

XLIX Congreso Mexicano de Reumatología

Plenarias

P01

Mortalidad de COVID-19 en enfermedades reumáticas: comparación con población general

Martínez-Martínez MU¹, Irazoque-Palazuelos F², Rodríguez-Reyna TS³, Zamora-Tehozol E⁴, Xibillé-Friedmann D⁵, Zazueta B⁶, Castillo-Ortiz AA⁷, Durán-Barragán S⁸, Rull-Gabayet M³, Barragán-Garfías JA⁹, Moc-tezuma-Ríos JF¹⁰, Vázquez-Del Mercado M¹¹, Pacheco-Tena C¹², Al-pizar-Rodríguez D¹³, Grupo Mexicano de Estudio de COVID-19 en Enfermedades Reumáticas

⁽¹⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾CMN 20 de Noviembre ⁽³⁾Institu-to Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁴⁾Centro Médico Pensiones, ⁽⁵⁾Servicios de Salud de Morelos, ⁽⁶⁾Centro Médico del Ángel, ⁽⁷⁾Centro Médico Las Américas, ⁽⁸⁾Clínica de Investigación en Reumatología y Obesidad, ⁽⁹⁾Hospital Español, ⁽¹⁰⁾Hospital General de México, ⁽¹¹⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, ⁽¹²⁾Universidad Autónoma de Chihuahua, ⁽¹³⁾CMR

Introducción: Se desconocen los desenlaces de COVID-19 en pacientes mexicanos con enfermedades reumáticas y su diferencia con la población general.

Objetivos: Comparar las características de los pacientes mexicanos con enfermedades reumáticas (ER) y COVID-19 con aquéllas de la población general mexicana sin ER.

Material y métodos: Se incluyó a todos los pacientes de México con ER y diagnóstico de COVID-19 registrados entre el 17 de abril y el 30 de octubre de 2020 en la Alianza Global de Reumatología COVID-19 (GRA). Se compararon características clínicas y demográficas con controles sin ER con diagnóstico de COVID-19 (3:1) en el mismo periodo de tiempo, seleccionados al azar del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de México. Se realizó análisis multivariado para mortalidad para ajustar por factores como edad, sexo, comorbilidades y hospitalización.

Resultados: Se analizó a un total de 323 pacientes con COVID-19 con ER y 969 sin ER. La **Tabla 1** muestra las características de los grupos. Los pacientes con ER tenían mayor edad media, 51.2 contra 42.6 años. En el análisis bivariado, más pacientes con ER se hospitalizaron y tenían más comorbilidades, incluidas diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular y renal. La mortalidad fue mayor en pacientes con ER (13.3% vs. 5.7%; $p < 0.001$). Los factores relacionados con mortalidad que persistieron en el análisis multivariado (**Figura 1**) fueron edad, hospitalización y requerimiento de ventilación mecánica (VM). En el análisis multivariado, las ER no se vincularon con mayor mortalidad (OR, 1.1; IC95%, 0.6-2.0).

Tabla 1. Características de pacientes con COVID-19 con y sin ER en México. (P01)

	Con ER n = 323	Sin ER n = 969	p
Edad, media (SD)	51.2 (13.9)	42.6 (17.4)	< 0.001
Hombres, n (%)	55 (17.0)	455 (47.0)	< 0.001

Defunciones, n (%)	43 (13.3)	55 (5.7)	< 0.001
Atención ambulatoria, n (%)	171 (52.9)	805 (83.1)	< 0.001
VM, n (%)	32 (11.8)	27 (2.8)	< 0.001
EPOC/asma = sí (%)	15 (4.6)	37 (3.8)	0.522
Diabetes, n (%)	49 (15.2)	114 (11.8)	0.116
Obesidad, n (%)	21 (6.5)	128 (13.3)	0.001
Hipertensión, n (%)	88 (27.2)	152 (15.8)	< 0.001
Enfermedad cardiovascular, n (%)	14 (4.3)	19 (2.0)	0.02
Enfermedad renal crónica, n (%)	17 (5.3)	22 (2.3)	0.007
Embarazo, n (%)	2 (0.6)	5 (0.5)	0.827
Tabaquismo, n (%)	10 (3.1)	86 (8.9)	0.001
Enfermedad reumática, n (%)	323 (100.0)	0 (0.0)	< 0.001

Análisis bivariado. ER, enfermedad reumática; IMC, índice de masa corporal; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VM, ventilación mecánica invasiva.

Figura 1. Análisis multivariado para mortalidad. (P01)

Variable	N	Razón de momios	P
Edad	1236	1.05 (1.03,1.07)	<0.001
Hospitalización	No 971	Referencia	
	Sí 265	14.18 (7.19,31.79)	<0.001
VM	No 1177	Referencia	
	Sí 59	9.67 (4.77,20.60)	<0.001
Diabetes	No 1078	Referencia	
	Sí 158	1.44 (0.74,2.74)	0.27
HAS	No 1012	Referencia	
	Sí 224	0.95 (0.49,1.78)	0.87
IRC	No 1199	Referencia	
	Sí 37	1.70 (0.64,4.36)	0.27
Tabaquismo	No 1140	Referencia	
	Sí 96	0.17 (0.02,0.86)	0.05
ER	No 964	Referencia	
	Sí 272	1.13 (0.62,2.01)	0.68

ER, enfermedad reumática; VM, ventilación mecánica invasiva; HAS, hipertensión arterial sistémica; IRC, insuficiencia renal crónica.

Conclusiones: Los pacientes con ER y COVID-19 presentan mayor mortalidad que los pacientes con COVID-19 sin ER en el análisis bivariado. Sin embargo, al ajustar a otros factores, la mortalidad es similar

entre los grupos. Los factores relacionados con mortalidad fueron edad, hospitalización y VM.

P02

La inmunidad innata define la gravedad de la COVID-19

Gómez-Martín D, Torres-Ruiz J, Pérez-Fragoso A, Absalón-Aguilar A, Núñez-Aguirre M, Alcalá-Carmona B, Lira-Luna J, Maravillas-Montero JL, Meza-Hernández DE, Juárez-Vega G

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

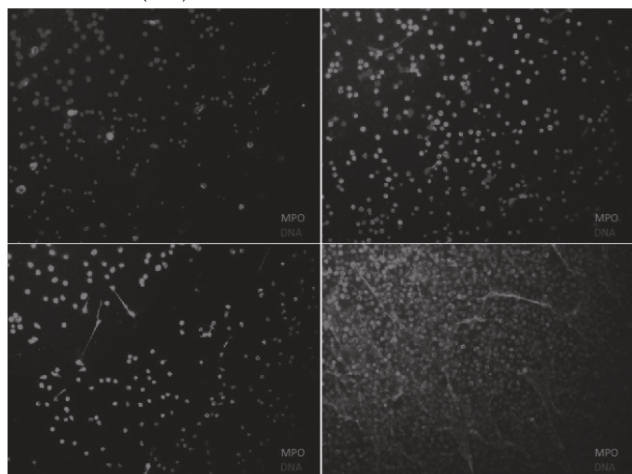
Introducción: En la COVID-19 se han descrito diversas alteraciones de la respuesta inmunitaria.

Objetivos: Evaluar la inmunidad innata en la COVID-19 y su relación con la gravedad de la infección.

Material y métodos: Se incluyó a 34 pacientes con COVID-19 leve, 51 graves y 36 críticos. Se evaluó a las subpoblaciones de monocitos y neutrófilos, la cantidad de NET circulantes, la producción de citocinas y quimiocinas de macrófagos en respuesta a las NET, su contenido proteico y la capacidad del suero para degradarlas.

Resultados: El porcentaje de neutrófilos de baja densidad (NBD) (leves: 0.59%, graves: 2.35% y críticos: 12.75%; $p < 0.05$) y las NET circulantes (leves: 0.83 vs. graves/críticos: 1.31; $p = 0.002$) aumentaron conforme a la gravedad de la COVID-19. El porcentaje de monocitos intermedios (CD14+, CD16+) fue menor en pacientes graves respecto de los leves (12% vs. 23%; $p = 0.01$). Los pacientes graves/críticos tuvieron mayor expresión de HMGB1 y menor contenido de ÍSG-15 en NET circulantes ($p < 0.05$). Los neutrófilos convencionales (NC) de pacientes graves y críticos tuvieron una mayor capacidad de producir NET espontáneas *ex vivo* en comparación con los NBD (**Figura 1**). Se documentó una deficiencia en la degradación de NET por el suero de pacientes graves/críticos en comparación con los leves (15% vs. 34%; $p = 0.02$). Al estimular a macrófagos con NET de NC y NBD se observó un incremento de la producción de citocinas proinflamatorias, incluidos IL-6, IL-8 y TNF.

Figura 1. Los pacientes con COVID-19 crítica tienen un aumento drástico de la producción de NET espontáneas provenientes de neutrófilos convencionales.(P02)



Conclusiones: La COVID-19 grave/crítica se caracteriza por alteraciones profundas en células mieloides y la producción/eliminación de NET, que favorecen un perfil proinflamatorio en los macrófagos.

Bibliografía

1. Leppkes M, Knopf J, Naschberger E, et al. Vascular occlusion by neutrophil extracellular traps in COVID-19. EBioMedicine 2020;58:102925.

2. Arunachalam PS, Wimmers F, Mok CKP, et al. Systems biological assessment of immunity to mild versus severe COVID-19 infection in humans. Science 2020;369(6508):1210-20.

P03

Enfermedades reumáticas y COVID-19 en México: características asociadas con mortalidad

Alpízar-Rodríguez D¹, Irazoque-Palazuelos F², Rodríguez-Reyna TS³, Zamora-Tehozol E⁴, Xibillé-Friedmann D⁵, Castillo-Ortiz AA⁶, Zazueta B⁷, Durán-Barragán S⁸, Martínez-Martínez MU⁹, Barragán-Garfías JA¹⁰, Rull-Gabayet M³, Moctezuma-Ríos JF¹¹, Vázquez-Del Mercado M¹², Pacheco-Tena C¹³, Grupo Mexicano de Estudio de COVID-19 en Enfermedades Reumáticas¹

⁽¹⁾CMR, ⁽²⁾CMN 20 de Noviembre, ⁽³⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁴⁾Centro Médico Pensiones, ⁽⁵⁾Servicios de Salud de Morelos, ⁽⁶⁾Centro Médico Las Américas, ⁽⁷⁾Centro Médico Del Ángel, ⁽⁸⁾Clínica de Investigación en Reumatología y Obesidad, ⁽⁹⁾Práctica Privada, ⁽¹⁰⁾Hospital Español, ⁽¹¹⁾Hospital General de México, ⁽¹²⁾Hospital Civil de Guadaluajara Dr. Juan I. Menchaca, ⁽¹³⁾Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: La Alianza Global de Reumatología COVID-19 (GRA) es un esfuerzo internacional para recabar información sobre COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas.

Objetivos: Describir las características de pacientes mexicanos con enfermedades reumáticas y COVID-19 y analizar factores relacionados con la mortalidad.

Material y métodos: El GRA es un registro transversal de pacientes con enfermedades reumáticas y diagnóstico de COVID-19. México inició el registro el 17 de abril 2020. Se incluyó en este análisis a todos los pacientes registrados en el GRA de México hasta el 30 de octubre de 2020. Se determinó la relación de mortalidad con variables demográficas y clínicas mediante análisis de regresión logística.

Resultados: Se registró a un total de 323 pacientes, con edad mediana de 52 años, de 15 estados de México. Las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron artritis reumatoide con 149 (46.1%) y lupus eritematoso sistémico con 24 (19.8%). Se hospitalizó a 119 (36.8%) pacientes y 43 (13.3%) fallecieron. La **Tabla 1** muestra las características clínicas y demográficas. Los factores relacionados con la mortalidad fueron vivir en la Ciudad de México, edad > 65 años, diabetes tipo 2, insuficiencia renal crónica y tratamiento con glucocorticoides o inhibidores de CD20 al momento del diagnóstico de COVID-19. Los pacientes que murieron estuvieron hospitalizados con más frecuencia y recibieron ventilación mecánica invasiva.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 en México y mortalidad. (P03)

	Total n = 323	Defunciones 43 (13.3)	Sobrevivientes 280 (86.7)	OR (IC95%)
Región, n (%)				
Ciudad de México	166 (51.4)	32 (74.4)	134 (47.9)	5.1 (1.5-17.3)*
Yucatán	57 (17.7)	4 (9.3)	53 (18.9)	1.6 (0.3-7.5)
Jalisco	18 (5.6)	2 (4.7)	16 (5.7)	2.6 (0.4-17.3)
Nuevo León	15 (4.6)	2 (4.7)	13 (4.6)	3.2 (0.5- 21.6)
Otros	67 (20.7)	3 (6.9)	64 (22.9)	1
Mujeres, n (%)	268 (82.9)	33 (76.7)	235 (83.9)	0.6 (0.3-1.4)
Edad (años), mediana (IQR)	52 (41-61)	62 (47-67)	51 (40.5-60)	1.1 (1.0-1.1)*

Edad categorías, n (%)				
18-29	26 (8.0)	1 (2.3)	25 (8.9)	1
30-49	11 (34.4)	10 (23.3)	101 (36.1)	2.5 (0.4-25.3)
50-65	124 (38.4)	14 (32.6)	110 (39.3)	3.2 (0.4-25.3)
> 65	62 (19.2)	18 (41.9)	44 (15.7)	10.2 (1.3-81.3)*
Enfermedades reumáticas*, n (%)				
Artritis reumatoide	149 (46.1)	23 (53.5)	126 (45.0)	1.4 (0.7-2.7)
Lupus eritematoso sistémico	64 (19.8)	10 (23.3)	54 (19.3)	1.3 (0.6-2.7)
Espondiloartritis (axial y otras)	33 (10.2)	2 (4.7)	31 (11.1)	0.4 (0.1-1.7)
Síndrome antifosfolípido	14 (4.3)	4 (9.3)	10 (3.6)	2.8 (0.8-9.3)
Artritis psoriásica	12 (3.7)	2 (4.7)	10 (3.6)	1.3 (0.3-6.2)
Otras	31 (9.6)	2 (4.7)	29 (10.4)	0.4 (0.1-1.8)
Actividad de la enfermedad, ¹ n (%)				
Remisión	152 (49.5)	24 (61.5)	128 (47.8)	1
Mínima o baja	98 (31.9)	8 (20.5)	90 (33.6)	0.5 (0.2-1.1)
Moderada	45 (14.7)	5 (12.8)	40 (14.9)	0.7 (0.2-1.9)
Grave	12 (3.9)	2 (5.1)	10 (3.7)	1.1 (0.2-5.2)
Comorbilidades*, n (%)				
Ninguna	136 (42.1)	8 (18.6)	128 (45.7)	0.3 (0.1-0.6)*
Hipertensión	88 (27.2)	12 (27.9)	76 (27.1)	1.0 (0.5-2.1)
Diabetes tipo 2	49 (15.2)	13 (30.2)	36 (12.9)	2.9 (1.4-6.1)*
Obesidad, IMC ≥ 30	21 (6.5)	3 (6.9)	18 (6.4)	1.1 (0.3-3.9)
EPOC	15 (4.6)	1 (2.3)	14 (5.0)	0.5 (0.1-3.5)
EPI	22 (6.8)	6 (13.9)	16 (5.7)	2.7 (0.9-7.3)
Insuficiencia renal crónica	17 (5.2)	6 (13.9)	11 (3.9)	3.9 (1.4-11.4)*
Enfermedades cardiovasculares	14 (4.3)	2 (4.7)	12 (4.3)	1.1 (0.2-5.0)
Medicamentos al diagnóstico de COVID-19*				
Prednisona	171 (52.9)	30 (69.7)	141 (50.3)	2.3 (1.1-4.5)*
Prednisona, dosis ≥ 10 mg	62 (19.2)	9 (20.9)	53 (18.9)	1.1 (0.5-2.5)
No FARME	34 (10.5)	5 (11.6)	29 (10.4)	1.1 (0.4-3.1)
FARME convencional	247 (76.5)	33 (76.7)	214 (76.4)	1.0 (0.5- 2.2)
Antipalúdico sin o con otro FARME	63 (19.5)	10 (23.3)	53 (18.9)	1.3 (0.6-2.8)
FARME biológico	72 (22.3)	11 (25.6)	61 (21.8)	1.2 (0.6-2.6)
Inhibidores CD20	21 (29.2)	7 (16.3)	14 (5.0)	3.4 (1.3-9.1)*
Anti-TNF	29 (40.3)	2 (4.6)	27 (9.6)	0.5 (0.2-2.2)
Otro	22 (30.6)	2 (4.6)	20 (7.1)	0.7 (0.2-3.1)
Inhibidores de Jak	9 (2.8)	3 (6.9)	6 (2.1)	3.4 (0.8-14.2)
Hospitalización por COVID-19	119 (36.8)	36 (83.7)	83 (29.6)	12.2 (5.2-28.5)*
Requirió VMI	37 (11.4)	24 (55.8)	13 (4.6)	25.9 (11.4-58.8)*

Tratamiento COVID-19				
Sólo sintomático	100 (31.3)	12 (27.9)	89 (31.8)	0.8 (0.4-1.7)
Antipalúdicos	75 (23.2)	11 (25.6)	64 (22.9)	1.2 (0.6-2.4)
Inhibidores IL-6	10 (3.1)	4 (9.3)	6 (2.1)	4.7 (1.3-17.3)*

*Se sobreponen. ¹307 pacientes. IMC, índice de masa corporal; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EPI, enfermedad pulmonar intersticial; VMI, ventilación mecánica invasiva.

Conclusiones: Los pacientes de México con enfermedades reumáticas y COVID-19 registrados en el GRA tuvieron una mortalidad de 13.3%. Se encontraron factores vinculados con mortalidad similares a los de la población general, además de tratamiento con glucocorticoides e inhibidores de CD20. El principal factor protector encontrado fue la ausencia de comorbilidades.

Po4

Violencia y síntomas de fibromialgia durante la pandemia de COVID-19

Martínez-Martínez LA¹, Batres-Marroquín AB¹, Medina-García AC¹, Barrera-Salas M¹, San Martín-León KD¹, Silveira-Torre LH¹, Barrera-Villalpando MI², Vargas-Guerrero A¹, Martínez-Lavín M¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente

Introducción: La fibromialgia es un padecimiento multisintomático caracterizado por dolor generalizado, fatiga y mala calidad de sueño. El dolor observado en fibromialgia se mantiene por predominio simpático del sistema nervioso autónomo. Si bien el confinamiento durante la pandemia de COVID-19 implica un estrés colectivo crónico que se relaciona con exacerbación de los síntomas de las pacientes con fibromialgia, se desconocen los grados de violencia de estos pacientes.

Objetivos: Explorar los grados de violencia durante el confinamiento por COVID-19 en pacientes con fibromialgia comparados con controles sanos y determinar el nexo con sus síntomas.

Material y métodos: Se incluyó a mujeres con fibromialgia primaria de acuerdo con los criterios ACR 1990 o 2016 y controles sanos pareados por edad. Todas contestaron el cuestionario revisado de efecto de la fibromialgia (FIQR), la escala de alteración polisintomática, cuestionario PHQ9 para depresión, GAD7 para ansiedad, síntomas autonómicos (COMPASS31) y violentómetro por autoinforme.

Resultados: Se integró una muestra de 61 mujeres con fibromialgia y 61 controles de 47 ± 10 años de edad. Las escalas clinimétricas fueron mayores en el grupo de fibromialgia (p < 0.05) antes y durante de la pandemia. Aunque la intensidad de la violencia de ambos grupos fue similar (p = 0.164), el porcentaje de participantes que registraron incremento de la violencia fue mayor en la fibromialgia que en los controles (31% vs. 6.6%, p = 0.001). Sólo en el grupo de fibromialgia se observaron correlaciones positivas entre el cambio en la violencia y el cambio en FIQR (rho = 0.323, p = 0.011) y en COMPASS31 (rho = 0.342, p = 0.007).

Conclusiones: Durante esta pandemia, las pacientes con fibromialgia refirieron ser más violentadas que las mujeres sanas. El confinamiento podría precipitar un ambiente hostil relacionado parcialmente con cambios en los síntomas de fibromialgia.

Bibliografía

- Martínez-Lavín M. Fibromyalgia in women: somatisation or stress-evoked, sex-dimorphic neuropathic pain. Clin Exp Rheumatol. 2020 Sep 16. Online ahead of print.
- Batres-Marroquín AB, Medina-García AC, Vargas Guerrero A, Barrera-Villalpando MI, Martínez-Lavín M, Martínez-Martínez LA. Effect of COVID-19 Pandemic Lockdown on Fibromyalgia Symptoms. J Clin Rheumatol. 2020 Dec 1. Online ahead of print.

P05

Impacto de la pandemia COVID-19 en los pacientes reumatológicos

Guaracha-Basáñez GA, Pascual-Ramos V, Peláez-Ballestas I, Hernández-Molina G, Contreras-Yáñez I, Pacheco-Santiago LD, González-Ma-rín A

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha alterado a los pacientes reumatológicos en múltiples planos, incluida una mayor predisposición a la infección por SARS-CoV-2 y sus desenlaces.

Objetivos: Determinar la frecuencia de pacientes reumatológicos que sufrieron una afectación de su atención médica (AAM) en una institución de la Ciudad de México reconvertida a centro COVID-19 durante la pandemia y explorar su relación con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio transversal con técnica de encuesta (julio-septiembre 2020) utilizando un cuestionario específico de 29 preguntas para evaluar la percepción del paciente sobre la pandemia. El reumatólogo tratante evaluó la actividad de la enfermedad al momento de la reintegración a la consulta externa y comparó el grado de actividad respecto de la consulta anterior a la reconversión. Se realizó análisis de regresión múltiple.

Resultados: Se evaluó a 536 pacientes (90% de consulta), 87% mujeres, con mediana de edad de 45 años (RIQ, 34-56), diagnóstico de LEG (44.2%), AR (33.2%) y otros (26.6%). El 49% refirió AAM y las razones se muestran en la **Figura 1**. Ser más joven y tener más comorbilidades se vincularon con AAM (**Tabla 1**). Los pacientes con AAM presentaron mayor actividad (MA) comparada con la consulta anterior a la reconversión, (29% vs. 21.2%, p = 0.032). El 20.9% de los pacientes abandonó el tratamiento y fue mayor en el grupo con diagnóstico de LEG (25.6%). El abandono del tratamiento, la mayor edad y la AAM se vincularon con MA (**Tabla 1**).

Figura 1. Afectación de la atención institucional y las razones. (P05)

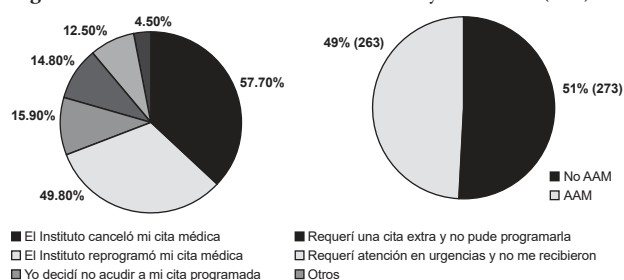


Tabla 1. Modelos de regresión logística múltiple que identifican los factores relacionados con referir AAM (variable dependiente) y presentar MA (variable dependiente). (P05)

	AAM OR (IC95%), p	MA OR (IC95%), p
Edad	0.97 (0.01-0.99), ≤ 0.001	1.01 (1.02-1.03), 0.02
Índice de comorbilidad en enfermedades reumatológicas > 1 ¹	2.37 (1.47-3.83), ≤ 0.001	
Abandono del tratamiento		2.07 (1.31-3.2), 0.002
AAM		1.55 (1.04-2.32), 0.031

AAM, afectación de la atención médica institucional; MA, mayor actividad al momento de la reincorporación a la consulta externa, comparada con la actividad de la enfermedad antes de la reconversión del instituto.

¹Engla DR et al. Arthritis Care Res 2015.

Conclusiones: La reconversión institucional afectó la atención de los pacientes reumatológicos y tuvo un efecto negativo en la actividad de la enfermedad.

P06

Uso de tocilizumab y baricitinib en pacientes hospitalizados con COVID-19

Xibille-Friedmann DX¹, Carrillo-Vázquez SM², Hernández-López M¹, Flores-Villegas B¹

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

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 y la neumonía relacionada con COVID-19 conducen a una respuesta inflamatoria desregulada; se ha planteado que el uso de inhibidores de citocinas es una alternativa terapéutica en estos pacientes.

Objetivos: Describir los desenlaces vinculados con consumo de tocilizumab (TCZ) y baricitinib (BCT) en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo anidado en una cohorte. Pacientes del Hospital General de Cuernavaca hospitalizados con datos de insuficiencia respiratoria por neumonía por COVID-19. Todos eran positivo a RT-PCR. Los datos clínicos y demográficos de los pacientes se obtuvieron de la plataforma SISVER. Se consideró enfermedad grave la necesidad de ventilación mecánica (VMA). El TCZ se usó a 400-600 mg en dos infusiones (de modo inicial y a las 72 horas) y el BCT a 4 mg diarios por 14 días. Los desenlaces fueron necesidad de VMA, muerte o alta. Se consideró como significativa una p < 0.05.

Resultados: Se analizó a 404 pacientes. Hasta 269 (65.9%) fueron hombres. La edad media fue de 57.5 años (18-94; SD, 15.3). Una proporción de 59.6% de los pacientes tenía una o más comorbilidades (diabetes e hipertensión en la mayoría de los casos [31.8%]); y 22.8% de los pacientes tenía antecedente de tabaquismo. Hasta 15.9% de los pacientes requirieron VMA. Once pacientes se trataron con TCZ y 30 con BCT. Cinco pacientes con TCZ necesitaron VMA pero sólo 6 (20%) con BCT requirieron VMA. Su uso se correlacionó con una reducción del uso de VMA (p = 0.01). Seis pacientes con TCZ egresaron por mejoría y 5 fallecieron. En el caso de BCT, 19 recibieron el alta y 11 fallecieron, lo que se correlacionó significativamente con una menor mortalidad (p = 0.05).

Conclusiones: El uso de TCZ y BCT se vincula con una menor necesidad de VMA y el BCT con una menor mortalidad hospitalaria.

Bibliografía

- https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2028836
- Science Advances 13 Nov 2020:eabe4724 DOI: 10.1126/sciadv.abe4724

P07

Caracterización inmunofenotípica de las células mieloides supresoras en miopatías inflamatorias

Culebro-Bermejo HA, Rull-Gabayet M, Torres-Ruiz JJ, Gómez-Martín D, Pérez-Fragoso A, Absalón-Aguilar A, Cassiano-Quezada F

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las células mieloides supresoras (CMS) y sus subtipos: granulocíticas (CMS-Gr) y monocíticas (CMS-Mo) constituyen una subpoblación con alta capacidad reguladora.

Objetivos: Se ha descrito un aumento de los pacientes con cáncer y algunas enfermedades autoinmunitarias, pero no se han evaluado en miopatías inflamatorias (MII), lo cual constituye el objetivo de este trabajo.

Material y métodos: Se incluyó a 22 pacientes con MII activa. La actividad de la enfermedad, daño acumulado y discapacidad se evaluaron con MDAAT, la prueba muscular manual 8 (MMT8), el índice de daño (MDI) y HAQ. Las CMS se cuantificaron mediante citometría de flujo. Las CMS-Gr se definieron como CD33dim, CD11b+, CD66b+ y HLA-DR -. Las CMS-Gr se clasificaron como maduras si expresaban CD16

(CD16+) e inmaduras si eran CD16-. Las CMS-Mo se definieron como CD33+, HLA-DR- y CD14+. Se evaluó la proporción y la expresión de la arginasa 1+ y PDL1+ mediante intensidad media de fluorescencia. **Resultados:** Doce pacientes con MII eran mujeres (54%). La mediana de edad fue de 40 (26-43) años y los pacientes tenían un tiempo de diagnóstico de 6 (4.5-10) meses. El diagnóstico más frecuente fue dermatomiositis (72%) y la mayoría tuvo anticuerpos positivos anti-Ro52 (36%). Hasta 16 pacientes (76%) presentaron manifestaciones cutáneas, 48% disfgia y 24% enfermedad pulmonar intersticial. Se documentó mayor proporción de CMS-Gr con fenotipo inmaduro y mayor expresión de arginasa 1 y PDL1 en pacientes con MII respecto de los controles sanos (Tabla 1).

Tabla 1. Proporción de CMS y su expresión de arginasa 1 y PDL1 en pacientes con MII y donadores sanos. (P07)

Variable	MIIn = 22 Mediana	Control sano n = 14 Mediana	p
% de CMS-Gr	0.73 (0.21-2.15)	0.037 (0.009-0.17)	< 0.0001
% de CMS-Gr inmaduras	89 (33-97.1)	28.3 (15.8-37)	0.003
% de CMS-Gr maduras	10.2 (2.95-67.00)	71.7 (63.00-84.20)	0.003
% de Arg1 + CMS-Gr	0.62 (0.24-4.27)	0.007 (0.000-0.060)	0.016
Intensidad media de fluorescencia de Arg1 en CMS-Gr	4 743 (2 515-7 618)	1 556 (955-2 593)	0.005
% de PDL1 + CMS-Gr	0.29 (0.07-0.67)	0.01 (0.0005-0.044)	0.022
Intensidad media de fluorescencia de PDL1 + en CMS-Gr	3 517 (1 669-3 971)	1 627 (1 450-1 797)	0.05
% de CMS-Mo	1.11 (0.07-2.93)	0.11 (0.01-2.99)	0.23
% de Arg1 + CMS-Mo	0.84 (0.15-1.38)	0.14 (0.003-0.47)	0.16
Intensidad media de fluorescencia de Arg1 en CMS-Mo	3 507 (3 339-5 483)	1 967 (1 540-2 849)	0.028
% de PDL1 + CMS-Mo	0.8 (0.13-2)	0.002 (0.000-0.031)	0.006
Intensidad media de fluorescencia de PDL1 + en CMS-Mo	2 169 (1 882-12 857)	4 445 (2 216-6 295)	0.89

Conclusiones: Los pacientes con MII tienen expansión de la población de CMS-Gr con un fenotipo supresor.

Bibliografía

- Ribechini E, Greifengberg V, Sandwick S, Lutz MB. Subsets, expansion and activation of myeloid-derived suppressor cells. *Med Microbiol Immunol.* 2010;199(3):273-81.
- Acosta I. Miopatías inflamatorias idiopáticas: una mirada actualizada al diagnóstico y el manejo. *Rev Méd Chile.* 2019;147(3).

Po8

Enfermedad relacionada a IgG4: resultados de un registro latinoamericano

Martín-Nares E¹, Hernández-Molina G¹, Baenas DF², Cuéllar M³, Ortiz A⁴, Neira O⁵, Gutiérrez M⁵, Cairoli E⁶, Izquierdo-Loaiza JH⁷, Caeiro F², Páira S⁴

⁽¹⁾Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital

Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina, ⁽³⁾Sección de Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile, ⁽⁴⁾Sección de Reumatología, Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina, ⁽⁵⁾Hospital Naval Almirante NEF, Viña del Mar, Chile, ⁽⁶⁾Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, ⁽⁷⁾Clínica de Occidente SA, Cali, Colombia

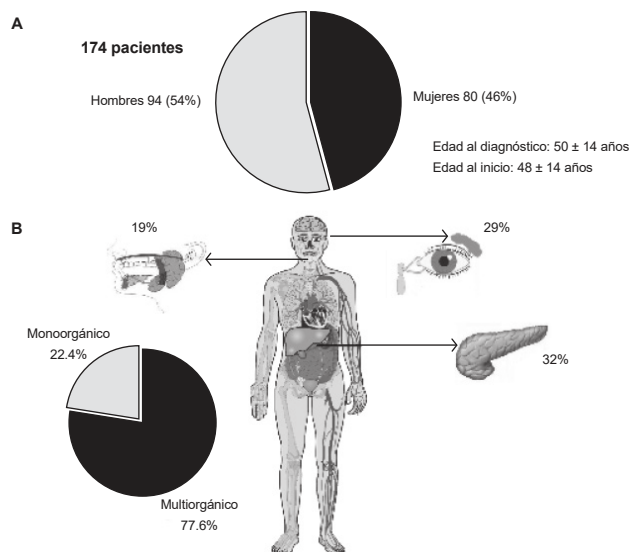
Introducción: Las características clínicas de los pacientes con enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) en población latinoamericana no se han descrito.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes latinoamericanos con ER-IgG4.

Material y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico. Se incluyó a pacientes con ER-IgG4 de centros pertenecientes al Grupo de Estudio PANLAR de ER-IgG4 de cinco países (México, Argentina, Chile, Uruguay y Colombia). Se registraron datos demográficos, clínicos y serológicos. Se clasificó a los pacientes en fenotipos clínicos.

Resultados: Se incluyó a 174 pacientes con edad promedio de 50 ± 14 años, 94 (54%) hombres (Figura 1). Los órganos más afectados fueron páncreas (32%), glándula lagrimal (29%) y glándulas salivales mayores (19%). Ciento treinta y cinco (77.6%) pacientes presentaron afectación multiorgánica y 39 (22.4%) mono-orgánica. Se clasificó en fenotipo pancreatohepatobiliar a 53 (30.5%), retroperitoneal-aórtico a 20 (11.5%), limitado a cabeza y cuello a 50 (28.7%) y Mikulicz/sistémico a 29 (16.7%) pacientes. Veintidós (12.6%) no pudieron clasificarse en estos fenotipos. Los valores de IgG4 estuvieron elevados en 94 de 147 (64%) pacientes, con una mediana de 740 mg/dl. Ciento cincuenta y seis (89.7%) pacientes tuvieron confirmación histológica. Un 89% recibió glucocorticoides, 34% azatioprina, 25% metotrexato y 11% rituximab. El fenotipo pancreatohepatobiliar fue más común en hombres que en mujeres (37.2% vs. 22.5%, p = 0.03), mientras que el limitado a cabeza y cuello fue más prevalente en mujeres (45% vs. 14.9%, p < 0.001).

Figura 1. A: Características demográficas. **B:** Manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico. (P08)



Conclusiones: Los pacientes latinoamericanos con ER-IgG4 son más jóvenes al diagnóstico en comparación con otras cohortes, presentan más a menudo enfermedad multiorgánica y pertenecen de forma predominante a los fenotipos pancreatohepatobiliar y limitado a cabeza y cuello.

Bibliografía

- Wallace ZS, Zhang Y, Perugino CA, Naden R, Choi HK, Stone JH; ACR/EULAR IgG4-RD Classification Criteria Committee. Clinical phenotypes of IgG4-related disease: an analysis of two international cross-sectional cohorts. *Ann Rheum Dis.* 2019 Mar;78(3):406-412.

P09

Anatomía clínica y funcional de las bandeletas laterales digitales

Canoso JJ¹, Naredo E², Martínez-Estupiñán L², Mérida-Velasco JR³, Pascual-Ramos V⁴, Murillo-González J³

⁽¹⁾Centro Médico ABC, Ciudad de México; Tufts University, Boston, ⁽²⁾Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ⁽³⁾Departamento de Anatomía y Embriología, Universidad Complutense de Madrid, ⁽⁴⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Introducción: La función de las bandeletas laterales (BL) digitales depende de los músculos intrínsecos, interóseos dorsales y palmares, lumbricales y abductor breve del quinto dedo. Su estudio clínico puede resultar de interés en la tetania, el Parkinson y la deformidad en cuello de cisne.

Objetivos: Determinar si las cuerdas palpables a cada lado de la falange proximal (FP) corresponden a las BL.

Material y métodos: Se estudiaron por palpación y ultrasonografía (US) las FP de los dedos tercero y cuarto de la mano dominante, de siete sujetos sanos, manteniendo las metacarpofalángicas (MCF) extendidas (flexión 0°), mientras las interfalángicas proximales (IFP) se flexionaron y extendieron de 0° a 90°. Los US se efectuaron en la parte media de la FP. En el estudio anatómico, el aparato extensor de los dedos de cinco manos se expuso por disección. El estudio recibió aprobación del CEI. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Por palpación, en todos los sujetos, manteniendo las MCF extendidas (0° de flexión), se identificó a ambos lados de las FP una cuerda firme que se desplazaba con amplitud, de forma palmar y flexionando activamente la IFP y dorsalmente en su extensión. Por US, estas cuerdas correspondieron a las BL. Sin embargo, el desplazamiento palmar sólo tuvo una mediana de 1.8 mm (p25-75: 0.7-3 mm) y de 1.1 mm (p25-75: 0.3-2.7 mm) en los dedos III y IV, respectivamente (**Tabla 1**). El estudio anatómico confirmó el desplazamiento palmar de las BL con la flexión pasiva de las IFP (**Figura 1**).

Tabla 1. Ultrasonido lateral de las falanges proximales. (P09)

Sujeto	IFP 0°	IFP 90°	Δ	IFP 0°	IFP 90°	Δ
1	0.9	3.9	3.0	1.8	2.8	1.0
2	0.6	2.4	1.8	0.7	2.4	1.7
3	1.3	2.8	1.5	1.6	2.7	1.1
4	2.8	5.7	2.9	0.9	3.6	2.7
5	1.8	2.5	0.7	1.8	2.4	0.6
6	2.0	3.7	1.7	2.5	3.8	1.3
7	1.0	2.8	1.8	2.0	2.3	0.3

Ultrasonido lateral de las falanges proximales. Desplazamiento palmar en milímetros de las bandeletas laterales en siete sujetos sanos, en extensión de la interfalángica proximal (IFP) (flexión 0°) y en flexión de 90°.

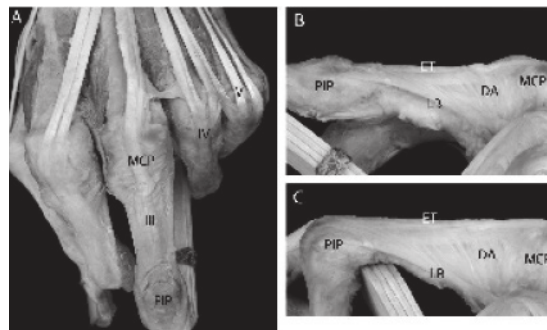
Δ = desplazamiento.

Conclusiones: Se confirma que las cuerdas laterales detectadas a la palpación de las FP corresponden a las BL. La diferencia entre los hallazgos por palpación y mediante US sugiere una ilusión de palpación de movimiento.

Bibliografía

- Vargas A. Clinical anatomy of the hand. *Reumatol Clin.* 2012;8(Suppl 2):25-32.
- Canoso JJ. Musculoskeletal anatomy by self-examination: a learner-centered method for students and practitioners of musculoskeletal medicine. *Ann Anat.* 2020;228:151457.

Figura 1. Aparato extensor de los dedos. **A:** Vista dorsal. **B y C:** vistas cubitales. Con la flexión de la interfalángica proximal (PIP), las bandeletas laterales (LB) se desplazan en sentido palmar. PIP, interfalángica proximal; MCP, metacarpofalángica; ET, tendón extensor; DA, aponeurosis dorsal. (P09)



P10

Participación del inflammasoma en la fisiopatología del síndrome antisintetasa

Vega-Sánchez AE¹, Rojas-Serrano J¹, Ramos-Martínez E², Pérez-Rubio G¹, Falfán-Valencia R¹, Buendía-Roldán I¹, Mejía-Ávila ME¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, ⁽²⁾Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una enfermedad definida por la presencia de enfermedad intersticial pulmonar y positividad de anticuerpos antisintetasa. En la actualidad, las vías fisiopatológicas de la enfermedad no se han identificado. Sin embargo, algunos autores sugieren la participación de la IL-1β. Un trabajo previo de este grupo observó una reducción significativa de los valores de IL-1 e IL-18, luego de seis meses de tratamiento, lo que sugiere la participación de la vía del inflammasoma.

Objetivos: Describir la participación del inflammasoma en la fisiopatología de los pacientes con SAS.

Material y métodos: Se cuantificaron en el lavado bronquioloalveolar de 19 pacientes con SAS y 19 con esclerodermia las cifras de caspasa 1, DHL, IL-1β e IL-18 por las técnicas de fluorométrica, colorimétrica y ELISA.

Resultados: El género femenino fue el más frecuente (66%) y el anticuerpo más común fue PL7 en 42% de los pacientes con SAS. En el lavado bronquioloalveolar se identificaron mayores valores de caspasa 1 en SAS respecto de la esclerodermia (1.25 vs. 0.78; p < 0.001, respectivamente), así como también los valores de DHL (0.15 vs. 0.09; p < 0.001). En las interleucinas no se reconoció diferencia (IL-1β de 1.44 vs. 0.64; p = 0.21; e IL-18 de 1.42 vs. 0.92; p = 0.09). Se encontró una relación positiva entre caspasa 1 y DHL en el grupo de pacientes con SAS (rho = 0.58; p = 0.008), no así en el grupo de esclerodermia (**Tablas 1 a 7**).

Tabla 1. (P10)

Variable	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19	p
Mujeres	12 (66%)	14 (77%)	0.7
Edad	63 (52-69)	65 (63-70)	0.15
Hipertensión	6 (31%)	5 (26%)	0.61
Diabetes mellitus tipo 2	4 (22%)	6 (33%)	0.35
Obesidad	5 (26%)	2 (10%)	0.26
HAP	3 (15%)	3 (15%)	0.67
Características clínicas			
Variable	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19	p

Fiebre	5 (27%)	0	0.02
Tos	15 (83%)	15 (83%)	0.67
Disnea	16 (88%)	15 (83%)	0.50
Manos de mecánico	6 (33%)	0	0.01
Artralgias	6 (33%)	4 (22%)	0.35
Debilidad muscular	6 (33%)	1 (5.5%)	0.04
Xerostomía	7 (38%)	7 (38%)	0.63
Disfagia	0	4 (22%)	0.05
Esclerosis cutánea	0	5 (28%)	0.02
Lesiones pigmentadas	2 (11%)	2 (11%)	0.69
Acropaquias	3 (16%)	4 (22%)	0.50

Comparación entre grupos de las comorbilidades anteriores al ingreso y las variables clínicas al momento de la inclusión; se comparó por medio de la prueba de U de Mann-Whitney.

Tabla 2. Características serológicas de los anticuerpos.(P10)

Características serológicas de los anticuerpos			
Variable	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19	p
Anti-Jo-1	4 (22%)	0	0.05
Anti-OJ	6 (33%)	1 (5.5%)	0.04
Anti-pl7	8 (42%)	0	0.003
Anti-pl12	4 (22%)	0	0.05
Anti-ej	3 (11%)	0	0.2
Anti-NXP2	2 (11%)	1 (5.5%)	0.5
Anti-PM SCL-75	3 (16%)	1 (5.5%)	0.3
Anti-Mi 2-α	0	1 (5.5%)	0.5
Anti-Mi 2-β	3 (16%)	4 (21%)	0.6
Anti-PM SCL-100	2 (11%)	3 (16%)	0.5
Anti-MDA-5	1 (5.5%)	1 (5.5%)	0.7
Anti-rp-155	4 (22%)	7 (36%)	0.3
Anti-rp-11	2 (10%)	3 (16%)	0.5
Anti- TH/To	1 (5.5%)	13 (66%)	> 0.001
Antifibrilarina	1 (5.5%)	5 (27%)	0.08
Anti-cenp-a	1 (5.5%)	1 (5.5%)	0.7
Anti-cenp-a	0	1 (5.5%)	0.5
Anti-Ro52	3 (16%)	2 (11%)	0.5
Anti-Nor90	1 (5.5%)	5 (27%)	0.08
Anti-SCL-70	0	2 (11%)	0.2
Anti- SRP	4 (22%)	2 (11%)	0.3
Anti- Tif 1	0	1 (5%)	0.50
Anti-Ku	0	2 (11%)	0.2
Anti-SAE 1	0	2 (11%)	0.2

Descripción de los anticuerpos presentes entre los grupos de pacientes incluidos en los grupos; se realizó comparación por medio de la prueba de U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Características tomográficas de los pacientes.(P10)

Características tomográficas de los pacientes incluidos en el estudio			
Variable	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19	p
Predominio de inflamación	12 (63%)	0	> 0.001
Predominio de fibrosis	7 (38%)	19 (100%)	> 0.001

Patrón tomográfico inclasificable	0	4 (22%)	0.05
Patrón tomográfico NINE	12 (66%)	9 (44%)	0.48
Patrón tomográfico NINE-NOC	2 (10%)	0	0.50
Patrón tomográfico NOC	2 (10%)	0	0.2
Patrón tomográfico Neumonía usual	2 (11%)	6 (33%)	0.23
Enfermedad de vía aérea	5 (27%)	6 (33%)	0.50

Descripción de las características tomográficas presentes entre los grupos de pacientes incluidos en los grupos; se realizó comparación por medio de la prueba exacta de Fisher.

Tabla 4. Características del lavado bronquiolo alveolar de los pacientes incluidos en el estudio.(P10)

Características del lavado bronquiolo alveolar de los pacientes incluidos en el estudio			
Variable	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19	p
Macrófagos	76 (45-90)	90 (77-94)	0.02
Linfocitos	22 (9.5 -43)	9.75 (4-21)	0.03
Neutrófilos	0 (0 - 0.5)	0 (0 - 1)	0.1
Eosinófilos	0.25 (0-1.5)	0.5 (0-1)	0.7

Comparación de las características del lavado bronquiolo alveolar entre los grupos de pacientes incluidos en los grupos; se realizó comparación por medio de la prueba de U de Mann-Whitney.

Tabla 5. Caracterización de la función pulmonar en pacientes incluidos.(P10)

Características de la función pulmonar de los pacientes incluidos en el estudio			
Variable	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19	p
Capacidad vital forzada			
Litros	1.74 (1.4-2.38)	1.70 (1.38-1.96)	0.24
%	64 (51-84)	66 (48- 79)	0.94
Volumen espirado forzado			
Litros	1.39 (1.17-1.81)	1.53 (1.11 - .73)	0.68
%	69 (57-88)	71.6 (56-92)	0.78
Relación VEF/CVF	87(80-95)	87 (79-106)	0.96
Difusión de monóxido de carbono			
Predicho ajustado	57 (44-80)	52 (40-74)	0.69
Caminata de 6 minutos			
Mejor distancia (m)	355 (240-396)	355 (298-424)	0.43

Comparación de las características de la función pulmonar entre los grupos de pacientes incluidos en los grupos; se realizó comparación por medio de la prueba de U de Mann-Whitney.

Tabla 6. Marcadores de piroptosis e inflamación sistémica en los pacientes incluidos. (P10)

Comparación de los valores de citocinas y de las vías de muerte celular por grupos			
Variable	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19	p K-S
DHL en LBA	0.15 (0.14-0.19)	0.09 (0.09-0.10)	> 0.001
Caspasa 1	1.25 (1.15- 1.35)	0.78 (0.62-1.14)	> 0.001
Leucocitos sangre periférica	7.8 (6.6-8.9)	7.5 (5.2 - .2)	0.43
DHL sérica	218 (186-282)	236 (220-263)	0.69
Il-1β	1.44 (0.5-4.1)	0.64 (0.45-1.43)	0.21

IL-18	1.42 (0.98-2.65)	0.92 (0.62-1.55)	0.09
IL-2	0.75 (0.75- 0.79)	0.75 (0.71-0.84)	0.70
IL-4	0.31 (0.26- 0.46)	0.29 (0.22-0.36)	0.70
IL-6 (n = 16/13)	7.9 (4.4-21.24)	7.8 (5.13-13.73)	0.43
IL-5 (n = 13/5)	0.33 (0.13-0.64)	0.38 (0.33-0.48)	0.93
IL-12 (n = 19/19)	0.41 (0.36-0.45)	0.38 (0.34-0.43)	0.70
IL-13 (n = 1/0)	0.14 (0.14-0.31)		
TNF α	0.47 (0.38-0.69)	0.45 (0.38-0.52)	0.41

Comparación de los marcadores de la vía del inflammasoma y las interleucinas, entre los grupos de pacientes incluidos en los grupos; se realizó comparación por medio de la prueba de U de Mann-Whitney.

Tabla 7. Evaluación de la fuerza de relación entre las variables estudiadas de la vía del inflammasoma.(P10)

Evaluación de la relación entre las variables			
Variable	Todos, n = 38	Antisintetasa, n = 19	Esclerodermia, n = 19
Caspasa 1/LDH	Rho = 0.59 p = 0.0001	Rho = 0.58 p = 0.008	Rho = 0.17 p = 0.47
Caspasa 1/IL1 b	Rho = 0.38 p = 0.01	Rho = 0.34 p = 0.14	Rho = 0.30 p = 0.21
Caspasa 1/IL 18	Rho = 0.45 p = 0.004	Rho = 0.19 p = 0.42	Rho = 0.42 p = 0.07
IL 1 b/IL 18	Rho = 0.69 p \geq 0.001	Rho = 0.60 p = 0.006	Rho = 0.75 p = 0.0002
IL1 b/LHD	Rho = 0.31 p = 0.05	Rho = 0.26 p = 0.26	Rho = 0.18 p = 0.41
IL 18/LHD	Rho = 0.51 p = 0.001	Rho = 0.55 p = 0.01	Rho = 0.43 p = 0.06

Conclusiones: En los pacientes con SAS se observa una actividad aumentada de caspasa 1 y DHLS en el lavado bronquioloalveolar, lo que representa una posible vía fisiopatológica del SAS que incluye la piroptosis.

Bibliografía

- de Torre-Minguela C, Mesa Del Castillo P, Pelegrin P. The NLRP3 and pyrin inflammasomes: implications in the pathophysiology of autoinflammatory diseases. *Front Immunol.* 2017;8:43.
- Witt LJ, Curran JJ, Strek ME. The diagnosis and treatment of antisynthetase syndrome. *Clin Pulm Med.* 2016;23(5):218-26.

P11

Factores asociados a la relación médico-paciente en pacientes reumatológicos

Pascual-Ramos V¹, Contreras-Yáñez I¹, Ortiz-Haro AB¹, Molewijk AC², Obrador GT³, Agazzi E⁴

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Department Medical Humanities, Amsterdam, UMC, VUMC, ⁽³⁾Universidad Panamericana, Interdisciplinary Center of Bioethics & School of Medicine, ⁽⁴⁾Universidad Panamericana Interdisciplinary Center of Bioethics

Introducción: La relación médico-paciente (RMP) modifica los desenlaces en salud.

Objetivos: Identificar los factores relacionados con la RMP deficiente (RMPD) en pacientes con enfermedades reumatológicas (ER).

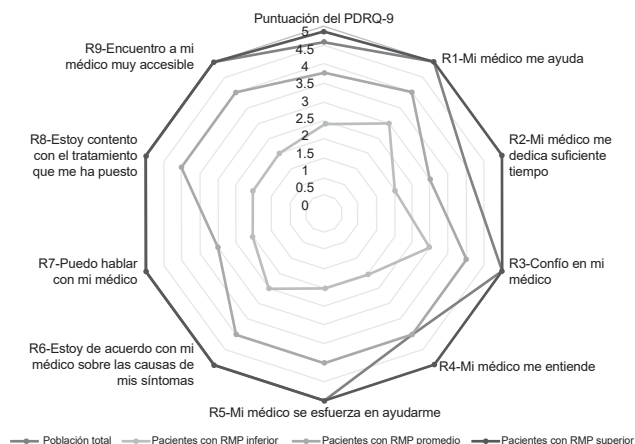
Material y métodos: Se incluyó a 600 pacientes con 10 ER. La RMP se evaluó mediante el *Patient-Doctor-Relationship-Questionnaire* (PDRQ-9) y una autoevaluación del paciente (inferior, promedio, superior), la calidad de vida

mediante el SF-36 y el ideal de autonomía del paciente con un cuestionario validado. Se definió RMPD de acuerdo con un punto de corte establecido por el método del desempeño límite (< 3.73, escala de 1-5). Se usó análisis de regresión logística para identificar los factores vinculados con RMPD.

Resultados: Los 600 pacientes fueron principalmente mujeres (86%), con una mediana de edad de 48.8 años y escolaridad de 12 años, con ER de larga evolución y deterioro de la calidad de vida (73.6%-77.6%). La puntuación del PDRQ-9 y de cada reactivo se presenta en la **Figura 1**, la cual resume además la comparación de los datos entre los pacientes con autoevaluación de la RMP inferior, promedio y superior. Hubo 178 pacientes (29.7%) con RMPD. La **Tabla 1** compara las características entre los pacientes con RMPD y su contraparte. La mejor puntuación del SF-36 (OR, 0.977; IC95%, 0.964-0.990; p \leq 0.001) y el modelo de autonomía ideal del paciente paternalista (OR, 0.279; IC95%, 0.147-0.528; p \leq 0.001) fueron factores protectores para RMPD.

Tabla 1. Comparación de las características entre los pacientes con RMPD y aquéllos con RMP adecuada. (P11)

Figura 1. Puntuación total del PDRQ-9 y de cada reactivo en los pacientes con ER y comparación entre pacientes clasificados de acuerdo con la autoevaluación de la RMP. (P11)



	Pacientes con RMPD, n = 178	Pacientes con RMP adecuada, n = 422	p
Características sociodemográficas			
Sexo femenino*	161 (90.4)	355 (84.1)	0.053
Años de edad	45.9 (35.9-57.9)	49.3 (36.7-60.3)	0.103
Años de escolaridad	12 (9-16)	12 (9-16)	0.413
Nivel socioeconómico medio-bajo*	159 (89.3)	374 (88.6)	0.888
Profesar una religión*	167 (93.8)	377 (89.3)	0.092
Dependencia económica*	107 (60.1)	249 (59)	0.856
Convivencia en pareja*	82 (46.1)	223 (52.8)	0.153
Con acceso a la seguridad social*	28 (15.7)	77 (18.2)	0.483
Característica propias de la ER			
Tiempo de evolución	10.5 (5.1-18.6)	11.4 (5.4-20.1)	0.348
ER < 5 años de duración*	43 (24.2)	90 (21.3)	0.453
Enfermedad entre 5-10 años de duración*	46 (25.8)	110 (26.1)	1
Enfermedad > 10 años de duración*	89 (50)	222 (52.6)	0.592
Tiempo de seguimiento en reumatología	9.3 (3.4-16.5)	9.3 (4.2-17.2)	0.640
Con comorbilidades*	103 (57.9)	249 (59)	0.856
Puntuación del índice de Charlson	1 (1-1)	1 (1-2)	0.162

Participación en proyectos de investigación*	22 (12.4)	43 (10.2)	0.473
Hospitalizados en el año previo*	23 (12.9)	57 (13.5)	0.896
Número de hospitalizaciones ¹	1 (1-1)	1 (1-1)	0.939
Desenlaces notificados por el paciente			
EVA dolor	18 (3-42.8)	11 (0-38.5)	0.042
EVA dolor ≤ 30 mm*	113 (63.5)	298 (70.8)	0.083
HAQ-DI	0.625 (0-1.375)	0.375 (0-1)	0.081
HAQ-DI ≤ 0.5*	85 (47.8)	247 (58.5)	0.019
SF-36 global	56 (43.1-70.5)	63.1 (47.9-76.5)	0.001
SF-36 componente físico ≥ 79*	26 (14.7)	102 (24.2)	0.103
SF-36 componente mental ≥ 77*	38 (21.5)	119 (28.3)	0.009
Tratamiento			
Tratamiento inmunosupresor*	169 (94.9)	187 (44.3)	0.928
Número de medicamentos inmunosupresores / paciente	1 (1-2)	1 (1-2)	0.456
Tratamiento con corticosteroides	80 (44.9)	187 (44.3)	0.928
Encuentros con reumatólogo de sexo femenino*	146 (82.5)	350 (82.9)	0.906
Variables relativas a la autonomía			
Coincidencia médico-paciente en el modelo de autonomía ideal ^{1,2}	91 (62.3)	272 (77.7)	0.001
Coincidencia médico-paciente en el modelo de autonomía ideal que refleja una toma de decisiones paternalista ^{1,2}	95 (65.1)	280 (80)	0.001
Paciente con modelo de autonomía ideal que refleja una toma de decisiones paternalista ^{1,2}	108 (74)	313 (89.4)	≤ 0.001

Los valores se presentan como mediana (rango intercuartílico) salvo los señalados con * que se presentan como N° (%) de pacientes. ¹Restringido a los pacientes con alguna hospitalización en el año previo. ER, enfermedad reumatológica; EVA, escala visual análoga; HAQ-DI, *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (evalúa discapacidad); SF-36, *Short Form-36* reactivos (evalúa calidad de vida); MP, médico-paciente. ²En las variables identificadas, los grupos se integraron por pacientes con un único modelo de autonomía ideal de acuerdo con el instrumento validado, de tal manera que hubo 146 pacientes en el grupo de pacientes con RMPD y 350 en el grupo con RMP adecuada.

Conclusiones: En casi un tercio de los pacientes con ER hubo RMPD; la peor calidad de vida se relacionó con RMPD, mientras que el ideal de autonomía paternalista fue protector.

Bibliografía

- Mingote-Adán JC, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez-Herrera M, Ruiz-López P. Psychometric validation of the spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDQR). *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(2):94-100.
- Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Ortiz-Haro AB, Molewijk AC, Obrador GT, Agazzi E. Concordance among patients and physicians about their ideal of autonomy impacts the patient-doctor relationship: a cross-sectional study of Mexican patients with rheumatic diseases. *Plos One* 2020; accepted for publication.

P12

Aterosclerosis subclínica en los primeros cinco años de artritis reumatoide

Guajardo-Jáuregui N¹, Colunga-Pedraza JJ¹, Azpiri-López JR², Galarza-Delgado DA¹, Rodríguez-Romero AB¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Garza-Acosta AC³

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

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

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor riesgo de desarrollar un episodio cardiovascular (CV) debido a un proceso acelerado de aterosclerosis; se ha documentado que este proceso inicia en etapas tempranas de la enfermedad y está directamente relacionado con la inflamación sistémica.

Objetivos: Describir la prevalencia de la aterosclerosis subclínica en pacientes con diagnóstico de AR ≤ 5 años.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y comparativo. Se incluyó a 53 pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR ≤ 5 años (ACR/EULAR 2010) y 53 controles pareados por edad, género y comorbilidades CV. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los sujetos del estudio. Se evaluó la presencia de aterosclerosis subclínica con grosor de la íntima media carotídea (GIMc), tras considerar un valor aumentado ≥ 0.8 mm y presencia de placa carotídea definida como un aumento del espesor local ≥ 0.5 mm o GIMc ≥ 1.2 mm. Comparaciones con χ^2 , prueba exacta de Fisher, T de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Se encontró una diferencia significativa en la presencia de placa carotídea y fue más prevalente en pacientes con AR (26.4% vs. 11.3%, p = 0.04). La presencia de un GIMc aumentado también mostró una diferencia estadísticamente significativa y fue mayor en pacientes con AR (34.0% vs. 3.8%, p ≤ 0.01) (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas y de la enfermedad. (P12)

	AR (n = 53)	Controles (n = 53)	p
Edad, años ± DE	54.48 ± 9.09	54.86 ± 6.83	NS
Género femenino, n (%)	49 (92.5)	49 (92.5)	NS
DMT2, n (%)	8 (15.1)	7 (13.2)	NS
HTA, n (%)	17 (32.1)	17 (32.1)	NS
Dislipidemia, n (%)	19 (35.8)	19 (35.8)	NS
Obesidad, n (%)	21 (39.6)	20 (37.7)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	3 (5.7)	4 (7.5)	NS
IMC, kg/m ² (p25-p75)	28.78 (25.92-33.21)	27.59 (24.55-33.34)	NS
Duración de la enfermedad, años ± DE	2.48 ± 1.31	-	-
DAS28-PCR, mediana (p25-p75)	3.21 (1.89-4.12)	-	-
MTX, n (%)	39 (73.6)	-	-
Glucocorticoides, n (%)	29 (54.7)	-	-

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

Tabla 2. Hallazgos del ultrasonido carotídeo. (P12)

	AR (n = 53)	Controles (n = 53)	p
Placa carotídea, n (%)	14 (26.4)	6 (11.3)	0.04
Placa carotídea unilateral, n (%)	6 (11.3)	4 (7.5)	NS
Placa carotídea bilateral, n (%)	8 (15.1)	2 (3.8)	0.04
GIMc ≥ 0.8 mm, n (%)	18 (34.0)	2 (3.8)	< 0.01
GIMc ≥ 0.8 mm unilateral, n (%)	11 (20.8)	2 (3.8)	< 0.01
GIMc ≥ 0.8 mm bilateral, n (%)	7 (13.2)	0 (0.0)	0.01
GIMc derecha, mm (p25-p75)	0.70 (0.58-1.05)	0.59 (0.49-0.63)	< 0.01
GIMc izquierda, mm (p25-p75)	0.75 (0.57-1.10)	0.60 (0.52-0.65)	< 0.01
Presencia de aterosclerosis subclínica, n (%)	28 (52.8)	10 (18.9)	< 0.01

NS, no significativo; GIMc, grosor de la íntima media carotídea.

Conclusiones: Los pacientes con AR con cinco años o menos de diagnóstico tienen una mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica que la población general. La evaluación CV se debe realizar al momento del diagnóstico y posteriormente individualizar según el riesgo CV de cada paciente con un máximo de cinco años.

Bibliografía

1. Geraldino-Pardilla L, Russo C, Sokolove J, Robinson WH, Zartoshti A, Van Eyk JV, et al. Association of anti-citrullinated protein or peptide antibodies with left ventricular structure and function in rheumatoid arthritis. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2017;56(4):534-40.
2. Ahmad S, Garg S, Dhar M, Srivastava S, Biswas D, Barthwal SP, et al. Predictors of atherosclerosis in rheumatoid arthritis. *Vasa J Vasc Dis*. 2012;41(5):353-9.

P13

Expresión génica y carga mecánica en la artritis espontánea murina

Acosta-Jiménez S, González-Chávez SA, Pacheco-Tena C

Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: El efecto de la carga mecánica en la artritis se ha investigado poco; se desconoce la influencia del estrés mecánico sobre los mecanismos moleculares tisulares. La dificultad de estudiar el tejido en donde ocurren los procesos patológicos es un factor limitante; los modelos animales representan una alternativa.

Objetivos: Evaluar los efectos de la carga mecánica genética en el modelo de artritis espontánea (AE) en el ratón DBA/1.

Material y métodos: Se emplearon tejidos tarsales de ratones de la cepa DBA/1 con AE. Los tejidos se agruparon en aquellos que recibieron carga mecánica a través de ejercicio durante 8 semanas y los que no. El efecto de la carga mecánica se exploró mediante microarreglos de DNA (Affimetrix GeneChip® Mouse Transcriptome Array).

Resultados: El análisis bioinformático se realizó en el software *Transcriptome Analysis Console de AppliedBiosystems*. La carga mecánica indujo la expresión diferencial de 4 669 genes, 2 456 infrarregulados y 2 213 sobrerregulados (puntuación $Z \geq 1.1$ DE) (Figura 1). Los genes expresados desregularon procesos y vías como el ciclo de Krebs, la cadena de transporte de electrones, la fosforilación oxidativa, la glucólisis y la gluconeogénesis, entre otras, y fueron predominantes los genes sobrerregulados en éstas, mientras que entre las vías que presentan mayor cantidad de genes infrarregulados figuran la síntesis de triglicéridos, el estrés oxidativo o la degradación del proteosoma (Tabla 1).

Conclusiones: La carga mecánica desreguló la expresión génica de las articulaciones tarsales de ratones DBA/1 con AE. Se observó una exacerbación en los procesos metabólicos. No se demostraron efectos significativos en los procesos patológicos relacionados con la artritis. Es necesario seguir explorando el efecto de la carga mecánica en las articulaciones artríticas.

Figura 1. Expresión génica influida por la carga mecánica derivada del análisis del microarreglo (puntuación $Z \geq 1.1$ DE).(P13)

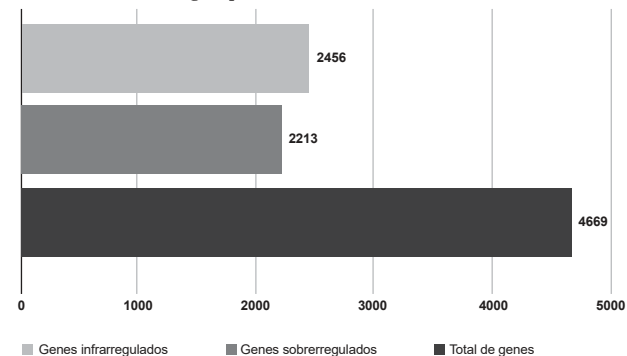


Tabla 1. Expresión de genes en el efecto de la carga mecánica en procesos biológicos y vías de señalización en el ratón DBA/1 con AE. (P13)

Vía de señalización o proceso biológico	Genes sobrerregulados	Genes infrarregulados
Ciclo de Krebs	Idg3a, Idh3b, Idh3g, Ogdh, Aco2, Sucla2, Sdhb, Fh1, Mdh2, Mdh1	-
Síntesis de omega-9 fa	Acot1, Acot2, Elovl6, Acsl3	Acsl1, Fasn
Cadena de transporte de electrones	Ndufa3, Ndufa8, Ndufa9, Sdhb, Uqcrc2, Uqcrc, Uqcrcf1, Cox6a2, Atp5c1, Atp5e, Atp5o, Atp5g2, Atp5j2, Ucp3	-
Síntesis de triglicéridos	Agpat4	Gdp1, Agpat2, Agpat3, Dgat1, Dgat2, Lpl
Fosforilación oxidativa	Atp5o, Atp5g2, Atp5e, Atp5g1, Atp5j2, Ndufa3, Ndufa8, Ndufa9, Ndufb9, Ndufs8, Ndufc1	-
Glucólisis y gluconeogénesis	Pfkfb, Fbp2, Tpi1, Pgam2, Eno3, Pck1, Mdh1, Mdh2	Pgam1
Biosíntesis de ácidos grasos	Ascl3, Echdc1, Acaa2	Acyl, Fasn, Acsl1
Estrés oxidativo	-	Gpx1, Nqo1, Gsr, Gstt2, Mgst, Cyp1a1, Xdh,
Degradación del proteosoma	-	Psmc1, Psmc4, Psmc3, Psmc4, Psmc3, Psmc5, Psmc6, Psmc7, Psmc1,
Vía de señalización de quimiocinas	Ccl21a, Gm13306, Ccl27a, Cxcr1, Adcy2, Prkx, Arrb2	Cxcl13, Ccl7, Ccl11, Cxcl1, Ccl12, Cxcl5, Cxcl12, Cxcl14, Grk6, Gnb2, Gng10, Akt1, Cxcr1

En la Figura 1, se muestra un gráfico de barras horizontales que resume los datos de la expresión génica. El eje horizontal representa el número de genes, con marcas a 0, 1000, 2000, 3000, 4000 y 5000. Hay tres barras: una gris superior para 'Genes infrarregulados' (2456), una gris inferior para 'Genes sobrerregulados' (2213), y una negra para 'Total de genes' (4669).

Bibliografía

1. Cambré I, Gaublumme D, Burssens A, Jacques P, Schryvers N, De Muynck A, et al. Mechanical strain determines the site-specific localization of inflammation and tissue damage in arthritis. *Nat Commun*. 2018;9(1):4613.
2. Blazek AD, Nam J, Gupta R, Pradhan M, Perera P, Weisleder NL, et al. Exercise-driven metabolic pathways in healthy cartilage. *Osteoarthritis Cartilage*. 2016;24(7):1210-22.

P14

Obesidad sarcopénica y alteraciones metabólicas en pacientes con enfermedades reumatológicas

Gamboa-Alonso CM, Díaz-Angulo JE, Figueroa-Parra G, Salinas-Zamora KM, Ancer-Rodríguez P, Galarza-Delgado D, Riega-Torres J

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Las enfermedades reumatológicas se han relacionado con un riesgo incrementado de desnutrición, definida como una condición fisiológica causada por la ingestión insuficiente, no balanceada o excesiva de nutrientes debido a alteraciones en el estado metabólico. La obesidad sarcopénica definida como un índice de masa corporal (IMC) aumentado y disminución de la masa muscular se observa con frecuencia en estas anomalías que exacerbaban el estado proinflamatorio y el descontrol clínico de la enfermedad subyacente.

Objetivos: Documentar el estado metabólico y la obesidad sarcopénica en pacientes con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico reumatológico que acudieran a la consulta de reumatología del Hospital Universitario “José E. González” de agosto de 2018 a marzo de 2020. Las medidas antropométricas se obtuvieron con bioimpedancia eléctrica (TANITA). Los datos se clasificaron de acuerdo con parámetros validados. El IMC > 25 kg/m² se clasificó como sobrepeso y > 30 kg/m² como obesidad, grasa anormal > 35% en mujeres y > 24% en hombres, grasa visceral alta > 12%, masa magra baja < 68% en mujeres y < 75% en hombres y masa ósea baja < 2.4.

Resultados: Se incluyó a 1 193 pacientes con diagnóstico reumatológico y nutricional por TANITA, 1 074 (90.02%) eran mujeres con una edad media de 50.16 (DE, 14.04); 521 (43.6%) tenían el diagnóstico de artritis reumatoide (Tabla 1). Los pacientes con mayor porcentaje de obesidad sarcopénica fueron los sujetos con OA con 64 (61.5%), seguidos por AR con 302 (58%) (Tabla 2).

Tabla 1. Diagnóstico de pacientes reumatológicos con tamizaje metabólico. (P14)

	n = 1 193	%
Artritis reumatoide	521	43.6
LES	162	13.5
OA	104	8.7
Esclerosis sistémica	33	2.8
Otros	373	31.27

LES, lupus eritematoso sistémico; OA, osteoartritis.

Tabla 2. Clasificación de enfermedades reumatológicas de acuerdo con el tamizaje metabólico por TANITA. (P14)

	n = 1 193				%
IMC anormal	758				63.5
Grasa total alta	693				58.1
Grasa visceral alta	158				13.2
Masa magra baja	995				83.4
Agua corporal baja	711				59.6
Obesidad sarcopénica	684				57.3
	AR (521)	LES (162)	OA (104)	SSc (33)	
IMC anormal	335 (64.3%)	93 (57.4%)	72 (69.2%)	14 (42.4%)	
Grasa total alta	305 (58.5%)	83 (51.2%)	62 (62.5%)	13 (39.4%)	
Grasa visceral alta	62 (11.9%)	16 (9.9%)	12 (11.5%)	2 (6.1%)	
Masa magra baja	455 (87.3%)	125 (77.2%)	91 (87.5%)	20 (60.6%)	
Obesidad sarcopénica	302 (58%)	82 (50.6%)	64 (61.5%)	13 (39.4%)	

Conclusiones: La obesidad sarcopénica es un hallazgo común en pacientes reumatológicos; se requieren programas nutricionales para reforzar el estado nutricional, al mejorar la actividad clínica de las enfermedades proinflamatorias y prevenir las comorbilidades relacionadas con estas alteraciones metabólicas.

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. Published 2020 Aug 7. doi:10.3390/ijms21165678
2. Giles JT, Ling SM, Ferrucci L, et al. Abnormal body composition phenotypes in older rheumatoid arthritis patients: association with disease characteristics and pharmacotherapies. *Arthritis Rheum.* 2008; 59(6):807-815. doi:10.1002/art.23719

P15

Discapacidad en síndrome antifosfolípido: correlación con deterioro cognitivo

Cimé-Aké EA, Medina-García G, Bonilla-Vázquez R, Vera-Lastra OL, Saavedra-Salinas MA, Jara-Quezada LJ

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El estado trombotico y las secuelas del síndrome antifosfolípido (SAF) causan discapacidad. Diversos factores psicosociales contribuyen al deterioro cognitivo (DC).

Objetivos: Determinar la relación del estado funcional con DC en el SAF primario.

Material y métodos: Transversal analítico que incluyó a pacientes con SAF primario y controles; el DC se determinó con la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) y el estado funcional con el Cuestionario para Evaluación de Discapacidad de la OMS (WHODAS-2.0). Se utilizó correlación de Spearman, χ^2 y regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 63 pacientes con SAF primario y 60 controles pareados por edad y género. En el SAF, edad de 48.0 ± 13.5 años, seguimiento de 13.6 ± 8.6 años, género femenino (77.8%) y anticoagulante lúpico (73.0%); episodios tromboticos arteriales (ETA) (34.9%) y enfermedad vascular cerebral (30.2%). Se documentó discapacidad en la mayor parte de los dominios del WHODAS-2.0 y puntuación total, y fue mayor en participación (21.88; RIC, 6.2-37.5), movilidad (15.00; RIC, 0.0-45.0) y puntuación total (13.51; RIC, 5.1-26.6); 65.1% con DC. Al comparar con controles, los pacientes con SAF mostraron mayor deterioro de la puntuación total WHODAS 2.0 (13.51; RIC, 5.1-26.6 vs. 6.96; RIC, 3.0-15.0; p 0.0179) y prueba de MoCA (24.00; RIC, 22.0-26.0 vs. 28.00; RIC 26.0-29.0, p < 0.0001). Los dominios personales y puntuación total WHODAS-2.0 se correlacionaron inversamente con MoCA, con predominio de actividades cotidianas (rho = -0.419) y cuidado personal (rho = -0.407), p = 0.001 (Tabla 1). Los ETA confieren riesgo para DC (OR, 10.32; IC, 1.1-99.8; p = 0.044).

Tabla 1. Correlación del estado funcional y grado de estrés con el deterioro cognitivo en pacientes con SAF (n: 63). (P15)

Discapacidad	MoCA (rho*)	p*
Cognición	-0.256	0.042**
Movilidad	-0.356	0.004**
Cuidado personal	-0.407	0.001**
Relaciones	-0.064	0.618
Actividades cotidianas	-0.419	0.001**
Participación	-0.154	0.229
WHODAS 2.0 puntuación total	-0.338	0.007**

Se realizó una correlación entre los dominios y la puntuación total WHODAS 2.0 con la puntuación de MoCA. Se encontró que la cognición, movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y puntuación total WHODAS 2.0 se correlacionaron inversa y significativamente con la puntuación MoCA.

WHODAS: Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS; MoCA, Evaluación Cognitiva de Montreal.

* Correlación de Spearman.

** Estadísticamente significativo.

Conclusiones: La discapacidad en el SAF primario es interdependiente con DC. La prevención secundaria trombotica y las medidas de estimulación neurocognitivas son importantes para mantener la funcionalidad y prevenir el DC.

Bibliografía

1. García D, Erkan D. Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med.* 2018;378(21):2010-21.
2. Rawtaer I, Gao Q, Nyunt MS, Feng L, Chong MS, Lim WS, et al. Psychosocial risk and protective factors and incident mild cognitive impairment and dementia in community dwelling elderly: findings from the Singapore Longitudinal Ageing Study. *J Alzheimers Dis.* 2017;57 (2):603-11.

P16

Mayor anti-CCP asociado al humo de leña en artritis reumatoide

Rodríguez-Romero AB¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Galarza-Delgado DA¹, Azpiri-López JR², Guajardo-Jáuregui N¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Arvizu-Rivera RI¹, Vera-Pineda R², Esquivel-Valerio JA¹

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

Introducción: La exposición al humo de leña es un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples enfermedades.

Objetivos: Informar la correlación entre anti-CCP y factor reumatoide (IgG, IgM e IgA) con la exposición al humo de leña en AR.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal. Se incluyó a 318 pacientes con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010). La exposición al humo de leña se expresó mediante el índice de exposición de biomasa (BEI) calculado a partir de la media de horas expuestas al día multiplicado por el número de años expuestos. Los pacientes se dividieron en dos grupos (BEI ≥ 1 y BEI = 0) y se parearon por edad, género y comorbilidades. Comparaciones con χ^2 o T de Student.

Resultados: Las características demográficas se hallan en la **Tabla 1**. Un total de 159 (50%) pacientes estaba expuesto al humo de leña, con BEI medio de 35 (15-90). La positividad de anticuerpos anti-CCP se registró en 102 (64.2%) con un título medio de 97.1 U/ml (1.7-198) en el grupo expuesto y en 89 (56%) con un título medio de 8.5 U/ml (1.1-145) en el grupo no expuesto (p = 0.003) (**Tabla 2**). La rho de Spearman mostró una correlación leve entre los títulos de anticuerpos anti-CCP y BEI (rho = 0.170, p = 0.002). La exposición al humo de leña se vinculó de forma independiente con mayores títulos de anticuerpos anti-CCP (B = 35.4, p ≤ 0.001).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con AR expuestos y no expuestos al humo de leña. (P16)

Características	AR expuestos (n = 159)	AR no expuestos (n = 159)	p
Demográficas			
Edad (años), media ± DE	56.7 ± 8.7	55.4 ± 8.1	NS
Género femenino, n (%)	148 (93.1)	148 (93.1)	NS
IMC, kg/m ² (p25-p75)	27.8 (25-31)	28 (25-31)	NS
BEI, mediana (p25-p75)	35 (15-90)	0	
Duración de enfermedad, años (p25-p75)	9 (3.5-15.1)	6.8 (2.8-14.6)	NS
DAS28-PCR, mediana (p25-p75)	3.37 (2.11- 4.4)	3.17 (2.09-4.2)	NS
Comorbilidades, n (%)			
Dislipidemia	50 (31.4)	43 (27)	NS
Hipertensión arterial	55 (34.6)	48 (30.2)	NS
Diabetes mellitus	24 (15.1)	23 (14.5)	NS
Tabaquismo activo	8 (5)	8 (5)	NS
Medicamentos, n (%)			
Metotrexato	132 (83.5)	130 (82.8)	NS
Glucocorticoides	100 (63.3)	88 (56.1)	NS
IECA	19 (12)	13 (8.2)	NS
ARA	25 (15.8)	22 (14)	NS
β-bloqueadores	11 (7.0)	9 (5.7)	NS
Estatinas	20 (12.7)	22 (13.8)	NS

NS, no significativo; DAS28-PCR, Disease activity score using 28 joints y proteína C reactiva; BEI, Índice de exposición a biomasa; IECA, inhibidor de enzima convertidora de angiotensina; ARA, antagonista receptor de angiotensina.

Tabla 2. Comparación de seropositividad entre los pacientes AR expuestos y los no expuestos al humo de leña. (P16)

	AR expuestos (n = 159)	AR no expuestos (n = 159)	p
Positividad anticuerpos anti-CCP, n (%)	102 (64.2)	89 (56)	NS
Títulos anticuerpos anti-CCP, U/ml (p25-p75)	97.1 (1.7-198)	8.5 (1.1-145)	0.003
Positividad FR IgG, n (%)	31 (19.5)	24 (15.1)	NS
Títulos FR IgG, U/ml (p25-p75)	5 (2-13)	4.9 (2-13)	NS
Positividad FR IgM, n (%)	136 (85.5)	126 (79.2)	NS
Títulos FR IgM, U/ml (p25-p75)	198 (41-200)	177 (28-200)	NS
Positividad FR IgA, n (%)	98 (61.6)	92 (57.9)	NS
Títulos FR IgA, U/ml (p25-p75)	52.9 (9.3-193)	33 (5-159)	NS

NS, no significativo; anti-CCP, anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado; FR, factor reumatoide.

Conclusiones: Se encontró una correlación significativa entre la exposición al humo de leña y títulos más altos de anticuerpos anti-CCP en pacientes con AR, lo cual representa un indicador de mal pronóstico en estos pacientes.

Bibliografía

- Fullerton DG, Bruce N, Gordon SB. Indoor air pollution from biomass fuel smoke is a major health concern in the developing world. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102(9):843-51.

P17

Polimorfismos de TNFSF4 y susceptibilidad de presentar síndrome de Sjögren

Salas-García AK¹, Barbosa-Cobos RE¹, Montúfar-Robles I¹, Gomez-coello-Vázquez VH¹, Lugo-Zamudio GE¹, Concha-Del Río LE², Ramírez-Bello J¹

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Asociación para Evitar la Ceguera en México

Introducción: TNFSF4 codifica a la proteína OX40L (ligando de OX40) y, junto con OX40, participa en la proliferación de células T. En el síndrome de Sjögren primario (SSp), OX40L/OX40 contribuye en la expansión de las células T auxiliares foliculares esenciales en la formación del centro germinal, diferenciación de linfocitos B y producción de autoanticuerpos sistémicos. La relación de TNFSF4 con susceptibilidad para presentar SSp se ha evaluado en las poblaciones china, noruega y sueca, esta última con informe de susceptibilidad genética.

Objetivos: Identificar si los polimorfismos rs2205960G/T y rs-1234315T/C localizados en TNFSF4 están vinculados con susceptibilidad para presentar SSp en pacientes mexicanos.

Material y métodos: Estudio de casos y controles; se incluyó a 158 mujeres, media de edad de 61 años (DE ± 12.15) con diagnóstico de SSp (criterios AECG-2002) y 158 mujeres sanas. Se realizó genotipificación mediante técnica TaqMan. El análisis descriptivo se realizó con software SPSS y el inferencial con FINETTI mediante la prueba de ji cuadrada.

Resultados: Características clínicas de las pacientes con SSp: tabaquismo (19%), HAS (24.7%), dislipidemia (22.8%), DM2 (7.6%), Schirmer+ (63.9%), tinción ocular rosa de Bengala+ (53.2%), flujo salival no estimulado (85.4%), anti-SSA (85.4%) anti-SSB (53.2%), biopsia de glándula salival (78.5%); fiebre (18.4%), pérdida de peso (28.5%), miositis (1.3%), fenómeno de Raynaud (18.4%), enfermedad pulmonar intersticial (7.6%). Tratamiento sintomático: ocular (94.3%), oral (51.9%). Tratamiento sistémico: hidrox-cloroquina (54.4%), metotrexato (31.6%), azatioprina (1.9%), ciclofosfamida (4.4%), rituximab (1.9%), ácido micofenólico (1.9%), ciclosporina (0.6%),

glucocorticoides (42.4%). El polimorfismo rs1234315T/C de *TNFSF4* mostró vinculación con SSs, no así rs2205960G/T, aunque éste presentó tendencia a la relación (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias alélicas y genotípicas y análisis de relación de *TNFSF4* en pacientes con SSs y controles mexicanos. (P17)

SNP	SSs, n = 158 n (%)	Controles, n = 158 n (%)	OR	95%IC	Valor p
rs2205960G/T					
Genotipo					
GG	42 (26.6)	57 (36.1)	Referencia	--	--
GT	86 (54.4)	74 (46.8)	1.58	0.95 - 2.61	0.08
TT	30 (19.0)	27 (17.1)	1.51	0.78 - 2.90	0.22
Alelo					
G	170 (53.8)	188 (59.5)	Referencia	Referencia	Referencia
T	146 (46.2)	128 (40.5)	1.26	0.92 - 1.73	0.15
rs1234315T/C					
Genotipo					
TT	78 (49.4)	60 (38.2)	2.08	1.00 - 4.31	0.046*
TC	65 (41.1)	73 (46.5)	1.42	0.69 - 2.95	0.34
CC	15 (9.5)	24 (15.3)	Referencia	--	--
Alelo					
T	221 (69.9)	193 (61.5)	1.46	1.05 - 2.03	0.025*
C	95 (30.1)	121 (38.5)	Referencia	--	--

OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza; *, estadísticamente significativo.

Conclusiones: En este estudio de *TNFSF4* en población mexicana con SSs se identificó una tendencia a la vinculación con susceptibilidad del polimorfismo rs2205960G/T y con susceptibilidad del polimorfismo rs1234315T/C; puede sugerirse que este gen es factor de riesgo para SSs.

Bibliografía

- Nocturne G, Mariette X. Advances in understanding the pathogenesis of primary Sjögren's syndrome. *Nat Rev Rheum.* 2013;9(9):544-556.
- Nordmark G, Kristjansdottir G, Theander E, Appel S, Eriksson P, Vasaitis L, et al. Association of EBF1, FAM167A(C8orf13)-BLK and TNFSF4 gene variants with primary Sjögren's syndrome. *Genes Immun.* 2011;12(2):100-109.

P18

Anticuerpos antinucleares, respuesta al daño al ADN y procesos reproductivos en mujeres sanas

González-Chávez SA, Pacheco-Tena C, Burrola-De Anda J, Mireles-Canales P

Laboratorio Pabiom, Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se relaciona con procesos reproductivos, incluida su propensión por edad fecunda y aún más

por el embarazo. Los anticuerpos antinucleares (ANA) son patogénicos en LES, aunque se encuentran en 20% de individuos sanos. La respuesta al daño del DNA (rd-DNA) se ha vinculado con la patología del LES y potencialmente con la aparición de ANA; sin embargo, no se ha explorado en mujeres sanas.

Objetivos: Evaluar la relación entre ANA, rd-DNA y los procesos reproductivos (ciclo menstrual y embarazo) en mujeres sanas (Tabla 1).

Material y métodos: El grupo total (GT) incluyó a 138 mujeres sanas, 87 no embarazadas (MNE) y 51 embarazadas (ME). Se determinó ANA por ELISA e IFI. La rd-ADN se midió con RAD51 y XRCC1 (ELISA) en el suero.

Resultados: La prevalencia de ANA en el GT fue de 26% (MNE: 24.1% y ME: 29.4%, p = 0.21). No se encontraron diferencias en la prevalencia de ANA+ entre las fases del ciclo menstrual (p = 0.93) ni entre los trimestres del embarazo (p = 0.86). Tampoco hubo diferencias en RAD51 o XRCC1 entre las fases del ciclo menstrual o trimestres del embarazo. La rd-DNA fue mayor en ME que en MNE (XRCC1: 6.73 vs. 2.51, p < 0.001 y RAD51: 5.67 vs. 3.27, p < 0.001); asimismo, estos marcadores fueron mayores en las mujeres ANA+ (XRCC1: 4.88 vs. 3.49, p = 0.03 y RAD51: 4.77 vs. 3.65, p = 0.01). La cantidad de ANA se correlacionó con la concentración de RAD51 en el GT (r_s = 0.170, p = 0.001).

Conclusiones: La rd-DNA se relaciona con la presencia de ANA y el embarazo en mujeres sanas.

Bibliografía

- Mireles-Canales MP, González-Chávez SA, Quiñón-Flores CM, León-López EA, Pacheco-Tena C. DNA damage and deficiencies in the mechanisms of its repair: implications in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *J Immunol Res.* 2018;2018:1-18.
- Grygiel-Górniak B, Rogacka N, Puszczewicz M. Antinuclear antibodies in healthy people and non-rheumatic diseases - diagnostic and clinical implications. *Reumatología/Rheumatology.* 2018;56(4):243-8.

P19

Artritis reumatoide y poliautoinmunidad

Solórzano-Flores SY, Ramírez R, Martínez L, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología

Introducción: La poliautoinmunidad corresponde a la presencia de más de una enfermedad autoinmunitaria (EAI) bien definida en un paciente.

Objetivos: Describir la frecuencia de poliautoinmunidad en pacientes con artritis reumatoide (AR), enfermedades coexistentes, manifestaciones y autoinmunidad familiar.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal de pacientes con AR (según los criterios del *American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism 2010*), que acudieron a consulta de reumatología en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de septiembre a diciembre de 2019. Se revisó el expediente electrónico para variables de interés: EAI, características demográficas y manifestaciones extraarticulares. Se

Tabla 1. Relación de ANA y respuesta al daño al DNA en mujeres sanas en edad reproductiva. (P18)

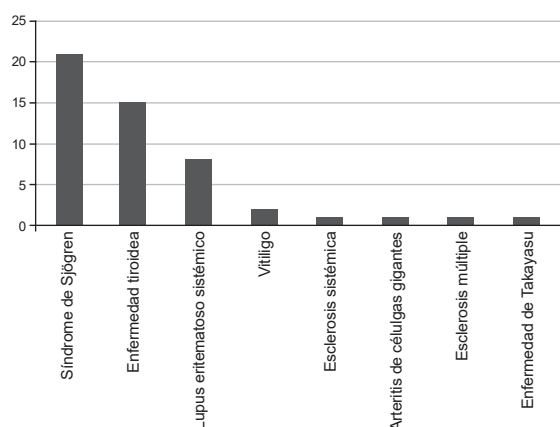
Marcador de respuesta al daño al ADN	No embarazadas (n = 87)	Embarazadas (n = 51)	P	Total mujeres sanas (n = 138)			No embarazadas (n = 87)			Embarazadas (n = 51)		
				ANA- (n = 102)	ANA+ (n = 36)	P	ANA- (n = 66)	ANA+ (n = 21)	P	ANA- (n = 36)	ANA+ (n = 15)	P
XRCC1 (pg/ml) Mediana (RIQ)	2.51 (1.45-4.44)	6.73 (4.59-9.10)	< 0.001 ^a	3.49 (1.67-6.26)	4.88 (2.75-6.67)	0.025 ^b	2.29 (1.33-4.31)	3.13 (1.71-4.93)	0.061 ^b	6.75 (4.55-9.29)	6.75 (4.94-8.67)	0.634 ^b
RAD51 (pg/ml) Mediana (RIQ)	3.27 (2.04-6.26)	5.67 (3.85-10.31)	< 0.001 ^a	3.65 (1.88-7.11)	4.77 (3.24-8.18)	0.006 ^b	3.01 (1.72-6.25)	4.44 (3.05-6.43)	0.001 ^b	5.39 (3.82-10.21)	6.91 (3.97-10.64)	0.594 ^b

^a Prueba de Kruskal-Wallis. ^b Prueba U de Mann-Whitney.

interrogó sobre autoinmunidad familiar. Se realizó análisis descriptivo y se utilizó χ^2 con antecedentes heredo-familiares. $\text{atol}_{\text{---}}\#\#(\#\#)$, posteriormente $\text{---}\#\#(\#\#)$, $\text{---}\#\#(\#\#)$ y $\text{---}\#\#(\#\#)$. Se usó χ^2 , prueba exacta de Fisher, correlación de Pearson o Spearman, según corresponda.

Resultados: Se incluyó a 161 pacientes con AR, 133 (82.6%) mujeres. Poliautoinmunidad en 45 (28%), con dos EAI en 40 (88.9%) y síndrome de autoinmunidad múltiple (> 3 EAI) en 5 (11.1%). Las EAI relacionadas con más frecuencia fueron síndrome de Sjögren (SS) con 21 (46.7%), enfermedad tiroidea con 15 (33.3%), lupus eritematoso sistémico con 8 (17.8%) y vitiligo con 2 (4.4%) (**Figura 1**). No se encontró nexo con autoinmunidad familiar (23.1% con poliautoinmunidad vs. 28% sin poliautoinmunidad, $p = 0.354$) ni manifestaciones extraarticulares (16.3% vs. 13%, respectivamente, $p = 0.386$). La poliautoinmunidad fue más frecuente en mujeres con 97.8% (76.7% sin poliautoinmunidad, $p = 0.001$) y se correlacionó con el índice de masa corporal (0.169; $p = 0.032$).

Figura 1. Enfermedades autoinmunitarias más relacionadas.(P19)



Conclusiones: Cerca de 30% de los pacientes con AR tiene poliautoinmunidad; el síndrome de Sjögren fue la EAI más vinculada. No se encontró influencia de la autoinmunidad familiar en la poliautoinmunidad ni manifestaciones extraarticulares. Se amplía el grupo y valora la influencia de la poliautoinmunidad en la actividad de la enfermedad.

Bibliografía

1. Olesinska M, Romanowska-Próchnicka K. Polyautoimmunity: a significant issue in connective tissue diseases. *Pol Arch Med Wewn.* 2016;126(11):837-8.

P20

Prevalencia y subclasificación de diabetes en pacientes con artritis reumatoide

Xibille-Friedmann DX¹, Hernández-Torres AV², Castillo-Gregorio ME², Galindo-Pacheco MI¹, Ortiz-Saldívar EA², Montiel-Hernández JL²

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

Introducción: Múltiples estudios han observado una alta prevalencia de diabetes tipo 2 (DT2) en pacientes con artritis reumatoide (AR). En fecha reciente se ha sugerido una nueva subclasificación de DT2, pero ésta no se ha aplicado en pacientes con AR hasta donde saben los autores.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de DT2 en pacientes con AR e identificar los subtipos más frecuentes.

Material y métodos: Todos los pacientes cumplieron con criterios de AR (ACR/EULAR, 2010) y firmaron una carta de consentimiento informado. El diagnóstico de DT2 se realizó con base en los criterios del ADA 2010 (glucosa, HbA1c, HOMA-IR, HOMA-b) y para la subclasificación

se emplearon los criterios ya descritos. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva y se emplearon Kruskal-Wallis para comparar entre grupos.

Resultados: Se incluyó a 66 pacientes con AR, de los cuales 27 cumplieron con criterios para DT2, para una prevalencia de 40.9%. A partir de los criterios comunicados, el 33.3% correspondió a pacientes con deficiencia de la función de células β , el 29.6% se integró con pacientes con resistencia a insulina, 22.2% con pacientes relacionados con la obesidad y 14.9% con pacientes vinculados con la edad. Por otro lado, sólo se observaron diferencias en cuanto a valores de colesterol, glucosa posprandial, triglicéridos y PCR.

Conclusiones: Se observó una elevada prevalencia de DM en pacientes con AR, en la cual los principales subtipos de DT2 (62.9%) se vincularon con alteraciones en el control glucémico, lo cual sugiere diferencias en comparación con la subclasificación de DT2 en la población general.

Bibliografía

1. Ahlqvist E. New subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6:361-69.
2. Bello-Chavolla OY. Clinical characterization of data-driven diabetes subgroups in Mexican using a reproducible machine learning approach. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2020;8:e001150.

P21

Trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas en enfermedades reumatológicas refractarias

Rodríguez-Aguayo S, Faugier-Fuentes E, Loo-Chávez RE, De La Cera-Rodríguez MI, De La Rosa-Encarnación NL, Menchaca-Aguayo HF, Mercedes-Pérez ER, Ramos-Tiñini PP

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) es un tratamiento alternativo para pacientes con enfermedades reumatológicas (ER) resistentes.

Objetivos: Informar la experiencia del TACPH en pacientes con ER resistentes en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes pediátricos de 0 a 18 años con ER resistente sometidos a TACPH. Se realizó un análisis retrospectivo de estos casos.

Resultados: Se informan los casos de 7 pacientes, 58% con AIJ sistémica (AIJS), 33% con esclerosis sistémica cutánea difusa (ESCD) y 14% con lupus eritematoso sistémico (LES); 86% eran mujeres. Todos los pacientes con AIJS tuvieron 0 articulaciones con artritis activa, disminución del 95% de la PCR y 64% de la VSG después del TACPH. La puntuación cHAQ mejoró 98% y la puntuación DAS-28 61%. El 75% mostró remisión parcial y el 25% remisión completa. Los pacientes con ESCD experimentaron resolución de disnea y úlceras digitales, disminución del número de episodios del fenómeno de Raynaud y 33% de la puntuación de la Escala clínica modificada de Rodnan (mRss). El total de pacientes con ESCD se halla en remisión completa. La paciente con LES se encuentra en remisión, con una puntuación de MEX-SLEDAI de 0 puntos. No se registró mortalidad.

Conclusiones: El TACPH es un procedimiento efectivo y seguro para pacientes con enfermedades reumatológicas resistentes y puede retrasar la progresión de la ER, si bien no revierte el daño establecido. Debe reconocerse a los pacientes con riesgo de evolución rápida de la enfermedad para seleccionarlos para el TACPH de manera oportuna.

Bibliografía

1. Arruda LCM, Malmegrim KCR, Lima-Junior JR, Clave E, Días JBE, Moraes DA, et al. Immune rebound associates with a favorable clinical response to autologous HSCT in systemic sclerosis patients. *Blood Adv.* 2018;2(2):126-41.

2. Silva JMF, Ladomenou F, Carpenter B, Chandra S, Sedlacek P, Formankova R, et al. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for severe, refractory juvenile idiopathic arthritis. *Blood Adv.* 2018;2 (7):777-86.

P22

Involucro ungueal asociado a aterosclerosis subclínica en artritis psoriásica

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

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

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen afectación ungueal en un 30% a 50% de las veces. Además, poseen mayor riesgo de sufrir un episodio cardiovascular (CV) que la población general. Sin embargo, no hay estudios que evalúen si aquellos con afectación ungueal presentan mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica.

Objetivos: Determinar si el compromiso ungueal en AP se relaciona con mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica evaluada por ultrasonido carotídeo.

Material y métodos: Estudio transversal, comparativo y observacional. Se incluyó a 66 pacientes con AP de 40 a 75 años que cumplieran los criterios diagnósticos CASPAR 2006. Se dividieron en dos grupos de acuerdo con la presencia de afectación ungueal y se parearon por edad, género y comorbilidades. Se les realizó un ultrasonido carotídeo para determinar el grosor de la íntima media carotídea (GIMc) y la presencia de placa carotídea (PC). El aumento del GIMc se consideró de 0.8 mm a 1.1 mm y la presencia de PC se definió como un espesor focal ≥ 0.5 mm o GIMc ≥ 1.2 mm. Comparaciones con χ^2 y U de Mann-Whitney.

Resultados: Las características demográficas se hallan en la **Tabla 1**. La presencia de placa carotídea fue más prevalente en los pacientes con compromiso ungueal (48.5% vs. 24.2%, $p = 0.041$) (**Tabla 2**). Se realizó una regresión logística binaria que demostró que la afectación ungueal es un factor de riesgo independiente para la presencia de PC con RM de 3.53, IC 95% de 1.06-11.71 y $p = 0.039$.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas en los pacientes con artritis psoriásica con y sin afectación ungueal. (P22)

	Afectación ungueal (n = 33)	Sin afectación ungueal (n = 33)	p
Edad, años \pm DE	54.4 \pm 11.0	52.0 \pm 10.2	NS
Género femenino, n (%)	16 (48.5)	21 (63.6)	NS
Comorbilidades, n (%)			
DM	6 (18.2)	6 (18.2)	NS
HTA	10 (30.3)	13 (39.4)	NS
Dislipidemia	15 (45.5)	12 (36.4)	NS
Obesidad	14 (42.4)	14 (42.4)	NS
Tabaquismo activo	10 (30.3)	7 (21.2)	NS
IMC, kg/m ² (p25-p75)	29.0 (27.2-34.8)	29.4 (25.4-31.2)	NS
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	6 (3.5-10)	4 (2-6.5)	NS
DAPSA, mediana (p25-p75)	12.9 (6.6-27.5)	12.8 (4.7-19.6)	NS
Glucocorticoides, n (%)	6 (18.2)	3 (9.1)	NS

MTX, n (%)	21 (63.6)	25 (75.8)	NS
Biológico, n (%)	6 (18.2)	12 (26.4)	NS

NS, no significativo; DM, diabetes mellitus; HTA, hipertensión arterial; IMC, índice de masa corporal; DAPSA, Disease activity score for psoriatic arthritis; MTX, metotrexato.

Tabla 2. Hallazgos de ultrasonido carotídeo. (P22)

	Afectación ungueal (n = 33)	Sin afectación (n = 33)	p
Placa carotídea, n (%)	16 (48.5)	8 (24.2)	0.041
GIMc ≥ 0.8 mm, n (%)	5 (15.2)	4 (12.1)	NS
GIMc derecha, mediana (p25-p75)	0.73 (0.55-1.20)	0.59 (0.46-0.84)	0.035
GIMc izquierda, mediana (p25-p75)	0.69 (0.57-1.20)	0.58 (0.49-0.74)	0.029
Presencia de aterosclerosis subclínica, n (%)	18 (54.4)	11 (33.3)	NS

NS, no significativo; GIMc, grosor íntima media carotídea.

Conclusiones: Los pacientes con AP y compromiso ungueal tienen mayor prevalencia de PC. Es necesario la realización de un ultrasonido carotídeo para la evaluación CV de estos pacientes y tratarlos de forma oportuna.

Bibliografía

1. Ayan G, Aydin SZ, Kimyon G, Ozisler C, Tinazzi I, Dogru A, et al. PsART-ID inception cohort: clinical characteristics, treatment choices and outcomes of patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2020.
2. Polachek A, Touma Z, Anderson M, Eder L. Risk of cardiovascular morbidity in patients with psoriatic arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69(1):67-74.

P23

Aumento de adhesión terapéutica tras intervención psicoeducativa en AR

Corona-Sánchez EG¹, Cárdenas-Cloud E¹, Alvarado-Alvarenga KM², Ramos-Hernández A², Palacios-Zárate BL², González-Rivera EX², Vázquez del Mercado M¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, ⁽²⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: El T2T en AR tiene como objeto la remisión temprana. La adherencia terapéutica es indispensable para lograr este fin, pero la tasa de adherencia es baja.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento tras una intervención psicoeducativa en pacientes con AR.

Material y métodos: Los pacientes con AR que cumplieron los criterios de inclusión se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención (n = 10) o al grupo control (n = 7). La intervención consistió en 4 sesiones semanales para informar a los pacientes sobre temas relacionados con la enfermedad y el tratamiento, la importancia del reconocimiento de emociones y cómo controlarlas. El grupo control recibió la misma información por escrito. La adherencia al tratamiento se evaluó mediante la validación española del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) una semana antes de la primera intervención, una semana después de la última intervención y tres meses después. También se evaluaron autoeficacia, creencias acerca de la medicación e inteligencia emocional.

Resultados: Al final de la intervención se observó diferencia significativa en el grupo experimental en la adherencia terapéutica (1.60 \pm 1.34 vs. -0.86 1.46, $p = 0.002$), autoeficacia (3.10 \pm 3.63 vs. -0.57 \pm 1.13, $p = 0.042$) y claridad emocional (7.40 \pm 7.30 vs. -2.0 \pm 6.33, $p = 0.019$). A los tres meses posteriores existieron también diferencias (**Tablas 1 y 2**).

Conclusiones: Los resultados sugieren que, además de la información sobre la enfermedad y su tratamiento, la psicoeducación sobre el control de

las emociones es importante para mejorar la adherencia al tratamiento; sin embargo, se necesitan más estudios con tamaños de muestra más grandes.

Tabla 1. Comparaciones intergrupales de las variables medidas al final de la intervención. (P23)

Variable	Grupo control (n = 7)	Grupo experimental (n = 10)	P
Adherencia (SMAQ), media ± DE Pacientes adherentes, n (%)	-0.86 ± 1.46 1 (14.3)	1.60 ± 1.34 5 (50)	0.002* 0.33
Creencias sobre la medicación, (BMQ) media ± DE			
Uso excesivo	0.00 ± 2.51	-2.50 ± 3.56	0.100
Daño	-0.71 ± 4.27	-2.70 ± 3.23	0.313
Necesidad	1.00 ± 4.20	-0.10 ± 1.85	0.513
Preocupación	-1.28 ± 3.98	-4.10 ± 4.84	0.161
Autoeficacia, media ± DE	-0.57 ± 1.13	3.10 ± 3.63	0.042*
Discapacidad funcional (HAQ), media ± DE	-0.21 ± 0.18	-0.12 ± 0.25	0.214
Inteligencia emocional (TMMS-24), media ± DE			
Atención emocional	-1.00 ± 8.26	-4.60 ± 6.60	0.258
Claridad emocional	-2.00 ± 6.33	7.40 ± 7.30	0.019*
Reparación emocional	-0.57 ± 2.76	3.90 ± 5.62	0.051
Actividad de la enfermedad (DAS-28), mediana (rangos)	-0.02 (-0.31-1.02)	0.21 (-0.10-0.29)	1.00

DE, desviación estándar; SMAQ, Cuestionario de Adherencia al Medicamento Simplificado; HAQ, Índice de capacidad funcional; BMQ, Cuestionario para evaluar creencias sobre la medicación; TMMS, Escala de Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales; DAS, *Disease Activity Index*. * p < 0.05.

Tabla 2. Comparaciones intergrupales de las variables medidas tres meses después de la intervención. (P23)

Variable	Grupo control (n = 7)	Grupo experimental (n = 10)	p
Adherencia (SMAQ), media ± DE Pacientes adherentes, n (%)	-1.28 ± 1.11 0 (0)	1.60 ± 1.57 4 (40)	0.002* 0.22
Creencias sobre la medicación, (BMQ) media ± DE			
Uso excesivo	1.85 ± 4.67	-3.00 ± 3.68	0.057
Daño	-1.42 ± 4.39	-2.30 ± 2.79	0.111
Necesidad	-0.57 ± 4.77	-1.10 ± 4.06	0.870
Preocupación	2.00 ± 4.28	-4.30 ± 5.49	0.013*
Autoeficacia, media ± DE	-0.43 ± 1.81	3.30 ± 3.52	0.043*
Discapacidad funcional (HAQ), media ± DE	-0.12 ± 0.18	0.00 ± 0.25	0.875
Inteligencia emocional (TMMS-24), media ± DE			
Atención emocional	-1.57 ± 10.29	-1.00 ± 6.14	0.981
Claridad emocional	-2.00 ± 9.36	7.70 ± 8.76	0.139
Reparación emocional	-0.57 ± 3.73	5.30 ± 6.71	0.151

DE, desviación estándar; SMAQ, Cuestionario de adherencia al medicamento simplificado; HAQ, Índice de capacidad funcional; BMQ, Cuestionario para evaluar creencias sobre la medicación; TMMS, Escala de Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales. * p < 0.05.

Bibliografía

1. Ferguson A, Ibrahim FA, Thomas V, et al. Improving medication adherence in rheumatoid arthritis (RA): a pilot study. *Psychol Health Med*. 2015;20:781-789.
2. Wabe N, Lee A, Wechalekar M, McWilliams L, Proudman S, Wiese M. Factors associated with medication adherence in a longitudinal study of rheumatoid arthritis patients. *Int J Clin Pract*. 2019;73(7):e13375.

P24

Narrativas digitales de las experiencias del padecer lupus

Colmenares-Roa T¹, Drenkard C², Gastelum-Strozzi A³, Crosley E⁴, Fuentes-Silva Y⁵, Reategui-Sokolova C⁶, Elera-Fitzcarrald C⁷, Ibáñez S⁸, Acosta C⁹, Pons-Estel B¹⁰, Peláez-Ballesteros I¹

⁽¹⁾Hospital General de México, ⁽²⁾Universidad Emory, USA, ⁽³⁾ICAT-UNAM, ⁽⁴⁾Universidad Johns Hopkins, USA, ⁽⁵⁾Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar, Venezuela, ⁽⁶⁾Universidad San Ignacio De Loyola, Lima, Perú, ⁽⁷⁾Universidad Científica Del Sur, Lima, Perú, ⁽⁸⁾Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁹⁾Hospital Universitario, ⁽¹⁰⁾Centro Regional de Enfermedades Autoinmunes y Reumáticas (GO-CREAR), Rosario, Argentina

Introducción: Las redes sociales son herramientas que permiten el acercamiento a las experiencias de los pacientes con lupus y sus familiares.

Objetivos: Describir los comentarios de pacientes y familiares latinoamericanos en la página abierta de Facebook “Hablemos de lupus” para analizar sus experiencias de vida cotidiana y preocupaciones relacionadas con el padecimiento.

Material y métodos: Se utilizaron narrativas digitalizadas, extraídas con el programa *Facepager*. Se realizó un análisis temático por pares y cegado mediante el programa *Atlas-ti v8-Mac*, triangulación interpretativa y síntesis de la información desde de la medicina basada en narrativas (MBN).

Resultados: Se identificaron cuatro temas centrales: “días buenos/días malos”, metáforas, maternidad y muerte. La experiencia del padecer lupus se expresa a través de un lenguaje bélico en el cual el cuerpo es atacado por un enemigo “cruel y traicionero” que produce un atrapamiento de la mente en un cuerpo enfermo; las fluctuaciones de los síntomas se combaten con el tratamiento médico y la creencia religiosa. Una preocupación importante es la maternidad como posibilidad/riesgo. La muerte es un tema ambivalente expresado por los familiares quienes exaltan el esfuerzo del paciente contra la enfermedad a pesar del desenlace.

Conclusiones: El lupus se vive como una identidad desdoblada o de “no pertenencia”, a través de trayectorias de lucha que incluyen el tratamiento biomédico y la espiritualidad como respuesta al padecimiento. La maternidad y la muerte son temas que exigen una intervención sensible por parte de los reumatólogos y otros profesionales de la salud. La MBN suministra evidencia para una mejor atención.

Bibliografía

1. Crosley E, Fuentes Y, Pons-Estel BA, et al. Differences in lupus self-532 management education priorities among spanish-speaking patients via the “Hablemos 533 de Lupus” Facebook page. *JCR*, 2020;26, Suppl 2:S75.