0,46 |
| Disnea | 25 (75,8) | 17 (94,4) | 0,006 |
| • mMRC0 ^a | 11 (33,3) | 1 (5,6) | 0,003 |
| • mMRC1 | 9 (27,3) | 1 (5,6) | |
| • mMRC2 | 4 (12,1) | 7 (38,9) | |
| • mMRC3 | 9 (27,3) | 6 (33,3) | |
| • mMRC4 | 0 | 2 (11,1) | |
| Síntomas de enfermedades reumáticas (%) | | | |
| Acropaquias | 8 (24,2) | 7 (38,9) | 0,22 |
| Artritis | 10 (30,3) | 2 (11,1) | 0,12 |
| Debilidad muscular proximal | 13 (39,4) | 1 (5,6) | 0,006 |
| Disfagia | 9 (27,3) | 1 (7,7) | 0,19 |
| Edema de manos | 7 (21,1) | 8 (44,4) | 0,85 |
| Efusivo | 9 (27,3) | 2 (11,1) | 0,19 |
| Eritema malar | 3 (7,9) | 2 (11,1) | 0,49 |
| Esclerodactilia | 8 (24,2) | 7 (53,8) | 0,14 |
| Fenómeno de Raynaud | 9 (27,3) | 8 (44,4) | 0,21 |
| Fiebre | 7 (21,2) | 1 (5,6) | 0,12 |
| Fotosensibilidad | 87 (21,2) | 2 (11,1) | 0,39 |
| Lesiones en sal y pimienta | 10 (30,3) | 5 (27,8) | 0,94 |
| Manos de mecánico | 4 (12,1) | 2 (11,1) | 0,97 |
| Neuropatía | 12 (36,4) | 1 (5,6) | 0,01 |
| Pérdida de peso | 13 (39,4) | 8 (44,4) | 0,60 |
| Polartralgias | 18 (54,5) | 8 (44,4) | 0,61 |
| Exantema | 1 (3,0) | 0 | 0,35 |
| Reflujo gastroesofágico | 15 (45,5) | 2 (11,1) | 0,01 |
| Rigidez matutina | 8 (24,2) | 2 (11,1) | 0,27 |
| Signo de Gottron | 2 (6,1) | 0 | 0,35 |
| Telangiectasias | 20 (52,6) | 7 (38,9) | 0,20 |
| Úlcera orales | 5 (15,2) | 3 (16,7) | 0,82 |
| Xeroftalmia | 19 (57,6) | 10 (55,6) | 0,93 |
| Xerostomía | 19 (57,6) | 11 (61,1) | 0,62 |

^amMRC, modified Medical Research Council.

Tabla 3. Características de la fisiología pulmonar de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial con alta y baja probabilidad de hipertensión pulmonar por ultrasonido cardíaco. (CG122)

| Pruebas de fisiología pulmonar, med (mín-máx) | Baja probabilidad n = 33 | Alta probabilidad n = 18 | p |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| FVCL ^a | 2,07 (0,79-4,04) | 1,64 (0,96-4,05) | 0,11 |
| FVC % ^{oo} | 67 (25-125) | 51 (35-81) | 0,007 |
| FEV1 ^{ooo} | 1,67 (0,69-2,96) | 1,32 (0,94-0,26) | 0,12 |
| FEV1% ^a | 71 (28-127) | 60 (38-80) | 0,02 |
| DLCO L ^{aa} | 13,4 (0-26) | 8,1 (3,3-17,8) | 0,09 |
| DLCO % ^{aaa} | 54 (0-115) | 29 (11-80) | 0,24 |
| Caminata de 6 min (m) | 407 (0-510) | 236,5 (0-497) | 0,039 |
| FVC%/DLCO% | 1,22 (0,63-3,5) | 1,8 (0,78-4,36) | 0,031 |

^aFVCL, capacidad vital forzada en litros; ^{oo}FVC%, porcentaje de capacidad vital forzada; ^{ooo}FEV1, volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^aFEV1%, porcentaje de volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^{aa}DLCO, difusión pulmonar de monóxido de carbono en litros; ^{aaa}DLCO%, porcentaje de difusión pulmonar de monóxido de carbono.

Tabla 4. Características de la tomografía de alta resolución (TCAR), índice de Goh y patrones tomográficos de enfermedad pulmonar intersticial (EPID) de los pacientes con esclerosis sistémica con alta y baja probabilidad de hipertensión pulmonar por ultrasonido cardíaco. (CG122)

| Tomografía de alta resolución pulmonar, med (mín-máx) | Baja probabilidad n = 33 | Alta probabilidad n = 18 | p |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Goh total | 78 (22-100) | 70 (30-90) | 0,95 |
| Goh fibrótica | 9,5 (0-43) | 18 (0-60) | 0,009 |
| Goh inflamatoria | 60,68 (10,8-90) | 50,9 (4,6-84) | 0,24 |
| Rel. arteria pulmonar/aorta | 0,98 (0,5-1,29) | 0,95 (0-1,25) | 0,81 |
| Diámetro esofágico, mm | 14,1 (6,6-31,59) | 15,2 (0-30,4) | 0,35 |
| Adenomegalias mediastínicas (%) | 12 (36,4) | 11 (61,1) | 0,12 |
| Dilatación esofágica (%) | 27 (81,8) | 13 (72,2) | 0,43 |
| Patrón de EPID (%) | 33 (100) | 18 (100) | 0,47 |
| • NINE 1 | 25 (75,8) | 16 (88,9) | |
| • NIL 2 | 0 | 0 | |
| • NIU 3 | 5 (15,2) | 1 (5,6) | |
| • NOC 4 | 0 | 0 | |
| • NH 5 | 0 | 0 | |
| • Patrón inespecífico intersticial | 3 (9,1) | 1 (5,6) | |

1, neumonía intersticial no específica; 2, neumonía intersticial linfocitaria; 3, neumonía intersticial usual; 4, neumonía organizada; 5, neumonía por hipersensibilidad.

Tabla 5. Características paraclínicas y estudios de autoinmunidad en pacientes con alta probabilidad y baja probabilidad para hipertensión pulmonar por ultrasonido. (CG122)

| Estudios paraclínicos de laboratorio | Baja probabilidad n = 38 | Alta probabilidad n = 13 | p |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Ácido úrico, DE (mín-máx) | 4,5 (1,1) | 6,8 (1,7-9,8) | 0,007 |
| BNP media | 18,4 (10-198) | 88 (8,6-3345) | 0,029 |
| Factor reumatoide | 106 (5-276) | 10 (8,7) | 0,061 |
| Anti-CCP | 2 (1-27) | 2,5 (1,9-5,8) | 0,79 |
| Multipositividad de panel de esclerosis (%) | 25 (75,8) | 10 (55,6) | 0,75 |
| Anticuerpos de miopatía (%) | 20 (60,3) | 6 (33,3) | 0,32 |
| Anticuerpos antinucleares por IFI ^a | | | |
| Dos patrones de ANA ^o (%) | 12 (36) | 6 (33,6) | 0,39 |
| Sin ANA | 4 (12,1) | 2 (5,6) | |
| Mitocondrial | 0 | 2 (11,1) | |
| Moteado grueso | 2 (6,1) | 7 (38,9) | |
| Homogéneo | 6 (18,2) | 3 (16,7) | |
| Moteado fino | 8 (24,2) | 1 (5,6) | |
| Nucleolar | 1 (3,0) | 0 | |
| Centromérico | 8 (24,2) | 2 (11,1) | |
| Centriolar | 1 (3,0) | 0 | |
| Citoplasmático ribosomal | 2 (6,1) | 0 | |
| Citoplasmático mitocondrial | 1 (3,0) | 0 | |
| Especificidades inmunoblot | | | |
| Anti-Ro 52 (%) | 10 (30,3) | 4 (22,2) | 0,53 |
| Títulos de Ro 52 DE (mín-máx) | 132 (24-215) | 150 (59) NOR | 0,73 |
| Anti-Scl70 | 3 (9,1) | 5 (27,8) | 0,06 |
| Títulos de Scl70 | 152 (120-170) | 16 (0-355) | 0,11 |
| Anti-Pm/Scl75 | 2 (6,1) | 2 (11,1) | 0,53 |
| Títulos Pm/Scl75 | 13 (2,8) | 16 (11-18) | 0,40 |
| Anti-Pm/Scl100 | 4 (12,1) | 0 | 0,05 |
| Títulos Pm/Scl100 | 34 (8-66) | 0 | NS |
| Anticentrómero A | 9 (27,3) | 1 (5,6) | 0,43 |
| Títulos anticentrómero A | 177 (35-235) | 210 (209-211) | 0,64 |
| Anticentrómero B | 7 (21,2) | 1 (5,6) | 0,69 |
| Títulos anticentrómero B | 161 (0-232) | 213 (36-217) | 0,77 |
| Anti-RNA pol 11 | 11 (33,3) | 3 (16,7) | 0,19 |
| Títulos RNA pol 11 | 23 (9-74) | 16 (16-71) | 0,88 |
| Anti-RNA pol 155 | 14 (42,4) | 5 (27,5) | 0,29 |
| Títulos RNA pol 155 | 20 (9-110) | 26 (14-214) | 0,38 |
| Antifibrilarina | 6 (18,2) | 5 (27,8) | 0,43 |
| Títulos fibrilarina | 10,5 (8-209) | 20 (8-56) | 0,24 |
| Anti-NoR 90 | 6 (18,2) | 2 (11,1) | 0,41 |
| Títulos NoR90 | 62 (9-231) | 16 (10-24) | 0,26 |
| Anti-Th/To | 9 (27,3) | 5 (27,8) | 0,96 |
| Títulos Th/To | 14 (8-22) | 15 (0-29) | 0,60 |

IFI^a, inmunofluorescencia; ANA^o, anticuerpos antinucleares.

Tabla 6. Clasificación clínica por cateterismo cardiaco en pacientes con alta y baja probabilidad para hipertensión pulmonar por ultrasonido. (CG122)

| Laboratorio de hemodinamia (%) | Baja probabilidad n = 33 | Alta probabilidad n = 18 | P |
|--|--------------------------|--------------------------|---------|
| Hipertensión diagnosticada por cateterismo (%) | | | |
| • Grupo 0 | 1 (3,03) | 13 (72,22) | < 0,001 |
| • Grupo 1 | 1 (3,0) | 0 | 0,079 |
| • Grupo 2 | 0 | 2 (15,4) | |
| • Grupo 3 | 0 | 0 | |
| • Grupo 4 | 0 | 11 (84,6) | |
| • Grupo 5 | 0 | 0 | |
| | | | |

Toda la población de los 51 pacientes.

Tabla 7. Características basales de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos de esclerosis sistémica. (CG122)

| Variable | n = 51 |
|--|-----------------|
| Sexo | |
| • Mujer, n (%) | 41 (80,4) |
| • Hombre | 10 (19,6) |
| Edad, med (mín, máx) | 62 (40-86) |
| IMC | 23,4 (2,3-36,8) |
| Tabaquismo (%) | 3 (5,9) |
| Exfumadores | 10 (19,6) |
| Criterios ACR-EULAR 2013 (%) | 19 (37,3) |
| • Engrosamiento de la piel | 8 (15,7) |
| • Edema | 9 (17,6) |
| • Esclerodactilia | 16 (31,4) |
| • Úlceras digitales | 4 (7,8) |
| • Infartos digitales | 2 (3,9) |
| • Telangiectasias | 26 (51) |
| • Alteraciones en capilaroscopia | 3 (5,9) |
| • Enfermedad pulmonar intersticial | 51 (100) |
| • Síndrome de Raynaud | 17 (33,3) |
| • Anticentrómero | 12 (23,5) |
| • Antitopoisomerasa | 4 (7,8) |
| • Anti-RNA polimerasa | 19 (37,3) |
| Neumopatía intersticial de origen autoinmunitario (IPAF) (%) | 33 (64,7) |
| Muerte (%) | 5 (10,64) |
| • Cardiovascular | 1 (2,13) |
| • Infecciones | 2 (4,26) |
| • Insuficiencia respiratoria | 1 (2,13) |
| • Otros | 1 (2,13) |

Tabla 8. Características clínicas de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos de esclerosis sistémica. (CG122)

| Variables clínicas | n = 51 (%) |
|---|------------|
| Síntomas respiratorios y cardiovasculares (%) | |
| Tos | 37 (74) |
| Estertores en velcro | 30 (60) |
| Expectoración | 21 (42) |
| Lipotimia | 6 (12) |
| Síncope | 2 (4) |
| Edema | 20 (40) |
| Disnea | 42 (84) |
| • mMRC0 | 12 (24) |
| • mMRC1 | 10 (20) |
| • mMRC2 | 11 (22) |
| • mMRC3 | 15 (30) |
| • mMRC4 | 2 (4) |
| Síntomas de enfermedad reumática (%) | |
| Acropaquias | 15 (30) |
| Artritis | 12 (24) |
| Debilidad muscular proximal | 14 (28) |
| Disfagia | 11 (22) |
| Edema de manos | 11 (22) |
| Efluvio | 11 (22) |
| Eritema malar | 4 (8) |

| | |
|-------------------------|----------|
| Esclerodactilia | 16 (31) |
| Fenómeno de Raynaud | 17 (33) |
| Fiebre | 8 (16,3) |
| Fotosensibilidad | 9 (18) |
| Gottron | 1 (2) |
| Manos de mecánico | 6 (12) |
| Neuropatía | 13 (26) |
| Pérdida de peso | 21 (42) |
| Poliartralgias | 26 (52) |
| Exantema | 1 (2) |
| Reflujo gastroesofágico | 17 (34) |
| Rigidez matutina | 10 (20) |
| Sal y pimienta | 15 (30) |
| Telangiectasias | 26 (51) |
| Úlceras orales | 8 (16) |
| Xeroftalmia | 29 (58) |
| Xerostomía | 30 (60) |

mMRC, modified Medical Research Council (escala modificada de disnea).

Tabla 9. Características de fisiología pulmonar y tomografía de alta resolución pulmonar de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial. (CG122)

| Variables funcionales y anatómicas por tomografía de alta resolución pulmonar | n = 51 (%) |
|---|------------------|
| Pruebas de función pulmonar y caminata de 6 minutos | |
| FVCL ^o , med (mín-máx) | 1,95 (0,79-4,05) |
| FVC % ^{oo} | 62 (25-125) |
| FEV1L ^{ooo} | 1,49 (0,69-3,26) |
| FEV1% ^a | 65 (28-127) |
| DLCO L ^{aa} | 12,5 (0-126) |
| DLCO% ^{aaa} | 35,5 (0-115) |
| Caminata de 6 min (m) | 367 (0-510) |
| FVC%/DLCO% | 1,30 (0,6-4,3) |
| Tomografía de alta resolución pulmonar (TCAR) | |
| Goh total, med (mín-máx) | 76 (22-100) |
| Goh fibrótica | 12,8 (0-60) |
| Goh inflamatoria | 59,4 (4,6-90) |
| Rel. arteria pulmonar/aorta | 0,97 (0-1,29) |
| Diámetro esofágico | 14,59 (0-31,5) |
| Dilatación esofágica (%) | 40 (78,4) |
| Adenomegalias mediastínicas (%) | 23 (45,1) |

| | |
|---|-----------|
| Patrón de enfermedad pulmonar intersticial (EPID) | |
| • NINE1 (%) | 41 (80,4) |
| • NIL2 | 0 |
| • NIU3 | 6 (11,8) |
| • NOC4 | 0 |
| • NH5 | 0 |
| • Patrón indeterminado | 4 (7,8) |

^oFVCL, capacidad vital forzada en litros; ^{oo}FVC%, porcentaje de capacidad vital forzada; ^{ooo}FEV1, volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^aFEV1%, porcentaje de volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^{aa}DLCOL, difusión pulmonar de monóxido de carbono en litros; ^{aaa}DLCO%, porcentaje de difusión pulmonar de monóxido de carbono; 1, neumonía intersticial no específica; 2, neumonía intersticial linfoides; 3, neumonía intersticial usual; 4, neumonía organizada; 5, neumonía por hipersensibilidad.

Tabla 10. Características paraclínicas y de laboratorio de autoinmunidad de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial. (CG122)

| Variables de laboratorio y autoinmunidad | n = 51 |
|---|---------------|
| Ácido úrico (%) | 4,8 (1,7-9,8) |
| BNP (péptido natriurético tipo B) | 25 (8,6-3345) |
| Factor reumatoide, med (mín-máx) | 10 (1-276) |
| Anti-CCP (anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado), med (mín-máx) | 2,5 (1-27) |
| Multipositividad del panel de esclerosis | 35 (74,5) |

| Anticuerpos de miopatía | 26 (66,7) |
|--|--------------|
| Patrones anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia (%) | |
| Sin ANA | 6 (11,8) |
| Mitocondrial | 1 (2) |
| Moteado grueso | 4 (7,8) |
| Homogéneo | 13 (25,5) |
| Moteado fino | 11 (21,6) |
| Nucleolar | 2 (3,9) |
| Centromérico | 10 (19,6) |
| Centriolar | 1 (2) |
| Citoplasmático ribosomal | 2 (3,9) |
| Citoplasmático mitocondrial | 1 (2) |
| Especificidades <i>inmunoblot</i> | |
| Anti-Ro 52 (%) | 4 (27,5) |
| Títulos de Ro 52 (DE) | 132 (24-215) |
| Anti-Scl70 | 8 (15,7) |
| Títulos de Scl70 | 17,5 (0-355) |
| Anti-Pm/Scl75 | 4 (7,8) |
| Títulos Pm/Scl75 | 15 (11-18) |
| Anti-Pm/Scl100 | 4 (7,8) |
| Títulos Pm/Scl100 | 34 (8-66) |
| Anticentrómero A | 10 (19,6) |
| Títulos anticentrómero A | 194 (35-235) |
| Anticentrómero B | 10 (19,6) |
| Títulos anticentrómero B | 165 (0-232) |
| Anti-RNA pol 11 | 14 (27,5) |
| Título RNA pol 11 | 20 (9-74) |
| Anti-RNA pol 155 | 19 (37,3) |
| Título RNA pol 155 | 23 (9-214) |
| Antifibrilarina | 11 (21,6) |
| Título fibrilarina | 12,5 (8-209) |
| Anti-NoR 90 | 8 (15,7) |
| Título NoR 90 | 24 (9-231) |
| Anti-Th/To | 14 (27,5) |
| Título Th/To | 14,5 (0-29) |

Tabla 11. Clasificación clínica por cateterismo cardíaco en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos de esclerosis sistémica. (CG122)

| Variables cardiovasculares | n = 51 (%) |
|----------------------------|------------------------|
| Ultrasonido cardíaco | |
| • Baja probabilidad (%) | 26 (51) |
| • Probabilidad intermedia | 7 (13,7) |
| • Probabilidad alta | 18 (35,3) |
| Cateterismo cardíaco | 14 (27,4) ^a |
| • Grupo 0 | 1 (2,0) |
| • Grupo 1 | 2 (3,9) |
| • Grupo 2 | 0 |
| • Grupo 3 | 11 (78,6) |
| • Grupo 4 | 0 |
| • Grupo 5 | 0 |

CG123

CALIDAD DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

E.S. Sánchez-Peralta, M.I. Alarcón-Jarquín, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La calidad de vida se ha convertido en un aspecto crucial para evaluar el estado general de los pacientes y su efecto en la evolución de las enfermedades reumatólogicas, así como en el apego al tratamiento. En pacientes con estas enfermedades suele existir una relación entre la evolución de su enfermedad y el deterioro de la calidad de vida, lo que afecta de modo negativo el estado de ánimo y la adherencia al tratamiento. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida y su efecto en la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades reumatólogicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años de la consulta externa de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González, con diagnóstico de enfermedad reumatólogica. No se incluyó a los pacientes no dispuestos a participar. La calidad de vida se evaluó con una escala validada al español (5Q-5D-3L) que evalúa cinco dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor/molestia, y ansiedad/depresión), cada una con tres niveles (sin problemas, algunos problemas y problemas extremos), y una escala visual análoga para evaluar el estado general de salud percibido (EQ-5D-3L-VAS). La adherencia al tratamiento se evaluó con el cuestionario de Morisky-Green, tras considerar buena adherencia una puntuación ≤ 3 y nula adherencia < 3 puntos. En la estadística descriptiva se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (media/mediana) y de dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico). Para evaluar la relación entre calidad de vida y la adherencia se utilizó la prueba ji cuadrada y se consideró un valor de p < 0,05 como estadísticamente significativo. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 29.

Resultados: Se evaluó a un total de 47 pacientes, con 44 (93,61%) mujeres y 3 (6,38%) hombres que acudieron a la consulta del Hospital Universitario José Eleuterio González en el periodo de agosto a septiembre del 2024. La edad media fue de 58 (47-65) años. Las enfermedades más diagnosticadas fueron artritis reumatoide (41,5%), lupus eritematoso sistémico (20,8%), fibromialgia (13,2%) y síndrome de Sjögren (13,2%). En el grupo con buena adherencia se incluyó a 27 pacientes (57,4%), la mayoría sin problemas en las dimensiones de movilidad (74,1%), autocuidado (96,3%) y actividades cotidianas (70,4%). En contraste, el grupo con baja adherencia, que incluyó a 20 (42,5%) sujetos, registró un mayor porcentaje de individuos con problemas moderados/graves en cuatro de las cinco dimensiones, con diferencias significativas en movilidad (p = 0,043), autocuidado (p = 0,032) y actividades cotidianas (p = 0,016) (Tabla 1). La escala visual análoga mostró una mejor calidad de vida en los pacientes con mayor adherencia (Figura 1).

Tabla 1. Calidad de vida y adherencia a los medicamentos indicados. (CG123)

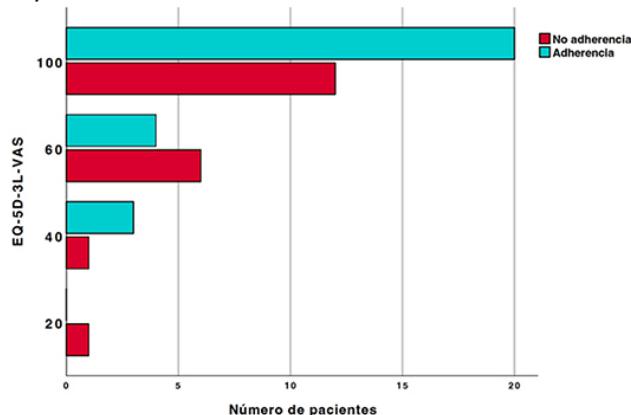
| | Adherencia (n = 27) | Sin adherencia (n = 20) | Valor p |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| Movilidad, n (%) | | | |
| Sin problemas | 20 (74,1) | 9 (45) | 0,043^a |
| Problemas moderados/graves | 7 (25,9) | 11 (55) | |
| Autocuidado, n (%) | | | |
| Sin problemas | 26 (96,3) | 14 (70) | 0,032^b |
| Problemas moderados/graves | 1 (3,7) | 6 (30) | |
| Actividades cotidianas, n (%) | | | |
| Sin problemas | 19 (70,4) | 7 (35) | 0,016^a |
| Problemas moderados/graves | 8 (29,6) | 13 (65) | |
| Dolor, n (%) | | | |
| Sin problemas | 11 (40,7) | 5 (25) | 0,260 ^a |
| Problemas moderados/graves | 16 (59,3) | 15 (75) | |
| Ansiedad/depresión, n (%) | | | |
| Sin problemas | 13 (48,1) | 5 (25) | 0,107 ^a |
| Problemas moderados/graves | 14 (51,9) | 15 (75) | |

^aJi cuadrada de Pearson.

^bPrueba exacta de Fisher.

Conclusiones: En este estudio, una peor calidad de vida se vinculó con baja adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumatólogicas, en particular en las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas. Lograr el control de la enfermedad con una buena adherencia al tratamiento es vital para preservar la calidad de vida de los enfermos. Sin embargo, hay que considerar otros factores determinantes, como los factores psicológicos, socioculturales y económicos de esta población.

Figura 1. Resultados de 5Q-5D-3L-VAS, que evalúa la calidad de vida percibida por los pacientes; se estratificó por grupos de adherencia y no adherencia y se identificó una mejor calidad de vida en los pacientes con mayor adherencia. (CG123)



Bibliografía

1. Zimmerman-Cortney T, Garland BH, Enzler CJ, et al. The roles of quality of life and family and peer support in feelings about transition to adult care in adolescents with gastroenterology, renal, and rheumatology diseases. *J Pediatr Nurs.* 2022 Jan;62:1939.
2. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit.* 2015 Nov;29(6):4013.

CG124

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

M.F. Ramírez-Flores¹, A. Hernández-Garduño², R. Quintana³, Y. Fuentes-Silva⁴, T. Cano-Gámez⁵, L. Ferreyra⁶, M.F. Ceballos-Recalde⁶, A. Gastelum-Strozz⁷, B. Pons-Estel⁸, G. Pons-Estel⁹, I. Peláez-Ballestas⁷

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Programa de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), ⁽²⁾AHS Health Consulting, ⁽³⁾Universidad de Oriente, Departamento de Medicina, Cumaná, Venezuela, ⁽⁴⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽⁵⁾Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, ⁽⁶⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, UNAM, ⁽⁷⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁸⁾Centro Regional de Enfermedades Autoinmunes y Reumáticas (GO-CREAR), Grupo Oronó, Rosario, Argentina,

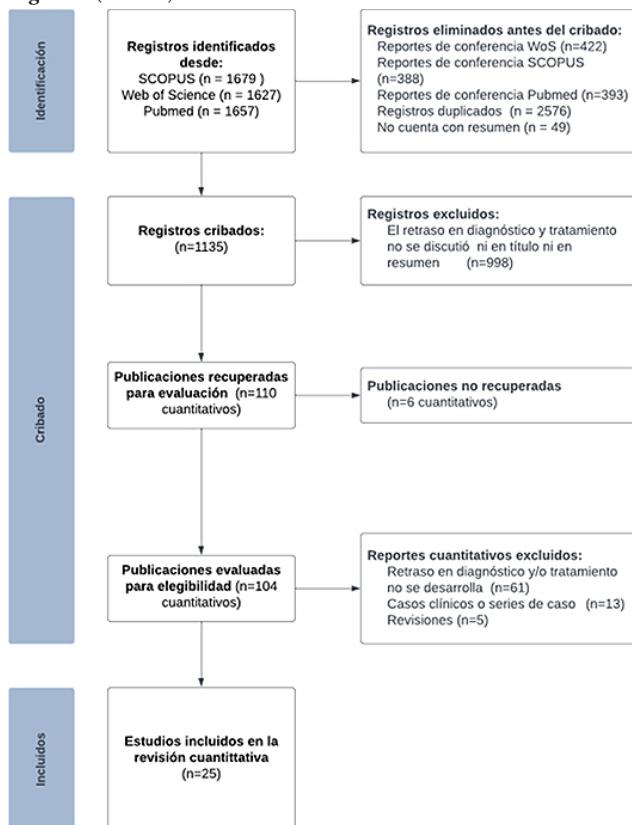
Introducción: El diagnóstico y tratamiento oportuno del lupus eritematoso sistémico (LES) es un desafío en la actualidad. No existe un consenso en la definición del retraso.

Objetivo: Identificar el proceso de búsqueda de atención y el concepto de retraso en el diagnóstico y tratamiento de LES, así como las barreras y facilitadores relacionados, a través de una revisión sistemática de estudios cuantitativos.

Material y métodos: Se realizaron búsquedas electrónicas sobre estudios publicados hasta el 15 de julio del 2023 en Scopus, PubMed y Web of Science. Los criterios de inclusión fueron: estudios en pacientes adultos con LES que determinaran el retraso en el diagnóstico y el tratamiento y las barreras y facilitadores relacionados. Las fases fueron: a) consenso por ocho reumatólogos expertos para establecer un algoritmo de búsqueda avanzado en el título, resumen y palabras clave; b) títulos y resúmenes seleccionados por pares; c) revisión en texto completo y síntesis de la información en un formato de Excel prediseñado; 4) evaluación de la calidad de los artículos con una lista de verificación para estudios analíticos transversales del JBI con una puntuación máxima de 8.

Resultados: La **Figura 1** muestra el algoritmo PRISMA. Se incluyó un total de 25 estudios con una calidad promedio de 6,36. El promedio/

Figura 1. (CG124)



mediana del tiempo al diagnóstico se notificó en 16 artículos y pudo determinarse en otros tres. Seis artículos mostraron una definición del retraso diagnóstico en LES. El retraso promedio calculado para el diagnóstico fue de 29 meses (19 estudios) y el retraso en el tratamiento de 2,09 meses (dos estudios). El retraso diagnóstico en mujeres fue de 43 meses y en hombres de 29 meses (cinco estudios). En las personas con inicio temprano de los síntomas (diagnóstico antes de 50 años) el tiempo promedio de retraso fue de 15,4 meses y en los de inicio tardío (diagnóstico después de los 50 años) fue de 16,7 meses (tres estudios). Las personas con etnicidad afroamericana registraron un menor retraso gracias a la concientización de la enfermedad y manifestaciones clínicas graves; los sujetos caucásicos y de etnicidad mixta señalaron un retraso mayor. Los individuos con nefritis lúpica se diagnostican antes debido a presentaciones más graves y el retraso fue mayor en pacientes con síntomas neuropsiquiátricos, presentaciones concomitantes musculoesqueléticas/cardiorrespiratorias o mucocutáneas/hematológicas. El retraso diagnóstico y terapéutico se relaciona con mayor acumulación de daño orgánico, actividad de la enfermedad, brotes, hospitalizaciones, costos, utilización de recursos, mortalidad y menor calidad de vida. Las barreras identificadas para un diagnóstico oportuno son el número de médicos consultados antes del diagnóstico de LES, error diagnóstico, falta de acceso o referencia oportuna a un especialista; falta de conocimiento de la enfermedad tanto por el paciente como por el personal médico; contextos rurales y altos costos derivados de la atención médica.

Conclusiones: No existe una definición consensuada del retraso diagnóstico o terapéutico en pacientes con LES, así como un método uniforme para calcularlo. La variabilidad de contextos, pacientes, métodos y tipos de análisis complica la unificación de los resultados y su extrapolación a las diversas poblaciones de pacientes con LES en todo el mundo. El concepto de retraso en el diagnóstico y el tratamiento en el LES y las barreras de atención son un problema en reumatología que implica un consenso de la especialidad y el diseño de estrategias dentro del sistema de salud para atenuar dicho retraso.

Bibliografía

1. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, *et al.* Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

CG125**CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA**

C. Isnardi¹, P. De Abreu², V. Rivera-Terán³, J. Torres-Ruiz³, I. Colunga-Pedraza⁴, D. Vega-Morales⁵, E. Catay¹, G. Citera¹, P. Louzada⁶, G. Castelar⁷, A. Amarilla², V. Valinotti², C. Brunego⁶, D. Cordovilla², I. Laurindo⁶

⁽¹⁾Sociedad Argentina de Reumatología, ⁽²⁾Sociedad Uruguaya de Reumatología, ⁽³⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽⁴⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁵⁾Clínica 17 IMSS, ⁽⁶⁾Sociedad Brasileña de Reumatología, ⁽⁷⁾Sociedad Paraguaya de Reumatología

Introducción: La infección por dengue en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) en Latinoamérica representa un desafío significativo debido a la interacción entre la inflamación crónica y la respuesta inmunitaria alterada en estos individuos. Hoy en día existe escasa evidencia acerca de las características y evolución de la infección en esta población particular.

Objetivo: Establecer las características de la infección por dengue en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA-MÉRICA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis se incluyó a pacientes con ER que refirieron al menos un episodio de dengue. Se consideró grave aquel que produjera la muerte, pusiera en peligro la vida, requiriera hospitalización o la prolongara y produjera discapacidad persistente o considerable o malformaciones congénitas. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se integraron 75 casos de dengue en 69 pacientes con ER de los registros BIOBADA y todos ellos ocurrieron antes de que la vacuna estuviera disponible. Los pacientes eran mujeres (73,9%) en su mayor parte, con una edad mediana al momento de la infección de 47,0 años (Q1, Q3 41,0; 58,0). El 76,8% tenía artritis reumatoidea, el 15,9% espondiloartritis axial y el 7,3% artritis psoriásica, con un tiempo de evolución de la enfermedad mediana de 10,0 años (Q1, Q3 6,00; 19,0). Al diagnóstico de dengue, dos pacientes recibían tan solo fármacos convencionales, mientras que en 77,3% se administraban inhibidores de TNF, en 12,0% tocilizumab, en 4% abatacept, en 2,7% rituximab y en 1,3% tofacitinib. El 66,2% consumía metotrexato y cerca de la mitad (53,7%) corticoides, con una dosis mediana de 10,0 mg/día de prednisona (Q1, Q3 5,0; 10,0). De los 75 episodios, 7 (9,3%) se consideraron graves. Ninguno fue letal. Dos (2,7%) pacientes se recuperaron con secuelas. Los síntomas notificados con más frecuencia fueron fiebre, artralgias y manifestaciones gastrointestinales. De los seis pacientes que señalaron dos episodios, solo uno experimentó un segundo de gravedad considerable (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y de tratamiento. (CG125)

| | Pacientes (n = 69) |
|---|--------------------|
| Sexo femenino, n (%) | 51 (73,9) |
| Edad, mediana (RIC) | 47,0 (41,0; 58,0) |
| Tiempo de evolución de la enfermedad, mediana (RIC) | 10,0 (6,00; 19,0) |
| Enfermedad reumática, n (%) | |
| Artritis reumatoidea | 53 (76,8) |
| Espondiloartritis axial | 11 (15,9) |
| Artritis psoriásica | 5 (7,25) |
| | Episodios (n = 75) |
| Solo fármacos convencionales, n (%) | 2 (2,7) |
| Glucocorticoides, n (%) | 38 (52,8) |

| Dosis (mg/día), mediana (RIC) | 10,0 (5,0; 10,0) |
|-------------------------------|------------------|
| Metotrexato, n (%) | 49 (66,2) |
| Leflunomida, n (%) | 33 (45,2) |
| Hidroxicloroquina, n (%) | 18 (24,7) |
| Sulfasalazina, n (%) | 4 (5,5) |
| Azatioprina, n (%) | 1 (1,4) |
| Ciclosporina, n (%) | 1 (1,4) |
| Adalimumab, n (%) | 28 (37,3) |
| Etanercept, n (%) | 21 (28,0) |
| Tocilizumab, n (%) | 9 (12,0) |
| Infliximab, n (%) | 7 (9,3) |
| Abatacept, n (%) | 3 (4,0) |
| Certolizumab pegol, n (%) | 2 (2,7) |
| Rituximab, n (%) | 2 (2,7) |
| Tofacitinib, n (%) | 1 (1,4) |

Conclusiones: En este registro internacional, los casos informados de dengue fueron en su mayoría leves y ninguno provocó la muerte. En un contexto de alta circulación de este virus en el plano regional se requiere mayor estudio en pacientes con ER y establecer el tratamiento apropiado en estos casos.

Bibliografía

1. Chen YW, *et al.* Association between a history of dengue fever and the risk of systemic autoimmune rheumatic diseases: a nationwide, population-based case-control study. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Nov 3;8:738291.

CG126**CAMBIOS PORCENTUALES DE T-SCORE DOS AÑOS POSTERIORES AL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO**

C. Carvajal-Kottmann

Hospital Español de México

Introducción: La osteoporosis es efecto de un desequilibrio entre la resorción y la formación del hueso que ocasiona pérdida de masa y resistencia ósea, lo que provoca mayor morbilidad por alto riesgo de fracturas. El denosumab es un anticuerpo monoclonal humano dirigido a RANKL que inactiva al receptor RANK en los osteoclastos, lo cual previene la resorción ósea. En México no se han analizado los cambios densitométricos de pacientes tratados con denosumab.

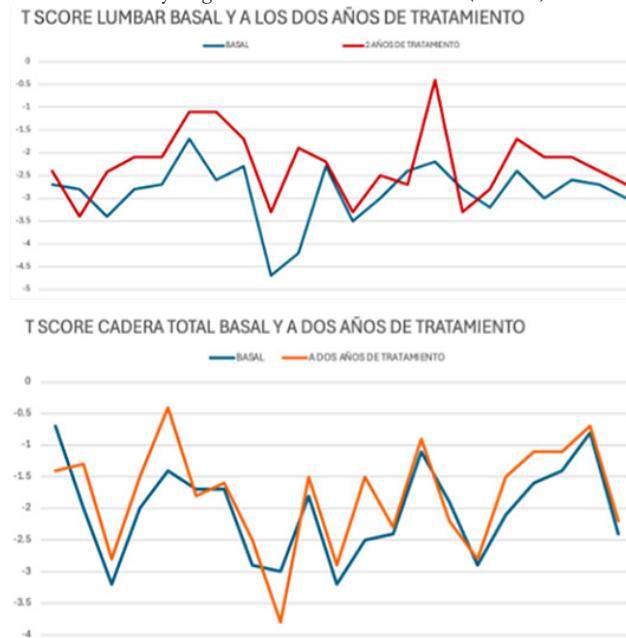
Objetivo: Evaluar el efecto del denosumab en la densidad mineral ósea de pacientes con osteoporosis del Hospital Español de México.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo a uno y dos años. Se incluyó a 75 pacientes de 51 a 95 años. Se analizó la densitometría ósea basal y luego de uno y dos años del tratamiento con denosumab. Se compararon los resultados tanto de la región lumbar total como de la cadera total.

Resultados: Se incluyó a 71 (94,7%) mujeres y 4 (5,3%) hombres de 51 a 95 años, con una media de 77 años. Se documentaron las fracturas anteriores al tratamiento con denosumab; 8 (10,7%) pacientes refirieron fracturas vertebrales, 13 (17,3%) no vertebrales y 5 (6,7%) fracturas de cadera. La media de la calificación T de la columna lumbar basal fue de -2,61 y la de cadera basal de -2,1. Se comparó el resultado de la calificación T lumbar basal con el resultado un año después, con una $p < 0,001$, y la calificación T lumbar al año y los dos años, con una $p = 0,003$; asimismo, se contrastó el resultado de la calificación T de cadera total basal con el de cadera total al año, con $p = 0,347$, y la calificación T de cadera total basal y a los dos años, con $p = 0,029$. Se evaluó el tamaño del efecto con un resultado de 0,801 en la diferencia de la calificación T lumbar basal y al año de tratamiento, y de 0,865 de la calificación T lumbar basal en comparación con la lumbar a los dos años, lo que traduce un tamaño grande de efecto en la densidad ósea de la región lumbar en todos los escenarios (Figura 1). Se calculó el porcentaje de diferencia entre los valores; en la calificación T

lumbar basal y al año de tratamiento se observó una mejoría del 14,5% de aumento de la densitometría ósea, y del valor basal de la densitometría ósea a los dos años de tratamiento del 20,8%. El porcentaje de diferencia en cadera total fue del 8,1% del nivel basal al año de tratamiento y del nivel basal a los dos años de tratamiento del 9,96%. No se registraron nuevas fracturas en ningún sitio de los pacientes incluidos en el estudio ni efectos adversos por el fármaco.

Figura 1. Comparación de la calificación T al año y los dos años de tratamiento. En la gráfica superior se representan los cambios lumbaras basales y tras dos años de tratamiento. En la inferior se expresan los cambios en la cadera total basal y luego de dos años de tratamiento. (CG126)



Conclusiones: La osteoporosis es una alteración cuya incidencia se ha incrementado en este país. Después de este estudio puede asegurarse que el denosumab es un tratamiento eficaz para pacientes con osteoporosis primaria, con mayores beneficios y mejores resultados en la región lumbar, además de que se identificaron también resultados positivos en la cadera. Este tratamiento reduce de forma notoria el riesgo de fracturas en la población general, lo que disminuye la morbilidad.

Bibliografía

1. Kendler DL, Cosman F, Stad RK, et al. Denosumab in the treatment of osteoporosis: 10 years later: a narrative review. *Adv Ther* [Internet]. 2022;39(1):58-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-021-01936-y>.
2. Highlights of prescribing information. Prolia safely and effectively. 2022. Amgen.com. [citado el 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.pi.amgen.com/-/media/Project/Amgen/Repository/pi-amgen-com/prolia/prolia_pi.ashx.

CG127

FACTOR REUMATOIDE ELEVADO Y SU CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CIUDAD OBREGÓN, SONORA

I. Gámez-Saiz¹, E.E. Guajardo-Aguilar¹, M.B. Bernal-Enríquez², G. Manuel-Antonio¹, J.T. Guzmán-Barreras¹, C. Rodríguez-Artigas¹, K.G. Rosas-Navarro¹, P.S. López-Ocampo¹, H.E. Rivera-Hernández¹, L.C. Ruiz-Figueroa¹, E. Sánchez-Zazueta¹, G.M. Olivas-Fabela¹

⁽¹⁾Unidad Médica de Alta Especialidad Núm. 2, ⁽²⁾Hospital General Regional Núm. 1 de Ciudad Obregón, Sonora

Introducción: En condiciones normales, los anticuerpos contra el factor reumatoide se relacionan con la artritis reumatoide, pero también con pacientes con múltiples enfermedades.

Objetivo: Determinar la correlación diagnóstica entre el factor reumatoide > 16 UI/mL y las enfermedades autoinmunitaria, neoplásica, infecciosa o de otro origen, en los pacientes atendidos en Ciudad Obregón, Sonora, en el periodo de junio de 2023 a junio de 2024.

Material y métodos: Es un estudio observacional, analítico, ambispectivo y transversal. Se realizó el análisis descriptivo de las variables numéricas mediante frecuencias y porcentajes. Las variables de medición fueron edad, sexo y valores séricos del factor reumatoide, entre otras. El análisis inferencial se efectuó a través de la prueba de correlación de Pearson. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 27,0 y se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. En cuanto a la factibilidad y los aspectos éticos, se trata de un estudio factible y realizable, con nulo costo financiero, y aspecto ético de riesgo mínimo.

Resultados: El valor promedio del factor reumatoide fue de 71,50 ± 49,99 UI/mL. De los 114 casos válidos, 107 tuvieron un factor reumatoide > 16 UI/mL y la mayoría sufria enfermedades de origen autoinmunitario. La correlación con la conclusión diagnóstica fue débil y no significativa ($p > 0,05$). Véanse la **Figura 1** y la **Tabla 1**.

Conclusiones: La sensibilidad y especificidad del factor reumatoide para el diagnóstico de enfermedades autoinmunitarias poseen valores bajos, por lo que el factor reumatoide no resulta una de las mejores pruebas diagnósticas aun con la sospecha de la enfermedad. Es necesario realizar nuevos estudios para identificar datos pronósticos aplicables en diversos grupos de población con enfermedades autoinmunitarias en México.

Figura 1. Diagrama de caja que muestra las diferentes conclusiones diagnósticas con los valores elevados del factor reumatoide (en las enfermedades autoinmunitarias se encuentran más incrementados). El valor mayor corresponde a la categoría de otro origen (síndrome nefrótico por nefropatía membranosa). (CG127)

Distribución por valor de factor reumatoide por conclusión diagnóstica.

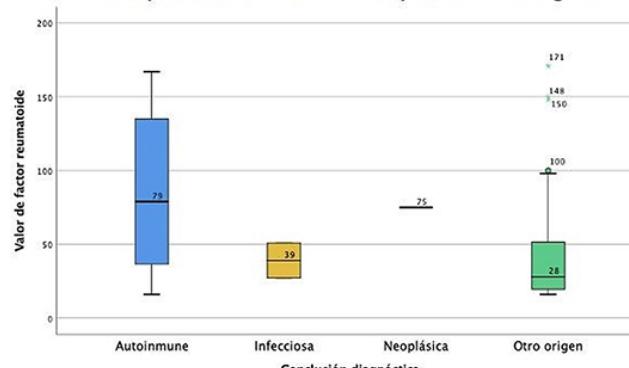


Tabla 1. Pruebas de ji cuadrada. (CG127)

| | Valor | DF | Significación asintótica (bilateral) |
|----------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Ji cuadrada de Pearson | 1,353 ^a | 3 | 0,717 |
| Razón de verosimilitud | 1,671 | 3 | 0,643 |
| Relación lineal por lineal | 1,175 | 1 | 0,278 |
| Número de casos válidos | 114 | | |

^aLa tabla muestra las pruebas estadísticas utilizadas para expresar la correlación entre el factor reumatoide elevado y otras enfermedades. Se puede observar la correlación nula, lo que da lugar a dos variables completamente independientes, con la posible elevación sérica del factor reumatoide, y presencia o ausencia de la enfermedad de interés, o viceversa.

Bibliografía

1. MedScape. Rheumatoid factor. EUA. Tyler-Street D (2023, mayo 19). Consultado el 23 de Mayo del 2023. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/rheumatoid-factor/about/pac-20384800>.

2. Firestein G, Budd R, Gabriel S, *et al.* Etiología y patogenia. Artritis reumatoide. Firestein y Kelley. Tratado de reumatología, 11a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2022:1181-1306.
3. Ingeginoli F, Castelli R, Gualtierotti R. Rheumatoid factors: clinical applications. Dis Markers. 2013;35(6):727-734.
4. Wilson F, Harrison T. Principios de medicina Interna. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2018.
5. INEGI. Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2021. ("Características de las defunciones registradas en México") (en línea). México: INEGI; (Actualizado 24 de enero 2022), Consultado el 8 Mayo del 2023. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>.
6. Palmezano J, Figueiroa C, Rodríguez A. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. Revista de Medicina Interna de México. 2018;34;(4):522-535.
7. Stevenson D, Harris A, Neal K. The presence of rheumatoid factor in sera from anti-HCV positive blood donors interferes with the detection of HCV-specific IgM. Trent HCV Study Group. Journal of Hepatology. 1996;25(5):621-626.

CG128

VÍAS MOLECULARES ALTERADAS EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE HIPERMOVILIDAD

C.V. Elizondo-Solís, O. Ilizaliturri-Guerra, K. Silva-Luna, A.C. Arana-Guajardo, N.E. Rubio-Pérez, L.I. Lozano-Plata, M.R. García-Pompermayer, M.A. Garza-Elizondo

Centro Médico Zambrano Hellion

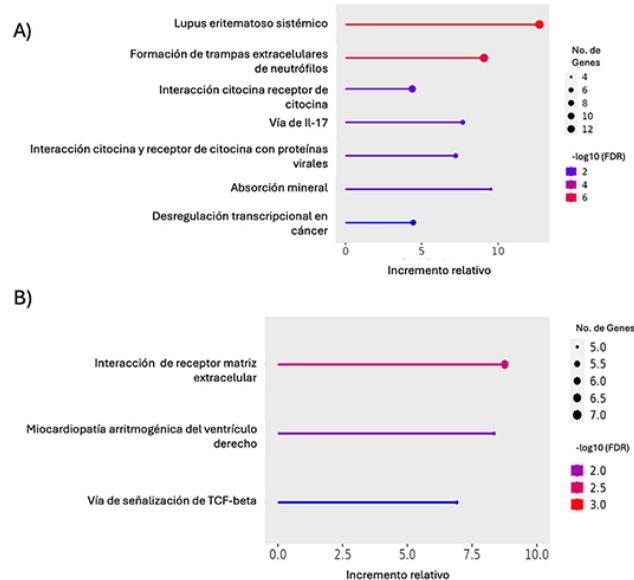
Introducción: Los trastornos del espectro de hipermovilidad (TEH) son anomalías clínicas caracterizadas por una hipermovilidad articular que excede los límites normales y se acompañan de síntomas musculoesqueléticos y sistémicos que afectan la calidad de vida. Aunque se reconoce su efecto clínico, las vías moleculares subyacentes a los TEH permanecen en gran medida desconocidas. Se sospecha que pueden contribuir a su patogenia alteraciones de la estructura de las proteínas de la matriz extracelular. Además, se ha propuesto la intervención de factores inmunológicos. Sin embargo, la falta de marcadores biomoleculares específicos dificulta el diagnóstico y el desarrollo de tratamientos dirigidos. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de investigaciones integradas que utilicen enfoques multiómicos para dilucidar los mecanismos moleculares de los TEH.

Objetivo: Identificar vías de señalización alteradas en pacientes con trastornos del espectro de hipermovilidad mediante análisis de expresión génica.

Material y métodos: Se identificaron bases de datos de expresión génica de pacientes con TEH a través de la plataforma GEO. Los criterios de inclusión fueron: contar con al menos tres casos de diagnóstico de TEH de acuerdo con los criterios para síndrome de Ehlers-Danlos hipomóvil/trastornos del espectro de hipermovilidad del 2017 o los criterios de Villefranche y tres controles sanos, y disponer de conteos normalizados. Las bases de datos GSE218012 y GSE77753 cumplieron estos criterios y en total se evaluó a 25 pacientes con TEH y a 46 controles sanos. Los genes diferencialmente expresados (GDE) se determinaron con PyDESeq2 en Python, tras considerar como GDE aquellos con un valor de p ajustado < 0.05 y un \log_2 Fold Change de ± 1 . El análisis de vías de señalización se llevó a cabo mediante la base de datos KEGG pathways y las funciones enriquecidas se visualizaron con la plataforma web ShinyGo v0.8.

Resultados: Se identificó un total de 425 GDE, de los cuales 210 mostraron sobreexpresión y 215 subexpresión. Los GDE sobreexpresados (**Figura 1A**) se vincularon con un enriquecimiento funcional en vías relacionadas con procesos inflamatorios y autoinmunitarios, y destacaron la vía de formación de trampas extracelulares de neutrófilos y la interacción citocina-receptor. También se enriquecieron las vías de señalización de IL-17. En contraste, los GDE subexpresados (**Figura 1B**) se encontraron principalmente enriquecidos en la vía de interacción matriz extracelular-receptor y la vía de señalización de TGF- β .

Figura 1. Análisis de enriquecimiento funcional de los genes diferencialmente expresados. (A) Vías de señalización enriquecidas para los GDE sobreexpresados. (B) Vías de señalización enriquecidas para los GDE subexpresados. El tamaño de los puntos indica el número de genes participantes y el color representa la significancia estadística del enriquecimiento. (CG128)



Conclusiones: El análisis de expresión génica en pacientes con TEH reveló alteraciones en las vías inflamatorias y de remodelación del tejido conectivo. Los hallazgos sugieren que la disfunción en la interacción matriz-célula y en la señalización de citocinas contribuye a la patogenia de los TEH. Estos resultados proporcionan información valiosa para futuras investigaciones orientadas a la identificación de biomarcadores y al desarrollo de estrategias terapéuticas dirigidas en pacientes con TEH.

Bibliografía

1. Malfait F, Francomano CA, Byers PH, *et al.* The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. Am J Med Genet Part C-Semin Med Genet. 2017;175(1):826.
2. Chiarelli N, Zoppi N, Ritelli M, *et al.* Biological insights in the pathogenesis of hypermobile Ehlers-Danlos syndrome from proteome profiling of patients dermal myofibroblasts. Biochim Biophys Acta BBA-Mol Basis Dis. 2021;1867(4):166051.

CG129

ARTROPATÍA HEMOFÍLICA TRATADA CON ITRO 90 (Y90) INTRAARTICULAR, EVALUACIÓN A SEIS AÑOS POSAPLICACIÓN

D.D. Bañuelos-Ramírez¹, S. Sánchez-Alonso², B. Gutiérrez-Gurrola³

⁽¹⁾Práctica privada, ⁽²⁾ISSSTE/Subdirección médica HGR 20, IMSS, Puebla; ⁽³⁾CE Reumatología ISSSTEP Puebla/HGR 20 IMSS, Puebla, ⁽³⁾HEP UMAE Puebla, CMN, MAC, IMSS, UMAE, Puebla

Introducción: La artropatía es la principal complicación en las personas con hemofilia. El sangrado articular recurrente causa inflamación crónica, deterioro estructural, dolor constante e incapacidad. La radiosinovioterapia con itrio (RSI) es un tratamiento que consiste en la infiltración de un isótopo radiactivo en la cavidad articular, con lo que puede lograrse la radioauterización de la sinovia y evitar el desangrado. La artropatía hemofílica es casi siempre resistente tanto al tratamiento sistémico de la enfermedad subyacente como a la infiltración local de esteroides. La alternativa quirúrgica es de alto costo y prolonga la estancia hospitalaria, además de implicar algunos otros riesgos.

Objetivo: Analizar la eficacia de la RS con itrio 90 en personas con hemofilia a seis años de seguimiento.

Material y métodos: Estudio intervencionista, longitudinal, ambispectivo, unicéntrico y homodémico, con la cohorte de pacientes hemofílicos del Hospital de Especialidades del CMN Manuel Ávila Camacho del IMSS, Puebla, con la inclusión de pacientes de mayo a septiembre del 2017 y seguimiento ulterior del año 2018 al 2024; se evaluaron la tasa anual de sangrado (TAS), dolor (EVA), escala de Petterson y *Joint Health Score for Hemophilia* (HJHS). La administración del itrio se efectuó con la técnica habitual para infiltración articular, en áreas de hospitalización y previa administración de reemplazo de factor deficiente. El material lo proporcionó el IMSS por compra directa. El protocolo inicial obtuvo registro nacional ante la Coordinación de Investigación en Salud y la COFEPRIS R-2017-2101-35 y 17 C1 21 114 055.

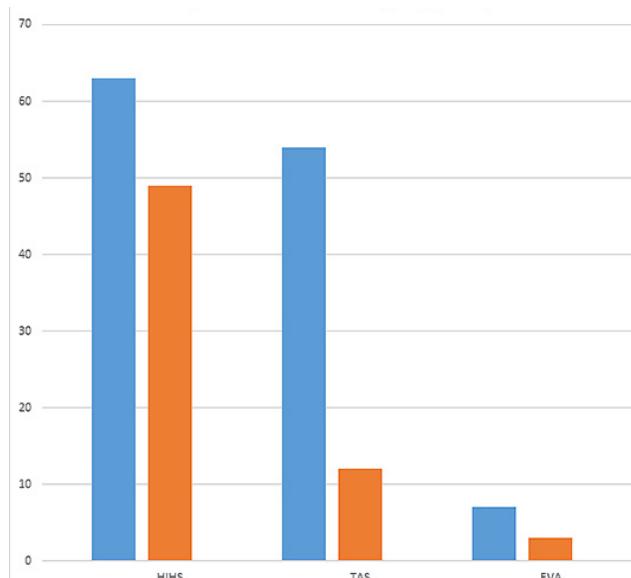
Resultados: Un total de 42 pacientes mostró articulaciones intervenidas (una sola por paciente). Edad al diagnóstico: 37 ± 69 meses; edad al procedimiento: $25,6 \pm 12,2$ años; Petterson: $10,3 \pm 2,1$, en tanto que también se cuantificaron HJHS, TAS y EVA antes y después. En la **Tabla 1** se muestran los valores anteriores y posteriores, el porcentaje de cambio y el valor $p <$ de acuerdo con la estadística empleada. El factor VII fue de $0,08 \pm 0,38$, el número de articulaciones dañadas fue de $4,7 \pm 2,04$ y las causas de la hemofilia se agruparon en tres: familiares en 57%; *de novo* en 36%; y desconocidas en 7%. La efectividad se midió con la prueba de Wilcoxon y se encontró que HJHS disminuyó 23%, TAS 80% y el dolor por EVA 65%, a los seis meses y un año tras el procedimiento. La evaluación en los primeros seis meses del 2024 muestra un efecto sostenido en la mayoría de los pacientes tratados (**Figura 1**); dos sujetos tuvieron falla en los dos primeros años, no fue posible la readministración de itrio y fue necesario el tratamiento quirúrgico.

Tabla 1. Comparación de variables antes y después de la radiosinovioterapia. (CG129)

| Variable | \pm DE | Prueba de Wilcoxon |
|--------------|----------|--------------------|
| HJHS antes | 24,5 | $p < 0,001$ |
| HJHS después | 22,3 | |
| TAS antes | 44,3 | $p < 0,001$ |
| TAS después | 19,4 | |
| EVA antes | 2,24 | $p < 0,001$ |
| EVA después | 2,13 | |

TAS, tasa anual de sangrados; EVA, escala visual análoga; HJHS, *Hemophilia joint health score*.

Figura 1. Reducción de los parámetros estudiados antes y después de la aplicación del itrio. (CG129)



Conclusiones: La RS es factible y eficaz en el control de la sinovitis crónica hemofílica. En los 42 casos estudiados, solo se observó la falla en dos individuos, no atribuible a la RSI, dado que fueron similares la técnica, la dosis, el proveedor del radiofármaco y la fecha de liberación-caducidad. En los pacientes que alcanzaron mejoría, el uso de itrio 90 demostró mejorar la función articular y disminuir la frecuencia de sangrados en las articulaciones tratadas. El costo-beneficio de este tratamiento, en contraste con tratamientos quirúrgicos y consumo de productos farmacológicos, es significativo (datos no mostrados en este resumen). Otra conclusión posible en esta experiencia es que, si bien la artropatía hemofílica está reconocida desde hace mucho tiempo, las publicaciones médicas y los grupos de investigación le han dedicado atención insuficiente, en favor del consumo de productos biológicos, lo que ha elevado los costos de atención.

Bibliografía

- López-Arroyo JL, Pérez-Zúñiga JM, Merino-Pasaye LE, et al. Consenso de hemofilia en México. *Gac Méd Méx* [revista en la Internet]. 2021 [citado 2024 Sep 26];157(Suppl 1):S1-S37. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000700001&language=es. Epub 25 Abr-2022. <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000451>.
- Rodríguez-Merchan EC. *Haemophilic sinovitis: basic concepts*. *Hemophilia*. 2007;76:1-3.

CG130

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

J. Morales-Torres¹, J. Romero-Ibarra¹, H. Gutiérrez-Hermosillo¹, J. Morales-Vargas², C.L. Pérez-Sevilla¹, A. Hernández-Arellano¹, D. Pacheco-Vargas¹

⁽¹⁾Hospital Aranda de la Parra, ⁽²⁾Morales Vargas Centro de Investigación

Introducción: Las enfermedades relacionadas con la inactividad física son un problema de salud mundial, de tal manera que resulta de gran interés promover la investigación y las acciones para mejorar los objetivos de salud pública en este campo. La actividad física tiene claros efectos positivos en la salud ósea y la reducción del riesgo de caídas. La mayoría de las guías sobre osteoporosis incluye formas de actividad física como intervenciones cruciales. ¿Son conscientes los médicos de atención primaria (MAP) de la inactividad física como un problema de salud importante? ¿Están bien informados y capacitados para prescribir modalidades de ejercicio en general o para afecciones específicas como la osteoporosis?

Objetivo: Realizar y validar un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prescripción de ejercicio para los MAP que atienden a pacientes con riesgo de osteoporosis.

Material y métodos: Se diseñó un instrumento con 21 reactivos (siete sobre conocimiento, 11 sobre práctica y tres sobre actitud) diseñados y revisados por un grupo de expertos sobre la validación de cara (¿el instrumento hace lo que pretende hacer?) y de contenido (¿está completo?, ¿evita reactivos innecesarios?, ¿la presentación es adecuada?), que acordaron modificar cuatro de ellos con fines de claridad. La población blanco son los MAP que atienden a pacientes regularmente y aceptan participar de forma voluntaria en una encuesta anónima. El instrumento final, incluidas 21 preguntas cerradas, la aplicaron cara a cara dos observadores entrenados a 30 MAP, incluida la información demográfica y sobre años de práctica. Se aplicó la prueba alfa de Cronbach a las respuestas en busca de grado de confiabilidad.

Resultados: El instrumento final se aplicó a 30 MAP (15 mujeres y 15 hombres) con edad media de $30,5 (\pm 7,75)$ años, con tiempo desde su egreso de la facultad de medicina de $5,7 (\pm 7,7)$ años. De ellos, 14 trabajan en un medio privado y 16 en alguna institución pública de salud. No hubo MAP que rechazara llenar el cuestionario. Con las respuestas se aplicó la prueba alfa de Cronbach al instrumento total y el coeficiente de confiabilidad obtenido fue de 0,6830. Este resultado se considera aceptable en los instrumentos a emplearse en estudios de ciencias de la educación y denota un valor de equivalencia, pues diversos reactivos del instrumento arrojan

conclusiones similares. Se observó una alta coincidencia entre los MAP respondedores en considerar que el ejercicio debe ser parte de la atención habitual de la osteoporosis y en el deseo de conocer más sobre la prescripción de ejercicio a pacientes en riesgo de osteoporosis.

Conclusiones: Esta encuesta sobre conocimientos, actitudes y práctica sobre la prescripción de ejercicio en personas con osteoporosis muestra razonable confiabilidad para un instrumento que se aplicará en una sola vez a MAP y permite avanzar en su aplicación a una muestra mayor de estos.

Bibliografía

1. Carter MI, Hinton PS. Physical activity and bone health. Mo Med. 2014;111:59-64.
2. Andrade C, Menon V, Ameen S, et al. Designing and conducting knowledge, attitude, and practice surveys in psychiatry: Practical guidance. Indian J Psychol Med. 2020;42:478481.

CG131

RELACIÓN ENTRE EL DISTRÉS PSICOLÓGICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

E.S. Sánchez-Peralta¹, M.I. Alarcón-Jarquín¹, M.E. Corral-Trujillo¹, V. Pascual-Ramos², G. Figueroa-Parra¹, D.A. Salcedo-Soto¹, J.P. González-Morales¹, Y.R. Reyes-Yépiz¹, J.M. Ramírez-Alonso¹, D.M. Lara-Méndez¹, K.I. Ávila-Vázquez¹, D.A. Galarza-Delgado¹, D.E. Flores-Alvarado¹

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL,
⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

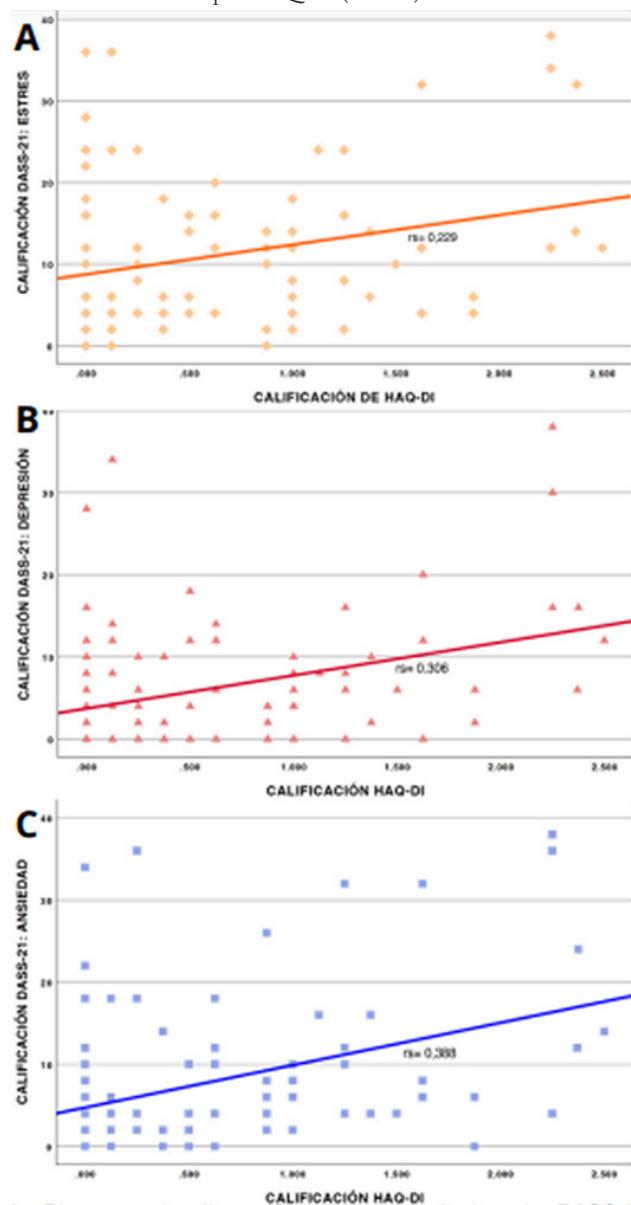
Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatólogicas sufren un notable incremento de los síntomas relacionados con depresión y ansiedad. Estas comorbilidades, junto con condiciones físicas adjuntas, pueden influir en grado significativo en el nivel de funcionalidad de los pacientes. Por ello, comprender el efecto que estos síntomas pueden tener en diversos aspectos de la enfermedad es esencial para ofrecer una atención integral en reumatología.

Objetivo: Evaluar la relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades reumatólogicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en la consulta externa de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Previo consentimiento informado, se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de alguna enfermedad reumatólogica. La angustia psicológica se evaluó con el instrumento *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21), que abarca tres dimensiones en 21 reactivos: depresión, ansiedad y estrés (Figura 1). Una mayor puntuación en esta escala indica una mayor afectación en la vida diaria. Para evaluar la funcionalidad en la vida diaria de los pacientes se empleó el *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ-DI), en el cual una mayor puntuación refleja una mayor dificultad funcional. Se realizó análisis estadístico descriptivo y se registraron frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico) según fuera apropiado. Se usó la prueba de correlación de Spearman entre las puntuaciones de síntomas de depresión, ansiedad y estrés con los resultados del HAQ-DI. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se evaluó a 91 pacientes, de los cuales 88 (96,7%) fueron mujeres, con una edad media de $52,1 \pm 14,4$ años. El diagnóstico más común fue artritis reumatoide (45/91, 49,5%), seguido de lupus eritematoso sistémico (13/91, 14,3%). La mayoría de los pacientes contaba con un tiempo de evolución de 0-5 años (55/91, 60,4%) (Tabla 1). La mediana de las puntuaciones en la escala DASS-21 para síntomas depresivos fue de 4 (RIC, 0-10), para síntomas ansiosos de 4 (RIC, 2-10) y para estrés de 8 (RIC, 4-16). En cuanto a los resultados del HAQ, se observó una mediana de 0,37 (RIC, 0-1). Al analizar la correlación entre síntomas depresivos y el HAQ-DI, se identificó una correlación positiva entre estos ($rs = 0,306$, $p = 0,003$). Asimismo, los síntomas ansiosos se relacionaron con una menor funcionalidad en la vida diaria ($rs = 0,388$, $p \leq 0,001$). De forma similar, los

Figura 1. Diagrama de dispersión de los resultados de DASS-21 para las dimensiones de (A) depresión, (B) ansiedad y (C) estrés con el grado de funcionalidad evaluado por HAQ-DI. (CG131)



síntomas de estrés mostraron una correlación positiva al compararse con HAQ-DI ($rs = 0,229$, $p = 0,029$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio revelan que los síntomas de ansiedad, depresión y estrés se vinculan con una menor capacidad funcional en pacientes con enfermedades reumatólogicas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de ofrecer atención integral que aborde el bienestar psicosocial del paciente.

Bibliografía

1. Daza P, Novy DM, Stanley MA, et al. The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. J Psychopathol Behav Assess. 2002;24(3):195-205.
2. Horta-Baas G. Validación de una versión en español del Health Assessment Questionnaire-II para la evaluación de la capacidad funcional en pacientes mexicanos con artritis reumatoide. Reumatol Clínica. 2022 Apr;18(4):236-45.

Tabla 1. Características basales de los pacientes. (CG131)

| | |
|---------------------------------|---------------|
| | n = 91 |
| Edad en años, media ± DE | 52,08 ± 14,37 |
| Sexo, n (%) | |
| Femenino | 88 (96,7) |
| Masculino | 3 (3,3) |
| Escolaridad, n (%) | |
| Sin estudios | 2 (2,2) |
| Primaria | 25 (27,7) |
| Secundaria | 26 (28,9) |
| Bachillerato | 21 (23,3) |
| Licenciatura | 16 (17,7) |
| Diagnóstico reumatólgico, n (%) | |
| Artritis reumatoide | 45 (49,5) |
| Lupus eritematoso sistémico | 13 (14,3) |
| Osteoartrosis | 9 (9,9) |
| Fibromialgia | 6 (6,6) |
| Síndrome de Sjögren | 2 (2,2) |
| Tiempo de evolución, n (%) | |
| 0-5 años | 55 (60,4) |
| 6-10 años | 21 (23,1) |
| 11-15 años | 8 (8,8) |
| > 15 años | 7 (7,7) |
| Comorbilidades, n (%) | |
| Diabetes mellitus tipo 2 | 20 (18,7) |
| Hipertensión arterial | 24 (23,3) |
| Hipotiroidismo | 8 (7,4) |
| Osteoporosis | 8 (7,4) |

DE, desviación estándar.

CG132**IMPLICACIONES CLÍNICAS, PERFILES BACTERIOLÓGICOS Y DESENLAZOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES**

A.K. Garza-Elizondo, E. Domínguez-Chapa, P. Gámez-Siller, D. Flores-Alvarado, J. Esquivel-Valerio, J.A. Cárdenas-De la Garza, E.C. Dávila-Correa, A.J. Osuna-Corrales, K.J. Durán-Villarreal, D.A. Salcedo-Soto, D.J. Gauna-Leal, A.A. Prado-Prado, N.A. González-Ontiveros, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) son trastornos crónicos que afectan a múltiples órganos y sistemas. Los pacientes con ERA tienden a mostrar un sistema inmunológico debilitado debido a la actividad de la enfermedad o a los tratamientos inmunosupresores. Mientras que el riesgo de una infección grave es más frecuente en los pacientes con ERA inflamatorias, se ha observado un aumento de la tasa de hospitalizaciones en aquellas que no son inflamatorias, como la osteoartrosis y la gota. La naturaleza crónica de las ERA, tanto inflamatorias como no inflamatorias, predispone a las infecciones, lo que constituye una razón para la hospitalización frecuente.

Objetivo: Identificar y describir las implicaciones clínicas, los perfiles bacteriológicos y los desenlaces de los pacientes hospitalizados con ERA.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y comparativo entre enfermos hospitalizados por infección con diagnóstico de ERA y referidos al servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se excluyó a los pacientes referidos sin infección y sin diagnóstico de ERA. Se recopiló información demográfica, antecedentes de hospitalización, diagnóstico de ERA, tipo de infección,

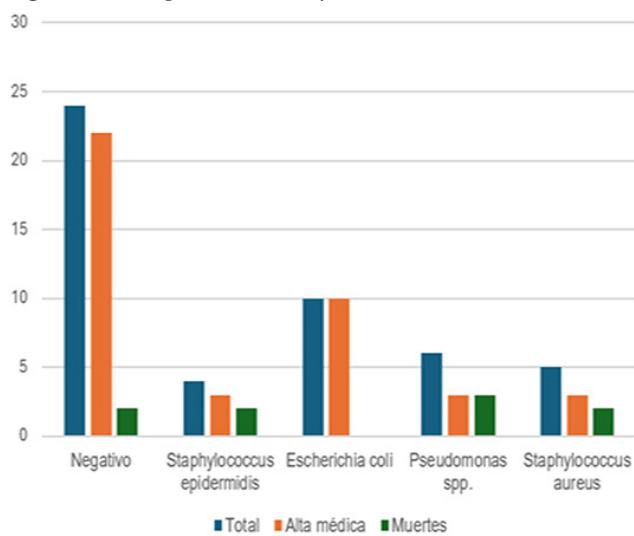
microorganismos patógenos aislados y perfiles de susceptibilidad a antibióticos, y desenlaces de los pacientes entre marzo de 2023 y abril de 2024. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para la normalidad de las variables cuantitativas, la prueba ji cuadrada para comparar variables categóricas y la prueba U de Mann-Whitney para comparar variables continuas no paramétricas. Se consideró un valor $p < 0,05$ para diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyó a un total de 55 pacientes hospitalizados por infección, de los cuales 51 (92,72%) eran mujeres. La edad media fue de 36 años (DE 28). Hasta 47 (85%) pacientes fueron dados de alta y ocho (15%) fallecieron. Los sitios de infección más frecuentes fueron: infecciones pulmonares en 18 (32,72%), infecciones del tracto urinario en 12 (21,81%) e infecciones de tejidos blandos en 6 (10,9%). El tratamiento con inmunosupresores y glucocorticoides se muestra en la **Tabla 1**. Se aisló *Escherichia coli* en 10 cultivos, *Pseudomonas spp.* en seis y *Staphylococcus aureus* en cinco. En la **Figura 1** pueden observarse los microorganismos más aislados y sus desenlaces clínicos.

Tabla 1. Factores sociodemográficos, sitio anatómico de infección y tratamiento. DE: desviación estándar. (CG132)

| | Total n = 55 | Alta médica n = 47 | Muertes n = 8 | p^* |
|---|-----------------|-----------------------|------------------|---------|
| Factores sociodemográficos: | | | | |
| Sexo, n% | | | | |
| Mujeres | 51 | 44 (93,6) | 7 (87,5) | 0,53 |
| Hombres | 4 | 3 (6,4) | 1 (12,5) | |
| Edad, media (DE) | 36 (28) | 39,18 (15,98) | 31,50 (6,36) | 0,43 |
| Sitio anatómico de infección, n% | | | | |
| Tejidos blandos | 6 | 6 (12,8) | 0 (0) | 0,206 |
| Pleura | 3 | 3 (6,4) | 0 (0) | |
| Pulmones | 18 | 13 (27,7) | 5 (62,5) | |
| Vías urinarias | 12 | 11 (23,4) | 1 (12,5) | |
| Corazón | 3 | 3 (6,4) | 0 (0) | |
| Tracto gastrointestinal | 5 | 4 (8,5) | 1 (12,5) | |
| Abdomen | 1 | 0 (0) | 1 (12,5) | |
| Ojo | 4 | 4 (8,5) | 0 (0) | |
| Sistema nervioso central | 1 | 1 (2,1) | 0 (0) | |
| Hematológico | 2 | 2 (4,3) | 0 (0) | |
| Inmunosupresores, n% | | | | |
| Ninguno | 43 | 37 (78) | 6 (75) | < 0,001 |
| Ciclofosfamida | 4 | 4 (8,5) | 0 (0) | |
| Rituximab | 3 | 1 (2,1) | 2 (25) | |
| Metotrexate | 2 | 1 (2,1) | 1 (12,5) | |
| Mofetil micofenolato | 4 | 4 (8,5) | 0 (0) | |
| Azatioprina | 2 | 2 (4,3) | 0 (0) | |
| Tacrolimus | 2 | 2 (4,3) | 0 (0) | |
| Glucocorticoides, n% | | | | |
| Prednisona | 33 | 32 (68,1) | 1 (12,5) | < 0,001 |
| Hidrocortisona | 3 | 0 (0) | 3 (37,5) | |
| Metilprednisolona | 7 | 5 (10,6) | 2 (25) | |

Conclusiones: Más del 85% de los pacientes recibió el alta y el 15% falleció. Se identificó una relación significativa entre el tratamiento con inmunosupresores y glucocorticoides y el desenlace clínico de los pacientes. El principal sitio de infección fueron los pulmones, seguido del tracto urinario. Más del 50% de las muertes se debió a una infección pulmonar, pero no se registró relación entre el sitio de infección y el desenlace de los pacientes. El microorganismo aislado más frecuente fue *Escherichia coli* y las muertes fueron secundarias a *Pseudomonas spp* y *Staphylococcus spp*. Estos hallazgos resaltan la importancia de una identificación temprana de los microorganismos causantes y su vinculación con desenlaces desfavorables para establecer medidas terapéuticas adecuadas con el objetivo de mejorar las tasas de supervivencias en los pacientes con ERA hospitalizados.

Figura 1. Microorganismos aislados y desenlaces clínicos. (CG132)**Bibliografía**

- Caporali R, Caprioli M, Bobbio-Pallavicini F, et al. DMARDs and infections in rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*. 2008;8(2):139-43.
- Ferucci ED, Holck P. Hospitalized infections in patients with rheumatic disease hospitalizations in Alaska, 2015-2018. *ACR Open Rheumatol*. 2023;5(3):106-13.

CG133**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SALUD REPRODUCTIVA EN PACIENTES CON LUPUS Y ARTRITIS REUMATOIDE: ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA MEJORAR LA EDUCACIÓN**

C.A. Trujillo-Hernández, D.A. Castro-Bernabé, Y. Ambriz-Murillo
Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Morelia

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) afectan principalmente a mujeres en edad fecunda, que pueden considerar un embarazo o enfrentar uno no planificado. Existen pocas herramientas para evaluar su conocimiento sobre la salud reproductiva (SR). Por esa razón se validó el cuestionario *Rheuma Reproductive Behavior* (RRB) en México para medir conocimientos y prácticas de SR. Es fundamental conocer el grado de conocimiento en SR en pacientes con ERA para implementar intervenciones que prevengan resultados adversos, si se consideran la escasez de clínicas especializadas y las limitaciones de tiempo en servicios médicos. Las pacientes con artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un bajo conocimiento de SR, lo que puede precipitar complicaciones de salud, embarazos no planificados y mal apego a los tratamientos.

Objetivo: Evaluar el conocimiento en salud reproductiva en pacientes con AR y LES que acuden a consulta reumatólogica en el Hospital Regional de Morelia del ISSSTE.

Material y métodos: Se aplicó el cuestionario RRB a mujeres de 18 a 49 años con diagnóstico de LES y AR que asistieron a consulta de reumatología entre enero y junio de 2024 en el Hospital Regional de Morelia del ISSSTE, y se evaluó la actividad de la enfermedad con escalas clínicas DAS 28 y SLEDAI 2-K.

Resultados: Se evaluó a un total de 60 pacientes: (30 LES y 30 AR) y se registraron los siguientes resultados: edad media de 34 años (DE, 6,2), área urbana en 70%, educación superior en 50%, índice de masa corporal (IMC) de 27 kg/m² (DE, 4,5), hipertensión en 25%, diabetes en 15%, fumadoras en 10%, consumo de corticosteroides en 80% y fármacos teratogénicos en 15%. El grado de confianza con el reumatólogo fue alto,

con una media de 8,5 (DE, 1,5) en escala de 1 a 10, si bien solo el 40% abordó esos temas con su reumatólogo en alguna consulta. La edad media de inicio de vida sexual fue de 22 años (DE, 4,5), 60% usó un método anticonceptivo en la primera relación sexual, 55% es sexualmente activa, 85% conoce un método anticonceptivo (anticonceptivos orales en 70% y preservativo en 65%); 50% recurre a un método anticonceptivo, 75% tiene deseo reproductivo positivo, 65% muestra paridad satisfecha, 50% tiene al menos un embarazo, 70% tuvo parto vaginal, con peso promedio al nacer de 3 200 g (DE, 450) y edad gestacional media de 38 semanas (DE, 1,5), 30% refirió activación de la enfermedad posparto, 60% recibió información sobre lactancia, y 65% lactó por al menos seis meses. Actividad de la enfermedad: LES mostró una puntuación media SLEDAI de 8,2 (DE, 2,3); AR registró una puntuación media en DAS28 de 4,5 (DE, 1,1), lo que indica una actividad moderada de la enfermedad en ambos.

Conclusiones: Las participantes refieren alto grado de confianza en su reumatólogo para abordar temas relacionados con salud reproductiva, pero el abordaje de dichos temas es limitado. Solo el 50% utiliza métodos anticonceptivos y el 75% desea ser madre. La mitad ha tenido un embarazo y el 65% lactó más de seis meses, lo que señala la necesidad de apoyo en el puerperio. La actividad moderada de la enfermedad puede afectar la salud reproductiva y calidad de vida, lo cual destaca la relevancia de mejorar la educación en salud reproductiva y reducir al mínimo complicaciones durante el embarazo.

Bibliografía

- Pérez-Barbosa L, Skinner-Taylor CM, Lujano-Negrete AY, et al. Construction and validation of a reproductive behavior questionnaire for female patients with rheumatic diseases. *Clin Rheumatol*. 2023;42(9):2453-2460.
- Andreoli L, Chighizola CB, Iaccarino L, et al. Immunology of pregnancy and reproductive health in autoimmune rheumatic diseases. Update from the 11th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic Diseases. *Autoimmun Rev*. 2023;22(3):103259.

CG134**EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO (ECOE) EN REUMATOLOGÍA**

C. Hernández-Díaz¹, S. Muñoz-López², A. Alpuche³, B.A. Mota-Mondragón⁴, F. García-Rodríguez⁵, S. Mendieta-Zerón⁶, A. Vargas-Guerrero⁷, C. Meléndez-Mercado⁸, E. Faugier-Fuentes⁹, H. Fragoso-Loyo¹⁰, T. Rodríguez-Reyna¹¹, J.C. Casasola-Vargas¹¹, M. Méndez-Núñez¹²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Facultad de Medicina, UNAM, ⁽³⁾CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁴⁾Hospital Central Militar, ⁽⁵⁾Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽⁶⁾Hospital Materno Infantil ISSEMYM, ⁽⁷⁾Instituto Nacional de Cardiología, ⁽⁸⁾Centro Médico ISSEMYM, ⁽⁹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽¹⁰⁾INCMNSZ, ⁽¹¹⁾Hospital General de México, ⁽¹²⁾UMAE Hospital de Pediatría

Introducción: El examen clínico objetivo estructurado (ECOE) es un método de evaluación utilizado en la medicina para medir competencias clínicas en situaciones controladas y simuladas. En reumatología, en la que las enfermedades autoinmunitarias y las afecciones inflamatorias son complejas y multisistémicas, el ECOE permite evaluar habilidades en diagnóstico, tratamiento y comunicación, esenciales para la atención integral del paciente. Este informe presenta un análisis del ECOE aplicado en 2023 para la certificación en reumatología, con énfasis en la evaluación psicométrica y el desempeño de los sustentantes.

Objetivo: Evaluar el desempeño de los sustentantes en el ECOE de reumatología mediante una rúbrica basada en competencias. Determinar la efectividad de la rúbrica en la medición de habilidades (consulta, comunicación, profesionalismo). Evaluar las propiedades psicométricas de la prueba (diferenciación y consistencia interna) para asegurar la validez y confiabilidad del proceso evaluativo.

Material y métodos: El examen se aplicó a un grupo de sustentantes (médicos residentes y profesionales en formación). Los resultados se clasificaron de acuerdo con turnos y circuitos de evaluación y se realizó por medio de estaciones que incluían escenarios clínicos simulados que representaban

casos de enfermedades autoinmunitarias. Las rúbricas usadas en cada estación evaluaban: habilidades de interrogatorio, exploración física, interpretación de estudios diagnósticos, formulación de diagnósticos, desarrollo de un plan terapéutico, comunicación efectiva con el paciente y demostración de profesionalismo y ética. Se aplicaron análisis psicométricos para evaluar la diferenciación y consistencia interna de los reactivos. La diferenciación se midió con el análisis de diferencias entre sustentantes de alto y bajo desempeño, mientras que la consistencia interna se evaluó a través del coeficiente alfa de Cronbach. Asimismo, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) para explorar diferencias en el desempeño entre turnos, circuitos y estaciones. **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas entre los turnos ni los circuitos. Los análisis psicométricos mostraron que los reactivos utilizados en las rúbricas diferenciaban adecuadamente entre sustentantes de bajo y alto desempeño ($p = 0,000-0,004$). La consistencia interna del examen fue alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, lo que indica que la prueba fue confiable en la medición de competencias clínicas. En cuanto al desempeño de los sustentantes, no se observaron diferencias significativas entre los turnos o circuitos de evaluación. Sin embargo, al analizar el desempeño por estaciones, se observó que la estación relacionada con la interpretación de estudios diagnósticos fue más difícil en comparación con otras estaciones (media de 80,67 vs. 87,08 en otras estaciones).

Conclusiones: El uso de una rúbrica basada en competencias en el ECOE de reumatología demostró ser un método efectivo para evaluar de manera objetiva y detallada el desempeño de los sustentantes. En general, el ECOE permitió identificar áreas de fortaleza y mejora, y proporcionó una base sólida para la certificación de competencias clínicas en reumatología.

Bibliografía

1. Al-Marshad S, Zakaria MI. Effectiveness of OSCE in assessing clinical competencies: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2021;21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02526-7>.
2. Bouriscot K, Kemp S, Ong TH, et al. Conducting a high-stakes OSCE in a COVID-19 environment. *Medical Teacher*. 2020;42(7):759-763. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1789080>.
3. Dania A, Parisi M, Winter R, et al. Rethinking assessment: OSCE-style examinations with deliberate bias to improve outcomes. *Advances in Medical Education and Practice*. 2020;11:327-334. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S254050>.
4. Hodges BD, Lingard L. The question of competence: reconsidering medical education in the twenty-first century. *Perspectives on Medical Education*. 2012;1(1):1-3. <https://doi.org/10.1007/s40037-012-0011-0>.
5. Ibrahim ME, Abushouk AI, Mohamed AM, et al. Effective use of OSCE in medical education: a global perspective. *Advances in Medical Education and Practice*. 2020;11:849-860. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S25835>.

CG135

HALLAZGOS POR ULTRASONIDO MUSCULOSQUELÉTICO EN MANO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA

G.M. Ochoa-De León, A.V. Yupe-Flores, J. Santana-Delgado, B. Cisneros-Ruiz, J. Uribe-Martínez, M.E. Ventura-Valenzuela, G.A. Calderón-De la Peña, G. Martínez-Bonilla, S. Cerpa-Cruz

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la alteración crónica inflamatoria más común en el mundo con un 24% de prevalencia en la consulta externa de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Lesiona sobre todo articulaciones pequeñas, incluidas las de la mano, y su principal limitación funcional se debe a la afectación de estas, razón por la cual es importante una adecuada clasificación de la enfermedad. Para la detección de sinovitis por ultrasonido se ha informado una sensibilidad del 78% y una especificidad del 93% en comparación con el 58% mediante exploración física. **Objetivo:** Conocer los hallazgos más prevalentes en manos de pacientes con artritis reumatoide temprana con actividad leve mediante ultrasonido musculoesquelético.

Material y métodos: Estudio observacional transversal y analítico. Se incluyó a pacientes con AR temprana de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2010 con < 2 años de evolución de los síntomas y divididos en dos grupos con base en su actividad clínica (DAS28 < 3,2 y > 3,3) y que fueron objeto de ultrasonido musculoesquelético de manos. Los hallazgos ultrasonográficos se clasificaron según la puntuación EULAR-OMERACT para notificar sinovitis en escala numérica de grados 0 a 3; las erosiones y tenosinovitis se registraron de manera dicotómica como ausentes o presentes (**Tabla 1**).

Tabla 1. Frecuencia de hallazgos ultrasonográficos en pacientes con AR y actividades leve y alta. (CG135)

| | DAS 28 VSG | | DAS28 PCR | |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Mano derecha | > 3,3 n = 21 | < 3,2 n = 14 | > 3,3 n = 19 | < 3,2 n = 16 |
| Sinovitis, n (%) | 20 (95) | 13 (93) | 18 (94) | 15 (94) |
| Tenosinovitis, n (%) | 14 (67) | 5 (36) | 12 (63) | 9 (56) |
| Erosión, n (%) | 13 (62) | 5 (36) | 11 (58) | 10 (63) |
| Mano izquierda | 19 (90) | 12 (86) | 16 (89) | 14 (88) |
| Sinovitis, n (%) | 9 (43) | 7 (50) | 9 (47) | 17 (44) |
| Tenosinovitis, n (%) | 13 (62) | 5 (36) | 13 (68) | 17 (44) |

Hallazgos por ultrasonido en pacientes con AR con actividad por DAS28 VSG y PCR < 3,2 y > 3,3 en las manos derecha e izquierda.

Resultados: Se incluyó a 35 pacientes con AR temprana, de los cuales el 91% correspondió a mujeres, con una media de edad de $46,10 \pm 10,5$ años y una media de tiempo de evolución de la enfermedad de $13,74 \pm 8,05$ meses. La media de la actividad de la enfermedad medida por DAS28 VSG fue de $5,4 \pm 7,4$, con el 40% clasificado con actividad leve; la media por DAS28 PCR fue de $3,5 \pm 1,2$, con el 46% de pacientes con actividad leve. Se analizaron 70 manos: 74% de las manos izquierdas tenía algún grado de sinovitis y 94% de las manos derechas. En los pacientes clasificados como no activos por DAS28 PCR y DAS28 VSG se detectó sinovitis por ultrasonido en las manos derecha e izquierda en 94% y 88%, respectivamente, en comparación con los pacientes activos en las manos derecha e izquierda en 94% y 89%, de forma respectiva. La tenosinovitis se identificó en un 63% en la mano derecha y 46% en la izquierda. Se reconocieron erosiones con mayor frecuencia en pacientes con actividad (mano izquierda en 57% y derecha en 60%). No se encontró correlación entre la actividad de la enfermedad medida por DAS28 PCR y VSG y el grado de sinovitis notificado.

Conclusiones: Este estudio demuestra la presencia de sinovitis subclínica en aquellos pacientes clasificados con actividad leve de la enfermedad y predominio en la mano derecha, así como tenosinovitis.

Bibliografía

1. D'Agostino MA, Terslev L, Aegerter P, et al. Scoring ultrasound synovitis in rheumatoid arthritis: a EULAR-OMERACT ultrasound taskforce — Part 1: definition and development of a standardised, consensus-based scoring system. *RMD Open*. 2017;3(1):e000428.
2. Dura M, Źuchowski P, Gorgolewski P, et al. The changing role of ultrasonography examination in patients with rheumatoid arthritis in light of recent studies. *Reumatologia/Rheumatology*. 2020;58(3):155-61.
3. Terslev L, Christensen R, Aga AB, et al. Assessing synovitis in the hands in patients with rheumatoid arthritis by ultrasound: an agreement study exploring the most inflammatory active side from two Norwegian trials. *Arthritis Res Ther*. 2019;21(1):166.

CG136

DIAGNÓSTICO DE GOTÁ EN MÉXICO: CRITERIOS ACR-EULAR 2015 VS. CRITERIO DEL REUMATÓLOGO

S.A. Sánchez-Rodríguez¹, J.E. Navarro-Zarza², C. Pineda-Villaseñor³, K.I. De La Cruz-Rodríguez⁴, M. Vázquez-Del Mercado¹, C. Gómez-Ruiz⁵, L.H. Silveira-Torre⁶, A. Vargas-Guerrero⁷, G. Meza-López y Olgún⁸, L. Maya-Piña⁹, L. Sandoval¹, C.B. Hernández-Cuevas¹, R. Catana-Hernández¹, J. Vázquez-Mellado¹

⁽¹⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Hospital Privado Anáhuac, ⁽³⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽⁴⁾Hospital Cívi Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽⁶⁾Hospital Juárez de México, ⁽⁷⁾Hospital General del Estado de Sonora, ⁽⁸⁾Medicina privada, ⁽⁹⁾Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS (Pediatría)

Introducción: Los criterios ACR-EULAR para gota se propusieron en 2015 e incluyen los elementos más útiles para la clasificación y diagnóstico de la enfermedad. Muchas veces los pacientes con gota se diagnostican tardíamente y reciben tratamiento subóptimo. Es probable que las características de los pacientes con gota que acuden a instituciones de salud son diferentes a los que acude a la medicina privada de los reumatólogos en México.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con gota que acuden a la consulta de reumatología de diversas instituciones y la consulta privada en México y comparar las características de los pacientes que reúnen criterios de clasificación ACR-EULAR 2015 y los que no.

Material y métodos: GRESGO-MX (grupo de estudio de gota) es un grupo de reumatólogos mexicanos certificados e interesados en la gota. En una reunión presencial se acordaron las variables y los métodos, y se obtuvieron y enviaron datos clínicos, clínimétricos, funcionales y relacionados con el tratamiento de pacientes consecutivos con diagnóstico de gota de la consulta privada o la institucional. Los datos se enviaron a la coordinación de GRESGO donde se capturaron y analizaron. Se utilizó prueba t de Student.

Resultados: Participaron 36 reumatólogos mexicanos (ocho de la práctica privada y 28 institucionales), que enviaron los datos de 260 pacientes con diagnóstico de gota (según su criterio) y que aceptaron participar. Del grupo total, el 95% (247) correspondió a hombres; la edad, la duración de la enfermedad y la escolaridad fueron (X, DE) de 53,3 (14), 13,5 (10) y 10 (4), respectivamente. El 83% reunió ≥ 8 puntos ACR-EULAR 2015 y 17% < 8. Al comparar estos dos grupos, se hallaron diferencias significativas en las variables que se muestran en la **Tabla 1**. Del grupo total, el 5% fue de mujeres, 83% con obesidad, 77% de hipertensas, 77% con síndrome metabólico, 75% con dolor y malestar, 61% tenía gota tofácea y 42% limitación funcional (HAQ, Eq5D). El 23% padecía enfermedad renal crónica.

Tabla 1. Pacientes con gota en México que cumplieron 8 criterios ACR-EULAR 2015 y los que no. (CG136)

| | Criterios ACR/EULAR 2015 | P |
|----------------------------------|--------------------------|-------------|
| | 8 n = 215 | 8 n = 45 |
| Edad inicio | 37,9 (13,6) | 42 (14,6) |
| Duración de la enfermedad | 14,4 (2,1) | 8,9 (10,9) |
| NSE bajo | 104 (47) | 18 (51,4) |
| Escolaridad 9 | 19 (7,3) | 70 (27) |
| Antecedente familiar gota, n (%) | 89 (47) | 26 (14) |
| Número de tofos | 4,6 (7,2) | 0,11 (0,43) |
| Gota grave | 73 (38) | 0 |
| CAG por año, n (%) | 3,9 (7,9) | 1,7 (4,5) |
| Hospitalización por gota, n (%) | 0,21 (0,48) | 0,07 (0,3) |
| Articulaciones dolorosas, n (%) | 2 (4,4) | 1,4 (2,5) |
| Articulaciones inflamadas, n (%) | 2,9 (5,4) | 1,6 (2,6) |
| HAQ > 0,5 | 0,53 (0,67) | 0,22 (0,30) |
| EuroQol A-D, n (%) | 92 (42) | 9 (27) |

Los valores representan promedio (DE), a menos que se especifique.

*CAG, crisis agudas de gota; HAQ, *Health Assessment Questionnaire*; EuroQol A-D, *European Quality of Life*-ansiedad y depresión; NSE, nivel socioeconómico bajo

Conclusiones: Los pacientes con gota que acuden a la consulta de reumatología en México son hombres en el 95% de los casos y el 88% satisfacen más de ocho criterios ACR/EULAR. De igual manera, tienen formas más graves de la enfermedad en relación con los datos clínicos, la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. Las mujeres con gota son más jóvenes, con menor frecuencia de hipertensión e insuficiencia renal, en comparación con las publicaciones anteriores.

Bibliografía

Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(10):2557-68.

CG137

ALTERACIONES METABÓLICAS Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON UROLITIASIS POR ÁCIDO ÚRICO: UN ESTUDIO COMPARATIVO

L.S. Morales-Osorio, M.A. Saavedra-Salinas, R.M. Covarrubias-García, A. Montiel-Rivera, L.E. Villagrán-Peñaflor, F. González-Romero, J. Domínguez-Silva

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

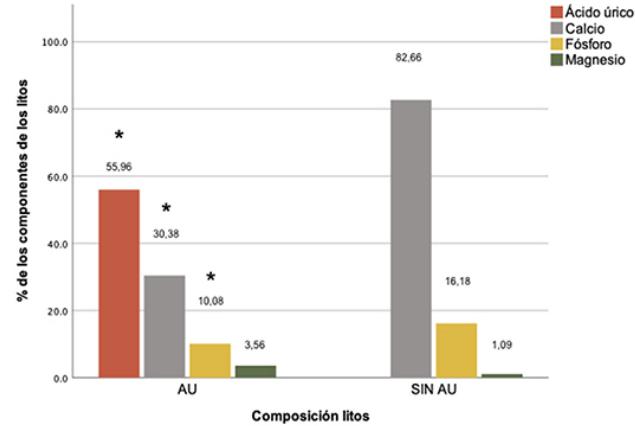
Introducción: La urolitiasis se observa en el 10% al 25% de los pacientes con gota. La composición bioquímica de los cálculos urinarios incluye ácido úrico (AU), pero además otros componentes como el calcio. Por otro lado, el hallazgo de cálculos urinarios ricos en ácido úrico no siempre se vincula con hiperuricemia o gota, por lo que otros trastornos subyacentes deben investigarse.

Objetivo: Comparar los trastornos metabólicos y comorbilidades en pacientes con cálculos urinarios por ácido úrico con otra composición bioquímica.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico. Se incluyó a 182 pacientes con diagnóstico de urolitiasis de 2018 a 2024 atendidos en un centro médico nacional de referencia. Se registraron las características clínicas, bioquímicas, radiológicas y comorbilidades adjuntas. Se llevó a cabo el análisis de la composición bioquímica de los cálculos con la técnica de microscopía estereoscópica y se asignaron a uno de dos grupos: a) sujetos con AU en su composición y b) pacientes sin AU. Se empleó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y clínicos, incluidas media, desviación estándar y frecuencias, de acuerdo con la distribución de los datos; para el análisis de comparación de grupos se realizó la prueba de U de Mann-Whitney mediante el programa SPSS, versión 25.

Resultados: Se identificó a 65 pacientes con cálculos de AU y 117 sin AU. La edad promedio fue de $48,6 \pm 14,0$ años, con sexo masculino en el 50,5% de los casos, obesidad en un 39% y pacientes con consumo de alcohol en un 31,3%. Las diferencias en la composición bioquímica de las concreciones se muestran en la **Figura 1**. Al comparar a ambos grupos, una mayor proporción de pacientes con litos por AU tenía diabetes (26,2 vs. 11,1, $p = 0,01$), hipertrigliceridemia (75% vs. 53,8%, $p = 0,02$) y cifras elevadas de creatinina sérica en comparación con los pacientes carentes de litos sin AU.

Figura 1. Comparación de los promedios de los porcentajes de ácido úrico, calcio, fósforo y magnesio obtenidos de los grupos de litos de ácido úrico y litos sin ácido úrico en su composición bioquímica (* $p < 0,05$). (CG137)



(**Tabla 1**). La proporción de hiperuricemia fue similar en ambos grupos, aunque en los individuos con litos sin AU en su composición se identificó una menor prescripción de agentes hipouricémicos (12% vs. 38,5%, $p < 0,001$); la gota estuvo presente en < 10% de los pacientes con litos por AU. Por otro lado, en los pacientes con concreciones sin AU se encontró más a menudo hipercalciuria (35,9% vs. 10,8%, $p < 0,001$) y un pH urinario más alcalino en comparación con aquellos con litos de AU. Las limitaciones de este estudio incluyen el diseño y el número de pacientes.

Conclusiones: Este estudio mostró que la gota es poco frecuente en pacientes con litiasis por ácido úrico. Sin embargo, la diabetes y la enfermedad renal son las comorbilidades más comunes. En términos bioquímicos, los pacientes con litos sin ácido úrico tienen mayor frecuencia de hipercalciuria y pH urinario alcalino. Estos resultados pueden tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Tabla 1. Comparación de las características demográficas, comorbilidades y parámetros de laboratorio en ambos grupos. (CG137)

| Variable | Litos con ácido úrico (n = 65) | Litos sin ácido úrico (n = 117) | p |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---------|
| Edad $\mu \pm$ DE, años | 50 ± 14,99 | 47,85 ± 13,56 | 0,346 |
| Sexo, n (%), masculino/femenino | 39 (60) | 53 (45,3) | 0,058 |
| | 26 (40) | 64 (54,7) | |
| IMC > 30, n (%) | 29 (44,6) | 42 (35,9) | 0,268 |
| Ingestión de alcohol, n (%) | 23 (35,4) | 34 (29,1) | 0,400 |
| Dislipidemia, n (%) | 33 (50,8) | 56 (47,9) | 0,392 |
| Diabetes, n (%) | 17 (26,2) | 13 (11,1) | 0,017 |
| HAS, n (%) | 22 (33,8) | 29 (24,8) | 0,281 |
| Gota, n (%) | 6 (9,2) | 2 (1,7) | 0,023 |
| Hiperuricemia, n (%) | 32 (49,2) | 44 (37,6) | 0,163 |
| Tratamiento para hiperuricemia, n (%) | 25 (38,5) | 14 (12) | < 0,001 |
| Hipercalciuria, n (%) | 7 (10,8) | 42 (35,9) | < 0,001 |
| Hipocitraturia, n (%) | 16 (24,6) | 38 (32,5) | 0,178 |
| Hipotiroidismo, n (%) | 6 (9,2) | 4 (3,4) | 0,122 |
| Hiperparatiroidismo, n (%) | 10 (15,4) | 20 (17,1) | 0,649 |
| Parámetros de laboratorio | | | |
| AU sérico (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 7,63 ± 2,45 | 6,20 ± 1,68 | 0,001 |
| Cr (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 1,2 ± 0,52 | 1,03 ± 0,58 | 0,001 |
| Cr > 1 mg/dL, n (%) | 41 (66,1) | 41 (37,3) | < 0,001 |
| Na (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 139,54 ± 2,42 | 139,91 ± 2,39 | 0,499 |
| K (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 4,22 ± 0,38 | 4,18 ± 0,31 | 0,428 |
| Ca (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 9,33 ± 0,39 | 9,46 ± 0,65 | 0,672 |
| Mg (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 2,6 ± 4,9 | 1,99 ± 0,19 | 0,189 |
| P (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 3,5 ± 0,65 | 3,36 ± 0,52 | 0,116 |
| Colesterol total (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 184,71 ± 38,31 | 184,03 ± 32,00 | 0,850 |
| Colesterol total > 220 mg/dL, n (%) | 6 (14,3) | 11 (13,6) | 0,914 |
| HDL (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 43,26 ± 8,96 | 48,58 ± 10,04 | 0,016 |
| LDL (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 96,32 ± 38,38 | 103,21 ± 33,05 | 0,355 |
| LDL > 130 mg/dL, n (%) | 5 (17,2) | 15 (22,7) | 0,546 |
| Triglicéridos (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 245,02 ± 226,99 | 166,53 ± 93,45 | 0,026 |
| Triglicéridos > 135 mg/dL, n (%) | 33 (75) | 43 (53,8) | 0,020 |
| Glucosa (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 102,01 ± 32,21 | 94,23 ± 17,53 | 0,075 |
| pH $\mu \pm$ DE | 5,58 ± 0,76 | 6,11 ± 0,64 | < 0,001 |
| Cr urinaria en 24 h (g/24 h), $\mu \pm$ DE | 1,40 ± 0,48 | 1,28 ± 0,42 | 0,287 |
| 2Depuración de creatinina en 24 h (mL/min), $\mu \pm$ DE | 91,63 ± 35,55 | 96,64 ± 37,06 | 0,588 |
| AU urinario (mg/dL), $\mu \pm$ DE | 0,55 ± 0,21 | 0,60 ± 0,25 | 0,320 |

n, número; IMC, índice de masa corporal; AU, ácido úrico; HAS, hipertensión arterial; Cr, creatinina; Na, sodio; K, potasio; Ca, calcio; Mg, magnesio; P, fósforo. Análisis de la comparación de grupos con U de Mann Whitney y χ^2 : $p < 0,05$.

Bibliografía

1. Ricapito A, Gupta K, Zipkin J, et al. Comparison of metabolic parameters between pure-uric acid and mixed-uric acid kidney stone formers. *World J Urol*. 2024;42:138. <https://doi.org/10.1007/s00345-024-04829-1>.
2. Liu CJ, Wu JS, Huang HS. Decreased associated risk of gout in diabetes patients with uric acid urolithiasis. *J Clin Med*. 2019 Sep 25;8(10):1536. doi: 10.3390/jcm8101536.

CG138

EMPLEO DEL ULTRASONIDO MUSCULOESQUELÉTICO Y ARTICULAR EN LA VALORACIÓN INICIAL DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

F.H. Hernández-Orozco¹, C.A. Lozada-Pérez¹, O.A. Prado-Bush², C.J. Pineda-Villaseñor¹, A.H. Peña-Ayala¹, A. Bernal-González¹, R.C. Soto-Fajardo¹, F. Carranza-Enríquez¹, K.M. Rosas-Bolaños², E.A. Ojendis-Jiménez¹, C.S. Pérez-Coronado¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El ultrasonido articular ha demostrado ser una herramienta fundamental en la evaluación de enfermedades reumatólogicas, al permitir la detección temprana de alteraciones articulares como sinovitis y erosiones óseas. Su uso ha mejorado el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades como la artritis reumatoide (AR) y la osteoartritis, y en algunas ocasiones es muy útil para apoyar diagnósticos y orientar tratamientos adecuados. Este estudio evaluó la utilidad del ultrasonido musculoesquelético y articular en la valoración inicial de pacientes referidos a un servicio de reumatología de tercer nivel en México.

Objetivo: Describir los hallazgos ultrasonográficos en la valoración inicial de pacientes con sospecha de afecciones reumáticas y evaluar su efecto en la confirmación o modificación de los diagnósticos clínicos iniciales.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en 142 pacientes que se evaluaron entre septiembre de 2023 y mayo de 2024 en la preconsulta del servicio de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Cada paciente se sometió a una valoración inicial seguida de un ultrasonido articular y musculoesquelético. Se analizaron las frecuencias de sinovitis, proliferación sinovial, erosiones óseas, rotura tendinosa, entesitis y señal Doppler de poder. Las pruebas de ji cuadrada evaluaron la significancia estadística de las diferencias en los hallazgos ultrasonográficos por diagnóstico. Los datos se registraron y procesaron a partir de bases de datos y análisis estadístico en Python.

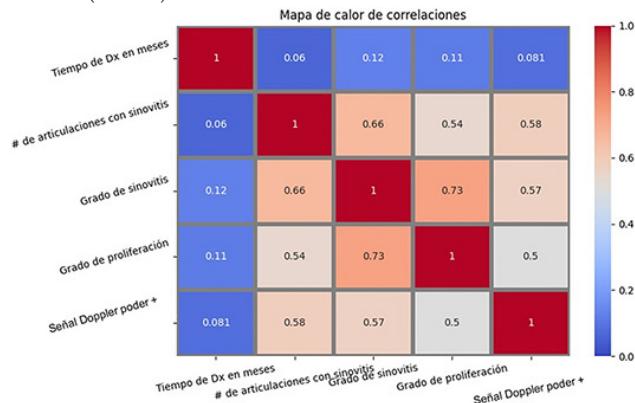
Resultados: De los 142 pacientes, 115 (80,98%) fueron mujeres y 27 (19,01%) hombres, con una mediana de edad de 50 años. Los diagnósticos iniciales más frecuentes fueron artritis reumatoide (42%) y osteoartritis (33%). En cuanto al tiempo de evolución de los síntomas, la media fue de 60,21 meses para todos los pacientes y fue mayor en los casos de AR (72,8 meses) y osteoartritis (52,41 meses). Tras la evaluación por ultrasonido, la sinovitis fue el hallazgo más frecuente, presente en el 76,6% de los casos, seguido de la proliferación sinovial en el 73,2% de los pacientes. En los casos de AR, se identificó sinovitis en el 83% de los pacientes y erosiones óseas en el 51%, mientras que en la osteoartritis solo el 2% de los pacientes mostró erosiones. La proliferación sinovial fue más común en AR (85%) en comparación con los pacientes sin AR (65%).

El ultrasonido modificó el diagnóstico en un 39,4% de los pacientes, con un incremento del 8% en los diagnósticos de AR y osteoartritis, y un aumento del 333% en la detección del síndrome del túnel del carpo y tendinopatía de hombro. Además, el uso del Doppler de poder permitió identificar actividad inflamatoria subclínica en pacientes con artritis reumatoide. En la correlación entre los hallazgos clínicos y ultrasonográficos se reconoció una relación significativa entre el grado de sinovitis y la cantidad de articulaciones afectadas (coeficiente de correlación de 0,66), y entre la proliferación sinovial y la sinovitis (correlación de 0,73) (**Figura 1**).

Conclusiones: El ultrasonido articular es una herramienta valiosa en la evaluación inicial de pacientes con sospecha de enfermedades reumáticas. No solo confirmó diagnósticos previos, sino que hizo posible modificar

un porcentaje considerable de ellos y mejorar la atención clínica de los pacientes. Su uso facilita la identificación de hallazgos subclínicos y proporciona información esencial para ajustar tratamientos de manera más precisa y oportuna.

Figura 1. Matriz de correlación. 1. Existe una relación lineal directamente proporcional entre el grado de sinovitis y el número de articulaciones afectadas, con un coeficiente de correlación de 0,66. 2. También se observó una correlación directamente proporcional entre el grado de proliferación sinovial y el grado de sinovitis, con un coeficiente de correlación de 0,73. 3. El tiempo desde el diagnóstico inicial no mostró una correlación sólida con la cantidad de articulaciones afectadas ni con el grado de repercusión articular. (CG138)



Bibliografía

- Koski JM. Ultrasonographic evidence of hip synovitis in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 1989;18(3):127-31. doi: 10.3109/03009748909095409. PMID: 2672295.
- Iagnocco A, Coari G, Zoppini A. Sonographic evaluation of femoral condylar cartilage in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 1992;21(4):201-3. doi: 10.3109/03009749209099222. PMID: 1529288.
- Newman JS, Adler RS, Bude RO, et al. Detection of soft-tissue hypemia: value of power Doppler sonography. *AJR Am J Roentgenol*. 1994 Aug;163(2):385-9. doi: 10.2214/ajr.163.2.8037037. PMID: 8037037.
- Kang T, Horton L, Emery P, et al. Value of ultrasound in rheumatologic diseases. *Journal of Korean Medical Science*. 2013;28(4):497-507. <https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.4.497>

CG139

LA NARIZ ELECTRÓNICA DISTINGUE UNA HUELLA OLFACTORIA EN LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON CONDROCALCINOSIS DE RODILLA

M.I. Ramírez-Trujillo¹, R. Flores-Ramírez², M. Rodríguez-Aguilar³, D.A. Herrera-Van Oostdam¹, C. Oros-Ovalle¹, M.U. Martínez-Martínez⁴

⁽¹⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLP, ⁽²⁾Coordinación para la Innovación y Aplicación de la Ciencia y la Tecnología (CIACYT), ⁽³⁾Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, ⁽⁴⁾HGSZ No. 9, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La biopsia del cartílago articular es la norma de referencia para el diagnóstico de condrocalcinosis articular (CCA), pero es un método invasivo y costoso. La elevada relación de CCA con la gravedad de la osteoartritis justifica su búsqueda de manera temprana para implementar tratamientos adecuados y disminuir la progresión de la enfermedad. La nariz electrónica (*e-nose*) es un conjunto de diferentes tipos de sensores que responden a las características específicas de una molécula de olor, en su mayor parte compuestos orgánicos volátiles.

Objetivo: Determinar si existe una huella olfatoria en el líquido sinovial que reconozca a pacientes con y sin CCA de rodilla sometidos a recambio articular.

Material y métodos: Se invitó a los pacientes elegibles para reemplazo articular primario de rodilla y programados para procedimiento quirúrgico a participar en el estudio previamente aprobado por un comité de ética. Se tomó una muestra transquirúrgica de líquido sinovial y biopsia del cartílago articular. La CCA se evaluó en el servicio de patología con tinción roja alizarina; el líquido sinovial se analizó con una nariz electrónica (Cyanoze 320) que cuenta con 32 sensores. Se efectuaron análisis bivariados, análisis de componentes principales, *support vector machine* (SVM) y *heatmaps*. Todo el análisis se realizó mediante los programas R 4.3.3 y RStudio 2024.09.0 +375.

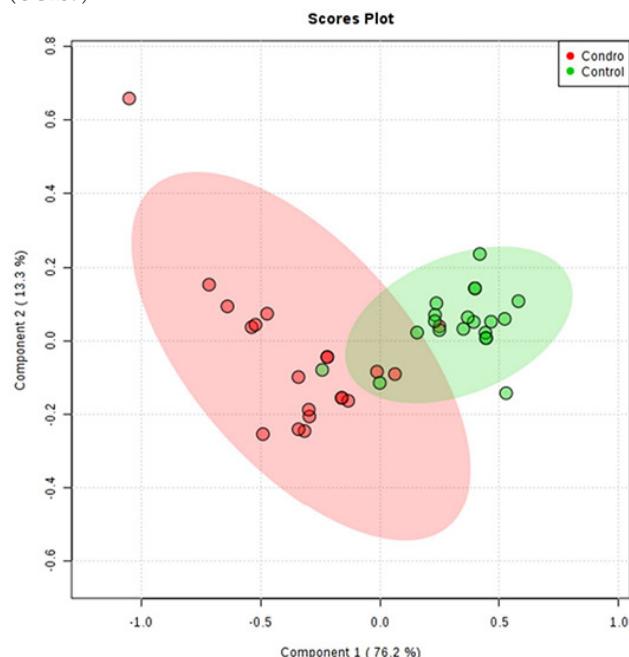
Resultados: Se incluyó a 40 pacientes de las cuales 31 fueron mujeres con un promedio de edad de $69,3 \pm 8,6$ años; todos los pacientes tenían osteoartritis de grados 3 o 4 de acuerdo con la escala de Kellgren-Lawrence (KL), 12 pacientes eran diabéticos tipo 2 y 11 tenían hipertensión sistémica (**Tabla 1**). En el análisis de componentes principales se advirtió que dos de los componentes explicaban el 88,9% de la variabilidad de los datos. Las **Figuras 1 y 2** muestran la forma en que la nariz electrónica, por medio de los primeros dos componentes principales, puede hacer una separación de los grupos de pacientes con y sin CCA. Al evaluar si la nariz electrónica podía clasificar correctamente a los pacientes con CCA por SVM se identificó un error de clasificación de tres pacientes (7,5%).

Tabla 1. Características de ambos grupos. (CG139)

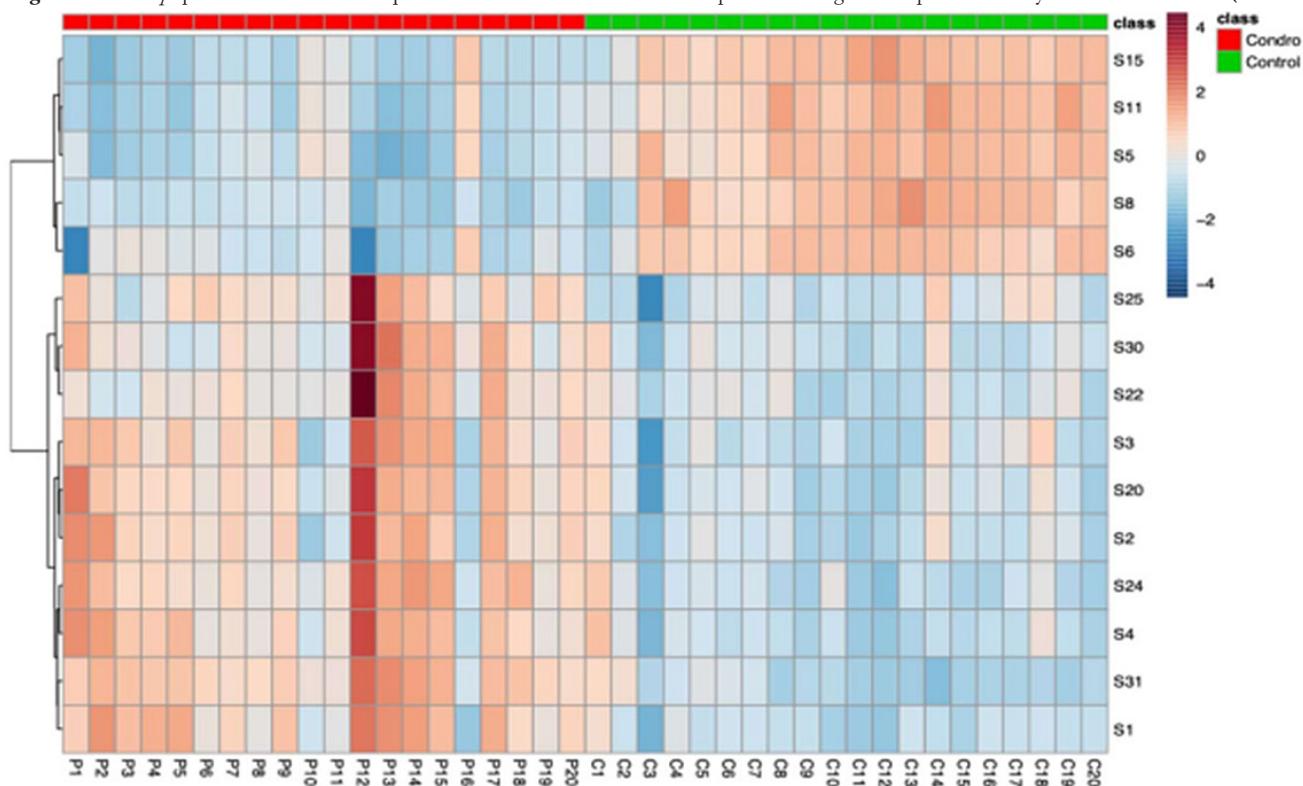
| | Condrocalcinosis n = 20 | Sin condrocalcinosis n = 20 | Valor de p |
|---------------------|-------------------------|-----------------------------|------------|
| Mujeres, n (%) | 14 (70%) | 17 (85%) | 0,2559 |
| Edad, mediana (IQR) | 66 (11) | 68 (11) | 0,5687 |
| KL III | 6 (30%) | 16 (80) | < 0,001 |
| KL IV | 14 (70) | 4 (20) | |
| DM2 | 4 (20) | 8 (40) | 0,1675 |
| HTAS | 6 (30) | 7 (35) | 0,7356 |

KL, escala de Kellgren-Lawrence; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HTAS, hipertensión arterial sistémica.

Figura 1. Score plot que muestra los dos primeros componentes principales. (CG139)



Conclusiones: Nuevos métodos pueden ayudar a diagnosticar la CCA a partir del líquido sinovial en pacientes con osteoartritis. Debe señalarse que los pacientes con CCA estudiados tenían el grado de osteoartritis más avanzado, con lo cual estos métodos también podrían ayudar a diagnosticar la gravedad de la osteoartritis.

Figura 2. Heatmap que muestra la forma en que los sensores de la nariz electrónica pueden distinguir a los pacientes con y sin condrocalcinosis. (CG139)**Bibliografía**1. *Rheumatology* (Oxford) 2024; doi: 10.1093/rheumatology/keae515**CG140****DIFERENCIAS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL ENTRE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-González, E.C. Garza-González, J.C.L. Riega-Torres, A.K. Garza-Elizondo, K. Salinas-Zamora, P. Añcer-Rodríguez, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES) son enfermedades autoinmunitarias crónicas que, además de causar inflamación sistémica, elevan el riesgo cardiovascular. Este riesgo está influido por alteraciones en la composición corporal, como la obesidad sarcopénica y la acumulación de grasa visceral, las cuales son comunes en ambas afecciones. La inflamación crónica y el consumo de corticosteroides contribuyen a la pérdida de masa muscular y cambios en la distribución de grasa, lo que exacerba las complicaciones metabólicas y cardiovasculares. Este estudio compara las características antropométricas y la ingestión calórica en pacientes con AR y LES.

Objetivo: Describir y comparar la antropometría y las kilocalorías consumidas en pacientes con LES y AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, comparativo y analítico en el departamento de reumatología en una clínica ambulatoria. Se inscribió de forma consecutiva a pacientes que cumplían con los criterios de clasificación para AR según las guías de criterios ACR/EULAR 2010 y de LES de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2019. Se realizó una historia clínica y se obtuvo información de la composición corporal de los pacientes con el monitor "InnerScan TANITA BC-533"

de consultas de nutrición. Las variables cualitativas se expresaron con frecuencias y porcentajes y se compararon con ji cuadrada. Las variables cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar o mediana y percentiles 25° y 75° (p25°-p75°) y se compararon con t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera su distribución. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 608 pacientes con AR y 173 con LES. Los pacientes con AR eran mayores que los de LES (51 vs. 42 años, $p < 0,001$) y la mayoría correspondió a mujeres en ambos grupos (91,6% en AR y 92,5% en LES). No se reconocieron diferencias significativas en el IMC entre los dos grupos (29 vs. 28,8, $p = 0,343$), aunque el porcentaje de pacientes con IMC anormal fue mayor en el grupo de LES (85% vs. 80,9%, $p = 0,001$). El grupo de AR registró valores más altos de grasa visceral (9 kg vs. 8 kg, $p = 0,004$) y una mayor prevalencia de baja masa magra (85,4% vs. 78,6%, $p = 0,026$). El consumo calórico diario no mostró diferencias significativas ($p = 0,388$). Al analizar el consumo calórico en relación con el IMC, no se observaron diferencias significativas en las categorías de bajo peso ($p = 0,144$), sobrepeso ($p = 0,619$), obesidad clase I ($p = 0,076$), clase II ($p = 0,507$) o clase III ($p = 0,588$). Sin embargo, en la categoría de peso normal, el grupo de LES consumió más calorías que el grupo de AR (1957 vs. 1853,5 kcal, $p < 0,001$). Véanse las **Tablas 1 y 2**.

Conclusiones: Los resultados muestran diferencias significativas en la composición corporal entre pacientes con AR y LES. Los pacientes con AR tienen mayor grasa visceral y prevalencia de baja masa magra, mientras que los pacientes con LES muestran más casos de IMC anormal. Además, en pacientes con peso normal, los pacientes con LES consumen más calorías diarias que los individuos con AR. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque personalizado para manejar la composición corporal en ambos grupos, con el objetivo de reducir el riesgo cardiovascular y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

1. An HJ, Tizaoui K, Terrazzino S, et al. Sarcopenia in autoimmune and rheumatic diseases: a comprehensive review. *Int J Mol Sci.* 2020;21(16):5678. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/16/5678>

Tabla 1. Antropometría y composición corporal. (CG140)

| | Pacientes con AR (n = 608) | Pacientes con LES (n = 173) | Valor p |
|--|-------------------------------|--------------------------------|---------|
| Edad, mediana (p25°-p75°) | 51 (45-59) | 42 (28-55) | < 0,001 |
| Sexo femenino, n (%) | 557 (91,6%) | 160 (92,5%) | - |
| IMC, mediana (cc) | 29 (25,5-32,9) | 28,8 (24,43-33,72) | 0,343 |
| IMC anormal, n (%) | 492 (80,9%) | 147 (85%) | 0,001 |
| Peso bajo, n (%) | 20 (3,3%) | 20 (11,6%) | - |
| Peso normal, n (%) | 116 (19,1%) | 26 (15%) | - |
| Sobrepeso, n (%) | 204 (33,6%) | 55 (31,8%) | - |
| Obesidad clase I, n (%) | 160 (26,3%) | 39 (22,5%) | - |
| Obesidad clase II, n (%) | 69 (11,3%) | 24 (13,9%) | - |
| Obesidad clase III, n (%) | 39 (6,4%) | 9 (5,2%) | - |
| Altura (m), mediana (p25°-p75°) | 1,56 (1,52-1,59) | 1,57 (1,53-1,62) | 0,017 |
| Peso (kg), mediana (p25°-p75°) | 72 (61,5-81,4) | 70,4 (58,8-81,8) | 0,496 |
| % Grasa corporal, mediana (p25°-p75°) | 38,4 (32,2-42,5) | 37,5 (29-44,15) | 0,444 |
| Grasa corporal (kg), mediana (p25°-p75°) | 27,1 (19,9-34,2) | 25,66 (17,88-36,30) | 0,474 |
| % Agua, mediana (p25°-p75°) | 42,9 (40,6-47) | 43,3 (39,45-49,2) | 0,582 |
| Grasa visceral (kg), mediana (p25°-p75°) | 9 (7-11) | 8 (5-11) | 0,004 |
| % Masa muscular, mediana (p25°-p75°) | 58,5 (54,4-60,3) | 58,74 (53-67,3) | 0,637 |
| Masa muscular (kg), mediana (p25°-p75°) | 41,4 (38-45) | 41 (38,3-45,7) | 0,652 |
| Masa ósea, mediana (p25°-p75°) | 2,2 (2-2,4) | 2,2 (2-2,4) | 0,812 |
| Kcal, mediana (p25°-p75°) | 2109 (1918-2311) | 2108 (1950-2364) | 0,388 |
| Cintura (cm), mediana (p25-75) | 92,8 (85-102) | 92 (80,25-103,25) | 0,422 |
| Cadera (cm), mediana (p25°-p75°) | 106 (98,6-115) | 105 (97-114) | 0,096 |
| Ci/Ca, mediana (p25°-p75°) | 0,87 (0,82-0,92) | 0,87 (0,804-0,926) | 0,815 |
| Grasa corporal alta, n (%) | 403 (66,3%) | 103 (59,5%) | 0,090 |
| Grasa visceral alta, n (%) | 82 (13,5%) | 29 (16,8%) | 0,283 |
| Baja masa magra, n (%) | 519 (85,4%) | 136 (78,6%) | 0,026 |
| Bajo % agua, n (%) | 405 (66,6%) | 109 (63%) | 0,349 |
| Obesidad sarcopénica, n (%) | 398 (65,5%) | 103 (59,5%) | 0,137 |

AR, artritis reumatoide; IMC, índice de masa corporal; Ci/Ca, cintura/cadera; p25°, percentil 25%; p75°, percentil 75%; LES, lupus eritematoso sistémico; Kcal, kilocalorías.

Tabla 2. Kilocalorías consumidas por grupo de índice de masa corporal en pacientes con AR y LES. (CG140)

| | AR | LES | Valor p |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|---------|
| Bajo peso, mediana (p25°-p75°) | 1730 (1662-2108) | 1863,5 (1764-1958) | 0,144 |
| Normal, mediana (p25°-p75°) | 1853,5 (1773-1974) | 1957 (1875-2083) | < 0,001 |
| Sobrepeso, mediana (p25°-p75°) | 2026,5 (1909-2141) | 2028 (1946-2141) | 0,619 |
| Obesidad CI, mediana (p25°-p75°) | 2201,5 (2112-2307) | 2245 (2134-2455) | 0,076 |
| Obesidad CII, mediana (p25°-p75°) | 2350 (2231,5-2425) | 2382 (2171-2601) | 0,507 |
| Obesidad CIII, mediana (p25°-p75°) | 2645 (2522-2935) | 2647 (2449-2706) | 0,588 |

IMC, índice de masa corporal; CI, clase 1; CII, clase 2; CIII, clase 3; p25°, percentil 25%; p75°, percentil 75%; LES, lupus eritematoso sistémico.

2. Letarouilly JG, Flipo RM, Cortet B. Body composition in patients with rheumatoid arthritis: a narrative literature review. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2021;13:1759720X211015006. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1759720X211015006>

CG141

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA-IMC CON ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, V.M. Fraga-Enríquez, D. Azamat-Salcedo *Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL*

Introducción: El índice triglicéridos-glucosa-IMC (TyG-IMC) es un método confiable para detectar resistencia a la insulina, con una eficacia comparable a la norma de referencia: la pinza euglucémica hiperinsulínémica. Los valores elevados de TyG-IMC se han relacionado con un aumento del riesgo cardiovascular (CV) y disfunción cardiaca. La resistencia a la insulina y la artritis reumatoide (AR) promueven un estado de hiperglucemía que altera la señalización de la insulina. Por este motivo, se propone el uso del TyG-BMI como herramienta de tamizaje para la evaluación del riesgo CV en esta población, lo que representa una alternativa práctica y efectiva como tamiz.

Objetivo: Relacionar el índice TyG-IMC con la presencia de alteraciones ecocardiográficas en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes con AR de 30 a 75 años que cumplían con los criterios ACR/EULAR del 2010. Se excluyó a aquellos con enfermedad cardiovascular previa. Se realizó ecocardiograma transtorácico en todos los participantes. La evaluación ecocardiográfica incluyó el índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI), el grosor parietal relativo (GPR), la excurción sistólica del plano anular tricuspidiano (TAPSE) y la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI). La disfunción diastólica subclínica (DDS) se definió de acuerdo con la clasificación de la *American Heart Association* del 2016 y la disfunción sistólica subclínica (DSS) del VI como un *strain* longitudinal global (SLG) $\geq 18\%$ (**Tabla 1**). Para calcular el índice TyG-BMI se utilizaron los valores de triglicéridos séricos (TG), glucosa en sangre en ayuno (GSA) e índice de masa corporal (IMC) mediante la siguiente fórmula: índice TyG-IMC = $\ln [TG (\text{mg/dL}) \times GSA (\text{mg/dL})/2] \times IMC$. Los participantes se categorizaron en terciles según el TyG-IMC: < 221,7 en el primer tercile, 221,7 a 257,4 en el segundo y > 257,4 en el tercero. La distribución de los grupos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron con las pruebas *jí* cuadrada, ANOVA o Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se conformó una muestra de 116 pacientes con artritis reumatoide: 39 en el primer y segundo terciles y 38 en el último según el índice TyG-IMC. La mayoría correspondió a mujeres, con una edad promedio de $55,5 \pm 9,6$ años. Aunque no fueron estadísticamente significativos, los valores del índice TyG-IMC $\geq 258,5$ mostraron mayor frecuencia de comorbilidades (excepto dislipidemia), y la más frecuente fue la obesidad (68,4%, $p \leq 0,001$). En el segundo tercile se observó una menor proporción de remodelado normal (18,2%, $p = 0,46$) y la mayor prevalencia de remodelado concéntrico, que mostró una tendencia hacia la significancia estadística (43,5%, $p = 0,054$). En el tercer tercile se encontraron valores menores de FEVI respecto del primer tercile, con una significancia estadística en la *p* de Tukey al realizar un análisis *post hoc* ($62,1 \pm 4,9$ vs. $59,5 \pm 4,2$, $p = 0,045$).

Conclusiones: En relación con este estudio, el índice TyG-IMC destaca su potencial como herramienta de tamizaje de riesgo CV al identificar una probable insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión preservada en límites $\geq 258,5$, posiblemente debido a la mayor presencia de obesidad e hipertensión arterial, junto con otras comorbilidades. Sin embargo, deben realizarse estudios con muestras mayores. Es necesario integrar una evaluación ecocardiográfica a la valoración de riesgo CV para un abordaje temprano de estas alteraciones.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ecocardiograma. (CG141)

| Variables | Tercil 1° (n = 39) | Tercil 2° (n = 39) | Tercil 3° (n = 38) | Valor p |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|---------|
| Edad, años, ± DE | 56,0 ± 9,9 | 56,3 ± 8,0 | 54,3 ± 10,9 | 0,62 |
| Comorbilidades | | | | |
| Diabetes, n (%) | 5 (12,8) | 7 (17,9) | 12 (31,5) | 0,11 |
| Hipertensión, n (%) | 7 (17,9) | 9 (23,0) | 17 (44,7) | 0,02 |
| Dislipidemia, n (%) | 18 (46,1) | 18 (46,1) | 16 (42,1) | 0,91 |
| Tabaquismo activo, n (%) | 3 (7,6) | 2 (5,1) | 2 (5,2) | 0,98 |
| Obesidad, n (%) | 0 (0) | 1 (2,5) | 26 (68,4) | < 0,001 |
| Características clínicas | | | | |
| Tiempo de evolución, años, mediana (RIC) | 7 (2,4-13,5) | 19 (5,1-13,6) | 4 (2,1-10,7) | 0,22 |
| DAS28-PCR, ± DE | 3,3 ± 1,4 | 3,6 ± 3,2 | 3,4 ± 1,2 | 0,89 |
| DAS28-VSG, ± DE | 4,4 ± 1,5 | 4,2 ± 1,4 | 4,2 ± 1,3 | 0,84 |
| VI: características geométricas | | | | |
| Índice de masa del VI, mediana (RIC) | 77,6 (63,7-102,6) | 74,4 (64,8-94,5) | 80,8 (68,4-119,2) | 0,49 |
| GPR, mediana (RIC) | 0,40 (0,90-0,47) | 0,42 (0,36-0,48) | 0,43 (0,38-0,54) | 0,31 |
| VI: clasificación de remodelado | | | | |
| Normal, n (%) | 16 (41,0) | 11 (28,2) | 12 (31,5) | 0,46 |
| Remodelado concéntrico, n (%) | 9 (23,0) | 17 (43,5) | 8 (21,0) | 0,054 |
| Hipertrofia concéntrica, n (%) | 5 (12,2) | 1 (2,5) | 5 (13,1) | 0,19 |
| Hipertrofia excéntrica, n (%) | 1 (2,5) | 0 (0) | 1 (2,5) | 0,597 |
| Disfunción diastólica subclínica | | | | |
| Normal, n (%) | 33 (84,6) | 34 (87,1) | 27 (71,0) | 0,15 |
| Seudonormal, n (%) | 2 (5,1) | 0 (0) | 0 (0) | 0,13 |
| PRR, n (%) | 0 (0) | 2 (5,1) | 3 (7,6) | 0,23 |
| PRI, n (%) | 4 (10,2) | 3 (7,2) | 8 (21,0) | 0,18 |
| Disfunción sistólica subclínica | | | | |
| TAPSE, mediana (RIC) | 23 (21-25) | 22 (20-23) | 22 (20-23) | 0,21 |
| FEVI, media ± DE | 62,1 ± 4,9 | 61,9 ± 5,9 | 59,5 ± 4,2 | 0,031 |
| SLG, media ± DE | -21,1 ± 2,3 | -20,3 ± 3,5 | -19,7 ± 3,1 | 0,18 |
| DSS, n (%) | 2 (5,1) | 7 (17,9) | 7 (18,4) | 0,15 |

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-CRP, Índice de actividad de la enfermedad 28-articulaciones con cálculo de la proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de actividad de la enfermedad en 28-articulaciones basado en la velocidad de sedimentación globular; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; PRR, patrón restrictivo reversible; PRI, patrón restrictivo irreversible; TAPSE, excursión sistólica del plano anular tricúspideo; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; SLG, strain longitudinal global; DDS, disfunción diastólica subclínica.

Bibliografía

- Yang S, Shi X, Liu W, et al. Association between triglyceride glucose-body mass index and heart failure in subjects with diabetes mellitus or prediabetes mellitus: a cross-sectional study. *Front Endocrinol (Lau-* sanne). 2023 Nov 3;14:1294909. doi:10.3389/fendo.2023.1294909.
- Nicolau J, Lequerre T, Bacquet H, et al. Rheumatoid arthritis, insulin resistance, and diabetes. *Joint Bone Spine*. 2017;84(4):411-6. doi:10.1016/j.jbspin.2016.09.001.

CG142

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON INVOLUCRO EN PIE Y TOBILLO

E.S. Sánchez-Peralta, A. Cantero-Castro, D.A. Salcedo-Soto, K. Decidiero-Pavón, R.J. Sánchez-De la Cruz, I. Arcíbar-Liceaga, C. De León-Carrillo, J.G. Espinoza-Gámez, F.M. García-Carrillo, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Elizondo-Rodríguez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La afectación de pies y tobillos en pacientes con artritis reumatoide es una manifestación común, pero con frecuencia poco explorada. Los problemas articulares en estas áreas pueden llevar a un deterioro progresivo de la función de las extremidades superiores, lo que altera de forma negativa la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide con compromiso de pie y tobillo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en la consulta de reumatología y traumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide. La calidad de vida relacionada con la salud del pie se evaluó mediante el *Foot Health Status Questionnaire*, con puntuaciones de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida). El *Foot Function Index* se implementó para evaluar el efecto de la enfermedad en la función del pie. Se midió el dolor mediante una escala visual análoga (EVA). El análisis estadístico descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. La distribución de la muestra se evaluó con las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Para comparar los resultados de cada prueba en función de la duración de la enfermedad se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y t de Student, según correspondiera, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se incluyó a 43 pacientes, de los cuales 41 (95,3%) fueron mujeres, con una mediana de edad de 59 (51-67) años (**Tabla 1**). La comorbilidad más frecuente fue la obesidad (39,5%), definida como un IMC > 30 , seguida de hipertensión arterial (32,5%). Los niveles educativos más comunes fueron primaria (30,2%) y secundaria (30,2%); 62,79% refirió ser sedentario, con un IMC promedio de $29,2 \pm 5,7$. En el grupo con una duración de la enfermedad < 10 años (22/43, 51,1%), la mediana del *Foot Function Index* fue de 32,6 (12-66), el promedio del *Foot Health Status Questionnaire* de $40,4 \pm 4,7$ y el promedio de EVA de $5 \pm 3,1$. En el grupo con una duración de la enfermedad > 10 años (21/43, 48,8%), la mediana del *Foot Function Index* fue de 61,7 (39-88), con un promedio del *Foot Health Status Questionnaire* de $38,8 \pm 5,2$ y un promedio de EVA de $5,9 \pm 2,2$. La comparación de ambos grupos reveló una afectación significativa de la funcionalidad del pie en los pacientes con una duración de la enfermedad > 10 años ($p = 0,015$); no hubo diferencia significativa en la calidad de vida ($p = 0,292$) ni el dolor percibido ($p = 0,308$). Véase la **Figura 1**.

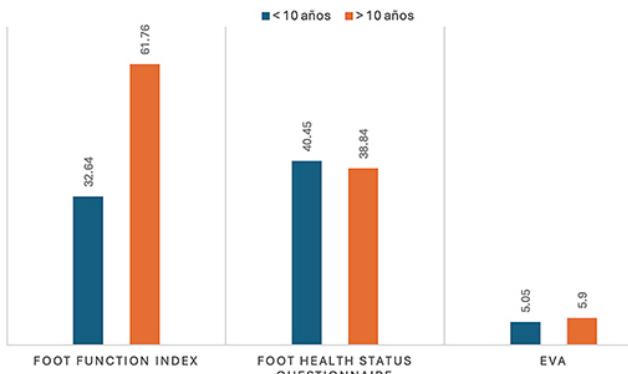
Tabla 1. Características de la artritis reumatoide en 43 pacientes evaluados. (CG142)

| Variables | n = 43 |
|---|-----------|
| Tiempo de evolución en años, mediana (RIC) | 8 (4-14) |
| Tratamiento, n (%) | |
| Metotrexato | 29 (67,4) |
| Metotrexato u otros FARM | 13 (30,2) |
| Esteroides | 16 (37,2) |
| Antidepresivos | 4 (9,3) |
| Biológicos | 1 (2,3) |
| Pacientes con esteroides, n (%) | |
| ≤ 5 mg | 16 (37,2) |
| > 5 mg | 0 |
| Actividad de la enfermedad (DAS-28), n (%) [*] | |
| Remisión | 19 (48,7) |
| Baja | 6 (15,4) |
| Moderada | 10 (25,6) |
| Grave | 4 (10,3) |

*Porcentajes calculados de un total de 39 pacientes
RIC, rango intercuartílico

Conclusiones: La afectación de pies y tobillos en pacientes con artritis reumatoide es un aspecto que a menudo se pasa por alto en las consultas de reumatología. Este estudio indica mayor afectación en pacientes con una duración de la enfermedad > 10 años, lo que subraya la importancia de valorar a los pacientes con larga evolución de la enfermedad. No se encontró una vinculación clara entre la calidad de vida y la afectación en pies y tobillos, pero la muestra de pacientes es pequeña.

Figura 1. Comparación de los resultados de acuerdo con la duración de la enfermedad. La figura muestra una diferencia significativa en el efecto de la enfermedad en pies y tobillos, medida con el *Foot Function Index*, entre los grupos con diferentes duraciones de la enfermedad. No se observaron diferencias en la calidad de vida ni en el dolor percibido entre los dos grupos. (CG142)



Bibliografía

1. Sirera-Vercher MJ, Sáez-Zamora P, Sanz-Amaro MD. Traducción y adaptación transcultural al castellano y al valenciano del Foot Health Status Questionnaire. Rev Esp Cir Ortopédica Traumatol. 2010 Jul;54(4):211-9.
2. Páez-Moguer J, Budiman-Mak E, Cuesta-Vargas AI. Cross-cultural adaptation and validation of the Foot Function Index to spanish. Foot Ankle Surg. 2014 Mar;20(1):34-9.

CG143

RELACIÓN DE DIABETES TIPO 2 Y NIVELES DE COMPLEMENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

E.A. Zamora-Tehozol¹, J. Díaz-Rodríguez²

⁽¹⁾Medical Care & Research, ⁽²⁾Hospital General Regional No.1 Ignacio García Téllez

Introducción: La artritis reumatoide es un padecimiento crónico de naturaleza inmunitaria que se caracteriza por inflamación articular, anticuerpos dirigidos contra dominios o subdominios de inmunoglobulina G y modificaciones epigenéticas (citrulinación, carbamilación, acetilación, entre otros). Se han considerado las enfermedades metabólicas como activadoras de autoinmunidad, debido a la teoría de la inflamación continua, dado que promueven modificación epigenética, señales de daño y alarma, estrés oxidativo y glucosilación avanzada para la presentación de enfermedades reumatológicas autoinmunitarias. De esta manera, la IL-6, la fracción C3 del complemento y TNF-α, entre otros, aumentan la lipólisis y promueven la resistencia a la insulina. Algunos estudios observacionales han documentado la relación de C3 con un mayor índice de resistencia a la insulina. La importancia de conocer factores de riesgo infrecuentes para la incidencia de diabetes tipo 2 es prioritaria en los pacientes reostáticos con artritis reumatoide. Si bien es posible modificar los ya establecidos en las publicaciones médicas, es conveniente buscar un biomarcador que identifique a los pacientes con un riesgo mucho mayor de incidencia de uno de los cinco tipos de diabetes mellitus tipo 2.

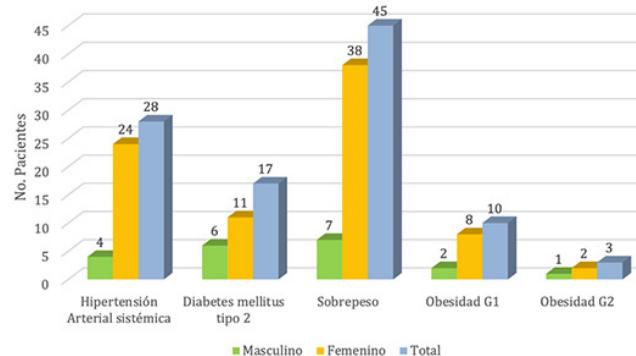
Objetivo: Evaluar la relación entre el desarrollo de diabetes tipo 2 y los valores séricos de complemento en pacientes con artritis reumatoide, en el Hospital General Regional No.1, en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 1 de diciembre.

Material y métodos: Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables numéricas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; se usó el índice de correlación de Spearman para valorar las posibles

relaciones entre variables categóricas y las pruebas de ji cuadrada para las diferencias de medias entre variables numéricas y prueba t de Student. En todos los casos se calcularon sus intervalos de confianza al 95% y se fijó el valor de significancia en $p < 0.05$. Los cálculos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS (USA) versión 23.0 para Windows.

Resultados: Se incluyó a un total de 125 pacientes, con 15,2% de hombres y 84,8% de mujeres. El 82,4% tenía alguna comorbilidad; las más prevalentes fueron la hipertensión y el sobrepeso (Figura 1). El 8% registró valores de complemento bajos, el 4% altos y el 88% normales. El grado de correlación entre C3 alto y DM2 fue negativo y muy débil ($r: -0,038, p = 0,673$). Se obtuvo un RR = 0,667 (IC, 0,109-4,079; $p = 0,525$).

Figura 1. Comorbilidades en pacientes con artritis reumatoide. (CG143)



Conclusiones: Los pacientes con artritis reumatoide sufren alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos con alta prevalencia de DM2. No se identificó una vinculación entre los valores elevados del complemento sérico y el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.

Bibliografía

1. Mueller AL, Payandeh Z, Mohammadkhani N, et al. Recent advances in understanding the pathogenesis of rheumatoid arthritis: New treatment strategies. Cells. 2021;10(11):3017.
2. Pi H, Zhou H, Jin H, et al. Ab-normal glucose metabolism in rheumatoid arthritis. Biomed Res Int. 2017;2017:1-6.

CG144

COMPLICACIONES POCO FRECUENTES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Torres-González, F. Irazoqui-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria inmunomedida y sistémica con predominio articular. Durante la evolución se pueden presentar múltiples complicaciones, 40% comunicadas en las publicaciones médicas, que hasta en la mitad de los casos se acompañan de mal pronóstico. No todas se exploran de manera intencional y sin duda su identificación da la pauta para modificar las estrategias terapéuticas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Describir e identificar la frecuencia de las complicaciones y factores de riesgo de estas, así como las comorbilidades en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo, analítico, transversal y retrolectivo. La muestra se obtuvo mediante expedientes clínicos de los pacientes atendidos en este hospital, en el periodo comprendido de 2010 a 2023. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se revisaron 1 017 expedientes de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide; 183 tenían diferentes tipos de complicaciones y 211 múltiples comorbilidades durante su evolución.

Resultados: La edad media fue de 65 años. La distribución por sexo fue del 6,5% (11 casos) del sexo masculino y 93,5% (172 casos) del femenino. El tiempo desde que se estableció el diagnóstico de AR tuvo una media de 20,6 años. La frecuencia de las 344 complicaciones descritas puede observarse en la **Tabla 1**. Con lo que respecta a la relación de presentación de complicaciones con el tipo de tratamiento, 169 (92%) pacientes se hallaban bajo tratamiento biológico o de pequeñas moléculas como monoterapia o junto con FARMEsc.

Se observó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la frecuencia de complicaciones oncológicas, con un 11,3% en pacientes que recibieron tratamiento biológico en comparación con 23,08% en pacientes sin esta modalidad terapéutica ($p < 0,020$). En cuanto al resto de las complicaciones, se identificó una disminución de la frecuencia de estas, con una menor actividad clínica. En otros datos se reconoció a 221 pacientes con múltiples comorbilidades, entre ellas diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica y osteoporosis. Se advirtió que 40,22% (97) sufría enfermedad articular degenerativa adjunta, 19,57% síndrome de Sjögren, 18,4% fibromialgia, 1,09% lupus eritematoso sistémico y 0,54% arteritis de Takayasu, gota y síndrome antifosfolípidos.

Conclusiones: En este estudio se identificaron múltiples complicaciones en pacientes con artritis reumatoide, las más comunes de las cuales fueron gastrointestinales, pulmonares y caquexia. De igual manera, se observó una diferencia estadísticamente significativa con respecto a las complicaciones oncológicas, que fueron menores en los pacientes que recibieron tratamiento biológico durante el transcurso de la enfermedad. Es importante tener en cuenta que la artritis reumatoide es una afección sistémica que puede desarrollar manifestaciones y complicaciones extraarticulares durante su evolución, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportuno son claves para su prevención, pronóstico y supervivencia.

Bibliografía

1. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, et al. Occurrence of extraarticular disease manifestations is associated with excess mortality in a community-based cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2002 Jan;29(1):62-7. PMID: 11824973.
2. Myasoedova E, Crowson CS, Turesson C, et al. Incidence of extraarticular rheumatoid arthritis in Olmsted County, Minnesota, in 1995-2007 versus 1985-1994: a population-based study. *J Rheumatol*. 2011 Jun;38(6):983-9. doi: 10.3899/jrheum.101133. Epub 2011 Apr 1. PMID: 21459933; PMCID: PMC3193155.

CG145

SUSPENSIÓN POR EFECTOS ADVERSOS DE SULFASALAZINA EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE

H. Jacobo-Cuevas, F.A. Ávalos-Salgado, A.M. Saldaña-Cruz, N.A. Rodríguez-Jiménez, L. González-López, L.I. Muñoz-Ordóñez, A.S. Casiñas-Vega, J.I. Gámez-Navar

Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara

Introducción: La sulfasalazina (SSZ) es un fármaco inductor de remisión administrado ampliamente en pacientes con artritis reumatoide (AR), con un importante papel en la modalidad combinada con metotrexato y otros FARM; sin embargo, este fármaco puede precipitar algunos efectos secundarios graves que obligan a la interrumpir el tratamiento. Las grandes cohortes de pacientes suministran una gran oportunidad de estudiar los efectos secundarios poco frecuentes, pero lo suficientemente graves para llevar a su suspensión. No obstante, la mayor parte de la información procede de estudios clínicos controlados y es limitado el tiempo de duración de uso del fármaco (mediano plazo < 5 años) por lo que la tasa de suspensión de SSZ puede subestimarse.

Objetivo: Describir la tasa de suspensión de la sulfasalazina y los principales efectos secundarios que obligan a interrumpirla en una gran cohorte retrospectiva a largo plazo de pacientes con AR.

Material y métodos: De un hospital de segundo nivel de atención se estableció una cohorte retrospectiva de pacientes con AR tratados con SSZ. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con los criterios del *American College of Rheumatology* del 1987. Otros criterios de inclusión fueron: ≥ 18 años, prescripción de SSZ por un reumatólogo para tratamiento de la AR y más de dos visitas de seguimiento con el tratamiento. Se excluyó a los pacientes con síndrome de sobreposición y con hepatopatías crónicas antes del inicio de tratamiento. La cohorte se estableció a partir del año 2004 y se ha continuado hasta la fecha de este resumen. Se excluyeron del análisis otros motivos de suspensión diferentes de los efectos secundarios, como falta de respuesta terapéutica, embarazo u otras indicaciones médicas. Análisis estadístico: se calculó la frecuencia de uso de SSZ en la cohorte y la tasa de suspensión de tratamiento con SSZ, así como los principales motivos de suspensión.

Tabla 1. Complicaciones identificadas en pacientes con artritis reumatoide. (CG144)

| Complicaciones | Total de complicaciones n = 344 | Complicaciones por aparatos y sistemas |
|--|------------------------------------|--|
| Pulmonares | 14,71% (50) | Hipertensión arterial pulmonar (17), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (11), enfermedad pulmonar intersticial difusa (4), asma (5), tromboembolia pulmonar (5), síndrome de apnea obstructiva del sueño (3), neoplasias, nódulos, empiema, neumonía por COVID-19 y bronquiectasias (1) |
| Cardiacas | 13,53% (46) | Cardiopatía isquémica (16), valvulopatías (12), arritmias (10), miocardiopatías (3), aneurisma, endocarditis, falla cardíaca, cardiopatía congénita y estenosis carotídea (1) |
| Renales | 10,59% (36) | Litiasis (16), enfermedad renal crónica (12), necrosis tubular aguda (4), quistes renales, neoplasias, ectopia renal y poliquistosis (1) |
| Hematológicas | 1,47% (5) | Síndrome de Felty (5) |
| Gastroenterológicas | 23,82% (81) | Reflujo gastroesofágico (30), enfermedad por úlcera péptica (13), gastropatía atrófica (9), esofagitis erosiva (6), gastropatía erosiva (5), sangrado de tubo digestivo (5), enfermedad diverticular (4), síndrome de intestino irritable (2), esófago de Barret (2), poliposis adenomatosa, candidiasis esofágica, adenoma tubular colónico, enfermedad inflamatoria intestinal e infección por hepatitis C (1) |
| Oncológicas | 13,24% (45) | Cáncer cervicouterino (8), cáncer de mama (7), cáncer renal (5), cáncer tiroideo (5), linfoma (4), cáncer de vejiga (3), melanoma (2), adenocarcinoma de páncreas, teratoma de ovario, carcinoma basocelular, histiocitoma fibroso maligno, cáncer de endometrio, cáncer de colon, cáncer de esófago, condrosarcoma, síndrome mielodisplásico y cistoadenoma de ovario (1) |
| Vasculares (vasculitis) | 1,47% (5) | Vasculitis (5) |
| Sistémicas (caquexia) | 18,82% (64) | Caquexia (64) |
| Oftálmicas | 3,53% (12) | Escleritis (4), episcleritis (3), uveítis (3), perforación corneal y queratitis filamentosa (1) |
| Datos representados en: frecuencia % (n). | | Datos representados: (n). |

Se identificó la suspensión por efectos secundarios y la naturaleza de estos. Se realizó un análisis bivariado con ji cuadrada para comparación de proporciones entre grupos y t de Student para muestras independientes para comparación de medias entre grupos.

Resultados: De una cohorte de 1,122 pacientes con AR, en 514 pacientes (45,8%) se indicó la SSZ y se los incluyó en el estudio. De estos, 73 (14,2%) suspendieron SSZ de manera definitiva durante la cohorte por efectos secundarios. Los principales motivos de suspensión fueron: afectación mucocutánea (5,3%), afectación gastrointestinal (4,6%), síndrome constitucional (astenia, anorexia, pérdida involuntaria de peso) (2,3%), afectación hematológica (0,5%), hepatopatía (0,5%) y otros (0,7%) (**Tabla 1**). Al comparar entre pacientes que suspendieron SSZ con aquellos que no, se identificó una tendencia a la interrupción en hombres en menor proporción ($p = 0,08$), así como pacientes con menor índice de masa corporal (IMC) ($p = 0,005$) y la presencia de diabetes mellitus ($p = 0,07$) (**Tabla 2**).

Tabla 1. Frecuencia de suspensión definitiva de la sulfasalazina por efectos secundarios en la cohorte. (CG145)

| Total de la cohorte, n (%) | n = 514 (100) |
|---|---------------|
| Suspensión por efectos secundarios, n (%) | 73 (14) |
| Afectación mucocutánea, n (%) | 27 (5,3) |
| Afectación gastrointestinal, n (%) | 24 (4,6) |
| Síndrome constitucional*, n (%) | 12 (16,4) |
| Leucopenia persistente, n (%) | 3 (0,5) |
| Hepatopatía, n (%) | 3 (0,5) |
| Otros**, n (%) | 4 (0,7%) |

*Síndrome constitucional: engloba las manifestaciones de astenia, anorexia y pérdida involuntaria de peso. Por separado o juntas, estas manifestaciones acompañan a muchas enfermedades cuyo diagnóstico se establece por otros síntomas y signos específicos.

**Otros: pulmonar, infecciones frecuentes y graves durante su toma, alteraciones neurológicas (cefalea persistente e intensa) y ocular. Las variables se presentan como frecuencias y porcentajes.

Tabla 2. Comparación de factores entre pacientes que suspendieron la sulfasalazina por efectos secundarios y los pacientes que no suspendieron el fármaco. (CG145)

| Variable n (%) | Pacientes que suspendieron la SSZ por efectos secundarios n = 73 (100) | Pacientes que no suspendieron la SSZ n = 441 (100) | P |
|---|--|--|-------|
| Edad, media ± DS | 55,5 ± 12,5 | 55,6 ± 12,1 | 0,5 |
| Sexo femenino, n (%) | 67 (91,8) | 4 (0,9) | 0,07 |
| IMC, media ± DS | 26,3 ± 4,5 | 28,3 ± 5,6 | 0,005 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 16 (21,9) | 58 (13,2) | 0,06 |
| Hipertensión arterial, n (%) | 29 (39,7) | 130 (29,5) | 0,1 |
| Manifestaciones extraarticulares, n (%) | 46 (63,0) | 271 (61,5) | 0,9 |
| Uso de metotrexato, n (%) | 26 (35,6) | 188 (42,6) | 0,1 |
| Uso de azatioprina, n (%) | 12 (16,4) | 51 (11,6) | 0,2 |
| Polifarmacía, n (%) | 71 (97,3) | 415 (94,1) | 0,9 |

Las variables se presentan como frecuencias y porcentajes o medias y desviación estándar. Las variables cuantitativas se compararon con t de Student y las variables cualitativas con ji cuadrada.

Conclusiones: La SSZ posee una baja tasa de suspensión de tratamiento, aun a largo plazo, y los principales efectos secundarios son de origen mucocutáneo y gastrointestinal. A su vez, el médico tratante debe tener en cuenta diferentes factores de riesgo en estos pacientes, como sexo femenino, menor IMC y diabetes mellitus.

Bibliografía

- Jayachandran M, Koshy V, David R, *et al*. Adverse reaction profile of sulfasalazine and its persistence in chronic therapy of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis: A multicentric observational study. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2022;60(8):327-335.
- Suarez-Almazor ME, Belseck E, Shea B, *et al*. Sulfasalazine for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;1998(2):CD000958.

CG146

EVALUACIÓN DE NUEVOS ALGORITMOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V. González-González, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpíri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) es la principal causa de muerte en pacientes con artritis reumatoide (AR). Varios algoritmos de riesgo cardiovascular (RCV) se utilizan en pacientes con AR para predecir los resultados cardiovasculares, pero se subestima el RCV real.

Objetivo: Comparar los algoritmos de RCV con los hallazgos del ultrasonido carotídeo en pacientes con AR sin ECVA clínica e identificar la calculadora que es el mejor predictor correlacionado con la presencia de placa carotídea (PC).

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo que incluyó a pacientes con AR de 30 a 79 años que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR. Se excluyó a los pacientes con ECVA previa (infarto de miocardio, ictus o arteriopatía periférica). El RCV se calculó con seis algoritmos: Globorisk, HEARTS, QRISK3, ESR-RA, SCORE2 y PREVENT. Se realizó un ultrasonido carotídeo en todos los participantes del estudio y la PC se definió como un grosor íntima-média carotídeo (GIMc) difuso ≥ 1,2 mm o un grosor focal < 0,5 mm. Se realizó un análisis de curva ROC para evaluar el rendimiento de los distintos algoritmos de RCV con la PC. Se calculó el índice de Youden para seleccionar los valores óptimos de sensibilidad, especificidad y predicción negativa y positiva. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

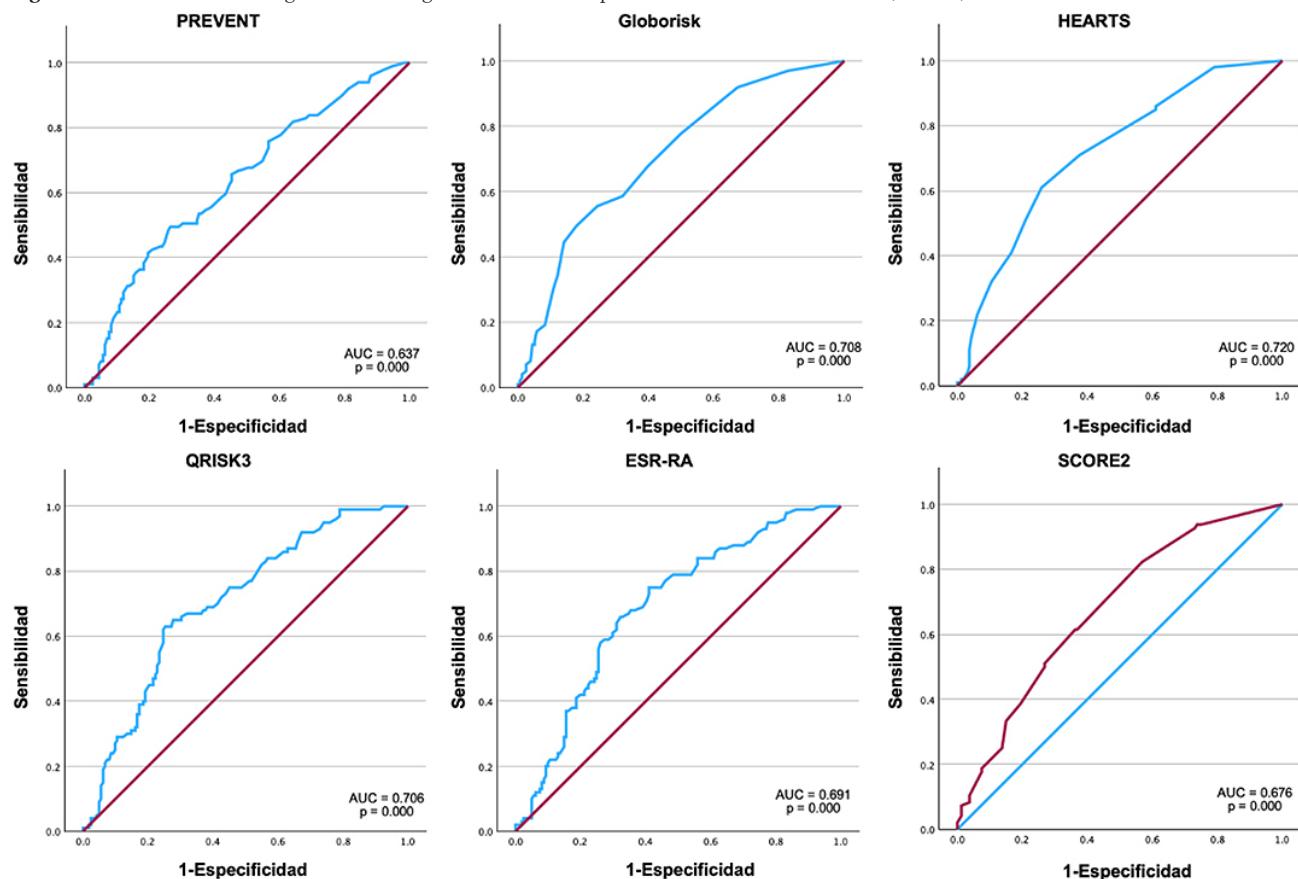
Resultados: Se incluyó a 263 pacientes con diagnóstico de AR. La prevalencia de PC fue del 38,0%. Las características demográficas y los resultados se muestran en la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con AR. (CG146)

| Variables | Pacientes con AR (n = 263) |
|--|----------------------------|
| Edad, años, ± DE | 55,8 ± 9,6 |
| Mujeres, n (%) | 246 (93,5) |
| Diabetes mellitus tipo 2, n (%) | 50 (19,0) |
| Hipertensión arterial sistémica, n (%) | 95 (36,1) |
| Dislipidemia, n (%) | 105 (39,9) |
| Tabaquismo activo, n (%) | 26 (9,9) |
| AHF de ECV, n (%) | 34 (12,9) |
| Uso de prednisona, n (%) | 141 (53,8) |
| FARME sintético, n (%) | 215 (81,7) |
| Biológicos, n (%) | 37 (14,1) |
| Duración de la enfermedad, años, mediana (p25°-p75°) | 7,72 (3,0-14,7) |
| DAS28-PCR, mediana (p25°-p75°) | 3,3 (2,1-4,4) |
| PREVENT™, %, mediana (p25°-p75°) | 4,35 (2,25-7,95) |
| Globorisk, %, mediana (p25°-p75°) | 7,5 (4,5-13,5) |
| HEARTS, %, mediana (p25°-p75°) | 6,0 (3,0-10,5) |
| QRISK3, %, mediana (p25°-p75°) | 6,0 (3,3-11,3) |
| ESR-RA, %, mediana (p25°-p75°) | 5,7 (3,4-10,6) |
| SCORE2, %, mediana (p25°-p75°) | 4,5 (3,0-9,0) |

AR, artritis reumatoide; DE, desviación estándar; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; DAS28-PCR, Puntuación de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones basada en la proteína C reactiva; PREVENT™, Predicting risk of cardiovascular disease EVENTs.

Conclusiones: En este estudio, todos los algoritmos tuvieron una diferenciación significativa para la presencia de PC. Sin embargo, los algoritmos ERS-RA y HEARTS mostraron la mejor precisión diagnóstica con la

Figura 1. Curvas ROC de los algoritmos de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. (CG146)

mayor sensibilidad y especificidad en pacientes con AR. Los demás algoritmos, incluido la nueva calculadora de RCV, PREVENT, registraron una menor capacidad para detectar la PC en esta población.

Bibliografía

1. Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, et al. Novel prediction equations for absolute risk assessment of total cardiovascular disease incorporating cardiovascular-kidney-metabolic health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2023; DOI: 10.1161/CIR.0000000000001.

CG147

PREVALENCIA Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASINTOMÁTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Roque-González, V. Rosales-Don Pablo, F. Irazoqui-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria, inflamatoria, sistémica y crónica, con una prevalencia del 0.5% en la población general. Una de sus complicaciones extraarticulares más frecuente y potencialmente letal es la enfermedad pulmonar intersticial (EPI). La prevalencia de la EPI en pacientes con AR varía significativamente en las publicaciones médicas, con cifras de 4,1% a 19,2% en los pacientes con síntomas respiratorios, y > 50% en pacientes asintomáticos cuando se utilizan estudios de imagen avanzada. Sin embargo, se reconocen variaciones regionales en estos datos, lo que sugiere que la prevalencia en esta institución podría diferir de lo ya notificado.

Objetivo: Describir la prevalencia y los factores de riesgo para EPI asintomática en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio cohorte retrolectivo del registro de pacientes del servicio de reumatología de este hospital con diagnóstico de AR. Se evaluaron características tomográficas, actividad de la enfermedad, comorbilidades y serología. Con posterioridad se aplicó un análisis de regresión logística multivariado para identificar los factores de riesgo relacionados con EPI asintomática.

Resultados: Se evaluó a 50 pacientes con diagnóstico de AR en quienes se descartaron síntomas respiratorios al momento de realizar la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR). De estos, 62% mostró cambios indicativos de EPI, consistentes con lo ya publicado. Del total de pacientes, 93,5% correspondió a mujeres, la mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 21,6 años y se encontró que las comorbilidades más vinculadas fueron hipertensión arterial y tabaquismo en 40% y 30%, respectivamente. Contrario a lo descrito en las publicaciones, que relaciona la EPI con alta actividad de la enfermedad, se encontró que 73,3% de los pacientes se hallaba en remisión por DAS-28/PCR, y 13,3% tenía actividad baja y moderada, respectivamente. Con respecto a la serología, la gran mayoría de los pacientes tenía factor reumatoide positivo en 87% de los casos con tendencia a ser de títulos altos; sin embargo, tan solo 58% de los pacientes registró positividad de anti-CCP. En cuanto a los tratamientos recibidos, en 100% se administró metotrexato y más del 90% mantuvo tratamiento combinado con fármacos biológicos, los más prescritos de los cuales fueron anti-TNF (87%), anti-CD20 (61%) y anti-CTLA-4 (29%). Por último, se corroboró el patrón tomográfico USUAL como el más frecuente en 40% de los pacientes, aunque un porcentaje análogo mostró cambios incipientes de afectación intersticial.

Conclusiones: La prevalencia de EPI asintomática en la población estudiada fue significativa, lo cual indica que una proporción considerable de pacientes con AR puede mostrar alteraciones pulmonares sin

manifestaciones clínicas evidentes (62%). Se confirmaron tres factores de riesgo descritos para mayor probabilidad de desarrollar EPI: duración de la enfermedad, tabaquismo y factor reumatoide a títulos altos, pero no se reconoció una relación con la actividad de la enfermedad ni con títulos de anti-CCP. Dentro del patrón topográfico se observó una tendencia similar en el desarrollo del patrón usual y cambios incipientes en estos pacientes. La identificación de EPI en pacientes con AR tiene importantes implicaciones clínicas, por lo que la detección temprana mediante TACAR podría permitir una intervención más temprana y posiblemente lenticular la evolución de la enfermedad pulmonar. Se recomienda realizar estudios longitudinales para confirmar la evolución de la EPI en pacientes asintomáticos y explorar más a fondo la relación entre los factores de riesgo identificados y el avance de la enfermedad.

Bibliografía

1. Severo CR, Chomiski C, Valle MBD, et al. Assessment of risk factors in patients with rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *J Bras Pneumol.* 2022 Dec 2;48(6):e20220145. doi: 10.36416/1806-3756/e20220145. PMID: 36477171; PMCID: PMC9720882.
2. Johnson C. Recent advances in the pathogenesis, prediction, and management of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Curr Opin Rheumatol.* 2017 May;29(3):254-259. doi: 10.1097/BOR.0000000000000380. PMID: 28207496.

CG148

ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

O.A. Garza-Flores, A.L. Guajardo-Aldaco, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, I. Hernández-Velázquez, C.E. Cantú-Moreno

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El diagnóstico y el tratamiento de la artritis psoriásica (AP) suelen retrasarse o incluso pasarse por alto debido a sus múltiples presentaciones clínicas. El retraso del diagnóstico se ha vinculado con una mayor actividad de la enfermedad y un peor resultado funcional en los pacientes con AP. No se ha establecido el efecto del retraso en el diagnóstico sobre el riesgo cardiovascular (RCV).

Objetivo: Comparar la actividad de la enfermedad, el RCV, la prevalencia de placas carotídeas y la prevalencia de un mayor grosor de la íntima-media carotídeo (GIMc) en pacientes con un retraso en el diagnóstico menor o mayor a un año.

Material y métodos: Es un estudio observacional, comparativo y transversal en pacientes que cumplían con los Criterios de Clasificación para la Artritis Psoriásica (CASPAR) de 2006. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVAS) previa o embarazo. Se realizaron historia clínica y análisis de sangre para evaluar la actividad de la enfermedad. El RCV se calculó con seis calculadoras diferentes: índice de riesgo de Framingham/IMC (FRS/IMC), QRISK3, SCORE, OMS/IMC, OMS/COL y riesgo de ECVAS de la colaboración entre el ACC y la AHA. Se utilizó la ecografía carotídea en modo B para cuantificar el GIMc y la presencia de placas. Se efectuó un análisis descriptivo con frecuencias (%), media (\pm DE) y mediana ($p25^{\circ}$ - $p75^{\circ}$), y las comparaciones se realizaron con la prueba χ^2 cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

Resultados: Se integró una muestra total de 63 pacientes. Los individuos que obtuvieron un diagnóstico después de un año del inicio de los síntomas tuvieron una actividad de la enfermedad significativamente mayor medida por el índice de la actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica (DAPSA) ($21,52 \pm 16,67$ vs. $12,11 \pm 10,58$; $p = 0,009$), por el Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones con proteína C reactiva (DAS28-PCR) ($2,887 \pm 1,168$ vs. $2,175 \pm 1,025$; $p = 0,012$)

y por el Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones con la velocidad de sedimentación globular (DAS28-VSG) ($4,453 \pm 1,474$ vs. $3,247 \pm 1,284$; $p = 0,001$). Los pacientes con un retraso en el diagnóstico superior a un año también informaron una mayor puntuación en la escala verbal numérica del dolor (EVN) que los pacientes sin retraso en el diagnóstico ($3,5 [0-10,00]$ vs. $3,00 [0-10,00]$; $p = 0,018$). No se identificaron diferencias significativas en el Índice de área y gravedad de la psoriasis (PASI) o el Índice de gravedad de psoriasis ungual (NAPSI). No se hallaron tampoco diferencias significativas entre la prevalencia de placas carotídeas o el incremento del GIMc. Los pacientes con retraso en el diagnóstico > 1 año mostraron un riesgo significativamente mayor en la calculadora de RCV OMS/IMC ($6,88 [1,0-18,0]$ vs. $4,59 [1,0-13,0]$; $p = 0,034$) sin diferencias significativas entre las otras calculadoras de riesgo cardiovascular (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas. (CG148)

| Variable | Diagnóstico en < 1 año n = 35 (55,55%) | Diagnóstico en > 1 año n = 28 (44,45%) | p |
|-----------------------------------|---|---|-------|
| Edad, media \pm DE | $53,47 \pm 11,31$ | $56,75 \pm 10,77$ | NS |
| Mujeres, n (%) | 18 (51,42) | 17 (60,71) | NS |
| Actividad de la enfermedad | | | |
| DAS28-PCR, media \pm DE | $2,17 \pm 1,02$ | $2,88 \pm 1,16$ | 0,012 |
| DAS28-VSG, media \pm DE | $3,24 \pm 1,28$ | $4,45 \pm 1,47$ | 0,001 |
| EVN, mediana (RIC) | 3,0 (0,0-10,0) | 3,5 (0,0-10,0) | 0,018 |
| PASI, mediana (RIC) | 0,3 (0,0-11,8) | 1,0 (0,0-10,2) | NS |
| NAPSI, mediana (RIC) | 0,0 (0,0-65,0) | 1,0 (0,0-68,0) | NS |
| DAPSA, media \pm DE | $12,11 \pm 10,58$ | $21,52 \pm 16,67$ | 0,009 |
| Ultrasonido carotídeo | | | |
| Placa carotídea, n (%) | 16 (45,71) | 11 (39,28) | NS |
| GIMc aumentado, n (%) | 6 (17,14) | 4 (14,28) | NS |
| Calculadoras de RCV | | | |
| OMS/IMC, mediana (RIC) | 4,59 (1,0-13,0) | 6,88 (1,0-18,0) | 0,034 |
| FRS/IMC, media \pm DE | $15,88 \pm 14,95$ | $23,34 \pm 21,35$ | NS |
| ACC/AHA, mediana (RIC) | 4,45 (0,70-33,20) | 12,05 (0,30-56,70) | NS |
| QRISK3, mediana (RIC) | 5,20 (0,30-34,00) | 9,35 (0,60-39,20) | NS |
| OMS/COL, mediana (RIC) | 4,00 (1,00-23,00) | 6,00 (1,00-23,00) | NS |
| SCORE, mediana (RIC) | 1,00 (0,00-12,00) | 2,00 (0,00-11,00) | NS |

DAS, Disease Activity Score; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; EVN, escala verbal numérica; PASI, Índice de área y gravedad de la psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungual; DAPSA, Índice de la actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica; GIMc, grosor de la íntima media carotídeo; OMS, Organización Mundial de la Salud; IMC, índice de masa corporal; FRS, escala de Framingham; ACC, American College of Cardiology; AHA, American Heart Association; COL, colesterol; SCORE, cálculo sistemático del riesgo coronario.

Conclusiones: Un retraso en el diagnóstico > 1 año se acompaña de una actividad de la enfermedad significativamente mayor, lo que acentúa la premura del diagnóstico temprano. Aunque no se observaron diferencias en la prevalencia de placas carotídeas o hiperplasia del GIMc, identificar la artritis psoriásica de forma temprana y actuar rápidamente son cruciales para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones cardiovasculares, ya que una intervención oportuna marca la diferencia en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Kılıç G, Kılıç E, Tekeoğlu I, et al. Diagnostic delay in psoriatic arthritis: insights from a nationwide multicenter study. *Rheumatol Int.* 2024;44(6):1051-9.
2. Su YJ. Early diagnosis of psoriatic arthritis among psoriasis patients: clinical experience sharing. *Clin Rheumatol.* 2020;39:3677-84.

CG149

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE PLAQUETA-LINFOCITO CON ALTERACIONES ECOCARDIGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, J.A. Cárdenas-De la Garza, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, R.I. Arvizu-Rivera, M. Fraga-Enríquez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: En los últimos años, el índice plaqueta-linfocito (IPL), un marcador inflamatorio sistémico, ha ganado relevancia debido a su simplicidad y utilidad clínica como marcador pronóstico en enfermedades neoplásicas. Sin embargo, los estudios recientes han demostrado que los valores elevados del IPL producen un estado inflamatorio y protrombótico, por lo cual su uso se ha convertido en una herramienta de tamizaje de riesgo cardiovascular (CV) eficaz. Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen un riesgo mayor de episodios CV adversos y no cuentan con un algoritmo de estratificación estandarizado, razón por la cual se propone utilizar el IPL en este grupo poblacional.

Objetivo: Relacionar el IPL con alteraciones ecocardiográficas en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieran los criterios CASPAR 2006 para el diagnóstico de AP. Se excluyó a los individuos con antecedentes de enfermedad cardiovascular, otras enfermedades del tejido conectivo o embarazo. Se realizó ecocardiograma transtorácico en todos los participantes. La evaluación ecocardiográfica incluyó el índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI), el grosor parietal relativo (GPR), la excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (TAPSE) y la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI). La disfunción diastólica subclínica (DDS) se definió de acuerdo con la clasificación de la *American Heart Association* del 2016 y la disfunción sistólica subclínica (DSS) del VI como un *strain* longitudinal global (SLG) $\geq 18\%$ (Tabla 1). El IPL se calculó al dividir el recuento de plaquetas entre el recuento de linfocitos; un valor > 142 se consideró como IPL alto. La distribución entre grupos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron con las pruebas χ^2 cuadrada o exacta de Fisher, t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se integró a un total de 42 pacientes con AP: 21 con IPL alto y 21 con IPL bajo. La mayoría correspondió a mujeres de las cuales el grupo con IPL alto tuvo una edad media mayor ($57,9 \pm 10,7$ vs. $47,8 \pm 10,1$, $p = 0,003$). Aunque no se hallaron diferencias significativas, todas las comorbilidades fueron más prevalentes en este grupo, excepto la obesidad. Asimismo, el grupo con IPL elevado se vinculó con una mayor presencia de las alteraciones geométricas del ventrículo izquierdo, y el remodelado concéntrico fue de mayor proporción (28%, $p = 0,11$). El IPL bajo tuvo la menor prevalencia de DDS, además de tener TAPSE mayor (21 [19-24] vs. 24 [23-25], $p = 0,024$), y tanto los valores de FEVI como los de SLG fueron similares en ambos grupos. La DSS fue más frecuente en los pacientes con IPL bajo (3 [14,2] vs. 7 [33,3], $p = 0,14$).

Conclusiones: En concordancia con estos resultados, el IPL podría ser una herramienta útil en la valoración de riesgo CV en pacientes con AP al vincularse con una disminución valores del TAPSE, y muestra el potencial para detectar disfunción ventricular subclínica derecha. A pesar de que en los valores altos del IPL se identificó una mayor prevalencia de comorbilidades, esto no fue estadísticamente significativo, por lo cual se sugieren estudios prospectivos con muestras más grandes debido a su probable utilidad como predictor de disfunción sistólica subclínica del ventrículo derecho e instituir la valoración con ecocardiografía para la estratificación del riesgo CV.

Bibliografía

- López-Olivio MA, Huber AM, Tato E, et al. A clinical practice guideline for the management of systemic lupus erythematosus: A systematic review. *J Clin Rheumatol*. 2019;25(7):359-367. doi:10.1177/0003319719845186.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ecocardiograma (CG149)

| Variables | IPL alto (n = 21) | IPL bajo (n = 21) | Valor p |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------|
| Edad, años, \pm DE Mujeres, n (%) | $57,9 \pm 10,7$ 12 (57,1) | $47,8 \pm 10,1$ 14 (66,6) | 0,003 0,52 |
| Comorbilidades | | | |
| Diabetes, n (%) | 4 (19,0) | 2 (9,5) | 0,39 |
| Hipertensión, n (%) | 5 (23,8) | 5 (23,8) | 1,0 |
| Dislipidemia, n (%) | 12 (57,1) | 7 (33,3) | 0,12 |
| Tabaquismo activo, n (%) | 7 (33,3) | 5 (23,8) | 0,74 |
| Obesidad, n (%) | 6 (28,7) | 7 (33,3) | 0,73 |
| Características clínicas | | | |
| Tiempo de evolución, años, \pm DE | $9,8 \pm 10,5$ | $15,2 \pm 15,8$ | 0,19 |
| DAPSA, \pm DE | $22,6 \pm 25,7$ | $20,4 \pm 16,4$ | 0,75 |
| VI: características geométricas | | | |
| Índice de masa del VI, \pm DE | $87,8 \pm 39,4$ | $93,8 \pm 45,1$ | 0,65 |
| GPR, mediana (RIC) | 0,41 (0,36-0,49) | 0,39 (0,35-0,46) | 0,58 |
| VI: clasificación de remodelado | | | |
| Normal, n (%) | 12 (57,1) | 17 (80,9) | 0,09 |
| Remodelado concéntrico, n (%) | 6 (28,1) | 2 (9,5) | 0,11 |
| Hipertrofia concéntrica, n (%) | 3 (14,2) | 2 (9,5) | 0,63 |
| Disfunción diastólica subclínica | | | |
| Normal, n (%) | 8 (38,0) | 9 (42,8) | 0,74 |
| Seudonormal, n (%) | 13 (61,9) | 11 (52,1) | 0,53 |
| PRR, n (%) | 0 (0) | 1 (4,7) | 0,31 |
| PRI, n (%) | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Disfunción sistólica subclínica | | | |
| TAPSE, mediana (RIC) | 21 (19-24) | 24 (23-25) | 0,024 |
| FEVI, media \pm DE | $60,1 \pm 5,8$ | $61,2 \pm 6,0$ | 0,55 |
| SLG, media \pm DE | $-19,5 \pm 4,6$ | $-19,3 \pm 3,2$ | 0,84 |
| DSS, n (%) | 3 (14,2) | 7 (33,3) | 0,14 |

2. Im DS, Shin D, Lee MS, et al. Assessments of neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio in Korean patients with psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis. *J Dermatol*. 2016;43(9):1056-1061. doi:10.1111/1346-8138.13061.

CG150

SEGUIMIENTO DE RESULTADOS A DOS AÑOS DEL ESTUDIO SELECT-AXIS 2 DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ES-pondilitis anquilosante activa

A. Chapela-Meneses¹, X. Baraliakos², D. Van Der Heijde³, J. Sieper⁴, R. Inman⁵, H. Kameda⁶, W. Maksymowich⁷, A. Shmagel⁸, I. Lagunes⁸, X. Bu⁸, P. Wung⁸, A. Deodhar⁹

⁽¹⁾AbbVie, ⁽²⁾Rheumazentrum Rubrgebiet Herne, Universidad Ruhr Bochum, Herne, Alemania, ⁽³⁾Centro Médico Universitario de Leiden, Leiden, Países Bajos, ⁽⁴⁾Gastroenterología, Enfermedades Infecciosas y Reumatología, Charité Universitätsmedizin Berlín, Berlín, Alemania, ⁽⁵⁾Instituto de Artritis Schroeder, Red de Salud de la Universidad y Universidad de Toronto, Toronto, Ontario, Canadá, ⁽⁶⁾Medicina Interna, Universidad de Tóhoku, Tokio, Japón, ⁽⁷⁾Departamento de Medicina, Universidad de Alberta, Edmonton, Alberta, Canadá, ⁽⁸⁾Inmunología, AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, Estados Unidos, ⁽⁹⁾División de Artritis y Enfermedades Reumáticas, Oregon Health & Science University, Portland, Oregón, Estados Unidos

Introducción: El upadacitinib ha mostrado un perfil de eficacia y seguridad aceptable en pacientes con espondilitis anquilosante en los estudios SELECT-AXIS 1 y 2, incluidos los pacientes con una respuesta inadecuada

o intolerancia a los FARME biológicos (RI-FARMEb) hasta un año en SELECT-AXIS 2.

Objetivo: Evaluar la eficacia, seguridad y resultados radiográficos a dos años después del tratamiento con upadacitinib (15 mg diarios) en pacientes con RI-FARMEb y espondilitis anquilosante activa en SELECT-AXIS 2. **Material y métodos:** Despues de un periodo controlado con placebo de 14 semanas, los pacientes eran elegibles para ingresar a una extensión de etiqueta abierta a largo plazo y recibir upadacitinib (15 mg diarios). Los criterios de valoración de eficacia incluyeron la mejoría al 40% en la evaluación de la espondilitis anquilosante (ASAS40), remisión parcial ASAS (ASAS PR), baja actividad de la enfermedad de la escala de actividad de la enfermedad (ASDAS LDA, < 2,1) e inactividad de la enfermedad ASDAS (ID, < 1,3); y media del cambio con respecto a la basal en puntuaciones críticas para funcionalidad y calidad de vida. Se presentaron análisis según lo observado (AO) y AO con imputación de no respondedor (AO-NRI). Se usaron análisis AO con modelos mixtos de medidas repetidas (AO-MMRM) para los criterios de valoración continuos. Los resultados de imagen incluyeron las puntuaciones de inflamación en imagen por resonancia magnética (IRM) medidas por SPARCC (AO-MMRM) y mSASSS (AO-ANCOVA). La seguridad se evaluó hasta la semana 104 en todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de UPA. Los efectos adversos emergentes durante el tratamiento (EAET) se presentan como tasas de efectos ajustadas por exposición (efectos/100 pacientes-años [E/100 PA]).

Resultados: Las tasas de respuesta en la semana 104 fueron comparables para los grupos de UPA continuo respecto del placebo (PBO) a upadacitinib, incluidos ASAS40 (AO-NRI; 64,9% y 61,7%, respectivamente), ASAS PR (34,1% y 37,8%), ASDAS LDA (55,9% y 55,0%) y ASDAS ID (29,9% y 34,4%) (Figura 1). Las mejoras en relación con la basal en la inflamación por IRM se mantuvieron en ambos grupos de tratamiento. La media del cambio respecto de la basal en las puntuaciones espinales SPARCC por IRM fueron -3,80 (media basal, 9,97) y -4,55 (basal, 7,71) en el grupo de UPA continuo y PBO a upadacitinib, respectivamente; las puntuaciones de articulaciones SI fueron -3,11 (basal, 5,98) y -3,96 (basal, 5,91). La mayoría de los pacientes no mostró progresión radiográfica (media del cambio en relación con la basal

en mSASSS < 2 UPA continuo: 94,9%; PBO a UPA: 93,8%). Las tasas de efectos adversos emergentes del tratamiento (EAET), EAET graves e interrupción del fármaco de estudio fueron de 165,2, 8,7 y 3,6 exposición/100 pacientes-año, respectivamente; sobrevino una muerte (politraumatismo, previamente notificado) antes de la semana 52 (0,1 E/100 PA). Las tasas de efectos cardiovasculares adversos mayores, efectos tromboembólicos venosos y neoplasias malignas (sin incluir el cáncer de piel no melanómico) ocurrieron a 0,3 E/100 PA (Figura 2).

Conclusiones: La eficacia se mantuvo o mejoró con el upadacitinib de 15 mg hasta la semana 104 en pacientes con RI-FARMEb con EA activa y fue similar en pacientes que recibieron UPA continuo en comparación con PBO a UPA. La actividad inflamatoria en IRM y las tasas de progresión radiográfica en la semana 104 fueron bajas en ambos grupos. Por lo general, el UPA de 15 mg fue bien tolerado, sin identificarse nuevas señales de seguridad.

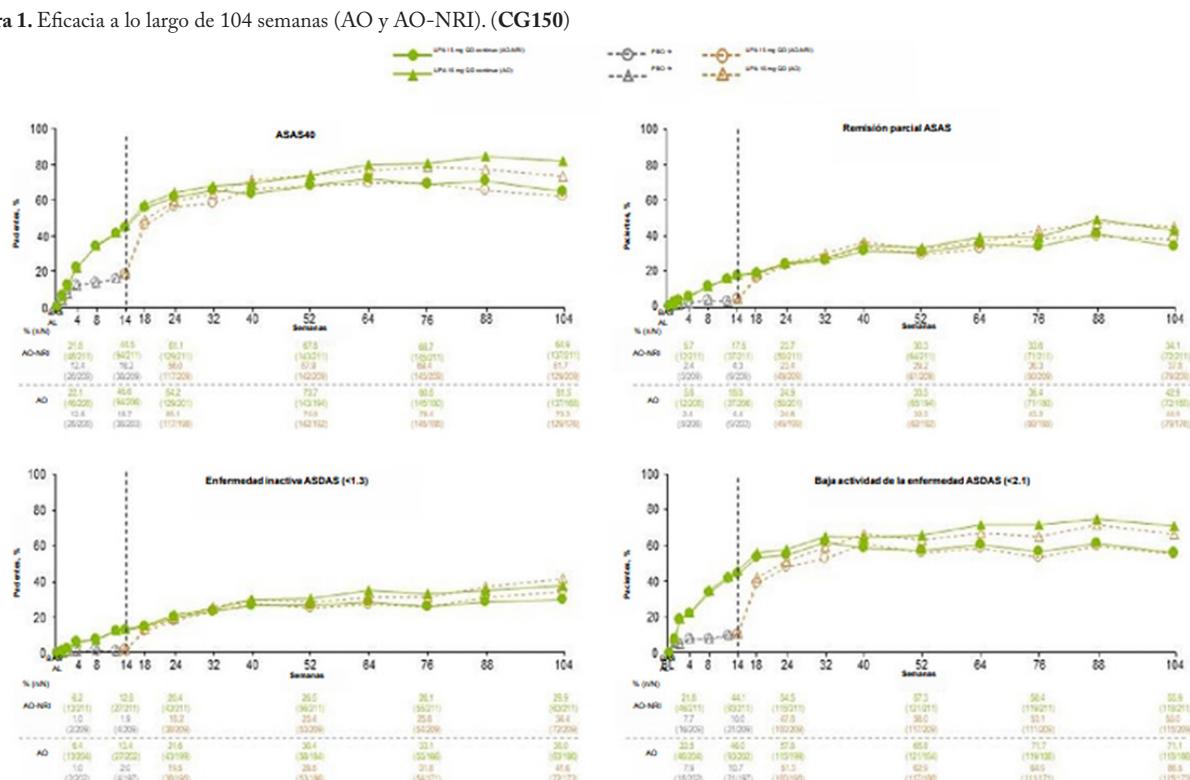
Bibliografía

1. Baraliakos X, Van der Heijde D, Sieper J, et al. Efficacy and safety of upadacitinib in patients with ankylosing spondylitis refractory to biologic therapy: 1-year results from the open-label extension of a phase III study. *Arthritis Research & Therapy*. 2023 Sep 18;25(1).
2. Baraliakos X, Van der Heijde D, Sieper J, et al. Pos0798 efficacy, safety and radiographic outcomes from the phase 3 select-axis 2 study of upadacitinib in patients with active ankylosing spondylitis and an inadequate response to biologic dmard therapy: 2-year data. 2024 Jun 1.

CG151

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

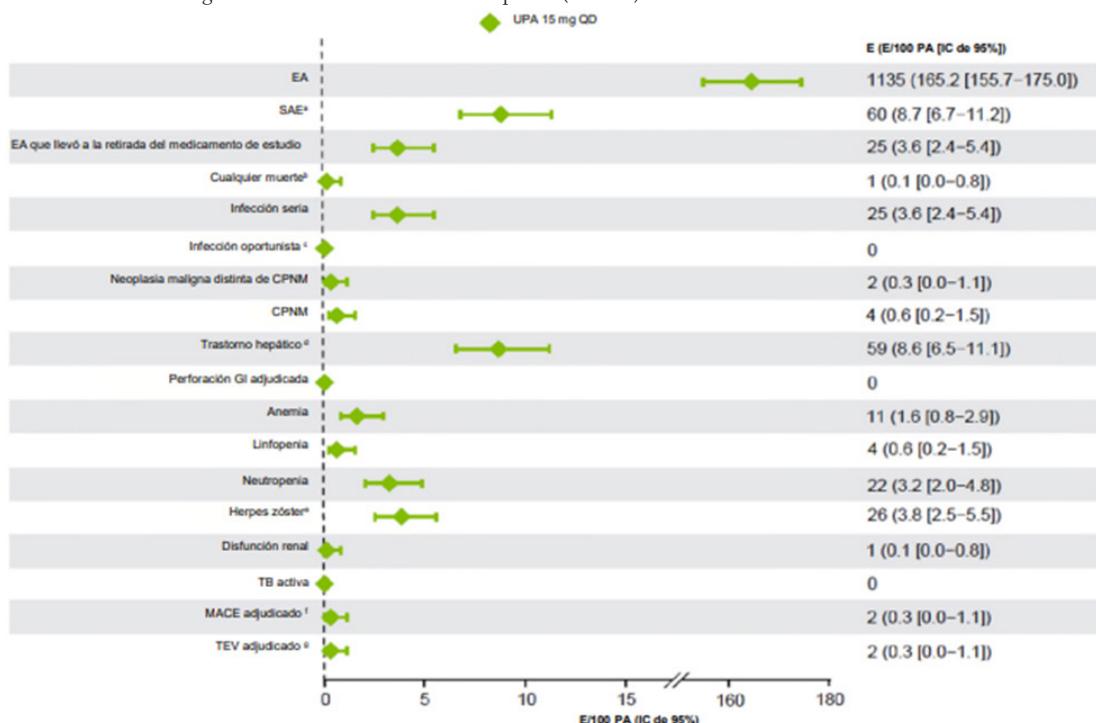
P. Vargas-Solís, F.C. Irazoqui-Palazuelos, S. Muñoz-López, J. Hadid-Smeke
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE



Los pacientes inicialmente aleatorizados para recibir PBO doble ciego cambiaron a UPA abierto en la semana 14.

En el análisis AO-NRI, todos los datos observados se utilizan en el análisis y los datos faltantes se imputan como no respondedores

AO, según lo observado; AO-NRI, AO con imputación de no respondedor para datos faltantes; PBO, placebo; QD, una vez al día; UPA, upadacitinib

Figura 2. Efectos adversos emergentes del tratamiento de interés especial, (CG150)

* Los SAE más comunes fueron neumonía por COVID-19 (10 eventos) y COVID-19 (cuatro eventos). † Un paciente murió debido a politraumatismo. ‡ Excluyendo TB y herpes zóster. § La mayoría de los eventos de trastorno hepático fueron elevaciones no serias de enzimas hepáticas. ¶ Un evento serio de herpes zóster. † Definido como muerte cardiovascular (incluye infarto agudo al miocardio, muerte súbita cardíaca, insuficiencia cardíaca, muerte relacionada con procedimiento cardiovascular, muerte por hemorragia cardiovascular, accidente cerebrovascular mortal, embolia pulmonar y otras causas cardiovasculares), infarto al miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal. ¶ Incluye trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (mortal y no mortal).

EA, evento adverso; IC, intervalo de confianza; E, evento; GI, gastrointestinal; CPNM, cáncer de piel no melanoma; PA, pacientes-años; QD, una vez al día; SAE, evento adverso serio; TB, tuberculosis; UPA, upadacitinib

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una artropatía inflamatoria crónica, inmunomedida, que se presenta con inflamación articular y entesitis, con una tasa de prevalencia del 2% al 3% en países occidentales, y que aparece hasta en un 80% luego de las manifestaciones cutáneas. Se calcula que cerca del 30% de los pacientes con psoriasis desarrolla afectación articular a lo largo de su enfermedad, y se han identificado factores genéticos, ambientales, clínicos y nutricionales para la aparición de la anomalía. Estos factores se han descrito en su mayoría en pacientes caucásicos y orientales, pero es poca la información en la población latina, por lo que los hallazgos obtenidos pueden ser diferentes en esta población.

Objetivo: Describir los factores relacionados con el desarrollo de artritis psoriásica en el servicio de reumatología de este hospital, así como las características demográficas, los fenotipos y dominios afectados, las comorbilidades, y los factores ambientales y genéticos de estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrolectivo y transversal del registro de pacientes del servicio de reumatología de este hospital con diagnóstico de artritis psoriásica. Se condujo un análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos; para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión, según fuera la prueba de normalidad.

Resultados: Con base en los criterios de selección se incluyó a 43 pacientes con artritis psoriásica, de los cuales el 62,7% correspondió a mujeres y al momento de presentación de AP la edad media fue de 61,7 años. El IMC promedio fue de 29,5 kg/m², el promedio de los valores de PCR fue de 13,28 mg/dL, el 53,4% se integró con no fumadores, el tipo de psoriasis más frecuente fue en placas, la distrofia ungueal más frecuente fue el *pitting* en un 46,5% seguido por onicodistrofia en el 25,5%, el 60% registró HLA negativo y el tiempo de evolución para el desarrollo de artritis psoriásica fue de 10,4 años.

Conclusiones: Los pacientes estudiados en el servicio de reumatología de este hospital tuvieron características similares a las ya publicadas en cuanto

al tipo de psoriasis, tipo de afectación ungueal y tiempo de evolución desde la presentación de la psoriasis hasta el desarrollo de la artritis psoriásica. En relación con las comorbilidades previas, los factores ambientales y los factores genéticos, no se observó similitud, pero sí mayor relación con hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2, menor nexo con tabaquismo y presencia de 40% de HLA positivo, a diferencia del 30% comunicando en las publicaciones internacionales.

Bibliografía

1. Wilson FC, et al. Incidencia y predictores clínicos de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis: un estudio de base poblacional. *Arthritis Rheum.* 2009;61:233-239.
2. Oggie A, Gelfand JM. Identification of risk factors for psoriatic arthritis: scientific opportunity meets clinical need. *Arch Dermatol.* 2010;146:785-8.
3. Eder L, et al. Asociación entre factores ambientales y aparición de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis. *Res. para el Cuidado de la Artritis.* 2011;63:1091-1097.

CG152

EVALUACIÓN DEL ALGORITMO SCORE2 PARA DETECTAR PLACA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

A.L. Guajardo-Aldaco, O.A. Garza-Flores, M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El algoritmo SCORE2 mejora la identificación de individuos con alto riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (CV) en toda Europa. Dado que la aterosclerosis carotídea es un predictor de episodios cardiovasculares futuros y muerte CV, su identificación es esencial.

Objetivo: Comparar la capacidad del calculador SCORE2 para detectar placa carotídea con otros calculadores de riesgo cardiovascular (RCV) en una población con artritis psoriásica (AP).

Material y métodos: Estudio observacional comparativo y transversal en pacientes que cumplieron los Criterios de Clasificación para Artritis Psoriásica (CASPAR) de 2006. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y embarazo. Se elaboró una historia clínica para determinar la actividad de la enfermedad. Se utilizó ecografía carotídea en modo B para medir el grosor íntima-media carotídea (GIMc) y la presencia de placas. El riesgo cardiovascular de cada paciente se evaluó con seis algoritmos diferentes de riesgo CV: *Framingham Risk Score* (FRS)-lipidos, FRS-índice de masa corporal (FRS-IMC), el algoritmo ASCVD del *American College of Cardiology* y *American Heart Association* (ACC/AHA), *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE), QRISK3, *Reynolds Risk Score* (RRS) y *Systematic Coronary Risk Evaluation 2* (SCORE2). Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias (%), media (\pm DE) y mediana (p25°-p75°), y comparaciones con ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se conformó una muestra de 57 pacientes que cumplieron con los criterios. No hubo diferencias significativas entre los grupos en edad o género. Los pacientes con aterosclerosis subclínica tuvieron una mayor prevalencia de dislipidemia (13 [56,52%] vs. 10 [30,30%]; $p = 0,050$), sin diferencias en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, obesidad y tabaquismo activo. Los enfermos con aterosclerosis subclínica

mostraron significativamente menos actividad medida por DAS28-CRP ($2,06 \pm 0,97$ vs. $2,76 \pm 1,14$; $p = 0,026$), sin diferencias significativas en el *Disease Activity Severity Score* (DAPSA), *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) o *Nail Psoriasis Severity Index* (NAPSI). En la población de estudio se reconocieron diferencias significativas solo en el calculador FRS-LIPIDS (9,80 [0,30-69,90] vs. 4,60 [0,30-22,20]; $p = 0,033$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en SCORE, SCORE2, QRISK3, FRS-BMI, Reynolds o ASCVD (**Tabla 1**).

Conclusiones: En esta población, el algoritmo SCORE2 no logró distinguir de manera adecuada la presencia de placa carotídea, lo que subraya la necesidad de implementar herramientas más sensibles para la evaluación del RCV en pacientes con AP. La ecografía carotídea, dado que es una prueba no invasiva y altamente sensible para identificar aterosclerosis subclínica, se presenta como una herramienta clave en este contexto. Por lo tanto, su incorporación en la evaluación cardiovascular completa permitiría una mejor estratificación del riesgo y una mayor capacidad para implementar medidas preventivas personalizadas, de tal modo que se eviten complicaciones cardiovasculares de largo plazo.

Bibliografía

- Muhammed H, Misra DP, Jain N, et al. The comparison of cardiovascular disease risk prediction scores and evaluation of subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol*. 2022;41(12):3675-86.
- La Borda JP, Castañeda S, Heras-Recuero E, et al. Use of risk chart algorithms for the identification of psoriatic arthritis patients at high risk for cardiovascular disease: findings derived from the project CARMA cohort after a 7,5-year follow-up period. *RMD Open*. 2024;10(2):e004207.

CG153

CORRELACIÓN DE LOS ÍNDICES DE CALIDAD DE VIDA CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA

M. Velasco-Quintana, J.C. Casasola-Vargas
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: A partir del 2010, la calidad de vida se volvió un objetivo importante en el tratamiento de los pacientes con enfermedad psoriásica. Un estudio mostró que la AP estaba significativamente vinculada con un ausentismo laboral y disminución de la productividad en el trabajo y que estas medidas se correlacionaban con la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Establecer la correlación entre la actividad de la enfermedad y su efecto en la calidad de vida en pacientes atendidos en la clínica multidisciplinaria de enfermedad psoriásica.

Material y métodos: Se incluyó a 59 pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica, todos con criterios de clasificación CASPAR. Se registraron variables demográficas y clínicas y se aplicaron cuestionarios estandarizados para evaluar la actividad de la enfermedad y la calidad de vida. La actividad articular se evaluó con el índice DAPSA, mientras que el compromiso cutáneo se determinó con el índice PASI. Los pacientes se clasificaron según fuera la actividad de la enfermedad (en remisión, leve, moderada o grave), con base en los valores establecidos para cada uno de los índices. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas t de Student y ji cuadrada y los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman.

Resultados: De los 59 pacientes con enfermedad psoriásica, el 71,2% correspondió a mujeres, con una edad promedio de 53,14 años ($\pm 8,7$). Solo el 5,1% tenía antecedente de tabaquismo (**Tabla 1**). En cuanto a la actividad, el promedio por DAPSA fue de 15,54 ($\pm 11,19$), lo que indicaba una actividad moderada, en tanto que el PASI se mantuvo bajo, con una media de 2,9 ($\pm 3,76$). La calidad de vida a través de VITACORA-19 registró un promedio de 53,92 ($\pm 23,37$), mientras que por PSAQOL se obtuvo un valor de 7 ($\pm 5,4$). En términos de la gravedad percibida por los pacientes, el PSAID12 fue de 4,6 ($\pm 2,5$). El 50,8% de los pacientes mostró una clínica poliarticular, en tanto que el 42,4% una afectación oligoarticular. La afectación axial y mutilante fue menos frecuente, con un 3,4%. En cuanto al control de la enfermedad, la puntuación promedio de la actividad baja

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas. (CG152)

| | Con aterosclerosis subclínica n = 23 | Sin aterosclerosis subclínica n = 34 | p |
|----------------------------|---|---|-------|
| Edad, mediana (RIC) | 52,00 (45,00-69,00) | 56,00 (40,00-66,00) | NS |
| Género | | | |
| - Mujer, n (%) | 20 (60,60) | 9 (39,13) | NS |
| - Hombre, n (%) | 13 (39,39) | 14 (60,87) | NS |
| Comorbilidades | | | |
| - Diabetes mellitus 2 | 7 (30,43) | 4 (12,12) | NS |
| - Hipertensión | 11 (47,82) | 12 (35,29) | NS |
| - Dislipidemia | 13 (56,52) | 10 (30,30) | 0,050 |
| - Tabaquismo activo | 2 (8,6) | 7 (20,58) | NS |
| - Obesidad | 10 (43,47) | 12 (36,36) | NS |
| Actividad de la enfermedad | | | |
| DAPSA, media \pm DE | 12,04 \pm 11,07 | 18,99 \pm 15,99 | NS |
| PASI, mediana (RIC) | 0,4 (0,00-7,50) | 1,05 (0,00-11,80) | NS |
| NAPSI, mediana (RIC) | 0,00 (0,00-52,00) | 0,00 (0,00-50,00) | NS |
| DAS28-PCR, media \pm DE | 2,06 \pm 0,97 | 2,76 \pm 1,14 | 0,026 |
| Calculadoras de RCV | | | |
| FRS-LIPIDS, mediana (RIC) | 9,80 (0,30-69,90) | 4,6 (0,30-22,20) | 0,033 |
| FRS-IMC, mediana \pm DE | 22,58 \pm 17,88 | 10,80 \pm 15,57 | NS |
| QRISK3, mediana \pm DE | 8,4 \pm 9,10 | 4,80 \pm 6,13 | NS |
| RRS, mediana (RIC) | 4,00 (1,00-31,00) | 3,00 (1,00-13,00) | NS |
| SCORE, mediana (RIC) | 1,00 (0,00-14,00) | 1,00 (0,00-5,00) | NS |
| SCORE2, mediana (RIC) | 4,50 (3,00-25,50) | 6,00 (1,50-13,50) | NS |
| ASCVD, mediana (RIC) | 7,10 (1,00-54,40) | 4,20 (0,30-23,10) | NS |

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAPSA, Índice de actividad de la enfermedad en artritis psoriásica; PASI, Índice de gravedad y área de la psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungual; DAS28-PCR, Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones-proteína C reactiva; FRS-Lipidos, Puntuación del riesgo de Framingham basado en lípidos; FRS-IMC, Puntuación del riesgo de Framingham basado en el índice de masa corporal; SCORE, Evaluación sistemática del riesgo coronario; RRS, Escala del riesgo de Reynolds; SCORE2, Evaluación sistemática del riesgo coronario 2; ASCVD, Algoritmo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica; NS, no significativo.

(LDA) fue de 1,6 (\pm 0,48), mientras que la mínima (VLDA) fue de 1,8 (\pm 0,38).

Se observó una correlación negativa significativa a medida que aumentaba la actividad de la enfermedad, de acuerdo con los resultados de VITACORA-19 ($r = -0,504$, $p = 0,00$), PSAID12 ($r = -0,412$, $p = 0,001$) y PSAQOL ($r = -0,361$, $p = 0,006$); de igual manera, la remisión (VLDA) y la baja actividad de la enfermedad (LDA) mostraron una correlación significativa con una mejor calidad de vida (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad psoriásica. (CG153)

| Datos demográficos | n = 59 |
|--------------------|----------------------|
| Edad | 53,14 (\pm 8,7) |
| Femenino | 42 (71,2%) |
| Tabaco | 2 (5,1%) |
| DAPSA | 15,54 (\pm 11,19) |
| PASI | 2,9 (\pm 3,76) |
| VITACORA-19 | 53,92 (\pm 23,37) |
| PSAID12 | 4,6 (\pm 2,5) |
| PSAQOL | 7 (\pm 5,4) |
| Poliarticular | 30 (50,8%) |
| Oligoarticular | 25 (42,4%) |
| Axial | 2 (3,4%) |
| Mutilante | 2 (3,4%) |
| LDA | 1,6 (\pm 0,48) |
| VLDA | 1,8 (\pm 0,38) |
| FARME | 50 (84,7%) |
| Anti-TNF | 3 (5,1%) |
| Anti-IL 17 | 5 (8,5%) |

Tabla 2. Correlación de la actividad de la enfermedad con la calidad de vida en pacientes con artritis psoriásica. (CG153)

| Correlación de Pearson | VITACORA 19 | PSAID12 | PSAQOL | P |
|------------------------|-------------|---------|--------|---------|
| DAPSA | -0,504 | -0,412 | -0,361 | < 0,003 |
| LDA | -0,332 | -0,548 | -0,295 | < 0,012 |
| VLDA | -0,470 | -0,496 | -0,481 | < 0,000 |

Conclusiones: Existe una correlación negativa significativa entre la actividad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad psoriásica. La correlación se observó más sólida con PSAID12 y PSAQOL, lo que sugiere que alcanzar una baja o muy baja actividad de la enfermedad modifica de manera positiva la calidad de vida percibida por los pacientes.

Bibliografía

- Johnson K, Ye JY, Chandran V, et al. A novel role for the psoriatic arthritis impact of disease (PsAID) questionnaire. *Semin Arthritis Rheum.* 2019;49(2):241-5. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.04.001.
- Torre-Alonso JC, Gratacós J, Rey-Rey JS, et al. Development and validation of a new instrument to measure health-related quality of life in patients with psoriatic arthritis: the VITACORA-19. *J Rheumatol.* 2014;41(10):2008-17.

CG154

ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO PREDICOR DE RESPUESTA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

I.E. Antonio-Victorio, J. Reyes-Gonzaga, D.G. Miranda-Hernández, M.A. Saavedra-Salinas, R.M. Bustamante-González

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La espondiloartritis se refiere a un grupo de trastornos que incluye enfermedades como la espondilitis anquilosante (EA) y la artritis psoriásica (AP) y puede clasificarse ampliamente en espondiloartritis axial y espondiloartritis periférica. El tratamiento con anti-TNF está indicado para aquellos en los que fracasan los tratamientos convencionales con una alta actividad persistente de la enfermedad. La evaluación de la actividad de la enfermedad en la EA y la AP se ve afectada por múltiples factores, limitada a medidas subjetivas que miden la gravedad de los síntomas y marcadores serológicos como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), que se han utilizado para evaluar la inflamación en los pacientes. Se ha aceptado ampliamente que la INL es una herramienta útil para la evaluación de la actividad inflamatoria en trastornos inflamatorios crónicos. Los estudios recientes han indicado una posible relación entre la proporción de linfocitos neutrófilos (INL) y la actividad de la enfermedad en la EA y la AP.

Objetivo: Evaluar la utilidad del índice neutrófilo-linfocito para predecir falta de respuesta al primer fármaco biológico en pacientes con espondiloartritis activa.

Material y métodos: Evaluar la utilidad del índice neutrófilo-linfocito como marcador de actividad en respuesta a los fármacos biológicos en pacientes con espondiloartritis. Estudio retrospectivo realizado en el departamento de reumatología del Centro Médico Nacional La Raza con espondiloartritis durante el periodo del 2012 al 2023 en tratamiento con su primer FARME biológico. El análisis descriptivo incluyó variables cualitativas en frecuencias y porcentajes, cuantitativas en medias con desviaciones estándar o mediana y rangos intercuartílicos, según fuera la distribución. Se realizó un análisis bivariado y se trazaron curvas ROC con el programa SPSS V.25.

Resultados: Se incluyó a 67 pacientes, el 60,3% de hombres, con una edad promedio de 45 años. Del tratamiento con FARME sintéticos se identificaron metotrexato en 59,7%, SSZ en 68,7% y LEF en 22,4% y, en cuanto a la modalidad biológica, se hallaron adalimumab en 41,8%, certolizumab pegol en 26,9%, infliximab en 11,9%, etanercept en 10,4%, golimumab en 6% y secukinumab en 3%. Para la falla terapéutica a los seis meses, el AUC fue de 0,45, con punto de corte de 2,14, sensibilidad del 35%, especificidad del 37%, VPP de 48% y VPN de 47%; y a los 12 meses, el AUC fue de 0,45, con punto de corte de 2,17 (**Figura 1**), sensibilidad de 50%, especificidad de 51%, VPP de 29% y VPN de 57%. El análisis bivariado que comparó VSG, PCR e INL con la falla terapéutica a los seis y 12 meses no demostró significancia estadística. A los seis meses se reconoció la edad como una variable estadísticamente significativa y el BASDAI, y a los 12 meses identificó una diferencia estadística en BASDAI y ASDAS; sin embargo, no pueden considerarse factores independientes de la respuesta terapéutica por ser una variable de desenlace (**Tabla 1**).

Figura 1. Curva ROC de la relación neutrófilo-linfocito basal y falla terapéutica a los 12 meses. (CG154)

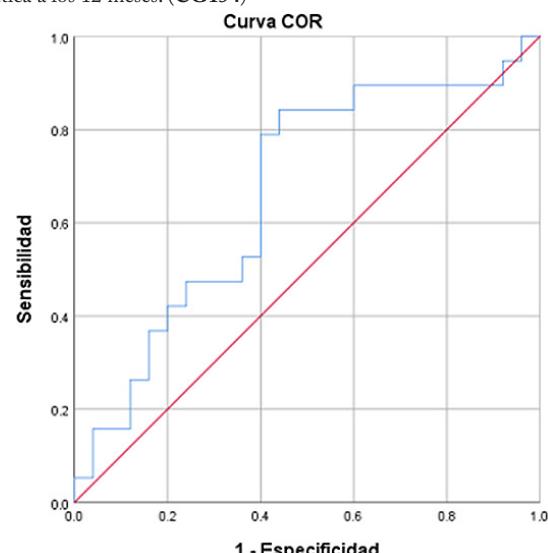


Tabla 1. Comparación de los pacientes que experimentaron falla a los 12 meses. (CG154)

| Características | Falla (n = 20) | Sin falla (n = 27) | Valor de p |
|--|----------------|--------------------|-------------------|
| Edad, años, $\mu \pm$ DE | 43 \pm 14 | 59 \pm 7 | 0,63 ^b |
| Hombre, n (%) | 16 | 17 | 0,1 ^a |
| Tiempo evolución, mediana (RIC) | 20,5 (23) | 2,5 (10) | 0,25 ^b |
| Sobrepeso (%) | 10 | 8 | 0,37 ^a |
| PCR, mediana (RIC) | 6,9 (23) | 11,4 (27) | 0,19 ^b |
| VSG, $\mu \pm$ DE | 31 (24) | 22,5 (13) | 0,13 ^b |
| Índice neutrófilo-linfocito, mediana (RIC) | 2,0 (1,14) | 2,8 (1,41) | 0,63 ^b |
| BASDAI, $\mu \pm$ DE | 6,2 (0,56) | 2,6 (1,2) | 0,01 ^b |
| ASDAS, mediana (RIC) | 2 (1,75) | 1,0 (2) | 0,01 ^b |
| DAPSA, $\mu \pm$ DE | 0 | 9,7 $\mu \pm$ 6,0 | 1,0 ^b |
| DAS28, mediana (RIC) | 4,8 (2,6) | 1,7 (0,46) | 0,13 ^b |
| Metotrexato (%) | 10 (50) | 16 (59,2) | 0,56 ^a |
| Sulfasalazina (%) | 13 (65) | 17 (62,9) | 1,0 ^a |
| Leflunomida (%) | 5 (25) | 4 (14,8) | 0,46 ^a |
| Glucocorticoides (%) | 9 (45) | 4 (14,8) | 0,48 ^a |
| AINE (%) | 20 (100) | 27 (100) | N/C |
| FARME biológicos | 20 (100) | 27 (100) | 0,61 ^a |
| Etanercept (%) | 2 (10) | 4 (14,8) | |
| Adalimumab (%) | 9 (45) | 10 (37) | |
| Certolizumab pegol (%) | 3 (15) | 8 (29) | |
| Golimumab (%) | 1 (5) | 2 (7,4) | |
| Secukinumab (%) | 1 (5) | 0 | |
| Infliximab (%) | 4 (20) | 3 (11,1) | |
| Efectos adversos (%) | 0 | 0 | |

Conclusiones: En este estudio no se hallaron diferencias significativas en el INL en relación con los pacientes que fallaban a su primer fármaco biológico a los seis y 12 meses de tratamiento para las espondiloartritis, ni otro factor vinculado de respuesta, a excepción del BASDAI.

Bibliografía

1. Seng JJB, Kwan YH, Low LL, *et al.* Role of neutrophil to lymphocyte ratio (NLR), platelet to lymphocyte ratio (PLR) and mean platelet volume (MPV) in assessing disease control in Asian patients with axial spondyloarthritis. *Biomarkers*. 2018;23(4).
2. Zhu W, He X, Cheng K, *et al.* Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Research*. 2019;7.

CG155

DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA ESPONDILARTRITIS: ESTUDIO RETROSPPECTIVO DE LA COHORTE ESPALDA (REGISTRO DE ESPONDILARTRITIS AXIAL DE AMÉRICA)

S. Sánchez-Pérez¹, A. Encarnación-Miguel², J.P. Romero-López³, R.E. Ramírez-Ibarra², R. García-Salinas⁴, F. Sommerfleck⁵, J.C. Casasola-Vargas²

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾FES Iztacala, UNAM, ⁽⁴⁾Hospital Italiano de La Plata, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁵⁾Sanatorio Julio Méndez, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El diagnóstico temprano en los pacientes con espondiloartritis ha sido un desafío para los reumatólogos: la media global es de 6,7 años. Algunos obstáculos como la falta de capacitación de los médicos de primer contacto, los errores en el diagnóstico y el tratamiento hacen que el paciente tenga una evolución mayor de la enfermedad conforme transcurren los años

hasta llegar al diagnóstico. Múltiples revisiones en el mundo han demostrado que el retraso en el diagnóstico no ha cambiado en las últimas décadas, a pesar de los avances en aspectos como la clasificación, el diagnóstico y los tratamientos; por ello resulta importante continuar el análisis de los factores relacionados con un diagnóstico tardío y determinar si este se vincula con la cantidad de médicos a los que acuden, el tipo de especialista y la edad al inicio de los síntomas.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con el diagnóstico tardío en los pacientes con espondiloartritis atendidos en el Hospital General de México como parte de la cohorte ESPALDA.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal a partir de una cohorte de la base de datos ESPALDA, se registraron variables demográficas, clínicas y de laboratorio, imagen y tratamiento de pacientes con espondiloartritis axial. Se valoró exclusivamente a los pacientes mexicanos que acudieron a la consulta de reumatología del Hospital General de México Eduardo Liceaga durante el año 2024. Se definió como retraso diagnóstico la fecha de inicio de los síntomas tras el diagnóstico del reumatólogo.

Resultados: Se encuestó a 40 pacientes con el diagnóstico de espondiloartritis axial, de los cuales el 27,5% correspondió a mujeres y 72,5% a hombres; el 32,5% era de inicio juvenil (< 17 años), el retraso diagnóstico de 7,48 años, el número de médicos visitados antes del diagnóstico de 4,95 y el clínico visitado con más frecuencia por primera vez el médico general en 55%, seguido de médicos urgenciólogos y traumatólogos en 17,5% y 12,5%, respectivamente. La media de edad de presentación de los síntomas fue de 25,5 y también se halló una relación significativa entre el retraso diagnóstico y el número de médicos consultados antes del diagnóstico con un valor de 0,023 ($p < 0,05$). Los datos clínicos y demográficos se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos clínicos y demográficos. (CG155)

| | Pacientes con espondiloartritis axial (n = 40) |
|---|---|
| Género | F: 27,5%; M: 72,5% |
| Edad al inicio de los síntomas | Media: 25,5 |
| Primer médico que visitaron al inicio de los síntomas | Médico general: 55% Urgenciólogo: 17,5% Traumatólogo: 12,5% Reumatólogo: 5% Oftalmólogo: 5% Internista: 2,5% Rehabilitación: 2,5% |
| Retraso en el diagnóstico | Media: 7,48 |
| Clinimetría | Media BASDAI: 4,28 BASFI: 5,16 ASDAS-PCR: 3 ASAS-HI: 7,56 |
| Grado de sacroileítes | Media Derecha: 3,28 Izquierda: 3,31 |

Conclusiones: Existe un retraso en el diagnóstico de pacientes mexicanos con espondiloartritis axial atendidos en el HGME, que es incluso mayor a lo comunicado en las publicaciones mundiales. Este retraso se afecta directamente por la cantidad de médicos que visitan los pacientes tras el inicio de los síntomas, ya que no se establece un diagnóstico certero ni se realiza una referencia oportuna con el reumatólogo; esto da lugar a un mayor avance de la enfermedad con daños irreversibles; un gran porcentaje de los pacientes estudiados era de inicio juvenil y en ellos resulta crucial un diagnóstico temprano para prevenir daños irreversibles.

Bibliografía

1. Zhao S, Pittam B, Harrison N, *et al.* Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2020;60(4):1620-8.
2. Hay C, Packham J, Ryan S, *et al.* Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: a systematic review. *Clinical Rheumatology*. 2022;41(7):1939-50.
3. Bandinelli F, Martinelli-Consumi B, Manetti M, *et al.* Sex bias in diagnostic delay: Are axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis still phantom diseases in women? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*. 2024;14(1):91.

4. Barnett R, Gaffney K, Sengupta R. Diagnostic delay in axial spondylarthritis: a lost battle? Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2023;37(3):101870.

CG156

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: ESTUDIO TRANSVERSAL EN CLÍNICA PREVENTIVA DE CARDIORRUMATOLOGÍA

V. González-González, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, D.A. Galarza-Delgado, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) presentan un mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular, lo que conlleva una menor esperanza de vida en comparación con la población general. Una evaluación especializada en una clínica de cardiorreumatología podría ayudar a reconocer y gestionar estos factores de riesgo y mejorar los resultados de los pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades en una cohorte de pacientes mexicanos con AP evaluados en una clínica preventiva de cardiorreumatología.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de la cohorte de pacientes con AP de la clínica preventiva de cardiorreumatología de un hospital universitario. Se incluyó a pacientes de 30 a 75 años que cumplían los criterios de clasificación del 2006 para la AP desde agosto de 2014 hasta noviembre de 2023. Se excluyó a los pacientes con enfermedad cardiovascular conocida (infarto de miocardio, episodio cerebrovascular o enfermedad arterial periférica). La presencia de diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemia se definió como un diagnóstico incluido en la historia clínica y el tratamiento del paciente. El sobrepeso y la obesidad se definieron como un IMC de 25 a < 30 kg/m² y un IMC ≥ 30 kg/m², respectivamente. La hipertensión arterial se consideró una presión arterial ≥ 140/90 mmHg. La hiperglucemía se definió como glucosa en ayuno ≥ 100 mg/dL. Las alteraciones del perfil lipídico fueron colesterol total (CT) > 200 mg/dL, triglicéridos (TGL) > 150 mg/dL, colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) < 40 mg/dL y colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) > 100 mg/dL. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables con distribución normal se describieron con la media y la desviación estándar (DE) y se utilizaron los percentiles 25° y 75° (p25°-p75°) para informar de las variables sin distribución normal.

Resultados: Se incluyó a 127 pacientes con AP, la mayoría de ellos mujeres (55,9%). La edad media fue de 53 ± 11,6 años y la mediana de actividad de la enfermedad, medida por DAPSA, era de 15,0 (7,2-25,6). Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la dislipidemia (n = 55, 43,3%) y el sobrepeso (n = 53, 41,7%). En los pacientes con AP sin diagnóstico previo de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia se documentaron hiperglucemía en un total de 34 (34,0%) pacientes, elevación de la presión arterial en 22 (27,1%), y alteraciones en el perfil lipídico, representado por CT, TGL y LDL-C, detectado en 50 (73,5%) con valores altos de lípidos (**Tablas 1 y 2**).

Conclusiones: La dislipidemia y el sobrepeso fueron los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en esta cohorte. Se observaron alteraciones del perfil lipídico en aproximadamente dos tercios de los pacientes con AP sin diagnóstico previo de dislipidemia. En más de la mitad de los individuos con AP se reconoció dislipidemia; estos resultados refuerzan la idea de que la evaluación sistemática y el cribado de comorbilidades y factores de riesgo en pacientes con EAE pueden permitir una detección más temprana, lo que puede mejorar los resultados de estos pacientes.

Bibliografía

1. Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, *et al*. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondylarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. Ann Rheum Dis. 2015;0:1-8.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades en pacientes con AP. (CG156)

| Variables | Pacientes con AP (n = 127) |
|--|----------------------------|
| Edad, años, ± DE | 53,1 ± 11,6 |
| Mujeres, n (%) | 71 (55,9) |
| Duración de la enfermedad, años, (p25°-p75°) | 5,0 (2,0-10,0) |
| PASI, (p25°-p75°) | 0,6 (0,0-3,6) |
| NAPSI, (p25°-p75°) | 0,0 (0,0-11,7) |
| DAPSA, (p25°-p75°) | 15,0 (7,2-25,6) |
| Comorbilidades, n (%) | |
| Hipertensión arterial sistémica | 43 (33,8) |
| Dislipidemia | 55 (43,3) |
| Diabetes mellitus tipo 2 | 27 (21,2) |
| Factores de riesgo, n (%) | |
| Sobrepeso ^a | 53 (41,7) |
| Obesidad ^b | 45 (35,4) |
| Tabaquismo activo | 26 (20,4) |

AP, artritis psoriásica; DE, desviación estándar; PASI, Índice de gravedad del área de psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungual; DAPSA, Actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica; ^aIMC entre ≥ 25 y < 30 kg/m²; ^bIMC ≥ 30 kg/m².

Tabla 2. Alteraciones de los valores clínicos y de laboratorio sin diagnóstico en pacientes con AP. (CG156)

| Variables | Pacientes con AP |
|---|---------------------|
| Hiperglucemía, n (%) | 34/100 (34,0) |
| Valores de glucosa, mg/dL, ± DE | 95,8 ± 10,6 |
| Presión alta ^a , n (%) | 22/81 (27,1) |
| PAS, mmHg, (p25°-p75°) | 119,0 (110,0-132,2) |
| PAD, mmHg, (p25°-p75°) | 78,5 (70,0-84,0) |
| Alteración de valores de lípidos, n (%) | 50/68 (73,5) |
| CT, mg/dL, ± DE | 170,3 ± 34,0 |
| TGL, mg/dL, (p25°-p75°) | 111,2 (87,2-161,3) |
| HDL, mg/dL (p25°-p75°) | 47,3 (40,3-54,2) |
| LDL, mg/dL, ± DE | 94,4 ± 30,0 |

AP, artritis psoriásica; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica; CT, colesterol total; TGL, triglicéridos; HDL, lipoproteína de alta densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad. ^aPresión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

CG157

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO Y RETROMBOSIS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Morán-Contla, S. Muñoz-López, L. Andrade-Ortega, F.C. Irazoqui-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Se han identificado diferentes factores de riesgo relacionados con el riesgo de retrombosis en los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) primario, entre los que destacan el sexo masculino, la enfermedad valvular cardiaca, la trombosis venosa al momento de la presentación, las úlceras en miembros inferiores, la hipertensión arterial sistémica y el valor de aGAPSS más alto. La morbimortalidad secundaria a los efectos de la retrombosis ha llevado a la búsqueda de factores de riesgo que permitan estratificar a los pacientes en mayor riesgo.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con síndrome antifosfolípido primario con episodio de retrombosis arterial o venosa.

Material y métodos: Se realizó un subanálisis descriptivo de los pacientes con síndrome antifosfolípidos primario de un hospital de tercer nivel que se incluyeron inicialmente para la validación de la escala aGAPSS que sufrieron retrombosis.

Resultados: Se analizó a 27 pacientes con retrombosis, 20 mujeres y siete hombres (**Tabla 1**). El factor de riesgo cardiovascular habitual más frecuente fue la obesidad (33%), seguida de tabaquismo (14%); en ningún paciente se documentó hipertensión arterial sistémica. Dentro de los anticuerpos antifosfolípidos, la mayoría tuvo positividad para anticuerpos anticardiolipina (77%) y el patrón triple positivo se identificó solo en cuatro pacientes. La trombocitopenia y las úlceras atípicas se identificaron en 18%. Al momento del episodio de retrombosis, el 88% se encontraba bajo anticoagulación, pero con valores infraóptimos de INR en el 80% con antecedente de difícil anticoagulación de acuerdo con el objetivo de INR.

Conclusiones: Las características clínicas de los pacientes mexicanos con retrombosis revelan diferencias respecto de lo informado en las publicaciones médicas; las principales son sexo femenino, obesidad, así como la ausencia de hipertensión arterial sistémica y menor frecuencia de patrón triple positivo. Asimismo, tienen mayor dificultad para mantener un valor de INR en objetivo terapéutico. Con base en lo anterior, debe enfatizarse el estudio de los factores de riesgo vinculados con retrombosis en esta población para realizar una mejor estratificación del riesgo.

Bibliografía

1. Medina G, Gutiérrez-Moreno AL, Vera-Lastra O, et al. Prevalence of metabolic syndrome in primary antiphospholipid syndrome patients. Autoimmunity Reviews. 2011;10(4):214-217. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2010.10.004>
2. Taraborelli M, Reggia R, Dall'Ara F, et al. Longterm outcome of patients with primary antiphospholipid syndrome: a retrospective multicenter study. The Journal of Rheumatology. 2017;44(8):1165-1172. <https://doi.org/10.3899/jrheum.161364>

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con SAF primario y retrombosis (n = 27). (**CG157**)

| | | |
|---|--------------------------|----------|
| Sexo | Masculino | 25% (7) |
| | Femenino | 74% (20) |
| Manifestaciones por SAF | | |
| | Trombocitopenia | 18% (5) |
| | Úlceras atípicas | 18% (5) |
| Anticuerpos | Anticardiolipina IgM/IgG | 77% (21) |
| | B2 glucoproteína IgM/IgG | 33% (9) |
| | Anticoagulante lúpico | 51% (14) |
| | Triple positivo | 14% (4) |
| Factores de riesgo cardiovascular comunes | | |
| | Obesidad | 33% (9) |
| | Tabaquismo | 14% (4) |
| | Hiperlipidemia | 11% (3) |
| | DM2 | 3,7% (1) |
| | HTA | 0 |
| Anticoagulación al momento de la retrombosis | | |
| | Sí | 88% (24) |
| | No | 11% (3) |
| Tipo de anticoagulante | Cumarínico | 87% (21) |
| | NOAC | 4,1% (1) |
| | HBPM | 4,1% (1) |
| | HNF | 4,1% (1) |
| INR | < 2 | 20 |
| | 2-3,5 | 5 |
| | > 5 | 2 |

CG158

INFLUENCIA DE LA PROTEINURIA COMO INDICADOR DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y RESULTADOS ECOCARDIÓGRAFICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Elizondo-Benítez, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, A.L. Guajardo-Aldaco, V. González-González, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpíri-López, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, D.I. Cardoso-Casco

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La nefritis lúpica es una de las principales causas de mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), junto con las enfermedades cardiovasculares. La proteinuria, un signo clínico de nefritis lúpica, se ha identificado en fecha reciente como un factor de riesgo cardiovascular.

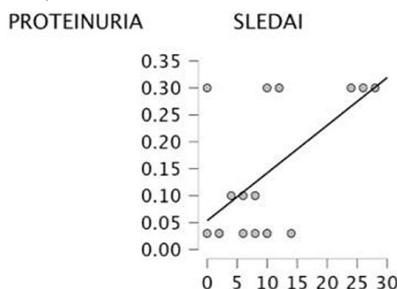
Objetivo: Relacionar la actividad de la enfermedad y las anomalías ecocardiográficas en pacientes con LES y proteinuria.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo en pacientes con LES, de 18 años o mayores, que cumplieron con los criterios ACR/EULAR 2019. Se excluyó a los pacientes con síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores, enfermedad renal crónica y embarazadas (**Tabla 1**). Los pacientes se clasificaron en tres grupos de acuerdo con la proteinuria: 10 mg/dL, 30 mg/dL y 300 mg/dL (**Figura 1**). Todos se sometieron a ecocardiogramas transtorácicos realizados por un cardiólogo cegado a la información clínica, y se evaluaron el índice de masa ventricular izquierda (IMVI), el espesor relativo de pared (RWT), los tiempos y relaciones de la mitral, la excusión sistólica del anillo tricúspide (TAPSE), la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI), y el *strain longitudinal global* (GLS). Un valor GLS > -18% indicaba disfunción sistólica subclínica del ventrículo izquierdo. Se usaron pruebas estadísticas según correspondieran y se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

Tabla 1. Características demográficas. (**CG158**)

| Características | 10 mg/dL (n = 9) | 30 mg/dL (n = 4) | 300 mg/dL (n = 7) | Valor de p |
|---|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| Edad, años, \pm DE media | 32,6 \pm 9,1 | 40,7 \pm 18,5 | 27,0 \pm 9,0 | NS |
| Mujeres, n (%) | 7 (77,7) | 2 (50,0) | 6 (85,7) | NS |
| Diabetes, n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | NS |
| Hipertensión, n (%) | 2 (22,2) | 2 (50,0) | 2 (28,5) | NS |
| Dislipidemia, n (%) | 2 (22,2) | 0 (0) | 1 (14,2) | NS |
| Tabaquismo activo, n (%) | 2 (22,2) | 0 (0) | 0 (0) | NS |
| Obesidad, n (%) | 1 (11,1) | 1 (25,0) | 0 (0) | NS |
| Duración de la enfermedad meses, DE media \pm | 84,4 \pm 48,4 | 75,0 \pm 74,2 | 35,8 \pm 38,5 | NS |
| SLEDAI: \pm DE media | 6,0 \pm 4,7 | 6,5 \pm 1,9 | 16,0 \pm 10,2 | 0,026 |
| IMVI, DE media \pm | 59,2 \pm 14,9 | 78,8 \pm 5,8 | 70,5 \pm 13,1 | NS |
| RWT, DE media \pm | 0,32 \pm 0,06 | 0,36 \pm 0,07 | 0,36 \pm 0,10 | NS |
| Tiempo de desaceleración mitral, \pm DE medio | 194,5 \pm 31,3 | 164,4 \pm 35,0 | 150,7 \pm 45,1 | NS |
| E/E, DE media \pm | 6,8 \pm 2,2 | 9,8 \pm 2,6 | 8,4 \pm 3,0 | NS |
| E/A, DE media \pm | 1,4 \pm 0,3 | 1,6 \pm 0,9 | 1,3 \pm 0,1 | NS |
| TAPSE, DE media \pm | 21,4 \pm 2,7 | 23,7 \pm 2,9 | 20,4 \pm 1,9 | NS |
| FEVI, mediana (RIC) | 61,0 (59,0-63,0) | 52,0 (50,2-53,5) | 66,0 (65,0-66,0) | < 0,001 |
| GLS: \pm DE media | -20,6 \pm 3,6 | -15,0 \pm 3,5 | -19,1 \pm 2,7 | 0,039 |

SLEDAI, Índice de actividad de LES; IMVI, Índice de masa ventricular izquierda; RWT, espesor parietal relativo; TAPSE, excusión sistólica del plano anular tricúspide; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, *strain longitudinal global*; RIC, rango intercuartílico; NS, no significativo; DE, desviación estándar.

Figura 1. (CG158)

Resultados: Se incluyó a 20 pacientes (75% mujeres, edad promedio de $32,3 \pm 11,8$ años). No hubo diferencias en factores de riesgo cardiovascular comunes entre los grupos. El índice de actividad de la enfermedad (SLEDAI) fue significativamente mayor en pacientes con 300 mg/dL de proteinuria comparado con los de 10 mg/dL o 30 mg/dL ($6,0$ vs. $6,5$ vs. $16,0$, $p = 0,026$). La FEVI fue menor en el grupo de 30 mg/dL respecto de los otros dos grupos ($61,0$ vs. $52,0$ vs. $66,0$, $p < 0,001$). El GLS también mostró diferencias significativas con el grupo de 30 mg/dL en la categoría de disfunción subclínica ($-20,6$ vs. $-15,0$ vs. $-19,1$, $p = 0,039$). Las comparaciones *post hoc* revelaron diferencias significativas entre el grupo de 10 mg/dL y 30 mg/dL en GLS, y entre el grupo de 10 mg/dL y 300 mg/dL en SLEDAI. No se encontraron diferencias en otros parámetros ecocardiográficos. Se observó una correlación positiva entre SLEDAI y proteinuria ($\rho = 0,477$, $p = 0,017$) y una correlación negativa entre proteinuria y duración de la enfermedad ($\rho = -0,472$, $p = 0,031$).

Conclusiones: La proteinuria es un marcador importante de disfunción cardiovascular en pacientes con LES y debe considerarse en la evaluación integral de estos pacientes. La ecocardiografía es una herramienta valiosa para la evaluación cardiovascular en el contexto del LES.

Bibliografía

- Parikh SV, Almaani S, Brodsky S, et al. Update on lupus nephritis: core curriculum 2020. Am J Kidney Dis [Internet]. Agosto de 2020 [consultado el 5 de abril de 2024];76(2):265-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.017>
- Barzilay JI, Farag YM, Durthaler J. Albuminuria: an underappreciated risk factor for cardiovascular disease. J Am Heart Assoc [Internet]. 12 de enero de 2024 [consultado el 5 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/jaha.123.030131>

CG159

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-DNA- dc EN LÍQUIDO PLEURAL, PERICÁRDICO Y ASCITIS EN SE- ROSITIS LÚPICA

M. Sandino-Bermúdez, E. Cimé-Aké, J. Campos-Guzmán, E. Briones-García, E. Godínez-Lazarini, C. Núñez-Álvarez, H. Fragozo-Loyo
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El diagnóstico de serositis por lupus eritematoso sistémico (LES) se basa en la combinación de datos clínicos, serológicos y estudios de imagen.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico de los anticuerpos anti-DNA-
dc en líquido pleural, ascítico y pericárdico para el diagnóstico de serositis lúpica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre 2017 y 2024 que incluyó a pacientes > 18 años con derrame pleural, ascitis o derrame pericárdico, en quienes se midieron anticuerpos anti-DNA-
dc en muestras del líquido en estudio. Según el diagnóstico final, se clasificó a los pacientes en tres grupos: serositis lúpica (grupo 1), derrame no relacionado con LES en pacientes con lupus (grupo 2) y pacientes con derrame sin diagnóstico de lupus (grupo 3). Los pacientes con LES se clasificaron de acuerdo con

los criterios ACR/EULAR 2019. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y serológicas. En pacientes con LES, la actividad se evaluó con SLEDAI-2K y el daño crónico con SLICC/DI. El punto de corte óptimo para los anticuerpos anti-DNA-
dc en el derrame se determinó mediante el índice de Youden.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes con muestras de derrame (15 pleurales, 12 de ascitis y cuatro pericárdicos) divididos en los grupos ya descritos (grupo 1 = 16, grupo 2 = 8, grupo 3 = 7). El grupo 1 registró una puntuación SLEDAI-2K significativamente mayor que el grupo 2 (10 vs. 1 , $p = 0,003$) y una mayor presencia de nefritis lúpica (68,8% vs. 0%, $p = 0,002$). El grupo 1 contó con valores de complemento sérico más bajos ($C3 36$ mg/dL vs. 80 mg/dL vs. 84 mg/dL, $p = 0,001$; $C4 8$ mg/dL vs. 21 mg/dL vs. $27,5$ mg/dL, $p < 0,001$) y anti-DNA-
dc sérico más alto ($203,2$ UI/mL vs. $14,25$ UI/mL vs. $4,0$ UI/mL, $p = 0,013$) en comparación con los otros grupos. El grupo 1 tuvo cifras elevadas de anti-DNA-
dc en el derrame ($529,4$ UI/mL vs. $1,80$ UI/mL vs. $78,2$ UI/mL, $p = 0,003$) en comparación con los otros grupos. Los puntos de corte óptimos para identificar la serositis lúpica fueron $> 118,0$ UI/mL para anti-DNA-
dc en derrame ($AUC = 0,859$, sensibilidad = 68,8%, especificidad = 91,7%, índice de Youden = 0,605) y una relación derrame/suero de anti-DNA-
dc $> 0,4$ ($AUC = 0,731$, sensibilidad = 92,3%, especificidad = 66,7%, índice de Youden = 0,590) (Tabla 1).

Tabla 1. Rendimiento diagnóstico de anticuerpos anti-DNA-
dc en derrame pleural, pericárdico o ascitis para el diagnóstico de serositis lúpica. (CG159)

| Variable | Anti-DNA- dc en derrame pleural, pericárdico o ascitis $> 118,0$ IU/mL | Relación derrame/Suero de anti-DNA- dc $> 0,40$ |
|----------------------|--|---|
| Sensibilidad | 68,8 (46,1-91,5) | 92,3 (79,2-100) |
| Especificidad | 91,7 (78,2-100) | 66,7 (43,6-89,8) |
| VPP | 73 (51,2-94,8) | 85,7 (68,5-100) |
| VPN | 70,6 (55,0-97,0) | 80,0 (60,4-99,6) |
| Índice Youden | 0,688 | 0,590 |
| LR+ | ND | 2,77 |
| LR - | 0,31 | 0,11 |

Conclusiones: Los valores de anti-DNA-
dc en el líquido de serosas > 118 IU/mL demostraron una alta especificidad para identificar a la serositis lúpica, mientras que la relación derrame/suero de anti-DNA-
dc $> 0,4$ mostró una alta sensibilidad para el diagnóstico de serositis lúpica, por lo que podrían ser útiles para diagnosticar la serositis lúpica.

CG160

ASOCIACIÓN ENTRE PATRONES DE SUEÑO NOCTURNO Y COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpíri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, A. Guajardo-Aldaco, V. González-González

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria con efecto en múltiples órganos y un mayor riesgo cardiovascular inherente. Los trastornos del sueño son frecuentes en pacientes con LES, hasta con un 80% que experimenta mala calidad del sueño. La duración reducida del sueño se ha vinculado con un mayor riesgo cardiovascular y mortalidad.

Objetivo: Revisar la relación entre las comorbilidades cardiovasculares y los patrones de sueño nocturno en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo en mujeres con LES, de 18 años o mayores, que cumplieron con los criterios ACR/EULAR 2019. Se excluyó a los pacientes con síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores y embarazadas. Las horas de sueño se

definieron a través de la historia clínica y se dividieron en tres grupos: < 7 horas, \geq 7 horas y > 9 horas de sueño nocturno. Se recopilaron datos sobre factores de riesgo cardiovascular y resultados de laboratorio. Se usaron pruebas estadísticas según correspondieran y se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como significativo. La correlación se efectuó mediante rho de Spearman.

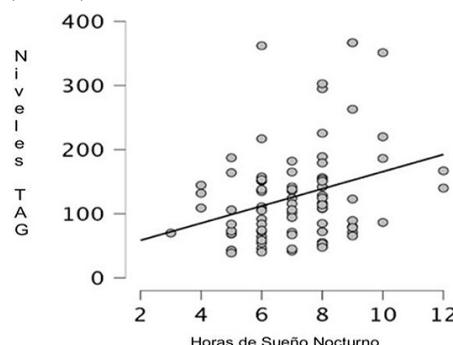
Resultados: Se incluyó a 88 pacientes con LES, en su mayor parte mujeres (87,9%), con una edad media de $35,1 \pm 12,3$ años. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de hipertensión entre el grupo de 9 horas en comparación con los otros grupos (53,0% vs. 16,1% y 14,2% $p = 0,005$), así como las medias de triacilglicéridos (TAG), que fueron estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,013$). Se realizó un subanálisis *post hoc* en el que se identificó una diferencia significativa en las medias de TAG entre grupos: < 7 horas y \geq 9 horas ($108,8 \pm 65,9$ vs. $121,6 \pm 59,6$, $p = 0,011$) (Tabla 1). Se encontró una correlación positiva entre los valores de TAG y las horas de sueño nocturno (r de Pearson = 0,301, $p = 0,004$) (Figura 1).

Tabla 1. Demografía y características clínicas. (CG160)

| Características | < 7 h (n = 31) | > 7 h (n = 42) | > 9 h (n = 15) | valor p |
|--|---------------------|---------------------|----------------------|--------------|
| Edad, años, media (\pm DE) | 36,0 (\pm 11,5) | 34,3 (\pm 12,9) | 35,8 (\pm 7,0) | NS |
| Mujeres, n (%) | 29 (93,5) | 38 (90,4) | 13 (86,5) | NS |
| Diabetes, n (%) | 3 (9,6) | 0 (0) | 0 (0) | NS |
| Hipertensión, n (%) | 5 (16,1) | 6 (14,4) | 8 (53,0) | 0,005 |
| Dislipidemia, n (%) | 3 (9,6) | 5 (11,9) | 1 (6,6) | NS |
| Tabaquismo activo, n (%) | 3 (23,0) | 3 (12) | 3 (18) | NS |
| Obesidad, n (%) | 6 (19,3) | 4 (9,5) | 3 (20) | NS |
| IMC, media (\pm DE) | 25,5 (\pm 6,1) | 25,3 (\pm 5,5) | 24,9 (\pm 6,4) | NS |
| TAG, media (\pm DE) | 108,8 (\pm 65,9) | 121,6 (\pm 59,6) | 176,9 (\pm 111,7) | 0,013 |
| CT, media (\pm DE) | 162,9 (\pm 36,6) | 161,8 (\pm 50,7) | 157,0 (\pm 34,3) | NS |
| HDL, media (\pm DE) | 52,9 (\pm 15,3) | 53,4 (\pm 20,6) | 46,4 (\pm 16,2) | NS |
| Uso de prednisona, n (%) | 21 (67,7) | 33 (78,5) | 11 (73,3) | NS |
| ERC, n (%) | 5 (16,1) | 8 (19,0) | 1 (6,6) | NS |
| Duración enfermedad, media (\pm DE) | 67,4 (\pm 71,2) | 94,0 (\pm 97,6) | 102,2 (\pm 92,3) | NS |
| SLEDAI, mediana (RIC) | 10 (3-12) | 8 (2-12) | 8 (6-9) | NS |

IMC, índice de masa corporal; TAG, triacilglicéridos; CT, colesterol total; HDL, colesterol alta densidad; ERC, enfermedad renal crónica; SLEDAI, Índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico; RIC, rango intercuartílico; DE, desviación estándar; NS, no significativo.

Figura 1. (CG160)



Conclusiones: El sueño corto y el largo afectan la salud cardiovascular en pacientes con LES, con una mayor prevalencia de hipertensión en aquellos con 9 horas de sueño. Esto es contrario a la relación previa entre el sueño corto y la hipertensión en la población general. Se destaca la importancia de intervenciones tempranas en el estilo de vida del paciente con LES para mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

- Wu L, Shi PL, Tao SS, et al. Decreased sleep quality in patients with systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2020 [consultado el 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05300-3>

2. Cui H, Xu R, Wan Y, et al. Relationship of sleep duration with incident cardiovascular outcomes: a prospective study of 33,883 adults in a general population. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 [consultado el 10 de febrero de 2024];23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15042-x>

CG161

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN PACIENTE CON NEFRITIS LÚPICA EN EL ISSSTE DE TOLUCA

S. Ayala-Flores, A. Vallejo-Cortés, L.G. Mendoza-Nájera, M.N. Fuentes-Hernández, A. Pérez Bolde-Hernández

Hospital General de Toluca, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria y autoinmunitaria que afecta a múltiples órganos y sistemas. La nefritis lúpica (NL) es una manifestación grave y es causa de mortalidad en los pacientes. El tratamiento de la NL incluye dos fases: inducción y mantenimiento. Existen diversos esquemas terapéuticos (NIH, EuroLupus, Multitarget) que pueden utilizarse. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en una unidad médica de segundo nivel para evaluar las características clínicas de nefritis lúpica, así como la respuesta en fase de inducción para el tratamiento de NL.

Objetivo: Evaluar las características demográficas, clínicas, serológicas, histológicas y terapéuticas de los pacientes con LES con manifestación de NL. Identificar la eficacia de los esquemas de tratamiento disponibles en el ISSSTE de Toluca (HGT) para NL.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de los pacientes con diagnóstico de NL en el hospital general ISSSTE de Toluca. El tratamiento se instituyó con base en la disponibilidad institucional del insumo y el consenso médico-paciente. Se incluyó a pacientes con LES y manifestaciones de NL. Se analizaron las características demográficas, clínicas, serológicas, comorbilidades y tratamiento farmacológico para cada paciente. Para clasificar la NL se tomaron variables clínicas; proteinuria > 500 mg en orina de 24 horas, disminución de la tasa de filtración glomerular, alteraciones en el sedimento urinario y la presencia o ausencia de biopsia renal (clasificación ISN/RPS). Para evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos empleados se utilizaron las definiciones de los desenlaces renales: remisión completa (RC), remisión parcial (RP) y falta de respuesta del Documento de Consenso Glosen Nefrología 2023. Se realizó el estudio de las características generales y respuesta a tratamiento con los distintos esquemas mediante el estudio de media y desviación estándar y uso de la prueba t de Student de dos colas con un nivel alfa de 0,05.

Resultados: Se evaluó a un total de 14 pacientes, de los cuales la edad media de diagnóstico fue de 29 ± 8 años. Las manifestaciones clínicas con mayor prevalencia fueron: mucocutáneas en 92% y artritis en 92%; las manifestaciones serológicas fueron ANA 78%, anti-dsDNA 64%, C4 bajo 42%, C3 bajo 28%. Las comorbilidades vinculadas fueron hipertensión en 21% y antecedente de enfermedad cardiovascular en 14%. Las manifestaciones nefrológicas fueron: proteinuria 2008 mg/24 h \pm 1450, hematuria (> 5 Ery/campo) 42%, piuria (> 5 Ery/campo) 42%, TFG > 90 mL/min 50%, TFG 60-90 mL/min 35%, 15-30 mL/min 7% y < 15 mL/min 21%. La escala SLEDAI-2K promedio fue de 20,2 puntos, mayor en la población a quienes se agregó rituximab (P IC95% = 0,16). Se trató a 7 (50%) pacientes con esquema *multitarget* y 4 (28%) requirieron la adición de tratamiento biológico al tercer mes por respuesta parcial. En cuanto a la remisión completa evaluada a los seis meses de iniciado el tratamiento se presentó en un 75% de los pacientes tratados con *multitarget* y en 75% en pacientes en quienes se complementó el tratamiento con rituximab (P IC95% = 1), remisión parcial 12,5% y 25% (P IC95% = 0,62), respectivamente, y sin respuesta un paciente con defunción en el quinto mes de seguimiento en el grupo *multitarget* (P IC95% = 0,45). Véase la Tabla 1.

Conclusiones: En la población con NL del ISSSTE Toluca no se demostró una mejor respuesta al tratamiento con ninguno de los distintos

Tabla 1. Comparación de respuesta al tratamiento con esquema *multitarget* e inmunosupresión con rituximab. (CG161)

| | Remisión al tratamiento | | | | | |
|--|-------------------------|----------------|------------|-----------------------------|----------------|------------|
| | Pretratamiento | Postratamiento | Valor de p | Pretratamiento | Postratamiento | Valor de p |
| Tasa de filtración glomerular mL/min/1,73 m ² | 91,37 ± 25 | 106 ± 24 | 0,25 | 82 ± 43 | 119 ± 13 | 0,15 |
| Proteinuria total mg/24 h | 2638 ± 1644 | 659 ± 669 | 0,01 | 1775 ± 963 | 377 ± 207 | 0,02 |
| Hematuria (> 5 ery/campo), % | 12,5 | 6,25 | 0,55 | 25 | 0 | 0,67 |
| Piuria (> 5 leu/campo), % | 12,5 | 0 | 0,14 | 50 | 0 | 0,13 |
| Cilindros granulosos, % | 6,25 | 0 | 0,33 | 0 | 0 | 1 |
| Grado de remisión | <i>Multitarget</i> | | | Inmunosupresión + rituximab | | |
| Remisión completa % | 75,00% | | | 75% | | 1 |
| Remisión parcial % | 12,50% | | | 25% | | 0,62 |
| Sin remisión | 0% | | | 0% | | |
| Defunción | 12,5 | | | 0% | | 0,25 |

esquemas de tratamiento. Los pacientes con mayor índice de actividad al inicio de tratamiento requirieron inicio de tratamiento con rituximab y se alcanzó una remisión similar con este tratamiento.

Bibliografía

1. Yu C, Li P, Dang X, et al. Lupus nephritis: new progress in diagnosis and treatment. *Journal of Autoimmunity*. 2022;132(102871), 102871. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102871>
2. Mok CC, Teng YKO, Saxena R, et al. Treatment of lupus nephritis: consensus, evidence and perspectives. *Nature Reviews. Rheumatology*. 2023;19(4):227-238. <https://doi.org/10.1038/s41584-023-00925-5>

CG162

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO EDUARDO LICEAGA

M.A. Serna-Reyes, J.F. Moctezuma-Ríos, G. Medrano-Ramírez, G. Meza López-Olguín, J.C. Casasola-Vargas, G. Huerta-Sil, L. Lino-Pérez, A. Lobato-Belmonte, E. Álvarez-Hernández, C. García-García, C.J. Gómez-Ruiz

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) es la coagulopatía adquirida más frecuente y se caracteriza por episodios trombóticos, citopenias (anemia hemolítica y trombocitopenia) y comorbilidad obstétrica (pérdidas fetales recurrentes) y la presencia de anticuerpos anti-fosfolípidos (aFL); su curso es variable, de formas leves a graves.

Objetivo: Describir las características clínicas, serológicas e inmunológicas de los pacientes con SAAF en el Hospital General de México Eduardo Liceaga.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión de la información de expedientes de pacientes diagnosticados con SAAF o con probable diagnóstico de SAAF con base en los criterios de Sídney y ACR/EULAR 2023 y con posterioridad se efectuó un estudio tipo transversal, descriptivo y observacional.

Resultados: Se revisaron 120 expedientes de pacientes con SAAF, de los cuales 95 cumplieron los criterios de SAAF o probable SAAF en un periodo de 20 años, desde enero del 2004 hasta junio de 2024; de estos, 46 (48,4%) correspondieron a SAAF primario y 49 (51,5%) a SAAF secundario y en total 77 (81,1%) fueron mujeres, cuya edad media fue de 39,1 años (18-63 años). La enfermedad reumatólogica con la que más se vinculó fue el lupus eritematoso sistémico en 43 pacientes (87,7%), se identificó el antecedente de trombosis en 75 (78,95%) de los pacientes y el tipo de vaso predominante fue el venoso en 58 (73,4%), con localización en extremidades inferiores y en más de un sitio en el 73,4% y 36,7%, respectivamente. Se reconoció trombocitopenia en 38 pacientes (40%) y anemia hemolítica en 13 (13,7%). Los anticuerpos que se determinaron en más

ocasiones fueron las anticardiolipinas, específicamente las del isótipo IgG, y el menos común fue la anti-β2 glucoproteína I, en particular del isótipo IgA. El anticuerpo antifosfolípido con más determinaciones positivas fue la anticardiolipina de los isótipos IgA, IgG e IgM, respectivamente. En cuanto a las manifestaciones clínicas se observó que la trombosis se relacionaba con la positividad con aCL IgM y anti-β2 glucoproteína I IgM, ambos con un RR 1,3 y un intervalo de confianza de 95% (MOU3). También se reconoció que los anticuerpos anti-β2 glucoproteína I del isótipo IgM se vincularon con la aparición de trombocitopenia con RR 1,7, con la presencia de preeclampsia con RR 1,093, y con los abortos con RR 1,1 (intervalos de confianza de 95%). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas y bioquímicas de los pacientes con SAAF. (CG162)

| Características clínicas | SAAF No, n | Primario Sí, n | SAAF No, n | Secundario Sí, n |
|---|------------|----------------|------------|------------------|
| Género: | | | | |
| Femenino | 33 (72%) | | | 44 (90%) |
| Masculino | 13 (28%) | | | 5 (10%) |
| Edad (promedio) | 39,8 | | 38,4 | |
| Antecedente de trombosis | 11 (23,9%) | 35 (76,1%) | 9 (18,4%) | 40 (81,6%) |
| Trombocitopenia | 25 (54,3%) | 21 (45,7%) | 32 (65,3%) | 17 (34,7%) |
| Trombosis de repetición | 33 (71,7%) | 13 (28,3%) | 36 (73,5%) | 13 (26,5%) |
| Manifestaciones hematológicas (total) | 146 | 38 | 133 | 63 |
| Manifestaciones neurológicas (total) | 319 | 3 | 342 | 1 |
| Manifestaciones cutáneas (total) | 85 | 7 | 89 | 9 |
| Manifestaciones cardíacas (total) | 183 | 1 | 191 | 5 |
| Manifestaciones musculoesqueléticas (total) | 46 | 0 | 0 | 49 |
| Manifestaciones renales (total) | 45 | 1 | 32 | 17 |
| Morbilidad obstétrica (total) | 127 | 11 | 136 | 11 |
| VDRL positivo | 6 | 29 | 7 | 26 |
| aCL IgA positivo | 27 | 8 | 14 | 28 |
| aCL IgG positivo | 26 | 20 | 15 | 30 |
| aCL IgM positivo | 15 | 39 | 17 | 37 |
| AL positivo | 6 | 29 | 7 | 26 |
| Anti-β2 glucoproteína I IgA positivo | 1 | 9 | 5 | 1 |
| Anti-β2 glucoproteína I IgG positivo | 9 | 24 | 10 | 8 |
| Anti-β2 glucoproteína I IgM positivo | 0 | 35 | 2 | 12 |
| Tratamiento con acenocumarínicos | 0 | 46 | 2 | 47 |
| Doble marcador positivo | | 20 | | 14 |
| Triple marcador positivo | | 8 | | 2 |

La tabla muestra las características clínicas divididas en SAAF primario y SAAF secundario y en relación con la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas diversas, episodios comórbidos o positividad para autoanticuerpos.

Conclusiones: En este servicio, como en otros centros, se identificó que el SAAF tuvo predominio en las mujeres con el 81,7% y que fueron predominantes los episodios trombóticos del síndrome en las extremidades inferiores, principalmente afección venosa, con dos o más episodios de trombosis en un mismo paciente en un tercio de los individuos. Los antifosfolípidos determinados con mayor frecuencia fueron las aCL y el isotipo más común el IgG; los menos determinados fueron la anti-β2 glucoproteína I, en particular los isotipos IgG e IgM. Se reconoció un aumento del riesgo de padecer trombosis con la presencia de aCL IgM; el riesgo de trombocitopenia, preeclampsia y abortos se vinculó con positividad a anti-β2 glucoproteína I IgM.

Bibliografía

1. Choi H, Ahn SS. Anti-phospholipid antibody syndrome occurrence in patients with persistent anti-phospholipid antibodies. *Rheumatol Int*. 2019;39(8):1359-67.
2. Vaidya B, Nakarmi S, Joshi R, et al. A Simplified understanding of the black Swan: anti-phospholipid antibody syndrome. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2019;57(216):133-45.

CG163

ANÁLISIS LONGITUDINAL Y POR DOMINIOS DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO

G. Medina-García, J.M. Hernández-Morales, R. Peña-Rivas, I.A. Betancourt-Reyes, A. Montiel-Rivera

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) se caracteriza por episodios trombóticos y obstétricos en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos persistentes. Las manifestaciones clínicas incluyen síntomas neurológicos que suponen deterioro cognitivo. La detección temprana es importante para evitar su avance.

Objetivo: Identificar la evolución del deterioro cognitivo y los dominios cognitivos más afectados en pacientes con SAF primario.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y descriptivo en una cohorte de pacientes con SAF primario en las que se aplicó la valoración de Montreal (MOCA, *Montreal cognitive assessment*) anualmente a partir del 2018 y hasta la actualidad, con excepción del año 2021 debido a la pandemia. Se registraron las manifestaciones clínicas del expediente electrónico. En la última evaluación del 2024 se realizó un subanálisis de los dominios del MOCA para valorar cuál de ellos era el dominio más afectado. Se empleó estadística descriptiva, con frecuencias y porcentajes, y prueba de Friedman para muestras relacionadas no paramétricas.

Resultados: Se analizó a 46 pacientes, 82,6% de mujeres y 17,4% de hombres, con una media de edad de $54,43 \pm 12,39$ años y un intervalo de 24 a 77 años. La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de $19,41 \pm 8,4$ años. La manifestación clínica inicial más común fue la trombosis venosa profunda (TVP) con 28,3%, seguida del accidente cerebrovascular (EVC) con 23,9% y los problemas obstétricos con 17,4%. Las comorbilidades fueron hipotiroidismo (26,1%), hipertensión (21,7%), sobrepeso y obesidad (17,4%), fibromialgia (17,4%) y dislipidemia (13%). Respecto de las variaciones de las puntuaciones de la MOCA, los resultados se muestran en la **Tabla 1**. La prueba de Friedman no encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,172$). En cuanto a la evaluación cognitiva actual, el 41,3% de los pacientes tuvo una puntuación normal, el 50% mostró deterioro cognitivo leve y el 8,7% deterioro cognitivo moderado. Los dominios más afectados fueron el recuerdo diferido (82,6%), la atención (69,6%) y el visoespacial (50%). Por el contrario, las áreas con menos alteraciones fueron la orientación (93,5% sin alteraciones), la abstracción (89,1%), la identificación (78,3%) y el lenguaje (69,9%).

Conclusiones: El deterioro cognitivo es frecuente en pacientes con SAF primario, con poca variación en las puntuaciones a lo largo del seguimiento y sin progresión significativa. El área con mayor alteración en pacientes

con SAF fue la correspondiente al recuerdo diferido. La evaluación periódica cognitiva es útil para identificar el deterioro cognitivo, aplicar intervenciones terapéuticas de forma oportuna y evitar la progresión.

Tabla 1. Resultados de la prueba MOCA anual. (CG163)

| | MOCA 2018 | MOCA 2019 | MOCA 2020 | MOCA 2022 | MOCA 2023 | MOCA 2024 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Mediana | 24 | 24 | 25 | 26 | 25,50 | 25 |
| Percentil 25° | 22 | 21 | 23 | 24 | 23 | 21 |
| Percentil 75° | 26 | 26 | 27 | 27 | 27 | 28 |

Bibliografía

1. Garcia D, Erkan D. Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med* [Internet]. 2018;378(21):2010-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1705454>
2. Arnsdorf Y, Shoenfeld Y, Alon E, et al. The antiphospholipid syndrome as a neurological disease. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2010;40(2):97-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2009.05.001>
3. Yelnik CM, Kozora E, Appenzeller S. Non-stroke central neurologic manifestations in antiphospholipid syndrome. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2016;18(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-016-0568-x>
4. Medina G, Cimé-Aké E, Bonilla-Vázquez R, et al. Disability and cognitive impairment are interdependent in primary antiphospholipid syndrome. *Lupus* [Internet]. 2022;31(9):1104-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/09612033221106647>

CG164

RESULTADOS MATERNOFETALES CON RELACIÓN AL PUNTAJE DE SLEDAI-2K OBTENIDO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO

D.I. Rojas-Abarca, N. Castro-Lizano, G. Echeverría-González

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica y de curso variable. El sexo femenino se afecta en una proporción de 9:1 respecto del masculino. Dado que es una entidad clínica que tiene predominio por el sexo femenino y su mayor incidencia se encuentra en la edad fecunda, las pacientes pueden tener un embarazo en cualquier momento de su fecundidad; sin embargo, estas gestaciones se consideran de alto riesgo. Existen revisiones, metaanálisis y estudios de cohorte que muestran la relación entre los datos de actividad preconcepcional o durante la gestación con los resultados maternofetales que revelan una correlación: cuanto mayor es el índice de actividad, o las complicaciones relacionadas con el LES, peores son los desenlaces durante el embarazo para la madre y el producto.

Objetivo: Conocer la relación entre la puntuación SLEDAI-2K y los resultados maternofetales obtenidos en pacientes embarazadas con diagnóstico de LES.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico que cursaron con algún embarazo, durante el periodo del 2014 al 2024. Se utilizó estadística descriptiva; las variables cuantitativas se presentan como media \pm desviación estándar y las variables categóricas como frecuencias simples y proporciones. El coeficiente de correlación entre las dos escalas se analizó con la prueba rho de Spearman. Se estratificó la correlación entre las dos escalas por presencia o ausencia de fibromialgia. Después se determinó si una escala predecía a la otra por regresión lineal. Todas las pruebas se condujeron con una significancia de $p = 0,05$.

Resultados: Se integró una muestra de 66 pacientes, con una media de edad durante el embarazo de 30,12 (DE, 5) y un número de embarazos de 2 (DE, 1); las afectaciones mucocutánea, articular y renal fueron las más prevalentes; otra más fue la hipertensión arterial sistémica. El número pro-

medio de embarazos fue de 2,12 (DE 0,97). Las complicaciones maternas se presentaron en un porcentaje de 46,96% durante el tercer trimestre y la preeclampsia fue la de mayor porcentaje (40,6%), correlacionada con la vía de resolución del embarazo; la más frecuente fue la cesárea con un 75,8%. De acuerdo con la primera valoración, 43 de las pacientes se hallaban en su primer trimestre, 16 durante el segundo y siete en el tercero; respecto del índice de actividad por SLEDAI-2K, 47 pacientes tenían menos de 4 puntos, lo cual representa falta de actividad de la enfermedad. Sin embargo, solo se tuvieron los datos completos de 20 productos gestacionales, de los cuales 61,0% correspondió a productos de término y en un 33,3% la muerte perinatal fue la complicación más informada.

Conclusiones: En este estudio posterior a la revisión de 66 expedientes, los resultados sugieren que las pacientes con LES tienen un riesgo elevado de partos y también se resalta la necesidad de un tratamiento cuidadoso durante el embarazo para reducir estos riesgos. Por otra parte, los tratamientos tienen un efecto significativo sobre la puntuación SLEDAI-2K, lo que indica que el control de la actividad de la enfermedad durante el embarazo es crucial para mejorar los resultados maternofetales, pese a lo cual la correlación entre los resultados fetales y la puntuación SLEDAI-2K no fue significativa, ya que no se contó con los datos completos.

Bibliografía

- Giambalvo S, Garaffoni C, Silvagni E, et al. Factors associated with fertility abnormalities in women with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2022;21(4):103038. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.automed.2022.103038>
- Bikdeli A, Li D, Malide M, et al. Studying pregnancy outcome risk in patients with systemic lupus erythematosus based on cluster analysis. *Biomed Res Int* [Internet]. 2023;2023:1-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2023/3668689>

CG165

HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATO-SISTÉMICO

D. Deossa-Piedrahita, V. González-Díaz, G.E. Martínez-Bonilla, M.E. Ventura-Valenzuela, J. Uribe-Martínez, S. Cerpa-Cruz, S.I. Viruete-Lerma, E.A. Rodríguez-Flores, I. Avilés-Lizárraga, C. Avalos, A. Landeros
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica caracterizada por hiperactividad de linfocitos T y B, además de producción de anticuerpos, lo que ocasiona daño a múltiples órganos y tejidos. El hipotiroidismo primario es un trastorno endocrino definido biológicamente como una concentración sérica de hormona estimulante de la tiroides (TSH) por encima de los límites de referencia normal y una concentración de tiroxina por debajo de la normalidad. Las dos afecciones pueden ocurrir de forma sucesiva o simultánea y la prevalencia del hipotiroidismo clínico en pacientes con LES se ha calculado en 3,0% a 21,4%. Varios estudios han publicado valores de TSH más altos en pacientes con LES; sin embargo, otros estudios no han confirmado esa relación. Asimismo, se ha documentado una probable relación con nefritis lúpica, presencia de anticuerpos anti-dsDNA e hipocomplementemia.

Objetivo: Determinar la prevalencia, características clínicas y relación entre el hipotiroidismo y el daño orgánico en pacientes con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico de LES (EULAR/ACR de 2019) atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, sin incluir a las pacientes embarazadas. Se cuantificaron plaquetas, complemento, TSH y T4L, con puntos de corte de $> 4,5 \text{ mIU/L}$ y $< 0,71 \text{ mIU/L}$, respectivamente, para definir hipotiroidismo; también se incluyeron otras variables como edad, género, presencia o ausencia de nefritis lúpica, afectación mucocutánea, actividad de la enfermedad por SLEDAI, diagnóstico de hipotiroidismo antes o después del diagnóstico de LES. Para el análisis estadístico, las variables cuantitativas

se expresaron como medias y desviación estándar (DS). Se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y la comparación de los grupos se realizó con ji cuadrada. El software usado fue Jamovi versión 2.6.2.

Resultados: Se incluyó a un total de 102 pacientes, de los cuales el 88,2% correspondió a mujeres y el 11,8% a hombres, con un promedio de edad de 39 años (DE $\pm 12,9$). Un 34% de los pacientes tenía hipotiroidismo y de ellos el 35% era de mujeres y el 25% de hombres. El 94% de los enfermos con hipotiroidismo se diagnosticó después de la confirmación del LES. De los sujetos con hipotiroidismo, 23 (65,7%) tenían nefritis lúpica con una relación significativa ($p = 0,006$) y el 64% afectación mucocutánea comparada con 34% de los pacientes sin hipotiroidismo ($p = 0,006$). La positividad de Ac DNAs no se vinculó con la presencia de hipotiroidismo. El 75% de los pacientes no sufría ninguna otra afección reumatólogica y la media de los valores de complemento C3 y C4 fue de 96,1 mg/dL y 29,71 mg/dL, respectivamente.

Conclusiones: En este estudio, la prevalencia de hipotiroidismo en pacientes con LES fue similar a la registrada en las publicaciones médicas; además, se reconoció una vinculación con la nefritis lúpica y la afectación mucocutánea en estos pacientes.

Bibliografía

- Liu X, Yuan J, Zhou H, et al. Association between systemic lupus erythematosus and primary hypothyroidism: evidence from complementary genetic methods. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2022;108(4):941-949. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac614>
- Qin Q, Zhao L, Ren A, et al. Systemic lupus erythematosus is causally associated with hypothyroidism, but not hyperthyroidism: a mendelian randomization study. *Frontiers In Immunology*. 2023;14.
- Li J, Wang X, Xie T, et al. Hypothyroidism and its association with systemic lupus erythematosus: a cross sectional study in chinese patients. *The American Journal of The Medical Sciences*. 2021;361(1):63-68. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2020.08.026>
- Lin W, Chang C, Fu L, et al. Systemic lupus erythematosus and thyroid disease: A 10-year study. *Journal of Microbiology Immunology And Infection*. 2015;48(6):676-683. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2014.03.004>
- Ni J, Li J, Wang Y, et al. Systemic lupus erythematosus patients with related organic damage are at high risk of hypothyroidism. *Frontiers In Endocrinology*. 2022;13. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.920283>

CG166

EFFECTIVIDAD DE DOSIS BAJAS DE RITUXIMAB EN MANIFESTACIONES MODERADAS Y GRAVES DE LUPUS ERITEMATO-SISTÉMICO

J.I. Velasco-Santos, D.A. Herrera-Van Oostdam, I.N. Morales-Avendaño, E. Cuevas-Orta, G. Barragán Aguilera-Pickens, E.N. Santillán-Guerrero, F.J. Núñez-Martínez, B.B. García-Briones, J.E. Molar-López, J.C. Ramírez-Sánchez, R. Ortiz-Hernández, C. Abud-Mendoza
Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria multiorgánica. La eficacia del rituximab para el tratamiento del LES refractario se ha notificado hasta en un 91% en actividad no renal con el empleo de 375 mg por m^2 semanal por 4 semanas o 1 g cada 15 días en dos ocasiones, en ciclos cada seis meses. Pocos estudios han evaluado la efectividad del rituximab a dosis bajas.

Objetivo: Evaluar la eficacia de dosis bajas de rituximab ($\leq 500 \text{ mg}$) en manifestaciones moderadas a graves de LES.

Material y métodos: Estudio de cohorte observacional y retrospectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES y actividad moderada a grave, ≥ 18 años y que recibieron rituximab (500 mg IV semestral); se permitió el uso de otros fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) no biológicos, así como glucocorticoides. No participaron pacientes con información incompleta en el expediente. La actividad se evaluó mediante la escala de Mex-SLEDAI y se tomaron dos puntos del tiempo de evaluación: basal y seis meses después de la aplicación del rituximab. Véanse las **Tablas 1 y 2**.

Tabla 1. (CG166)

| Estudio | Año | Pacientes incluidos | Dosis RTX | Eficacia (24 semanas) | Efectos adversos |
|--------------------------|------|---|----------------------|-----------------------------------|---|
| Chung-Yan, <i>et al.</i> | 2019 | 8 pacientes con LES. Edad media ($39,4 \pm 13,5$ años). 87,5% Mujeres. 5 TPI grave, 1 AHA, 1 AHA + TPI, 1 Pancitopenia | 100 mg/sem (4 dosis) | 5 RC 2 RP 1 NR RT: 87,5% | - 1 infección del tracto urinario |
| Hua-Chen, <i>et al.</i> | 2011 | 10 pacientes, mujeres Edad: 34,5 (9,5) Todos TPI | 100 mg/sem (4 dosis) | RC: 60% | - 2 Reacciones leves a la infusión - 1 caso: TP (sem 14) e infección Tb (sem 25) |

Tabla 2. (CG166)

| | Basal | 6 meses |
|-----------------------|-------|---------|
| MEX-SLEDAI | 9 | 4 |
| Hemoglobina (g/dL) | 10,5 | 11,9 |
| Linfocitos (miles/mL) | 1,0 | 1,5 |
| Neurológicas | 20% | 0% |
| Renales | 54,3% | 31,4% |
| Hematológicas | 25,7% | 2,9% |
| Articulares | 94,3% | 48,6% |
| Mucocutáneas | 68,6% | 37,1% |
| Fiebre | 20% | 0% |

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones médicas con los siguientes descriptores: *systemic lupus erythematosus, rituximab, rituximab low-dose, treatment outcome*. De 20 artículos sustraídos y evaluados por tres investigadores de forma independiente (DH, JV y CAM) se descartaron 18 (dos repetidos, cuatro informes de caso y el resto por tratarse de rituximab a dosis altas).

Resultados: Se incluyó a 35 pacientes en el análisis, 33 (94,2%) de ellos mujeres. La mediana de edad fue de 28 años (RIC, 11,5) y la evolución de LES de 1 año (RIC, 5,5). El índice de actividad por SLEDAI fue de 9 (RIC, 3,0) antes de la aplicación de RTX. Las principales manifestaciones por las cuales se consideró actividad moderada/grave de LES fueron las renales (54,3%), neurológicas (20%) y hematológicas (25,7%). Se administraron pulsos de mPDN en 27 pacientes.

A seis meses de la administración del rituximab, el índice de actividad disminuyó a 4 (RIC: 4,0). La mediana de dosis de prednisona a los seis meses fue de 5 mg (RIC: 2,5). No hubo efectos adversos relacionados con la administración del fármaco.

En la revisión sistemática con 18 pacientes en total, todos recibieron dosis de 100 mg de RTX semanal durante cuatro semanas y en todos la indicación fue la afectación hematológica refractaria a tratamientos combinados diversos. La tasa de respuesta completa a 24 semanas fue de 61,5%. Se registró una proporción baja de EA.

Conclusiones: El rituximab a dosis bajas conduce a disminución de actividad de la enfermedad moderada a grave.

Bibliografía

- Chen H, Zheng W, Su J, *et al.* Low-dose rituximab therapy for refractory thrombocytopenia in patients with systemic lupus erythematosus--a prospective pilot study. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Sep;50(9):1640-4. doi: 10.1093/rheumatology/ker176.
- Wang CY, Guo SH, Wang LP, *et al.* Clinical efficacy of low-dose rituximab on hematological abnormalities in patients with connective tissue disease. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2019 Oct;57(10):500-505. doi: 10.5414/CP203453.

CG167

ÍNDICE DE DAÑO EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS TROMBÓTICO (DIAPSV2) VERSIÓN 2.0: ESTUDIO PILOTO EN UN SOLO CENTRO

L.A. Martínez-Martínez¹, M.C. Amigo-Castañeda², M.V. Goycochea-Robles³, E. Aranda-Cano¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Centro Médico ABC, ⁽³⁾Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es la principal trombofilia adquirida en el área reumatólogica. Se caracteriza por episodios trombóticos y morbilidad obstétrica relacionada con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Las manifestaciones trombóticas confieren daño acumulado crónico que puede evaluarse con la primera versión del Índice de daño en pacientes con síndrome antifosfolípido trombótico (DIAPSV1). En fecha reciente se desarrolló una versión actualizada del DIAPS (DIAPSV2) con nuevas definiciones para detectar con mayor precisión el daño pulmonar, dominio neurológico, secuelas del tratamiento y otros ajustes.

Objetivo: Correlacionar las puntuaciones de la versión original del DIAPS y su nueva versión en pacientes con SAF que asisten a la consulta externa de reumatología.

Material y métodos: Participaron pacientes con SAF que cumplieron con los criterios de SAF ACR/EULAR 2023 y los criterios de SAF Sídney. Se invitó a los participantes durante el tiempo de espera de una consulta externa de reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez del 5 de enero al 21 de mayo de 2024. En todos se realizó revisión de historias clínicas y se aplicaron los siguientes cuestionarios: la versión original (DIAPSV1) y la versión actualizada (DIAPSV2) del DIAPS. Este protocolo recibió aprobación del comité de ética del instituto y todos los pacientes dieron su consentimiento informado. Se utilizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov, t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher, según correspondiera. Las correlaciones se realizaron con el método de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 29 pacientes con SAF, 22 eran mujeres y la edad media fue de 18 ± 14 años; 17 sujetos tenían la forma primaria del síndrome. La puntuación DIAPS fue de 3 (2-4) en DIAPSV1 y también de 3 (2-4) en DIAPSV2. Se identificó una correlación positiva entre DIAPSV1 y DIAPSV2 ($\rho = 0,936$, $p < 0,0001$) en pacientes con SAF. La puntuación de DIAPSV1 se correlacionó con la puntuación del dominio clínico de los criterios de SAF ACR/EULAR 2023 ($\rho = 0,459$, $p = 0,012$) y se observó una tendencia con DIAPSV2 ($\rho = 0,364$, $p = 0,052$).

Conclusiones: Existe una excelente correlación positiva entre la puntuación de la versión original DIAPSV1 y su versión actualizada DIAPSV2. Resulta interesante que DIAPSV1 se correlacione mejor con las puntuaciones del dominio clínico de los criterios APS de ACR/EULAR 2023 y que DIAPSV2 solo alcance una tendencia. Los nuevos reactivos de la versión actualizada pueden conceder más peso general al daño crónico acumulado, a diferencia de la versión original en la que predominan las secuelas de las manifestaciones trombóticas. Se necesitan estudios más amplios y ponderación de los nuevos reactivos para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

- Amigo MC, Goycochea-Robles MV, Espinosa-Cuervo G, *et al.* Development and initial validation of a damage index (DIAPS) in patients with thrombotic antiphospholipid syndrome (APS). *Lupus*. 2015 Aug;24(9):927-34. doi: 10.1177/0961203315576858.
- Goycochea-Robles MV, Medina G, Mendoza C, *et al.* POS1462-HPR new version of damage index in thrombotic antiphospholipid syndrome: DIAPSV2. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2024;83:1179-1180. DOI: 10.1136/annrheumdis-2024-eular.6349.

CG168

PAPEL DE ISGLT2 EN NEFRITIS LÚPICA: SERIE DE CASOS

E. Hernández-Núñez

IMSS HGZ 46 Tabasco

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una complicación común en el LES y hasta 40% de los enfermos desarrolla ERC a 10 años, con morbilidad considerable. La utilidad de ISGLT2 en la NL es incierta. Los ISGLT2 han demostrado retraso en el avance del daño renal, mejores tasas de proteinuria y beneficio cardiovascular en pacientes con y sin DM.

Presentación de los casos: Se notifican siete casos de pacientes con LES y NL, con predominio del género femenino (6:1) y una media de edad de 284 años. Algunos parámetros fueron: AAN 100%, anti-SM en 4 pacientes, duración media de la enfermedad de 81,2 años, consumo de MMF en 100% (dosis promedio de 2 g/día), PDN en 100% (10 mg/día), IECA en 4 pacientes, CQ en 100% y 2 pacientes con LFN (10 mg/día). Una limitante fue que solo cinco pacientes tenían biopsia renal (cambios tipos III, IV y V) con proteinuria persistente (media, 4.11-5 g/24 h). Se inició dapagliflozina (10 mg) al control estándar con toma basal, dos y cuatro meses de orina de 24 h, C3, C4, AU, BH, QS, control TA. En su mayoría fueron negativos a anti-DNA (5/6), con sedimento blando. Solo una paciente mostró actividad renal, la cual avanzó a ERCT (en protocolo de trasplante renal). Como hecho relevante, a los dos meses se observó una media en la disminución de proteinuria de 56 que se mantuvo a los cuatro meses. Descenso transitorio en algunos pacientes, TFG 18% basal a los dos meses (4/7) con recuperación de los siete a los cuatro meses. Ningún paciente desarrolló foco urinario. En todos los casos hubo descenso de 1,2 de AU.

Discusión: Estudios pequeños en NL han agregado ISGLT2 a la atención regular. El estudio observacional de Zhao con nueve pacientes con NL por biopsia y uso corto de ISGLT2 (dos meses) reveló mejoría de la proteinuria (52%) y función renal estable. Los datos similares de Morales en cinco pacientes mostraron una media de reducción de proteinuria de 2,2 g/día. Se redujo la proteinuria al disminuir la hiperfiltración glomerular y apoyo concomitante de IECA/ARA2. Otro mecanismo es la reprogramación metabólica energética en células tubulares. Los datos *in vitro* sugieren un efecto inmunomodulador en las células T, pero no hay datos clínicos que sustenten su uso en la NL activa.

Conclusiones: Se sugiere el beneficio de ISGLT2 como fármaco adicional al tratamiento regular en la NL estable, que reduce hasta 50% la tasa de proteinuria, mantiene la TFG y disminuye los valores de AU.

Bibliografía

- Wagner B, Rao P. Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors: are they ready for prime time in the management of lupus nephritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2024;36:163-168.
- Zhao XY, Li SS, He YY, et al. SGLT2 inhibitors alleviated podocyte damage in lupus nephritis by decreasing inflammation and enhancing autophagy. *Ann Rheum Dis*. 2023;82:1328-1340 2006;296:844-54.
- Morales E, Sandino J, Galindo M. Lupus nephropathy beyond immunosuppression: searching for nephro and cardioprotection. *Front Nephrol*. 2023;1105676.
- Wang H, Li T, Sun F, et al. Safety and efficacy of the SGLT2 inhibitor dapagliflozin in patients with systemic lupus erythematosus: a phase I/II trial. *RMD Open*. 2022;8:e002686.

CG169

RELACIÓN DE LA INGESTA DIETÉTICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON Y SIN FRAGILIDAD

P. Munguía-Realpozo¹, C. Mendoza-Pinto¹, L. Serrano-Vértiz², M.F. Pérez-Ayala³, M.A. Saavedra-Salinas⁴, O. García-Pérez⁵, A. Montiel-Rivera⁶, M.A. García-Flores⁷

⁽¹⁾Centro de Investigación Biomédica de Oriente, IMSS, ⁽²⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽³⁾Hospital General Regional #196, IMSS, ⁽⁴⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁵⁾Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁶⁾Instituto de Neuroetología de la Universidad Veracruzana, ⁽⁷⁾OOAD Puebla, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, sistémica, inflamatoria y crónica que provoca daño orgánico y secuelas a largo plazo. Este proceso, en conjunto con la indicación de tratamientos esteroideos e inmunosupresores, así como modificaciones en el estilo de vida, incluida la alimentación, puede predisponer a complicaciones no esperadas para la edad, como el síndrome de fragilidad. La fragilidad se define como una disminución de la capacidad para adaptarse a los cambios fisiológicos y un desequilibrio en los mecanismos homeostáticos, lo que resulta en la acumulación de múltiples déficits funcionales.

Objetivo: Relacionar la ingestión dietética en pacientes con lupus eritematoso sistémico con y sin síndrome de fragilidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal y prospectivo en la Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS en Puebla, con pacientes adultos diagnosticados con LES, de 18 a 65 años (**Tabla 1**). Se excluyó a aquellos con enfermedad renal terminal o embarazo. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos y se aplicaron el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FFQ) y el índice SLICC-FI. Este último permitió dividir a los pacientes en cuatro grupos: frágil ($\geq 0,21$), menos apto (0,1-0,21), relativamente menos apto (0,03-0,1) y robusto ($\leq 0,03$); los menos aptos y frágiles se incluyeron dentro del grupo de fragilidad con fines de comparación dicotómica. Se empleó χ^2 para variables categóricas, así como análisis de correlación mediante el uso de la prueba rho de Spearman y uso del software SPSS v.25.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la población con LES. (CG169)

| Características | (n = 81) |
|--|--------------------------|
| Edad (años) | 51,04 ($\pm 14,34$)*** |
| Tiempo de evolución (años) | 19 (15-25)* |
| SLEDAI 2K (puntos) | 0 (0-0)* |
| SLICC ACR (puntos) | 0 (0-1)* |
| Índice SLICC-FI | 0,11 ($\pm 0,06$)*** |
| SLICC-FI (total de déficits) | 5,28 ($\pm 3,13$)*** |
| Comorbilidades | |
| Diabetes mellitus 2, n (%) | 11 (13,6) |
| Hipertensión arterial sistémica, n (%) | 30 (37) |
| Hipotiroidismo, n (%) | 12 (14,8) |
| Otras enfermedades reumatólogicas | |
| Síndrome de Sjögren, n (%) | 9 (11,1) |
| SAAF, n (%) | 8 (9,99) |
| Tratamiento | |
| Esteroides, n (%) | 62 (76,5) |
| Dosis día (mg) | 5 (0-30)** |
| Inmunosupresor, n (%) | 37 (45,6) |
| Antipalúdico, n (%) | 49 (60,5) |

Los datos se expresaron medianas y rangos intercuartílicos (*). Se usaron mediana, máximos y mínimos (**). Se utilizaron media y desviación estándar (**). SAAF, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes, el 93,8% de los cuales correspondió a mujeres, con una media de edad de 51,0 años ($DE \pm 14,4$) y una mediana de tiempo de evolución de 19 años (RIQ_10). El 22,2% de los pacientes sufrió comorbilidades. El síndrome de fragilidad se identificó en el 51,8% de los casos. El grupo alimentario consumido con más frecuencia fue “frutas” (98%), mientras que el menos consumido fue “pescados y mariscos” (45,7%). Además, el 43,2% de los pacientes refirió consumo de complementos, los más comunes de los cuales fueron el ácido fólico y el calcitriol. Sin embargo, se observó una relación significativa entre fragilidad y consumo de “frutas” ($p = 0,046$) y “botanas, dulces y postres” ($p = 0,005$). El análisis *post hoc* reveló que los pacientes robustos consumen más fruta y son menos propensos a consumir “botanas, dulces y postres”

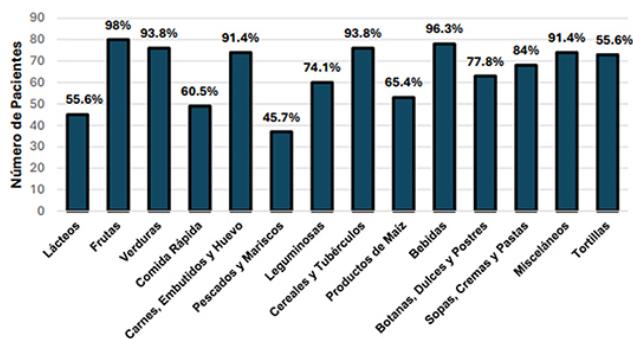
en comparación con los pacientes frágiles (**Tabla 2**). No se encontraron correlaciones significativas entre fragilidad y frecuencia de consumo de los grupos alimentarios (**Figura 1**).

Tabla 2. Relación entre el consumo de los grupos de alimentos y la fragilidad. (CG169)

| Grupo de alimento | p |
|---------------------------|-------|
| Lácteos | 0,109 |
| Frutas | 0,046 |
| Verduras | 0,438 |
| Comida rápida | 0,730 |
| Carnes, embutidos y huevo | 0,753 |
| Pescados y mariscos | 0,89 |
| Leguminosas | 0,728 |
| Cereales y tubérculos | 0,76 |
| Productos de maíz | 0,358 |
| Bebidas | 0,295 |
| Botanas, dulces y postres | 0,005 |
| Sopas, cremas y pastas | 0,069 |
| Diversos | 0,890 |
| Tortillas | 0,400 |

Los valores estadísticamente significativos aparecen en negritas.

Figura 1. Grupos de alimentos. (CG169)



Conclusiones: El 51,8% de los pacientes con LES en esta cohorte se clasificó como frágil. Aunque no se identificó una correlación significativa entre la fragilidad y los grupos alimentarios, se observaron posibles vinculaciones importantes en subgrupos, en particular el mayor consumo de frutas y el menor consumo de alimentos ultraprocesados en los pacientes robustos. Estos hallazgos sugieren que un mejor estado de salud podría relacionarse con hábitos dietéticos más adecuados.

Bibliografía

1. Hernández-Ávila M, Romieu I, Parra S, *et al.* Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire to assess dietary intake of women living in Mexico City.
2. Int SSL, Legge A, Kirkland S, *et al.* Constructing a frailty index as a novel health measure in systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*. 2019;46(7):786-7.

CG170

RELACIÓN ENTRE LA RAZÓN NEUTRÓFILO-LINFOCITO E ÍNDICE DE INMUNOINFLAMACIÓN SISTÉMICA CON LA ACTIVIDAD Y LA FATIGA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Ortiz-Nuño, H. Moreno-Dávila, G. Serna-Peña, G. García-Arellano, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.P. Toledo-Motta, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La fatiga representa un síntoma debilitante en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), lo que representa una elevada carga física y ocupacional. La razón neutrófilos-linfocitos (NLR, *neutrophil-lymphocyte ratio*), la razón plaquetas-linfocitos (PLR, *platelet-lymphocyte ratio*) y el índice de inmunoinflamación sistémica (SII, *systemic immune-inflammation index*) han demostrado ser útiles en la evaluación de la actividad de la enfermedad en enfermedades autoinmunitarias, incluido el LES. A pesar de su prevalencia, la información sobre estos índices y su relación con la fatiga en el LES son escasas.

Objetivo: Evaluar la relación entre la fatiga y tres índices hematológicos.

Material y métodos: Se evaluó de forma retrospectiva a pacientes con LES en una clínica ambulatoria de reumatología. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES según los criterios EULAR/ACR 2019, ≥ 18 años, evaluados mediante la puntuación *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue* (FACIT-F). Se excluyó de la aplicación FACIT-F a los sujetos con recuentos sanguíneos fuera del punto de tres meses y a aquellos con síndromes de superposición, excepto el síndrome de Sjögren secundario y el síndrome antifosfolípidos. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y los hemogramas completos de este laboratorio para NLR, PLR y SII (neutrófilos \times plaquetas/linfocitos) se recuperaron de los registros clínicos. El NLR alto se definió como 2,73 para las comparaciones de grupos.

Resultados: Se examinaron los registros de 131 pacientes, de los cuales 55 eran elegibles para su inclusión. Los individuos eran predominantemente mujeres ($n = 50/90,9\%$) con una edad media (\pm) de 37,34 años (12,48) y una mediana (rango intercuartílico, IQR) de duración de la enfermedad de cinco años (IQR, 0,75-12) (**Tabla 1**). La mediana del SLEDAI-2K fue de 1 (RIC, 0-4). La mediana de la puntuación FACIT-F fue de 48 (RIC, 39-52). Hasta

Tabla 1. Información sociodemográfica y clínica. (CG170)

| | NLR < 2,73 n = 38 | NLR $\geq 2,73$ n = 17 | P |
|---|---------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Edad, media (DE) | 37,68 ($\pm 13,09$) | 33,64 ($\pm 12,60$) | 0,290 |
| Duración de la enfermedad (años), mediana (RIC) | 5 (0,65-12) | 5 (0,50-7,5) | 0,422 |
| Género, n (%) | | | 0,639 |
| Mujer | 35 (92,1) | 15 (88,2) | |
| Hombres | 3 (7,9) | 2 (11,8) | |
| Estado civil, n (%) | | | 0,766 |
| Soltero | 14 (36,8) | 7 (41,2) | |
| Casado | 13 (34,2) | 7 (41,2) | |
| Cohabitación | 9 (23,7) | 2 (11,8) | |
| Divorciado | 1 (2,6) | 0 (0) | |
| Viudo | 1 (2,6) | 1 (5,9) | |
| Educación, n (%) | | | 0,560 |
| Escuela primaria | 4 (10,5) | 4 (23,5) | |
| Escuela secundaria | 15 (39,5) | 5 (29,4) | |
| Escuela secundaria | 10 (26,3) | 6 (35,3) | |
| Colega | 6 (15,8) | 1 (5,9) | |
| Graduado | 3 (7,9) | 1 (5,9) | |
| Comorbilidades, n (%) | 11 (28,9) | 7 (41,2) | 0,372 |
| Niños, n (%) | 31 (81,6) | 9 (52,9) | 0,047 ¹ |
| HADS-ansiedad, mediana (RIC) | 3 (0-7,25) | 5 (0-11,5) | 0,234 |
| HADS-depresión, mediana (RIQ) | 0 (0-1) | 0 (0-4,5) | 0,080 |
| FACIT-F, mediana (RIC) | 49 (44,5-52) | 45 (33,5-51,5) | 0,111 |
| PLR, mediana (RIC) | 105,09 (76,93-140,51) | 186,36 (106,86-263,05) | 0,004 ² |
| SII, mediana (RIQ) | 355,75 (232,74-584,53) | 1058,53 (688,26-1601,22) | 0,000 ² |
| SLEDAI-2K, mediana (RIC) | 0 (0-4) | 2 (0-4) | 0,188 |
| IDE, mediana (RIQ) | 0 (0-0) | 0 (0-0,5) | 0,092 |

Datos obtenidos de la población analizada con LES. NLR, razón neutrófilos/linfocitos; SD, desviación estándar; IQR, rango intercuartílico; HADS, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; FACIT-F, Evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas-fatiga; PLR, razón plaquetas/linfocitos; SII, índice de inmunoinflamación sistémica; SLEDAI-2K, Índice de actividad de la enfermedad LES 2000; SDI, Clínicas colaboradoras internacionales de lupus sistémico/*American College of Rheumatology*-Índice de daños.

¹Prueba ji cuadrada.

²Prueba U de Mann-Whitney.

17 (30,9%) pacientes se clasificaron con un NLR alto. No se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones SLEDAI-2K y FACIT-F en pacientes con NLR bajo y alto (**Tabla 1**), pero sí correlaciones negativas significativamente débiles entre NLR ($\rho = -0,287$, $p = 0,034$) y SII ($\rho = -0,307$, $p = 0,023$) con FACIT-F. En cuanto a la actividad de la enfermedad, se identificó una correlación positiva débil entre NLR y SLEDAI-2K ($\rho = 0,290$, $p = 0,032$). FACIT-F no mostró correlación estadísticamente significativa con SLEDAI-2K.

Conclusiones: Los índices hematológicos medidos con un simple hemograma pueden representar una herramienta valiosa para múltiples propósitos en pacientes con LES. La NLR es una herramienta fácil y accesible para que los médicos evalúen rápidamente la actividad de la enfermedad, la depresión, la fatiga y la calidad de vida en el LES. El SII también puede estar correlacionado con la fatiga, aunque la información es limitada. Estos hallazgos indican que los valores de NLR y SII se correlacionan con la fatiga en pacientes con LES y pueden ser una herramienta útil para su evaluación.

Bibliografía

- Qin B, Ma N, Tang Q, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and platelet to lymphocyte ratio (PLR) were useful markers in assessment of inflammatory response and disease activity in SLE patients. *Mod Rheumatol*. 2016;26:372-6.
- Papachristodoulou E, Kakoullis L, Christophi C, et al. The relationship of neutrophil-to-lymphocyte ratio with health-related quality of life, depression, and disease activity in SLE: a cross-sectional study. *Rheumatol Int*. 2023;43:1841-8.

CG171

LOS ÍNDICES HEMATOLÓGICOS COMPUSTOS NO SE ENCUENTRAN ASOCIADOS A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

J.A. Hermosillo-Villafranca

IMSS HGZ#11 Piedras Negras, Coahuila

Introducción: La esclerosis sistémica (ES; esclerodermia) es una enfermedad multiorgánica heterogénea caracterizada por desregulación inmunitaria, vasculopatía y deposición excesiva de matriz extracelular que conduce a fibrosis de la piel y los órganos internos. Su fisiopatología no se conoce por completo. Un conjunto emergente de biomarcadores inflamatorios que están representados por índices específicos derivados de las células sanguíneas ha demostrado que una proporción relativamente más alta de neutrófilos a linfocitos (NLR, *neutrophil-lymphocyte ratio*) y proporción de plaquetas a linfocitos (PLR, *platelet-lymphocyte ratio*) diferencian con éxito la presencia y la ausencia de enfermedad activa en pacientes con enfermedades reumáticas, como artritis reumatoide, psoriasis, lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica progresiva. Si bien la biometría hemática es un estudio sistemático, aún no se profundiza sobre la relación de los índices hematológicos y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), que es la principal causa de mortalidad en estos pacientes.

Objetivo: Determinar la relación entre los índices hematológicos compuestos y la presencia de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con esclerosis sistémica progresiva en el norte de México.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 que cumplieron con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para el diagnóstico de ES en un hospital de segundo nivel de atención de julio de 2023 a julio de 2024. Se excluyó a pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o neoplasias hematológicas. Se recabaron variables clínicas y demográficas. Los índices hematológicos compuestos se calcularon del siguiente modo: índice neutrófilos/linfocitos (NLR) = neutrófilos/linfocitos; índice plaquetas/linfocitos (PLR) = plaquetas/linfocitos. Se realizó una tomografía axial de alta resolución para determinar la presencia de enfermedad pulmonar intersticial, la cual se definió como positiva con presencia de patrón NIU o NINE, a todos los participantes del estudio. La distribución entre

grupos se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk. Las comparaciones se realizaron con estadística no paramétrica según correspondiera, con U de Mann-Whitney, prueba exacta de Fisher o ji cuadrada. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 36 pacientes con predominio de mujeres ($n = 33$, 91,0%) y una edad media de $51,53 \pm 9,32$ años; la mediana de la duración de la enfermedad fue de 7,0 (1,12-12,0) años, la mediana del NLR de 2,45 (1,55-3,80) y la mediana del PLR de 136,26 (105,58-168,80). No se registraron diferencias entre los valores de NLR (2,02 vs. 2,93, $p = 0,32$) o PLR (119,54 vs. 143,78, $p = 0,40$) en esos subgrupos (**Tabla 1**).

Conclusiones: Tanto el NLR como el PLR no se vincularon con la presencia de EPI en pacientes con esclerosis sistémica progresiva; se requieren estudios prospectivos que continúen la valoración de estos índices en estos pacientes.

Bibliografía

- Wareing N, Mohan V, Taherian R, et al. Blood neutrophil count and neutrophil-to-lymphocyte ratio predict disease progression and mortality in two independent systemic sclerosis cohorts. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023 March;75(3):648-656.
- Angelo A, Arduino A. The association between the neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio, and monocyte-to-lymphocyte ratio and systemic sclerosis and its complications: a systematic review and meta-analysis. *Front Immunol*. 2024 doi: 10.3389/fimmu.2024.1395993

Tabla 1. Características demográficas. (CG171)

| Variable | Pacientes con ES y EPI (n = 18) | Pacientes con ES sin EPI (n = 14) | P |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|------|
| Edad, años, media ± DE | 52,7 ± 10,50 | 49,93 ± 7,62 | 0,42 |
| Mujeres, n (%) | 16 (88,9) | 13 (92,9) | 1,0 |
| Tabaquismo n (%) | 2 (11,1) | 2 (14,3) | 1,0 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 2 (11,1) | 1 (7,1) | 1,0 |
| Hipertensión arterial sistémica, n (%) | 6 (33,3) | 6 (42,9) | 0,58 |
| Insuficiencia arterial periférica, n (%) | 1 (5,6) | 1 (7,1) | 1,0 |
| Hipotiroidismo, n (%) | 4 (22,2) | 1 (7,1) | 0,35 |
| Tiempo de evolución diagnóstico, años Mediana (p25°-p75°) | 9,50 (0,9-20,2) | 6,50 (1,3-9,2) | 0,37 |
| Fenómeno de Raynaud, n (%) | 17 (94,4) | 12 (85,5) | 0,56 |
| Variedad limitada, n (%) | 17 (94,4) | 12 (85,2) | 0,56 |
| Afectación articular, n (%) | 12 (66,7) | 11 (78,6) | 0,69 |
| Cicatriz digital, n (%) | 4 (22,2) | 2 (14,3) | 0,67 |
| Afectación cardiaca, n (%) | 0 (0) | 4 (28,6) | 0,02 |
| HAP, n (%) | 5 (27,8) | 6 (42,9) | 0,46 |
| Afectación gástrica, n (%) | 9 (50,0) | 8 (57,1) | 0,68 |
| Calcinosis, n (%) | 0 (0) | 2 (14,3) | 0,18 |
| Uso de esteroides, n (%) | 13 (72,2) | 10 (71,4) | 1,00 |
| Uso de MMF, n (%) | 14 (77,8) | 5 (35,7) | 0,01 |
| NLR, mediana (p25°-75°) | 2,02 (1,44-3,70) | 2,93 (1,84-2,93) | 0,32 |
| PLR, mediana, (p25°-75°) | 119,54 (91,64-173,95) | 143,78 (117,36-165,55) | 0,40 |

ES, esclerosis sistémica; EPI, enfermedad pulmonar intersticial; DE, desviación estándar; HAP, hipertensión arterial pulmonar; MMF, micofenolato de mofetilo; NLR, índice neutrófilo/linfocito; PLR, índice plaqueta/linfocito.

CG172

PREVALENCIA DE LAS MANIFESTACIONES CARDIACAS EN PACIENTE CON ESCLERODERMA DIFUSA Y LIMITADA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

C. Flores-Aceves, G. Echeverría-González

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

Introducción: La esclerosis representa una enfermedad sistémica y multifactorial compleja que afecta a la piel y otros órganos, entre ellos los sistemas cardíaco, pulmonar, renal e incluso gastrointestinal, con daño microvascular y fibrosis en diferentes órganos.

Entre las manifestaciones cardíacas que pueden identificarse en estos pacientes figuran la fibrosis cardíaca, anormalidades del sistema de conducción, afectación coronaria, hipertensión arterial pulmonar (HAP), enfermedad pericárdica, miositis e insuficiencia cardíaca. Representa una de las causas más importantes de mortalidad en los pacientes.

La prevalencia de las afectaciones cardíacas es variable según sea la zona geográfica. Un estudio en la población mexicana que incluyó a 139 pacientes publicó una prevalencia de hipertensión arterial pulmonar de 32% y de otras alteraciones cardíacas de 11%.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las manifestaciones cardíacas en pacientes con esclerodermia.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal realizado en el departamento de reumatología del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. Se analizaron los expedientes. Se solicitaron, en caso de no contar ellos, ecocardiograma, electrocardiograma o péptido natriurético; se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de esclerosis sistémica difusa y limitada de acuerdo con los criterios de inclusión de ACR-EULAR 2013; se empleó estadística descriptiva y se analizaron los datos obtenidos con el programa estadístico SPSS. Es una investigación con riesgo mínimo clase II, basada en principios éticos del informe Belmont y la declaración de Helsinki, en la que se veló por la confidencialidad y privacidad del participante en todo momento. El protocolo se sometió a revisión externa por el comité de ética e investigación local.

Resultados: En el estudio se incluyó a 70 pacientes, de los cuales solo 61 cumplieron con los criterios de inclusión; de esta muestra, el 6,56% correspondió a hombres y el 93,44% a mujeres; la variedad limitada se identificó con mayor frecuencia en 84% y la variedad difusa en 16%; el 100% tenía ANA positivos, el anti-SCL70 se registró en el 19,6%, el P BNP se encontraba alto en el 11,4% y el 18% sufrió alguna alteración en el electrocardiograma. Con respecto al ecocardiograma, solo el 1,6% mostró disminución de la FEVI, pero existían alteraciones valvulares en 21,3%; el 8,1% se hallaba en riesgo moderado de HAP y el 6,5% tenía probabilidad elevada de HAP, el 9,84% con una alteración ventricular y solo el 1,6% con derrame pericárdico leve en el ecocardiograma. El 73,78% se hallaba bajo algún tratamiento como azatioprina, ácido micofenólico o metotrexato y solo el 23% había recibido tratamiento biológico en el transcurso de su enfermedad.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con afectaciones cardíacas correspondió a mujeres, con una media de edad de 51 años y predominio de los casos de tipo "limitado". Dentro de las diferentes alteraciones cardíacas que se valoraron, las anormalidades estructurales en el ecocardiograma fueron las más identificadas, seguidas de las alteraciones electrocardiográficas; si bien es necesario el cateterismo cardíaco, existe un porcentaje considerable de riesgo de HAP. Debido a la gran mortalidad de las afectaciones cardíacas y su prevalencia, se requieren electrocardiogramas, ecocardiogramas y péptido natriurético para el seguimiento de estos pacientes.

Bibliografía

- Rosendahl AH, Schönborn K, Krieg T. Pathophysiology of systemic sclerosis (scleroderma). *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2022;38(3):187-95.
- Rodríguez-Reyna TS, Hinojosa-Azaola A, Martínez-Reyes C, et al. Perfil distintivo de autoanticuerpos en pacientes mestizos mexicanos con esclerosis sistémica. *Autoinmunidad*. 2011;44(7):576-584.

CG173

CORRELACIÓN DE LA MORTALIDAD CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M.I. González-Pérez, S. Muñoz-López, F.C. Irazoqui-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmunitaria del tejido conectivo que afecta principalmente a la piel y diversos órganos y se caracteriza por la acumulación excesiva de colágeno en los tejidos. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación común en pacientes con ES (35% y 75%) y es una causa significativa de morbilidad y mortalidad en esta población, debido a diversas complicaciones, entre ellas la fibrosis pulmonar progresiva, la hipertensión pulmonar, la disfunción del músculo respiratorio, las infecciones respiratorias recurrentes y la insuficiencia cardíaca.

Objetivo: Identificar la correlación de la mortalidad con enfermedad pulmonar intersticial y los factores de riesgo adjuntos en pacientes con esclerosis sistémica en la consulta externa de reumatología.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de reumatología de enero de 2013 a diciembre de 2023, que cumplieron los criterios por ACR/EULAR de esclerosis sistémica, enfermedad pulmonar intersticial y factores de riesgo adjuntos identificados (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas. (CG173)

| | EPI + ES, n = 35 | ES, n = 35 |
|-----------------------------------|------------------|------------|
| Mujeres | 33 (94%) | 33 (94%) |
| Defunciones | 2 (5,7%) | 4 (11,4%) |
| Tabaquismo | 10 (28,5%) | 11 (31,4%) |
| Biomasa | 9 (25,7%) | 2 (5,7%) |
| Exposisional | 5 (14,2%) | 0 |
| Comorbilidades | | |
| - Diabetes tipo 2 | 9 (25,7%) | 4 (11,4%) |
| - Hipertensión arterial sistémica | 14 (40%) | 8 (22,8%) |
| - Insuficiencia cardíaca | 11 (31,4%) | 3 (8,5%) |
| - Hipotiroidismo | 10 (28,5%) | 8 (22,8%) |
| - Dislipidemia | 21 (60%) | 20 (57,1%) |
| - Obesidad | 4 (11,4%) | 4 (11,4%) |
| - Sobre peso | 9 (25,7%) | 12 (34,2%) |
| - Síndrome metabólico | 9 (25,7%) | 2 (5,7%) |
| - Neoplasias | 7 (20%) | 9 (25,7%) |
| - HAP | 25 (71,4%) | 6 (17,1%) |
| Superposición | 9 (25,7%) | 7 (20%) |

EPI, enfermedad pulmonar intersticial; ES, esclerosis sistémica; HAP, hipertensión arterial pulmonar.

Resultados: Se integró una muestra de 70 casos de pacientes con esclerosis sistémica (35 con EPI). La edad en el grupo con EPI fue significativamente mayor ($64,4 \pm 13,8$) que en el grupo control ($54,4 \pm 14,4$), con $p < 0,001$. Fue más frecuente la exposición a biomasa en el grupo con EPI (25,7 vs. 5,7%, $p = 0,022$). Se observó en el grupo con EPI mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca (31,4 vs. 8,6%, $p = 0,17$) y síndrome metabólico (25,7 vs. 5,7%, $p = 0,022$). La mortalidad fue igual en ambos grupos (11,4%). En los pacientes que fallecieron no hubo diferencias significativas en edad ($p = 0,702$). La mortalidad fue mayor en presencia de insuficiencia cardíaca (50 vs. 16,1%, $p = 0,024$) y hepatitis autoinmunitaria (12,5 vs. 0%, $p = 0,005$). La mortalidad fue menor en pacientes con diabetes mellitus 2 (14,5 vs. 50%, $p = 0,015$) y dislipidemia (12,5 vs. 87,5%, $p = 0,005$).

Conclusiones: La mortalidad en ambos grupos fue igual; sin embargo, fue mayor en presencia de insuficiencia cardíaca y hepatitis autoinmunitaria. En pacientes con EPI se observó una mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca. Se ha publicado que la insuficiencia cardíaca en pacientes con esclerosis sistémica y EPI se ha relacionado con incremento de la mortalidad como factores independientes, pero se dispone de pocos datos de la frecuencia de la coexistencia de las tres entidades.

Bibliografía

- Martín-López M, Carreira PE. The impact of progressive pulmonary fibrosis in systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *J Clin Med*. 2023 Oct 23;12(20):6680.
- Distler O, Assassi S, Cottin V, et al. Predictors of progression in systemic sclerosis patients with interstitial lung disease. *Eur Respir J*. 2020 May 14;55(5):1902026.

CG174

CARACTERIZACIÓN DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS DE ACUERDO CON EL PERFIL DE AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS CON POSITIVIDAD MÚLTIPLE

A. Miguel-Álvarez, L.M. Amezcua-Guerra, M.L. Loredo-Mendoza, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El inmunooanálisis en línea (IAL) se ha empleado para la detección de anticuerpos específicos de miopatías (AEM) en las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII); sin embargo, su significancia es controvertida cuando existe positividad múltiple, sobre todo en los anticuerpos con baja expresión.

Objetivo: Evaluar la posible existencia de diferencias clínicas y serológicas en pacientes con MII y positividad múltiple o única de los AEM determinados por IAL. En los pacientes con biopsia muscular también se analizaron las diferencias entre grupos.

Material y métodos: Se revisó de forma retrospectiva a todos los pacientes adultos y juveniles que cumplían con los criterios de clasificación EULAR/ACR de 2017 para MII y que tenían un panel de AEM por IAL entre marzo de 2023 y mayo de 2024. Debido al número de pacientes, solo se subanalizó a aquellos con anti-Mi2 y anti-TIF1γ. Para la relación entre grupos se utilizaron las pruebas ji cuadrada, Fisher, U de Mann-Whitney y Kruskall-Wallis. El valor de *p* de dos colas < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 57 pacientes, 42 (73%) de ellos mujeres. La distribución del diagnóstico de IIM se muestra en la **Tabla 1**. Hasta 54 (94,7%) individuos tenían ≥ 1 AEM; 37 (64,9%) fueron positivas únicas a AEM y 17 (29,8%) múltiples. El anti-Mi2 fue el AEM más común, identificado en 25 pacientes (44%), seguido de anti-TIF1γ en 17 (30%), anti-MDA5 en 12 (21%), anti-SRP en 9 (16%), anti-SAE en 8 (12%), anti-Jo-1 y anti-PL-7 cada uno (12%), anti-PL-12 en 5 (9%), anti-OJ en 4 (7%), anti-NXP2 y anti-EJ-2 cada uno (3%). No hubo diferencias en la actividad entre los grupos. Los valores iniciales de DHL fueron mayores ante positividad única para AEM; en los sujetos con positividad múltiple fueron más frecuentes el uso de prednisona y las comorbilidades. Anti-PM/Scl 75 y anti-Ku se reconocieron solo en el grupo de positividad múltiple (**Tabla 1**). Veintiocho (49,1%) pacientes disponían de biopsia muscular. Se identificó atrofia perifascicular en el grupo con positividad única para AEM e infiltrado endomisial crónico en el grupo con positividad múltiple (**Figura 1**). El eritema en heliotropo (*p* = 0,001) y la distrofia ungual (*p* = 0,04) fueron más frecuentes en los anti-Mi2 negativos, en tanto que la disfagia (*p* = 0,04) se relacionó con anti-Mi2 positivo. Se observaron menores puntuaciones de MMT-8 (*p* = 0,04) y valores más altos de creatina cinasa (*p* = 0,02) en paciente con alta expresión de anti-Mi2. La hipertensión arterial sistémica (*p* = 0,005) y el tabaquismo (*p* = 0,03) fueron más frecuentes en anti-Mi2 bajo. Los pacientes con anti-TIF1γ positivo sólido tenían DHL (*p* = 0,02) y proteína C reactiva (*p* = 0,01) más bajos. El exantema en piel cabelluda (*p* < 0,0001), los signos del chal (*p* = 0,003), de Holster (*p* = 0,003) y de Samitz (*p* = 0,007) fueron más frecuentes en anti-TIF1γ positivo sólido, los seis pacientes con anticuerpos anti-TIF1γ positivos bajos tenían hipotiroidismo (*p* = 0,0002) y dos sufrían cáncer de mama (*p* = 0,0001).

Conclusiones: En este estudio, la sólida positividad por IAL parece tener correlaciones clínicas y serológicas en pacientes con anti-Mi2 y anti-TIF1γ. El uso de glucocorticoides y las comorbilidades fueron más comunes en pacientes con positividad múltiple. Los anti-PM/Scl 75 y anti-Ku y la infiltración endomisial crónica estuvieron presentes solo en AEM múltiples. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para evaluar las diferencias clínicas e histológicas en pacientes con uno o múltiples AEM, así como comparar pruebas como IAL con anticuerpos específicos (p. ej., ELISA).

Bibliografía

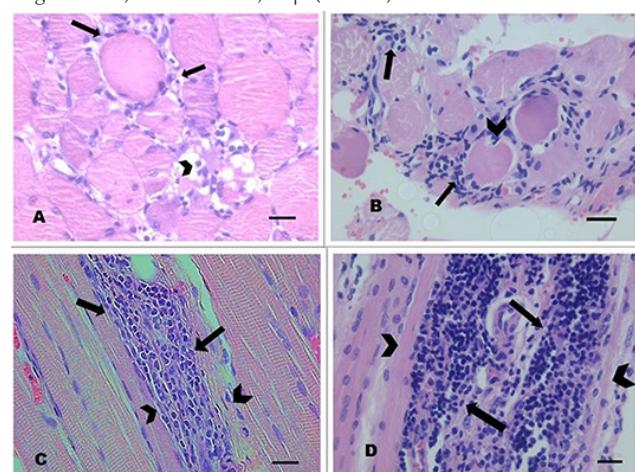
- Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):1-22.

Tabla 1. Principales características de acuerdo con la positividad única o múltiple de AEM. (CG174)

| | Población total n = 57 | Especificidad única, n = 37 | Especificidad múltiple, n = 17 | p* |
|---|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Edad (años) | 52 (40-62) | 52 (42-62) | 51 (36-62) | 0,603 |
| Diagnóstico de MII | | | | |
| DM | 47 (82%) | 30 (81%) | 14 (82%) | > 0,999 |
| PM | 4 (7%) | 1 (3%) | 3 (18%) | 0,087 |
| AS | 4 (7%) | 4 (11%) | 0 (0%) | 0,295 |
| DMJ | 2 (3%) | 2 (5%) | 0 (0%) | > 0,999 |
| Actividad muscular | | | | |
| MMT8 | 137 (121-146) | 136 (126-146) | 140 (120-150) | 0,535 |
| MYOACT global | 4 (3-5) | 4 (3-5) | 4 (3-5) | 0,703 |
| Sin afectación muscular | 6 (10,5%) | 3 (8,1%) | 3 (18%) | 0,365 |
| Marcadores serológicos iniciales | | | | |
| CK (U/L) | 232 (107-946) | 232 (99-946) | 210 (122-660) | 0,992 |
| AST (U/L) | 49,1 (32-105) | 54 (36-112) | 36,3 (29-57) | 0,071 |
| DHL (U/L) | 297 (224-420) | 371,5 (252-455) | 224 (193-248) | 0,0005 |
| PCR (mg/L) | 8,43 (1,87-16,33) | 9,22 (3,11-16,7) | 3,03 (1,08-14,9) | 0,271 |
| Tratamiento | | | | |
| Glucocorticoides | 44 (77,1%) | 25 (67,5%) | 16 (94%) | 0,042 |
| Comorbilidades | | | | |
| Todo** | 42 (73%) | 23 (62%) | 16 (94%) | 0,0207 |
| Anticuerpos relacionados con miopatías | | | | |
| PM/Scl 75 | 5 (9%) | 0 (0%) | 5 (29%) | 0,002 |
| Ku | 4 (7%) | 0 (0%) | 4 (23%) | 0,007 |
| Características en biopsia muscular | | n = 28 | n = 18 | n = 10 |
| Infiltrado endomisial crónico | 4 (14,3%) | 0 (0%) | 4 (40%) | 0,010 |
| Atrofia perifascicular | 8 (28,6%) | 8 (44%) | 0 (0%) | 0,025 |

*Valor de *p* entre dos grupos. **Fibromialgia, osteoporosis, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, hipotiroidismo, dislipidemia, tabaquismo y enfermedad renal crónica. DM, dermatomiositis; PM, polimiositis; AS, síndrome antisintetasa; DMJ, diabetes mellitus juvenil; MMT8, Manual Muscle Testing; MYOACT, Myositis Disease Activity Assessment; CK, creatina cinasa; AST, aspartato aminotransferasa; DHL, deshidrogenasa láctica; PCR, proteína C reactiva.

Figura 1. Cuatros casos en fotomicrografías de miopatía inflamatoria. (A-B) Dos casos con infiltrado inflamatorio linfocítico endomisial (flechas) y cambios degenerativos de miocitos acompañados de macrófagos fagocíticos (cabezas de flecha). (C-D) Infiltrado inflamatorio mononuclear perimisial (flechas) y atrofia perifascicular (cabeza de flechas). Magnitud original 400x, barra de escala, 25 μ . (CG174)



CG175

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: UN ENFOQUE EN EL RIESGO DE CÁNCER

V. Cantú-Martínez, R.L. Polina-Lugo, F.M. García-Carrillo, D.A. Mejía-Rodríguez, E.S. Reyna-Hernández, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, M.A. Villarreal-Alarcón

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades autoinmunitarias poco comunes y complejas, caracterizadas por un estado proinflamatorio muscular crónico. Está bien descrita la relación de esta enfermedad con un mayor riesgo de desarrollo de cáncer. Los principales factores de riesgo para la aparición de cáncer en estos pacientes incluyen edad avanzada, sexo masculino, disfagia y positividad a los anticuerpos anti-TIF1γ y anti-NXP2, lo que subraya la importancia de un conocimiento exhaustivo de las características clínicas para prevenir la aparición de neoplasias.

Objetivo: Clasificar el riesgo de cáncer en pacientes con MII y determinar el número de tamizajes oncológicos realizados.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes de la consulta de reumatología en un hospital de tercer nivel en Monterrey, México, del 2006 al 2024 con diagnóstico de MII según criterios ACR/EULAR 2017, o a juicio clínico de los médicos. Se describieron las variables sociodemográficas: sexo, edad y comorbilidades. La estratificación del riesgo de cáncer se estableció como sigue: riesgo alto, intermedio y bajo acorde a las guías del Grupo Internacional de Evaluación y Estudios Clínicos de Miositis. Para riesgo alto: > 40 años, dermatomiositis, positividad para anti-TIF1γ o anti-NXP2. Para riesgo intermedio: sexo masculino, polimiositis, miopatía necrosante inmunológica, anti-SAE1, anti-Mi2 o anti-MDA5. Para riesgo bajo: síndrome antisintetasa, enfermedad pulmonar intersticial, anti-SRP o anti-Jo1. Se consideró el tamiz oncológico si alguna vez se realizaron al menos uno de los siguientes estudios: mamografía, Papanicolaou, prueba de sangre oculta en heces, inmunoquímica fecal o tomografía axial computarizada de alta resolución pulmonar. La distribución de los grupos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron mediante las pruebas ji cuadrada, ANOVA o Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor p de ≤ 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 37 pacientes con MII, divididos en tres grupos de acuerdo con el riesgo de malignidad (**Tabla 1**). La categoría más prevalente fue riesgo alto y la menos frecuente riesgo bajo (n = 15 vs. n = 9). Todas las comorbilidades fueron más prevalentes en el grupo de riesgo intermedio, excepto la osteoartritis y la hipertensión arterial, que estuvieron presentes en mayor proporción en el grupo de alto riesgo. Otras comorbilidades (obesidad, menopausia, mialgias, etc.) fueron más frecuentes en el grupo bajo (7, 77,7%). Para los pacientes con dermatomiositis y síndrome antisintetasa se observó una diferencia estadística entre los grupos de alto y bajo riesgo, respectivamente (-3,48, Bonferroni p = 0,001 y 2,51, Bonferroni p = 0,036). En el grupo de alto riesgo se registró el mayor tiempo de evolución (4, 1,2-7,5) y el anticuerpo más prevalente fue anti-TIF1γ (6, 40%). A pesar de no encontrar significancia estadística, el grupo de riesgo con más tamizajes fue el alto (12, 80%) y en el grupo intermedio se encontró la menor cantidad de tamizajes (5, 38%).

Conclusiones: En este estudio, la mayoría de los pacientes se estratificó como alto riesgo de cáncer debido a las características clínicas y serológicas. Estos hallazgos coinciden con otros estudios sobre la estratificación del riesgo de cáncer en MII, especialmente en pacientes con dermatomiositis. Es crucial enfocar esfuerzos en mejorar la atención de los pacientes con riesgo intermedio debido al número limitado de evaluaciones realizadas. Se requiere una comprensión integral de las comorbilidades, aspectos sociodemográficos y serología para mejorar las estrategias de detección y tamizaje oncológico.

Bibliografía

- Oldroyd AGS, Callen JP, Chinoy H, et al. International guideline for idiopathic inflammatory myopathy-associated cancer screening: an International Myositis Assessment and Clinical Studies Group (IMACS) initiative. *Nature Reviews Rheumatology*. 2023 Dec 1;19(12):805-17.

2. Jiang W, Shi J, Yang H, et al. Long-term outcomes and prognosis factors in patients with idiopathic inflammatory myopathies based on myositis-specific autoantibodies: a single cohort study. *Arthritis Care & Research*. 2022 Dec 11;75(5):1175-82.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con MII. (CG175)

| | Riesgo alto (n = 15) | Riesgo intermedio (n = 13) | Riesgo bajo (n = 9) | Valor de p |
|--|-------------------------|----------------------------------|------------------------|---------------|
| Miopatías inflamatorias idiopáticas | | | | |
| Dermatomiositis, n (%) | 14 (93,3) | 8 (61,5) | 2 (22,2) | 0,002 |
| Síndrome antisintetasa, n (%) | 0 (0) | 1 (7,6) | 3 (33,3) | 0,035 |
| Polimiositis, n (%) | 1 (6,6) | 1 (7,6) | 0 (0) | 0,707 |
| Miopatía necrosante inmunomedida, n (%) | 0 (0) | 1 (7,6) | 0 (0) | 0,387 |
| Comorbilidades | | | | |
| Hipertensión arterial, n (%) | 4 (26,6) | 3 (23,0) | 2 (22,2) | 0,962 |
| Diabetes mellitus, n (%) | 1 (6,6) | 3 (23,0) | 1 (11,1) | 0,435 |
| Osteopenia, n (%) | 2 (13,3) | 2 (15,3) | 1 (11,1) | 0,959 |
| Enfermedad pulmonar intersticial, n (%) | 2 (13,3) | 4 (30,7) | 2 (22,2) | 0,535 |
| Artritis reumatoide, n (%) | 2 (13,3) | 2 (15,3) | 0 (0) | 0,479 |
| Osteoartritis, n (%) | 4 (26,6) | 1 (7,6) | 1 (11,1) | 0,355 |
| Otras, n (%) | 6 (40) | 7 (53,8) | 7 (77,7) | 0,199 |
| Tiempo de evolución | | | | |
| Años, mediana (RIC) | 4 (1,2-7,5) | 2,5 (2-7,5) | 2 (1-4,2) | 0,420 |
| Tratamiento | | | | |
| Glucocorticoides, n (%) | 7 (46,6) | 6 (46,1) | 3 (33,3) | 0,788 |
| Panel de MII | | | | |
| Panel positivo, n (%) | 12 (80) | 11 (84,6) | 4 (44,4) | 0,083 |
| Anti-NXP2, n (%) | 1 (6,6) | 0 (0) | 0 (0) | 0,048 |
| Anti-TIF1γ, n (%) | 6 (40) | 0 (0) | 0 (0) | 0,001 |
| Panel negativo, (%) | 0 (0) | 1 (7,6) | 0 (0) | 0,387 |
| Fuerza muscular | | | | |
| MMT8, mediana (RIC) | 150 (148-150) | 150 (147-150) | 150 (142-150) | 0,985 |
| Tamiz de cáncer | | | | |
| Realizado, n (%) | 12 (80) | 5 (38,4) | 6 (66,6) | 0,074 |
| No realizado, n (%) | 3 (20) | 8 (61,5) | 3 (33,3) | 0,074 |

RIC, rango intercuartílico; MII, miopatías inflamatorias idiopáticas; MMT8, Prueba muscular manual en ocho músculos.

CG176

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, PRESENTACIÓN TEMPRANA EN PEDIATRÍA

L.A. Aparicio-Vera¹, I.P. García-Herrera²

⁽¹⁾Hospital para el niño Poblano, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El inicio del lupus eritematoso sistémico en pediatría representa el 20% de los casos. La edad promedio al diagnóstico es de nueve años. La presentación en menores de cinco años es excepcional y su presentación tan temprana puede relacionarse con un fenotipo más grave de la enfermedad.

Presentación del caso: Se describen las características clínicas y serológicas de un grupo de pacientes pediátricos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico cuya clasificación se realizó a una edad menor de cinco años. El primer paciente, mayor de un mes de edad, presentó fiebre, nefritis, afectación neurológica y serositis, así como perfil inmunológico positivo. Este paciente falleció tras una exacerbación de la enfermedad. Los pacientes segundo y tercero sufrieron una nefritis lúpica refractaria, con BRP de clases II y IV,

con necesidad de tratamiento de sustitución renal en este último caso. El cuarto paciente experimentó una afectación hematológica predominante, refractaria, con trombocitopenia de difícil control.

Discusión: Se han comunicado ya diferencias en la presentación de LES en la edad pediátrica, incluida la mayor afectación renal, neurológica y constitucional. La presentación temprana, fuera de la edad neonatal, es excepcional y se ha relacionado con un fenotipo más grave de la enfermedad. Dentro de estos casos, un paciente falleció, dos mostraron una nefritis lúpica refractaria y otro sufrió una afectación hematológica resistente, lo cual revela estas manifestaciones graves y resistentes en este grupo de edad.

Conclusiones: El lupus eritematoso sistémico debe considerarse en pacientes pediátricos de todas las edades. Su presentación temprana puede ser de mayor gravedad. Es preciso considerar el estudio genético en este grupo de enfermos.

Bibliografía

1. Alperin JM, Ortiz-Fernández L, Sawalha AH. Monogenic lupus: a developing paradigm of disease. *Front Immunol* [Internet]. 2018;9:2496. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2018.02496>
2. Martínez-Ramírez R, Morel-Ayala Z, Mendieta-Zerón S, et al. Systemic lupus erythematosus in a 6-month-old female child. *Reumatol Clin (Engl Ed)* [Internet]. 2008;4(6):251-2. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743\(08\)70199-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743(08)70199-0)

CG177

FACTOR REUMATOIDE COMO FACTOR PROTECTOR PARA NEFRITIS LÚPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO

I.P. García-Herrera¹, L.A. Aparicio-Vera²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,

⁽²⁾Hospital para el Niño Poblano

Introducción: En la edad pediátrica se calcula que un 80% de los pacientes sufriría afectación renal en algún momento de la enfermedad; hoy en día no se conocen los detonantes para el desarrollo de afectación renal, pero se ha notificado un posible papel del factor reumatoide como factor protector en el desarrollo de nefritis lúpica; no existen informes de esta vinculación en pediatría.

Objetivo: Identificar si la presencia del factor reumatoide puede ser un factor protector o de riesgo relativo para el desarrollo de nefritis lúpica en esta muestra.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado juvenil entre 2012 y 2022 en el departamento de reumatología pediátrica del Hospital para el niño Poblano. Se empleó la prueba ji cuadrada para obtener el valor de p y se realizó un cálculo del riesgo relativo; la muestra se obtuvo por conveniencia.

Resultados: De esta cohorte de 114 pacientes, 10 eran positivos para FR, siete de ellos con afectación renal (tres tenían biopsia renal de clases I, II y IV). Hasta 48 pacientes fueron negativos a FR, de los cuales 30 contaban con afectación renal (BRP: 6 clase IV, 3 clase III, 7 clase II). El riesgo relativo fue de 1,12, lo cual indica que los pacientes con factor reumatoide positivo tienen un 12% más de probabilidad de sufrir nefritis en comparación con los pacientes con factor reumatoide negativo; sin embargo, la prueba ji cuadrada produjo un valor de p = 0,930, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. El factor reumatoide es un autoanticuerpo de clase IgM con afinidad por la IgG; algunos estudios publicados señalan una posible protección del FR para el desarrollo de nefritis lúpica en adultos, lo cual se basa en la formación de complejos inmunitarios difíciles de depositar a nivel glomerular; de igual forma, se ha notificado un menor índice de actividad en pacientes con FR positivo. Actualmente no hay estudios en la edad pediátrica.

Conclusiones: La proporción de pacientes con nefritis lúpica es ligeramente mayor en el grupo con FR positivo (70%) respecto del grupo

con FR negativo (62,5). Esto sugiere que el FR positivo no parece ser un factor protector en este grupo de pacientes, ya que la proporción es similar o incluso ligeramente mayor en los pacientes con FR positivo. No puede concluirse que el factor reumatoide sea un factor protector o de riesgo para la nefritis lúpica en este grupo de pacientes.

Bibliografía

1. Turner-Stokes L, Jones M, Addison I, et al. Does rheumatoid factor protect lupus patients from the development of nephritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1989 Jan 1;48(1):14-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.48.1.14>
2. Does rheumatoid factor have any protective role in patients with lupus nephritis. *Al-Anbar Medical Journal*. 2020;16(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.33091/amj.0701612020>

CG178

ASOCIACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y LOS NIVELES DE VITAMINA D EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

M.L. Aldana-Galván, L.C. Reynoso-Medina, M.M. Rodríguez-Reyes, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

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

Introducción: La vitamina D es crucial para la salud ósea, cardiovascular e inmunológica. Su actividad está regulada mediante retroalimentación negativa por la hormona paratiroides (PTH) y el factor de crecimiento de fibroblastos 23 (FGF-23). Las diferencias de género pueden influir en la expresión de genes que metabolizan la vitamina D, lo que modifica la respuesta a los complementos y la salud general.

Objetivo: Determinar la relación entre el género y la insuficiencia de vitamina D en adolescentes con enfermedades autoinmunitarias. Analizar la relación entre el género, la actividad de la enfermedad y los valores de vitamina D en adolescentes diagnosticados con artritis idiopática juvenil.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal en el departamento de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes de 10 a 17 años con enfermedades autoinmunitarias de la consulta de reumatología pediátrica. Los valores de vitamina D se midieron durante el primer año tras el diagnóstico y se clasificó a los pacientes en insuficiencia (< 30 ng/mL) y valores óptimos (≥ 30 ng/mL) (Tabla 1). También se evaluó la deficiencia (< 20 ng/mL) de manera descriptiva. La actividad de la artritis idiopática juvenil (AIJ) se clasificó de acuerdo con el índice cJADAS en enfermedad inactiva, leve, moderada y alta actividad. Se calcularon razón de momios (*odds ratio*) y se utilizaron las pruebas exacta de Fisher y U de Mann-Whitney para el análisis estadístico, con un nivel de significancia de < 0,05; se usó el programa IBM SPSS Statistics 21 para el análisis de los datos.

Resultados: El estudio incluyó a 36 pacientes, predominantemente mujeres (61%), con una edad mediana de 12,5 años. Se observó que 8 (22%) tenían deficiencia de vitamina D (< 20 ng/mL). La artritis idiopática juvenil fue el diagnóstico más común (19 pacientes, 53%). En cuanto a la actividad de la enfermedad en la artritis idiopática juvenil, no se identificaron diferencias significativas entre los pacientes con insuficiencia de vitamina D y aquellos con cifras normales ($p = 0,968$). Los varones mostraron menores probabilidades de insuficiencia de vitamina D (OR = 0,38; IC95%: 0,0949, 1,5181), pero esta tendencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,30$). Además, no se encontró relación significativa entre la insuficiencia de vitamina D y la actividad de la enfermedad en ningún grupo de género ($p = 1$ para mujeres; $p = 0,5$ para hombres).

Conclusiones: No se reconoció ninguna vinculación entre el género y la insuficiencia de vitamina D en adolescentes con enfermedades autoinmunitarias, aunque se observó una tendencia protectora en hombres. Esto es relevante debido a la mayor predisposición femenina a estas enfermedades y su nexo con mayor riesgo por insuficiencia de vitamina D. Tampoco se halló una relación entre género, actividad de la enfermedad e insuficiencia de vitamina D en adolescentes con artritis idiopática juvenil (AIJ). Los factores como la edad, la exposición solar, la

dieta y el estilo de vida deben considerarse en futuras investigaciones para ajustar la dosificación de los complementos. Se recomienda la realización de estudios, incluidos los análisis clínicos aleatorizados, para optimizar la complementación con vitamina D y explorar su influencia por género en estas enfermedades.

Tabla 1. (CG178)

| Variable | Insuficiencia de vitamina D (< 30 nmol/L) | Niveles óptimos de vitamina D (≥ 30 nmol/L) | Observaciones |
|--|---|---|--|
| Número de pacientes (n, %) | 18 (50%) | 18 (50%) | |
| Edad (mediana [mín, máx]) | 12 [10,16] | 12,5 [10,17] | |
| Género (n, %) | | | |
| • Masculino | 5 (13,9%) | 9 (25%) | OR = 0,38, p = 0,30 (no significativo) |
| • Femenino | 13 (36,1%) | 9 (25%) | |
| Diagnóstico de la enfermedad (n, %) | | | |
| • Artritis idiopática juvenil | 8 (22,2%) | 11 (31%) | |
| • Artritis relacionada con IBD | 1 (2,7%) | 0 | |
| • Miopatías inflamatorias | 1 (2,7%) | 2 (5,6%) | |
| • Esclerosis sistémica | 0 | 1 (2,7%) | |
| • Síndrome antifosfolípidos | 0 | 1 (2,7%) | |
| • Síndrome de Sjögren | 1 (2,7%) | 0 | |
| • Lupus eritematoso sistémico juvenil | 3 (8,3%) | 2 (5,6%) | |
| • Vasculitis | 3 (8,3%) | 1 (2,7%) | |
| • Enfermedad relacionada con IgG4 | 1 (2,7%) | 0 | |
| Tiempo de medición de 25-OH vitamina D después del diagnóstico en meses (mediana [mín, máx]) | 1 [0, 11] | 1 [0, 12] | |
| Actividad de la enfermedad en artritis idiopática juvenil (mediana [mín, máx]) | | | |
| Inactiva | 0 | 1 (5,3%) | |
| Leve | 0 | 0 | |
| Moderada | 3 (16%) | 1 (5,3%) | |
| Alta | 5 (26,3%) | 9 (47,4%) | |
| JADAS clínico | 14 [4, 29] | 10 [0, 26] | p = 0,968 (sin diferencia significativa) |

Bibliografía

- Wierzbicka A, Oczkowicz M. Sex differences in vitamin D metabolism, serum levels and action. *Br J Nutr* 2022. Dec 14;128(11):2115-30. doi: 10.1017/S0007114522000149.
- Wu C-Y, Yang H-Y, Luo S-F, et al. Vitamin D supplementation in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Nutrients*. 2022 Apr 7;14(8):1538. doi: 10.3390/nu14081538.

CG179

EXPERIENCIA DEL USO DE PLASMAFÉRESIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN DOS HOSPITALES DEL ESTADO DE MÉXICO EN 2017-2022

K. Alba Hernández¹, S. Mendieta-Zerón², M.A. Del Villar-Vilchis³, H. Menchaca-Aguayo¹, E. Faugier-Fuentes¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Hospital Materno Infantil ISSEMyM, ⁽³⁾IMIEM

Introducción: El recambio plasmático terapéutico (RPT) es un procedimiento que elimina autoanticuerpos, complejos inmunitarios y otras moléculas

inflamatorias, y sustituye el plasma por líquidos, como albúmina o hemoderivados. Se utiliza en enfermedades autoinmunitarias, especialmente en fases agudas, como tratamiento puente mientras los fármacos inmunosupresores alcanzan concentraciones terapéuticas para reflejar un efecto terapéutico. Los estudios sobre su uso en pediatría son limitados y los niños requieren protocolos adaptados debido a su inmadurez metabólica, variaciones en peso y talla, que repercuten en el volumen sanguíneo circulante, lo que representa desafíos específicos.

Objetivo: Describir la experiencia en el uso de RPT en pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas en dos hospitales del Estado de México entre 2017 y 2022.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes pediátricos sometidos a RPT. Se evaluaron variables como enfermedad subyacente, tratamiento farmacológico recibido en conjunto con RPT y complicaciones.

Resultados: Se incluyó a nueve pacientes de dos hospitales: seis del Hospital Materno Infantil ISSEMyM (67%) y tres del Hospital para el Niño de Toluca (33%). De estos, tres fueron del género masculino (33%) y seis del femenino (67%), con una edad media de 12 años. Los diagnósticos principales fueron lupus eritematoso sistémico (LES) en 7 (77%) pacientes, vasculitis por IgA (16,5%) y hepatitis autoinmunitaria (16,5%) (Figura 1). Las principales indicaciones para RPT fueron nefritis lúpica y encefalopatía hepática; dos pacientes recibieron esteroides como monoterapia y siete esteroides junto con inmunosupresor. Se registró una defunción después de la primera sesión. Las complicaciones incluyeron lesión renal secundaria a hipovolemia, hipotensión, desequilibrio hidroelectrolítico y coagulopatía (Figura 2), pero el resto de los pacientes mejoró su condición clínica tras el RPT.

Figura 1. Enfermedades autoinmunitarias tratadas con recambio plasmático terapéutico. (CG179)

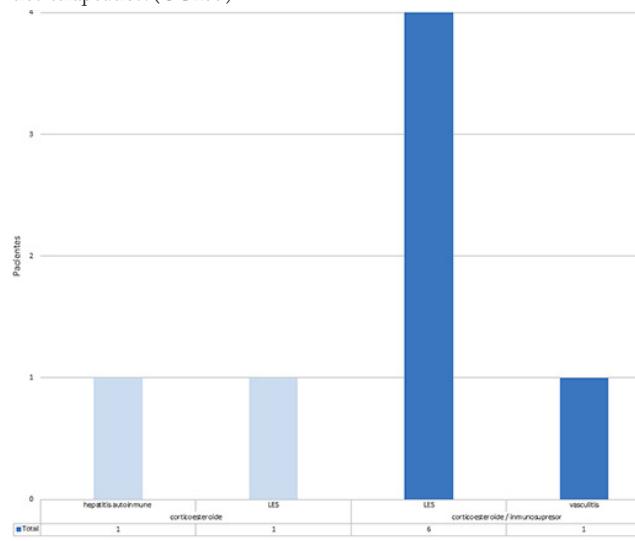
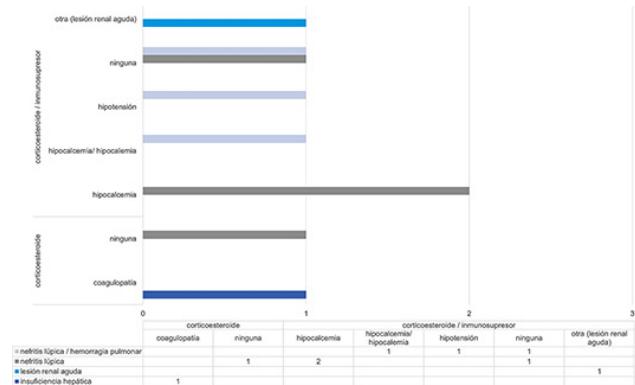


Figura 2. Complicaciones observadas durante las sesiones de RPT y el tratamiento farmacológico recibido. (CG179)



Conclusiones: El recambio plasmático terapéutico representa una herramienta eficiente en las enfermedades reumáticas, en particular en aquellas con daño a órgano blanco secundario al depósito de inmunocomplejos, o en enfermedades resistentes al tratamiento inicial. A pesar de las complicaciones observadas, la mayoría de los pacientes experimentó mejoría significativa posterior al procedimiento, lo cual permite inferir que se trata de un procedimiento seguro y eficaz, sobre todo si se complementa con un tratamiento inmunosupresor. Resulta imprescindible difundir la experiencia de su empleo en pediatría, con evidencia estadísticamente significativa, para establecer criterios que regulen su empleo para reducir los riesgos y optimizar los resultados.

Bibliografía

- Padmanabhan A, Nicole LC, Rasheed A, *et al*. Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice - evidence-based approach from the writing committee of the American Society for Apheresis: the eighth special issue. 2019;171-354.
- Andrés A, Gustavo BD, Carmona G. Plasmaférésis (aféresis). Revista Colombiana de Terapia Intensiva pediátrica. 2016;1-28.

CG180

ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DE TEJIDO CONECTIVO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEXICANA

M. Ovando-Castillo¹, A. Muñoz-Cedeño¹, A. Santizo-Ávila¹, E. Ramos-Galeana¹, H. Menchaca-Aguayo¹, S. Rodríguez-Aguayo², E. Faugier-Fuentes¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Hospital Star Médica, Querétaro

Introducción: La enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) es una anomalía reumatólogica que se distingue por manifestaciones de enfermedad autoinmunitaria sistémica, pero que no cumple con los criterios diagnósticos de enfermedad reumática definida. Su diagnóstico requiere al menos una manifestación clínica y anticuerpos antinucleares (ANA) positivos en dos ocasiones, además de la exclusión de otras afectaciones del tejido conectivo. Aunque la EITC se ha estudiado ampliamente en adultos, algunos pacientes evolucionan a enfermedades específicas, mientras que otro porcentaje logra la remisión. Sin embargo, existe poca información sobre su evolución clínica en la población pediátrica, lo que llevó a conducir esta investigación.

Objetivo: Describir las características clínicas y el seguimiento a 10 años de pacientes pediátricos con EITC atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de EITC de enero del 2014 al 1 de enero del 2024. Los criterios de inclusión fueron: al menos una manifestación clínica de enfermedad del tejido conectivo, anticuerpos ANA positivos por inmunofluorescencia en títulos $\geq 1:40$ en dos ocasiones separadas por tres meses y una duración de la enfermedad mayor de un año.

Resultados: Se incluyó a 21 pacientes, de los cuales 81% correspondió a mujeres, con una mediana al diagnóstico de 12,9 años (RIC, 10,6-15,1). Las manifestaciones clínicas más comunes fueron fenómeno de Raynaud y eritema malar (**Figura 1**). Los anticuerpos extraíbles del núcleo más frecuentes fueron anti-RNP en el 9,5% y factor reumatoide en el 4,8% (**Figura 2**). El 81% de los pacientes con fenómeno de Raynaud recibió nifedipina y el 23,8% pentoxifilina. Todos los pacientes se trataron con hidroxicloroquina y vitamina D. Solo el 4,8% de los pacientes evolucionó a lupus eritematoso sistémico (LES) durante el seguimiento a 10 años.

Conclusiones: La EITC mostró características similares a las publicadas en estudios en adultos en cuanto a las manifestaciones clínicas, distribución por sexo y perfil de anticuerpos. El 95,2% de los pacientes alcanzó la remisión con tratamiento inmunomodulador, mientras que solo el 4% desarrolló LES, lo que señala una baja tasa de avance a enfermedades del tejido conectivo. Estos resultados subrayan la importancia del abordaje diagnóstico y el seguimiento oportuno mediante la detección de anticuerpos, con el objetivo de vigilar la evolución de la enfermedad.

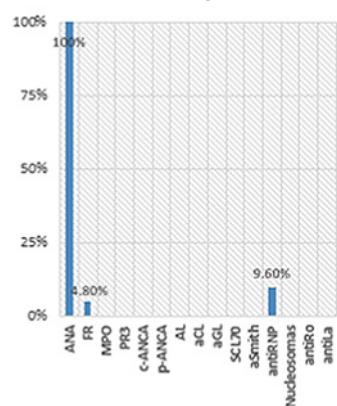
Figura 1. Manifestaciones clínicas en pacientes con EITC expresadas en porcentajes. (CG180)

Manifestaciones clínicas



Figura 2. Porcentaje de positividad de anticuerpos en pacientes con EITC. (CG180)

Anticuerpos



Bibliografía

- Carwile L, Hildegard R, Maricq M, *et al*. Síndromes del tejido conectivo indiferenciado. Arthritis Reumática. 1980;23(3):341-3.
- Mosca M, Neri R, Bombardieri S. Enfermedades indiferenciadas del tejido conectivo (UCTD): una revisión de la literatura y una propuesta de criterios de clasificación preliminares. Clin Exp Rheumatol. 1999;17(5):615-20.
- Marwa K, Anjum F. Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. En: StatPearls. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing, 2024.
- Mosca M, Tani C, Carli L, *et al*. Análisis de la evolución de la UCTD a CTD definida tras un seguimiento a largo plazo. Clin Exp Rheumatol. 2012;31(3):471.

CG181

EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

E.A. Galindo-Calvillo, M.A. Ponce-Santillán, A.M. Ortiz-Ríos, E. Domínguez-Chapa, M.E. Corral-Trujillo, 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año 21 millones de niñas de 15 a 19 años en regiones en desarrollo quedan embarazadas. En México se registraron 60,3 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el 2023. Las adolescentes con enfermedades crónicas tienen una actividad sexual similar a la de la población general. En mujeres jóvenes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA), la administración de fármacos teratogénicos es común, mientras que el uso de métodos anticonceptivos confiables es bajo e inconsistente, lo que eleva el riesgo de embarazos no deseados y resultados adversos. Esto puede tener como consecuencia la reactivación de la enfermedad, abortos espontáneos, preeclampsia/eclampsia, parto prematuro, peso bajo al nacer y muerte materna o neonatal.

Objetivo: Describir las características de las adolescentes embarazadas con ERA que recibieron atención médica en esta clínica multidisciplinaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó a embarazadas menores de 19 años con diagnóstico de ERA, pertenecientes a la Clínica de Reproducción, Embarazo y Enfermedades Reumáticas (CREER) del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. La clínica ofrece un abordaje multidisciplinario que incluye los servicios de reumatología, medicina maternofetal, pediatría, psicología, nutrición y trabajo social. Para su participación se solicitó firma de consentimiento informado por las pacientes y también de los padres. Las pacientes proporcionaron los datos sociodemográficos y sobre la actividad de la enfermedad o se recabaron del expediente clínico.

Resultados: Entre 2021 y 2024 se atendió a 70 embarazadas con ERA, de las cuales 6 (8,57%) eran menores de 19 años. Ninguno de los embarazos fue planificado. Todas se hallaban bajo vigilancia de reumatología pediátrica y la mayoría mostraba baja adherencia al tratamiento. Ninguna paciente había recibido consejería sobre métodos anticonceptivos ni información sobre los medicamentos permitidos durante el embarazo. Una paciente refirió antecedente de toxicomanías. Solo una consumió micofenolato de mofetilo hasta que se identificó el embarazo. Durante el seguimiento, todas mostraron adecuada adherencia al programa multidisciplinario y baja actividad de su ERA. No se presentaron reactivaciones de la enfermedad, abortos espontáneos, preeclampsia/eclampsia, partos prematuros ni muertes maternas ni perinatales. Una paciente con síndrome antifosfolípidos (SAF) se diagnosticó y trató por sífilis y desarrolló hipertensión gestacional. Dos mujeres tuvieron parto y tres fueron objeto de cesárea por inductoconducción fallida. Solo el 50% aceptó un método anticonceptivo en el posparto. Se notificó un caso con complicación de asfixia perinatal por trabajo de parto prolongado, con producto de bajo peso. Actualmente solo una paciente tiene embarazo en curso con vigilancia estrecha en sus consultas multidisciplinarias. Las características clínicas de las pacientes se presentan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas de las pacientes. (CG181)

| Edad | Diagnóstico | Actividad | Complicaciones obstétricas | Desenlace neonatal |
|---------|-----------------------|----------------|--|--|
| 19 años | LES | Actividad leve | Cesárea a las 37 SDG | Peso: 3,1 kg Talla: 49 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones |
| 17 años | Dermatomiositis | Actividad leve | Parto vaginal, 39,6 SDG | Peso: 3,295 kg Talla: 47 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones |
| 17 años | LES y SAF | Actividad leve | Cesárea a las 37,6 SDG | Peso: 2,970 kg Talla: 48 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones |
| 17 años | LES y AR | Actividad leve | Parto eutóxico a las 37 SDG | Peso: 2,1 kg (PBEG) Talla: 49 cm Presencia de líquido meconial/asfixia perinatal/VMI Apgar: 4/7 |
| 19 años | SAF | Actividad leve | Cesárea a las 38,6 SDG, sífilis primaria, transfusión posterior a la cesárea | Peso: 3,440 kg Talla: 48 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones |
| 17 años | Esclerosis localizada | Actividad leve | Embarazo actual de 30,6 SDG | |

Actividad de la enfermedad: SLEDAI 2K para LES, MMT8 para dermatomiositis y Rodnan para esclerosis. PBEG, peso bajo para la edad gestacional. VMI, ventilación mecánica invasiva.

Conclusiones: La frecuencia de embarazo adolescente en esta clínica multidisciplinaria fue de 8,57%, similar a lo informado en México en pacientes sanas. El embarazo adolescente en mujeres con ERA resalta la necesidad de implementar clínicas de transición, educación constante y consejería sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. El embarazo no planeado es una realidad en adolescentes con y sin ERA. Estas pacientes adolescentes no contaban con un método anticonceptivo efectivo previo ni con la información adecuada sobre el riesgo de embarazo en esta población. A pesar de que sus embarazos no fueron planificados, los resultados fueron positivos debido al abordaje multidisciplinario de la clínica y la adherencia de las pacientes.

Bibliografía

- El Miedany Y, Palmer D. Rheumatology-led pregnancy clinic: enhancing the care of women with rheumatic diseases during pregnancy. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2020;39(12):3593-601.
- Rosta K, Binder J, Kuczwara V, et al. Periconceptional counseling in women with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *J Clin Med* [Internet]. 2024;13(9).

CG182

DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS Y SU PRESENTACIÓN CLÍNICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

A.E. Santizo-Ávila, M. Ramos-Galeano, A.C. Muñoz-Cedeño, M. Ovando-Castillo, K. Alba-Hernández, H. Menchaca-Aguayo, S. Rodríguez-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) es una causa importante de trombosis en la población pediátrica y se ha descrito hasta en un 16%. Sin embargo, su diagnóstico resulta complejo debido a la ausencia de criterios específicos en niños, tanto clínicos como serológicos, además de la diversidad de sus manifestaciones clínicas, en especial en formas no trombóticas. Estas dificultades pueden generar retrasos diagnósticos y aumentar el riesgo de morbilidad.

Objetivo: Evaluar la presencia de anticuerpos antifosfolípidos y sus manifestaciones clínicas en niños con SAF atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el periodo 2020-2023.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes pediátricos diagnosticados con SAF en tres años. Se describieron las manifestaciones trombóticas y no trombóticas y su vinculación con anticuerpos antifosfolípidos. Las variables continuas se expresaron como mediana (rango intercuartílico) y las categóricas como porcentajes. Se aplicaron las pruebas t de Student para variables continuas y ji cuadrada para las categóricas.

Resultados: Se incluyó a 85 pacientes, 80% de ellos mujeres, con una edad mediana al momento del diagnóstico de 14 años (RIC, 12-15). El 74,1% mostraba SAF probable, el 10,6% SAF primario, el 10,6% SAF secundario y el 3,5% SAF seronegativo. Un 58,8% de los pacientes tenía una enfermedad del tejido conectivo adjunta, la más frecuente de las cuales era el lupus eritematoso sistémico (LES) con 84%. Entre las manifestaciones clínicas se identificaron las hematológicas en el 56,5% de los casos, las dermatológicas en el 43% y las neurológicas en el 12,9%. La epistaxis se observó en el 16,5% de los pacientes, mientras que el 26% desarrolló trombosis, con el isótopo IgM de la β2-glicoproteína en particular como el más prevalente (**Tabla 1**). El triple marcador positivo se registró en 28,2% del total de los pacientes con síndrome antifosfolípidos (**Figura 1**). De estos, el 25% experimentó trombosis. El análisis univariable reveló que la trombocitopenia ($p = 0,046$) y la anemia hemolítica ($p = 0,021$) se relacionaron en grado significativo con el triple marcador positivo.

Conclusiones: El síndrome antifosfolípidos en la población pediátrica posee una elevada prevalencia de manifestaciones hematológicas y dermatológicas, con un considerable riesgo de trombosis. La relación significativa entre la trombocitopenia, la anemia hemolítica y la positividad de

los tres marcadores antifosfolípidos destaca la importancia del diagnóstico oportuno y un seguimiento clínico estrecho, en especial en pacientes con enfermedades del tejido conectivo como el LES. Estos hallazgos subrayan la necesidad de contar con criterios específicos para el diagnóstico pediátrico del SAF, lo cual podría mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de complicaciones graves.

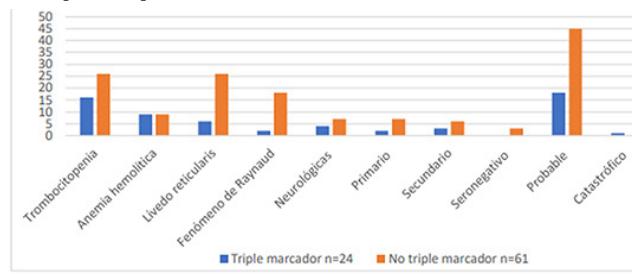
Tabla 1. Trombosis y manifestaciones no trombóticas. (CG182)

| Característica: | Total n = 85 | Trombosis n = 22 | Sin trombosis n = 63 | p |
|------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------------------|--------|
| Sexo femenino, n (%) | 68 (80) | 16 (73) | 52 (83) | 0,322 |
| Edad al diagnóstico (mediana, RIC) | 14 (12-15) | 13 (10,25-15) | 13 (12-15) | 0,661 |
| Enfermedad autoinmunitaria, n (%) | 50 (59) | 12 (55) | 38 (60) | 0,636 |
| Triple marcador, n (%) | 22 (26) | 6 (27) | 18 (29) | 0,907 |
| Hematológicas, n (%) | | | | |
| - Trombocitopenia | 42 (49) | 4 (18) | 38 (60) | 0,001* |
| - Anemia hemolítica | 18 (21) | 3 (14) | 15 (24) | 0,315 |
| Dermatológicas, n (%) | | | | |
| - Livedo reticular | 32 (38) | 7 (32) | 25 (40) | 0,512 |
| - Fenómeno de Raynaud | 20 (24) | 3 (14) | 17 (27) | 0,204 |
| Neurológicas, n (%) | 11 (13) | 10 (45) | 1 (1,58) | 0,001* |
| Epistaxis, n (%) | 14 (16) | 2 (9) | 12 (19) | 0,278 |
| Clasificación de SAF, n (%) | | | | |
| - Primario | 9 (11) | 9 (41) | 0 | 0,001* |
| - Secundario | 9 (11) | 9 (41) | 0 | 0,001* |
| - Seronegativo | 3 (4) | 3 (14) | 0 | 0,016* |
| - Probable | 63 (74) | 0 | 63 (100) | 0,001* |
| - Catastrófico | 1 (1) | 1 (5) | 0 | 0,259 |

Datos obtenidos por el expediente clínico electrónico Harmoni.

*Se determinó una significancia estadística con $p < 0,05$.

Figura 1. Triple marcador positivo y manifestaciones en el síndrome anti-fosfolípidos en pediatría. (CG182)



Datos obtenidos por el expediente clínico electrónico Harmoni. Elaborado por: Adriana Santizo

Bibliografía

- Depietri L, Veropalumbo MR, Leone MC, et al. Antiphospholipid syndrome: state of the art of clinical management. *Cardiovascular Drugs And Therapy*. 2023. <https://doi.org/10.1007/s10557-023-07496-3>
- Islabão AG, Trindade VC, Da Mota LMH, et al. Managing anti-phospholipid syndrome in children and adolescents: Current and future prospects. *Paediatric Drugs*. 2021;24(1):13-27. <https://doi.org/10.1007/s40272-021-00484-w>

CG183

CAMBIOS EN EL GROSOR DEL CARTÍLAGO ARTICULAR EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EVALUADA POR ULTRASONIDO

B.G. Zazueta-Leyva, M. Méndez-Núñez, C.A. Arellano-Valdez

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatría)

Introducción: La degradación del cartílago articular es resultado del proceso inflamatorio crónico en la artritis idiopática juvenil (AIJ). El cartílago articular es fácilmente visible mediante ultrasonido articular (US): es una estructura anecoica/hipoecoica que recubre el hueso subcondral. Se ha identificado una disminución del grosor de niños con AIJ, en comparación con niños sanos, especialmente en los subtipos poliarticular y sistémico.

Objetivo: Evaluar los cambios del grosor del cartílago articular mediante US en cinco articulaciones: muñeca, rodilla, tobillo, segunda metacarpofalángica (MCF) y segunda interfalángica proximal (IFP) en niños con AIJ, y compararlos con una cohorte de niños sanos. Determinar si existen factores relacionados con los cambios en el grosor, en pacientes con AIJ, respecto de la duración, actividad de la enfermedad, subtipo y aplicación de esteroides intraarticulares (EIA).

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a 23 niños sanos y 23 con AIJ, de 8 a 17 años, realizado en Hospital de Pediatría CMNO. La evaluación ecográfica se realizó una vez con US Toshiba SSA-660 XARIO y Doppler a color con transductor lineal PLT 805AT de 10 MHz. La exploración del grosor del cartílago se basó en las pautas recomendadas por EULAR.

Resultados: Se establecieron intervalos de referencia normales para el grosor del cartílago articular en niños sanos. Se identificó una disminución del grosor del cartílago articular, en relación con el incremento de la edad, sobre todo en tres articulaciones: rodilla ($p < 0,007$), tobillo ($p < 0,025$) y segunda MCF ($p < 0,000$); y disminución en el grosor del cartílago en la rodilla ($p < 0,002$) y la segunda MCF ($p < 0,002$), en niños sanos con IMC mayor (Tabla 1). No se encontraron diferencias significativamente estadísticas al comparar el grosor del cartílago articular de niños con AIJ y niños sanos. La disminución del grosor del cartílago de la rodilla se relacionó con mayor tiempo de evolución de la enfermedad ($p < 0,019$) en pacientes con AIJ; y el grosor del cartílago de la muñeca se vinculó con ANA en el subtipo poliarticular con FR positivo ($p < 0,025$). Respecto de la relación entre el número de aplicaciones de EIA y el grosor del cartílago articular, se identificaron correlaciones positivas moderadas y con significancia estadística en tres articulaciones: tobillo ($p < 0,040$), muñeca ($p < 0,026$) y segunda MCF ($p < 0,019$). Se reconoció una vinculación moderada en los valores elevados de PCR y disminución del grosor del cartílago de la muñeca en pacientes con AIJ ($p < 0,069$).

Tabla 1. Correlaciones positivas del grosor del cartílago articular de niños con AIJ. (CG183)

| Variable | Grosor del cartílago de rodilla | Grosor del cartílago de tobillo | Grosor del cartílago del carpo | Grosor de 2da MCF proximal | Grosor de 2da IFP proximal |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Rho Sperman (valor de p) | Rho Sperman (valor de p) | Rho Sperman (valor de p) | Rho Sperman (valor de p) | Rho Sperman (valor de p) |
| Evolución de la enfermedad (meses) | 0,435 (p = 0,019) | 0,307 (p = 0,077) | -0,202 (p = 0,177) | 0,009 (p = 0,484) | 0,225 (p = 0,151) |
| ANA positivo | -0,04 (p = 0,430) | 0 (p = 0,500) | 0,41 (p = 0,025) | 0 (p = 0,500) | 0,03 (p = 0,447) |
| Número de aplicaciones de esteroides intraarticulares | 0,133 (p = 0,546) | 0,432 (p = 0,040) | 0,462 (p = 0,026) | 0,485 (p = 0,019) | 0,400 (p = 0,059) |
| Peso | -0,449 (p = 0,002) | -0,210 (p = 0,162) | -0,078 (p = 0,606) | -0,444 (p = 0,002) | -0,135 (p = 0,371) |
| Valores de PCR | -0,30 (p = 0,159) | -0,15 (p = 0,496) | -0,39 (p = 0,069) | -0,27 (p = 0,217) | -0,35 (p = 0,098) |

Conclusiones: El US articular en niños sanos confirma que el grosor del cartílago es dependiente de la edad, el género y el IMC. La disminución del espesor del cartílago de la muñeca en pacientes del subtipo poliarticular puede deberse a un curso más agresivo de la enfermedad. Aunque se halló una relación entre la aplicación de EIA y el espesor del cartílago, no puede establecerse una causalidad directa al daño del cartílago, ya que la inflamación persistente y la degradación del cartílago podrían vincularse con el propio fenómeno inflamatorio. Como limitaciones de este estudio puede señalarse que las mediciones del US las llevó a cabo un solo observador y

la inclusión de niños de 15 a 17 años en ambos grupos fue escasa. No se reconoció una disminución del grosor del cartílago articular en niños con AIJ en comparación con los niños sanos; esto se debió probablemente al número pequeño de pacientes incluidos, por lo que se requiere ampliar la muestra y continuar la vigilancia del cartílago por US.

Bibliografía

1. Basra HAS, Humphries PD. Juvenile idiopathic arthritis: what is the utility of ultrasound? *BJR*. 2017;90(1073):20160920.
2. Magni-Manzoni S. Ultrasound in juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol*. 2016;14(1):33.

CG184

RELACIÓN ENTRE AFECTACIÓN ORGÁNICA Y PATRÓN CAPILAROSCÓPICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEXICANA

E.M. Ramos-Galeano, A.C. Muñoz-Cedeño, A.E. Santizo-Ávila, M. Ovando-Castillo, K. Alba-Hernández, S. Rodríguez-Aguayo, H. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) pediátrica es una enfermedad autoinmunitaria poco frecuente, pero de relevancia clínica significativa, con características únicas en comparación con la ES en adultos. Aunque la capilaroscopia se ha estudiado de forma amplia en adultos con ES, la evidencia en la población pediátrica es todavía limitada. Este estudio es pionero en explorar la relación entre el patrón capilaroscópico y la afectación a órganos en pacientes pediátricos latinos con ES en un centro de referencia especializado.

Objetivo: Determinar la relación entre la afectación orgánica y el patrón capilaroscópico en pacientes pediátricos con ES atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el periodo 2018-2023.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de corte transversal, en pacientes pediátricos con diagnóstico de ES según los criterios de la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica/Colegio Americano de Reumatología 2013. Los expedientes clínicos completos se analizaron para evaluar la relación entre el patrón capilaroscópico y la afectación orgánica (Figura 1 y Tabla 1). El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS versión 29 y RStudio, mediante la prueba ji cuadrada con un nivel de significación del 5% (0,05).

Resultados: Se incluyó a 29 pacientes con edades de 7 a 16 años, de los cuales el 79,3% correspondió a mujeres. El 69% era originario de la Ciudad de México y la mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 18 meses. La mediana en la puntuación de la escala de Rodnan al diagnóstico fue de 15 puntos. Los signos más frecuentes fueron esclerodactilia (100%) y fenómeno de Raynaud (96,6%). El 41,4% de los pacientes tenía anticuerpos anti-Scl-70 positivos y el 13,8% anticuerpos anticentrómeros. El 48,3%

Figura 1. Distribución de los patrones capilaroscópicos en los pacientes incluidos en la investigación (n = 29). (CG184)

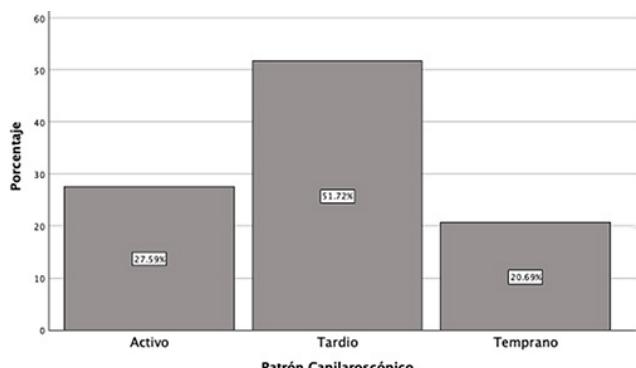


Tabla 1. Afectación sistémica en los pacientes incluidos en la investigación (n = 29). (CG184)

| Sistema | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|------------------|----------------|----------------|
| Gastrointestinal | 14 | 48,3 |
| Pulmonar | 12 | 41,4 |
| Cardíaco | 2 | 6,9 |
| Osteoarticular | 1 | 3,4 |

mostró afectación gastrointestinal y el patrón capilaroscópico más común fue el tardío (51,7%). No se identificaron diferencias significativas entre el patrón capilaroscópico y la afectación orgánica ($\chi^2 = 10,67$, gl = 9, p = 0,229).

Conclusiones: A pesar de no encontrar una relación significativa entre la afectación orgánica y el patrón capilaroscópico, este estudio es el primero en población pediátrica latina en explorar esta vinculación. Las limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra sugieren la necesidad de estudios adicionales. La capilaroscopia es todavía una herramienta no invasiva y prometedora para la detección temprana de afectación orgánica en la ES pediátrica.

Bibliografía

1. Sobolewski P, Maślińska M, Wieczorek M, et al. Systemic sclerosis - multidisciplinary disease: clinical features and treatment. *Reumatologia*. 2019;57(4):221-33.
2. Zulian F, Lanzoni G, Castaldi B, et al. Systemic sclerosis sine scleroderma in children. *Rheumatol Oxf Engl*. 2022;61(6):2555-62.
3. Foeldvari I, Klotsche J, Torok KS, et al. Are diffuse and limited juvenile systemic sclerosis different in clinical presentation Clinical characteristics of a juvenile systemic sclerosis cohort. *J Scleroderma Relat Disord*. 2019;4(1):49-61.

CG185

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS INCIDENTALES EN LA MEDICIÓN DEL CALCIO CORONARIO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Tapia-López, J. Roldán-Ortega, F. Castillo-Castellón, E. Aranda-Cano, L. Viruel, I. Palafox-Sosa, D. Vera-Bustamante, F. Sánchez-Muñoz, Y. Juárez-Vicuña, L.H. Sileira, L.A. Martínez-Martínez

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un riesgo cardiovascular mayor respecto de la población general. La puntuación de calcio coronario es una medición para determinar enfermedad coronaria subclínica en pacientes con riesgo cardiovascular bajo o intermedio. Los hallazgos incidentales en las tomografías cardíacas dirigidas al escrutinio del riesgo cardiovascular se han descrito hasta en un 28% de los pacientes y el 3% a 39% tiene relevancia clínica. Sin embargo, aunque hay información acerca del riesgo cardiovascular medido por la puntuación de calcio coronario en pacientes con AR, no se han descrito los hallazgos incidentales de manera sistemática.

Objetivo: Describir los hallazgos tomográficos incidentales de los estudios de calcio coronario en pacientes con AR.

Material y métodos: Se incluyeron los estudios tomográficos de pacientes con AR que acudían a la consulta externa de reumatología de un centro nacional de referencia para enfermedades cardiovasculares. Participaron pacientes de ambos性, AR seropositiva, de 18 años o mayores. El riesgo cardiovascular se clasificó de acuerdo con la *Canadian Cardiovascular Society*. Los hallazgos incidentales tomográficos se clasificaron en concordancia con la anatomía de su localización, sistema y relevancia clínicamente significativa. Se revisó el expediente de todos los participantes, quienes concedieron su consentimiento informado para el procedimiento tomográfico. Este es un subanálisis de un protocolo que evalúa el riesgo cardiovascular en pacientes con AR mediante calcio coronario, por lo que también firmaron el consentimiento informado para dicho protocolo. Se realizó estadística descriptiva y los datos se expresaron como promedio y desviación estándar, o bien mediana y rango intercuartílico de acuerdo

con la distribución de los datos con base en el análisis de normalidad. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizó a 54 pacientes, 87% de ellos mujeres, con una edad promedio de 57 años (± 10) y una mediana de evolución de AR de 11,5 años (IQR, 5-16). Hasta 67% de los individuos se encontraba en remisión y el resto (33%) tenía algún grado de actividad medida por DAS-28 PCR al momento del estudio. El 74% de los pacientes se hallaba bajo tratamiento con metotrexato, 31% con sulfasalazina, 21% con leflunomida, 34% con hidroxicloroquina y 5% con FARME biológico. Se analizaron 54 tomografías y se registró una puntuación mínima de calcio coronario de 0 en el 61% de los pacientes y máximo de 4 530 en el grupo con riesgo cardiovascular incrementado. La frecuencia de hallazgos incidentales fue del 96%, de los cuales 30% fue clínicamente significativo; el 18% requirió algún tipo de seguimiento médico. Destacan predominantemente los hallazgos pulmonares: nódulos (41%) y atelectasias (31%); cardiovasculares: aterosclerosis (11%) y derrame pericárdico (9%); y cambios osteodegenerativos (60%).

Conclusiones: El porcentaje de hallazgos incidentales identificados en la medición de calcio coronario de pacientes con AR en un centro de referencia de enfermedades cardiovasculares es alto; los más frecuentes fueron los hallazgos osteodegenerativos, pulmonares y cardiovasculares. Es de interés que más del 10% es clínicamente relevante y requiere algún tipo de seguimiento. Hasta el momento es el primer estudio que comunica hallazgos incidentales en pacientes con AR sometidos a la medición del calcio coronario. Sin embargo, se necesitan estudios más amplios para confirmar estos resultados.

Bibliografía

1. Bendix K, Jensen JM, Poulsen S, et al. Coronary dual source multi-detector computed tomography in patients suspected of coronary artery disease: prevalence of incidental extra-cardiac findings. Eur J Radiol. 2011;80:109-14.
2. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, et al. Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. Can J Cardiol. 2021;37:1129-50.

CG186

EXPERIENCIA CLÍNICA CON MEPOLIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS. PRIMEROS CASOS EN MÉXICO

A.L. Flores-Cisneros, R. Esquivel-Escalante, E.C. López-Estrada, L.F. Flores-Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: En el tratamiento de la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA), los glucocorticoides son aún la base del tratamiento, a pesar de los múltiples efectos secundarios que ocasionan. Dado que es una enfermedad con notable participación de los eosinófilos, los inhibidores de interleucina 5 (IL-5) han mostrado utilidad. El mepolizumab, aprobado en México para la GEPA el año pasado, podría ser útil en pacientes mexicanos, al igual que en los estudios más importantes.

Objetivo: Evaluar la eficacia del mepolizumab en el mantenimiento de la remisión y reducción de recaídas de la enfermedad en pacientes con GEPA en México.

Material y métodos: Se empleó estadística descriptiva y los datos se expresaron como medias \pm DS y proporciones.

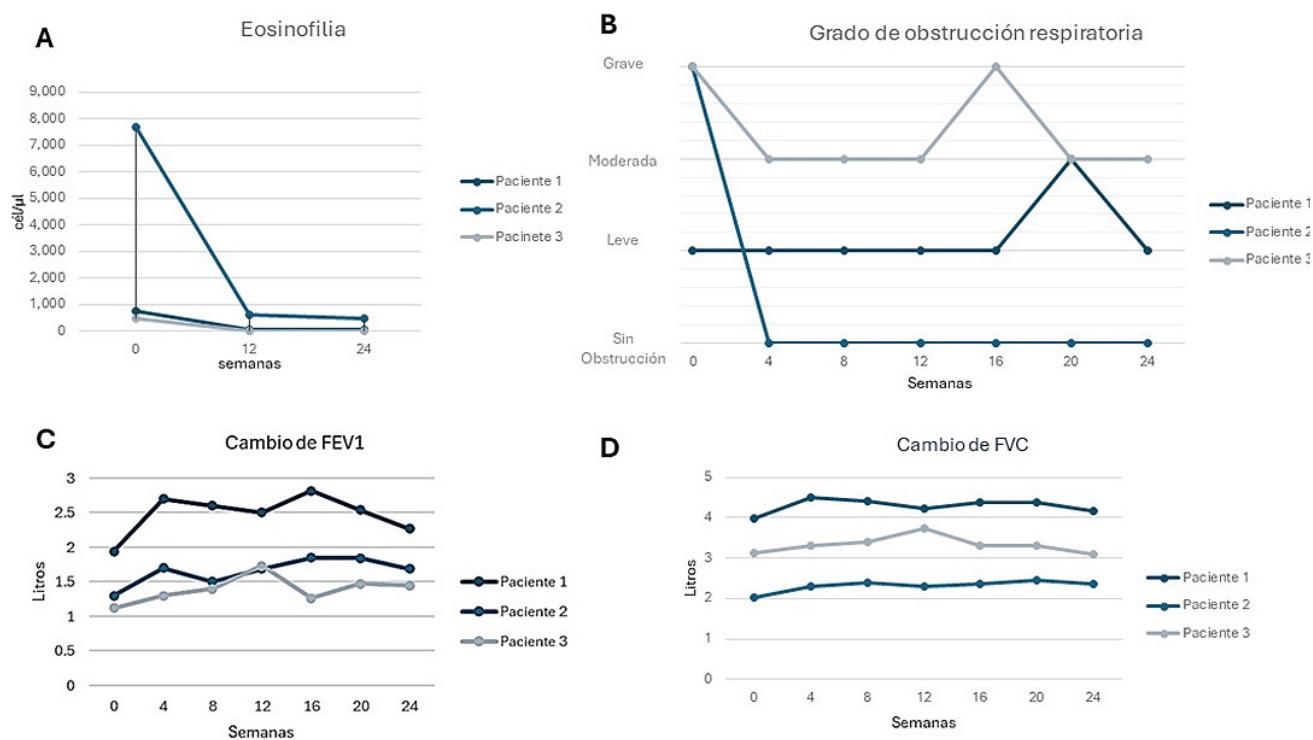
Resultados: Se describió tres pacientes con un mínimo de seis meses de seguimiento, dos de ellos mujeres. La edad media fue de 50 años, con un promedio de antecedente de asma de 21 años y del diagnóstico de GEPA de siete años. Uno de los pacientes no se encontraba en remisión clínica según BVAS y todos requerían prednisona para el control del asma (5 a 50 mg qd). Las características clínicas y el estado de la enfermedad, la evolución de los parámetros evaluados, las modificaciones terapéuticas y el seguimiento a las 24 semanas con la administración del mepolizumab (300 mg/mes SC) se presentan en la **Tabla 1**. En la **Figura 1** se observan la evolución de la eosinofilia periférica y las pruebas de función respiratoria. No hubo efectos adversos con su empleo y su empleo continúa.

Tabla 1. Evolución clínica y comportamiento farmacológico de los pacientes en tratamiento con mepolizumab. (CG186)

| | | Semanas de seguimiento | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|----------|----------|-----------|------|------|
| | | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 |
| Actividad de la enfermedad | Remisión (BVAS = 0) | 2/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 |
| | Actividad (BVAS = 1) | 1/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 |
| Recaída de la enfermedad | | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 |
| Uso de FARME | Con FARME* | 3/3 | 1/3 | 1/3 | 1/3 | 1/3 | 1/3 |
| | Sin FARME | 0/3 | 2/3 | 2/3 | 2/3 | 2/3 | 2/3 |
| Uso de GC sistémicos (PDN) | Paciente 1 | 50 mg qd | 30 mg qd | 15 mg qd | 7,5 mg qd | 0 mg | 0 mg |
| | Paciente 2 | 7,5 mg qd | 0 mg | 0 mg | 0 mg | 0 mg | 0 mg |
| | Paciente 3 | 5 mg qd | 0 mg | 0 mg | 0 mg | 0 mg | 0 mg |
| Uso de glucocorticoides inhalados | Dosis altas** | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 |
| Cuestionario ACT*** | Controlado | 2/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 |
| | No controlado | 1/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 |
| Cuestionario ACQ**** | Controlado | 2/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 |
| | No controlado | 1/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 |
| Cuestionario SNOT 22***** | Asintomático | 1/3 | 2/3 | 2/3 | 2/3 | 3/3 | 3/3 |
| | Síntomas leves | 1/3 | 0/3 | 1/3 | 1/3 | 0/3 | 0/3 |
| | Síntomas moderados | 0/3 | 1/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 |
| | Síntomas Grave | 1/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 | 0/3 |

*Azatioprina. **Dosis altas de glucocorticoides inhalados: budesonida 801-1600 μ g/día, beclometasona 1001-2000 μ g/día, fluticasona 501-100 μ g/día (GEMA 2020). ***ACT: Asthma control test: controlado \geq 20 puntos, no controlado $<$ 20 puntos. ****ACQ: Asthma control questionnaire: $>$ 1,5 no controlado, \leq 1,5 controlado. *****SNOT 22: Sinonasal outcome test, 22 reactivos: asintomático: 0-10 puntos, síntomas leves: $>$ 10-20 puntos, síntomas moderados $>$ 20-50 puntos y síntomas graves $>$ 50 puntos.

Fuente: Información tomada del expediente físico y electrónico.

Figura 1. Evolución de la eosinofilia periférica de la función respiratoria en el seguimiento. (CG186)

Conclusiones: En esta serie de casos, los primeros hasta donde saben los autores, los sujetos mostraron una evolución de al menos seis meses tratados en México con mepolizumab a nivel institucional; este inhibidor de IL-5 fue eficaz para mantener la remisión de la enfermedad y evitar las recaídas. Tanto las escalas de actividad de la vasculitis como las que evalúan la afectación respiratoria, razón principal para su empleo, mejoraron. Aunque no se logró la suspensión total de glucocorticoides inhalados, la suspensión total de los orales fue evidente, algo no logrado antes del empleo del mepolizumab en años de tratamiento. Es posible que ello se explique por la larga evolución del asma antes de la introducción del mepolizumab. En dos casos también se suspendieron otros inmunosupresores. En suma, en esta primera experiencia con mepolizumab, su introducción favoreció a

los pacientes tratados así hasta ese momento. Se continúa el seguimiento a más largo plazo, lo que permitirá disipar otras preguntas (utilidad en manifestaciones vasculíticas, tolerancia, etc.) y con más pacientes.

Bibliografía

1. Wechsler ME, Akuthota P, Jayne D, et al. Mepolizumab or placebo for eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *N Engl J Med*. 2017;376(20):1921–32.
2. Steinfeld J, Peeters M, Fokkens WJ, et al. Evaluation of clinical benefit from treatment with mepolizumab for patients with eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2019 Jun;143(6):2170–7.