

Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 10

CONGRESO SORCOM 2022

15-16 Diciembre



congresosorcom.es

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



Sumario

Comité Editorial

pág. 03

Editorial

pág. 04

Comunicaciones Orales 2022

pág. 06

Pósters 2022

pág. 11

Premio Armando Laffon

pág. 47

Índice de Autores

pág. 48

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

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

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

ISBN: 978-84-616-1942-9

ISSN: 1887-2816

Maquetación e impresión: mpm **martinco**
C/ Narvárez, 67 - 28009 Madrid
91 504 16 48

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidente:** María Galindo Izquierdo
- **Vicepresidenta:** María José Cuadrado Lozano
- **Secretaria General:** Ana Ortiz García
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

- Adrián Abbasi Pérez
- Álvaro García Martos
- Carlos de la Puente Bujidos
- Carolina Merino Argumanez
- Diego Benavent Nuñez
- Juan Molina Collada
- Leticia Lojo Oliveira
- Martina Steiner
- Ramón Mazzucchelli Esteban
- Sheila Melchor Díaz
- Virginia Villaverde García
- Zulema Rosales Rosado

Secretaría Técnica:

- Antonia López Osuna

Editorial

Buscando un futuro mejor

Querido socio:

El 2022 ha sido un año de gran incertidumbre a nivel global pero también en nuestro entorno laboral más próximo. Tras dos años de enorme dureza que pusieron a prueba nuestra capacidad de trabajar en unas condiciones extraordinariamente complejas, la denominada “vuelta a la normalidad” ha puesto en evidencia las carencias de nuestro sistema y nos estamos enfrentado a una sobrecarga de trabajo mayor que la que ya gestionábamos en la época prepandémica.

El entorno global también nos ha impuesto un escenario de podredumbre, terror e incertidumbre económica, social y laboral.

Todos estos factores nos obligan cada día a modificar nuestra forma de trabajar y relacionarnos con los pacientes, con los compañeros y con la administración. Aun así, como especialidad, la Reumatología de nuestra Comunidad ha demostrado con creces su capacidad para adaptarse y buscar soluciones. Y esto se ha transmitido a la labor que hemos intentado desempeñar también desde SORCOM, con la colaboración de todos sus socios, manteniendo los cinco ejes estratégicos que con tanto éxito se han ido solidificando a lo largo de los años. La labor formativa se ha mantenido este año con más de diez cursos y talleres y con la realización de sesiones interhospitalarias cuatrimestrales. La mejor forma de progresar como especialidad es fomentando la investigación, particularmente en el caso de SORCOM, con el apoyo prioritario a jóvenes investigadores y proyectos colaborativos. Prueba de ello son los tres proyectos becados este año, así como el respaldo a las rotaciones de los residentes de tercer y cuarto año. Aun así, este mismo año, han quedado grandes proyectos sin becar y es obligación de SORCOM aumentar y mejorar este tipo de ayudas. Continuamos potenciado la visibilidad de nuestra Sociedad, hemos modernizado nuestra página web y durante todo este año se han difundido vídeos formativos cortos sobre novedades en enfermedades reumáticas. También hemos mantenido vivo el compromiso social de SORCOM, hemos podido recuperar la segunda edición de la carrera solidaria y, de nuevo, hemos colaborado con el banco de alimentos. Como no puede ser de otra manera, vivimos con preocupación el desarrollo de la Oferta Pública de Empleo y la incertidumbre sobre cómo se va a llevar a cabo el proceso de consolidación de los contratos de trabajo. De ahí que, desde el principio de este año, nos hayamos puesto al servicio de nuestros socios para ofrecer nuestra colaboración recopilando información sobre el número de profesionales afectados y apoyando las propuestas de mejora reclamadas a la administración. Durante este año, también, se ha potenciado el trabajo con el grupo de Enfermería de Reumatología de nuestra Comunidad, dado visibilidad a su hoja de ruta, incluido una mesa específica en el congreso anual y establecido un organigrama de reuniones periódicas para fomentar los proyectos colaborativos.

Por último, todo el trabajo culmina con la preparación de nuestro Congreso anual, en esta ocasión su XXVI edición. En su programa hemos intentado recoger todos aquellos temas globales y específicos de la especialidad, incluyendo conceptos novedosos de la patología que atendemos y dando espacio tanto a las voces con una dilatada trayectoria científica, como a las emergentes.

Quiero terminar agradeciendo a todos mis compañeros de la Junta Directiva su dedicación e

implicación, a la secretaria técnica sin cuyo trabajo nada de esto sería posible, a Goretti por su permanente disposición a ayudar con los aspectos más técnicos, a todos los socios de SORCOM que siempre se muestran dispuestos a colaborar en cualquier iniciativa de la Sociedad y, por último, a los pacientes, Enfermería y Laboratorios Farmacéuticos pues, cada uno desde su posición, siempre confían en SORCOM y respaldan, sin fisuras, sus iniciativas.

Un fuerte abrazo

María Galindo Izquierdo

Presidenta de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

ESTUDIO PILOTO MULTICÉNTRICO, PROSPECTIVO, DE BRAZO ÚNICO, PRE-POST SOBRE EL EFECTO DEL USO DE LOS GUANTES QUANTIC NANOTECH® EN EL DOLOR Y LA FUNCIÓN DE PACIENTES CON ARTROSIS SINTOMÁTICA DE INTERFALÁNGICAS DE MANO: RESULTADOS PRELIMINARES

Solano Fernández J.F.*, de Villa Alcázar, L.F.**, Morillas López, L.***, Gómez Gil, R.****, López Robledillo J.C.****.

* Servicio de Reumatología. Hospital La Luz. C/Maestro Ángel Llorca, 8. 28003 Madrid, España.

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

*** Unidad de Reumatología. Hospital de San Francisco de la VOT. C/San Bernabé 13. 28005 Madrid, España.

**** Servicio de Reumatología. Hospital Beata María Ana. C/Dr. Esquerdo, 83. 28007 Madrid, España.

La causa del dolor en la artrosis es multifactorial. La vibración, el calor local, el masaje y la fisioterapia han demostrado eficacia en el tratamiento sintomático de la artrosis de la mano.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto sobre el dolor y la discapacidad en pacientes con artrosis de mano del uso de guantes Quantic Nanotech® (ID WO2017032910A1) un dispositivo de consumo que proporciona calor y vibración en los dedos de las manos, en dos sesiones diarias de 15 min cada una en el domicilio del paciente.

MÉTODOS: Se realiza estudio piloto multicéntrico prospectivo de un solo brazo, pre-post (como fase previa a un estudio comparativo con tratamiento estándar) en pacientes consecutivos atendidos en consulta externa de Reumatología que aceptan participar tras ser informados sobre las características de los guantes. Criterios de inclusión: edad > 40 años, diagnóstico de artrosis de interfalángicas de manos clínica y radiológica, dolor de >3 meses de duración, intensidad del dolor ≥ 5 en la escala visual analógica del dolor (EVA). Criterios de exclusión: psoriasis, anticoagulación oral, alteraciones de la sensibilidad térmica o vibratoria, alergia al plástico, al cuero o a los metales. Se realiza evaluación basal y en los días 15, 30 (telefónica), 45 (telefónica) y 60. Datos analizados: edad, sexo, raza, tiempo de evolución, medicación analgésica, EVA, Inventario Breve del Dolor (BPI), Inventario de Discapacidad del Dolor (PDI), rigidez matinal, exploración, fuerza de prensión, tolerancia y efectos adversos. Se realizó prueba T de Student (paramétrica) y prueba de suma de rangos de Wilcoxon (no paramétrica) para comparar los datos basales y en los días 15, 30 y 60, nivel de significación 0,05 ($p > 0,05$ N.S.: no significativo). Los análisis se realizaron con Stata IC 15.1.

RESULTADOS: Se presentan resultados preliminares de las evaluaciones clínicas basal, día 15 y día 60 de los primeros 30 pacientes.

Características de los pacientes (n=30): sexo: hombres 5 (16,6%), mujeres 25 (83,3%); raza: caucásica 30 (100%); edad $64,63 \pm 8,13$ años (44-86); años de evolución: $10,60 \pm 11,18$ años (1-46); tiempo desde el diagnóstico: $3,84 \pm 9,18$ años (1-24).

Se observó una reducción significativa y mantenida de los valores de PDI (basal $20,90 \pm 10,13$; 15 días $12,67 \pm 11,70$; 60 días $9,70 \pm 9,26$) ($p < 0,001$), BPI (basal $4,5 \pm 1,52$; 15 días $3,23 \pm 1,65$; 60 días $2,27 \pm 1,62$) ($p < 0,001$), rigidez matinal (min) (basal $18,41 \pm 24,32$; 15 días $3,85 \pm 4,63$; 60 días $9,89 \pm 23,64$) ($p < 0,01$) y una mejora de fuerza de prensión en mano no dominante a los 60 días (basal $17,85 \pm 7,93$; 15 días $18,78 \pm 7,41$; 60 días $19,70 \pm 7,40$) ($p < 0,05$). Se apreció una disminución del número de dosis diarias de medicación concomitante: paracetamol (basal $0,41 \pm 0,95$; 15 días $0,25 \pm 0,64$; 60 días $0,03 \pm 0,18$) ($p < 0,05$ basal vs 60 días) y AINE (basal $0,36 \pm 0,52$; 15 días $0,15 \pm 0,46$; 60 días $0,27 \pm 0,69$) ($p < 0,05$ basal vs 15 días). En la Fig. se representa la evolución del EVA medio del último día (EVA1), impacto del dolor en la actividad (EVA2) e impacto del dolor en el descanso nocturno (EVA3). No se observó intolerancia ni se registraron efectos adversos ni abandonos.

CONCLUSIONES: En los pacientes con artrosis de manos sintomática incluidos en el estudio se observa una mejoría significativa y mantenida durante los 60 días de observación en el dolor medido por EVA, la capacidad funcional y la rigidez matinal, así como una reducción de la necesidad de medicación analgésica concomitante. La tolerancia y adherencia al tratamiento fueron excelentes.

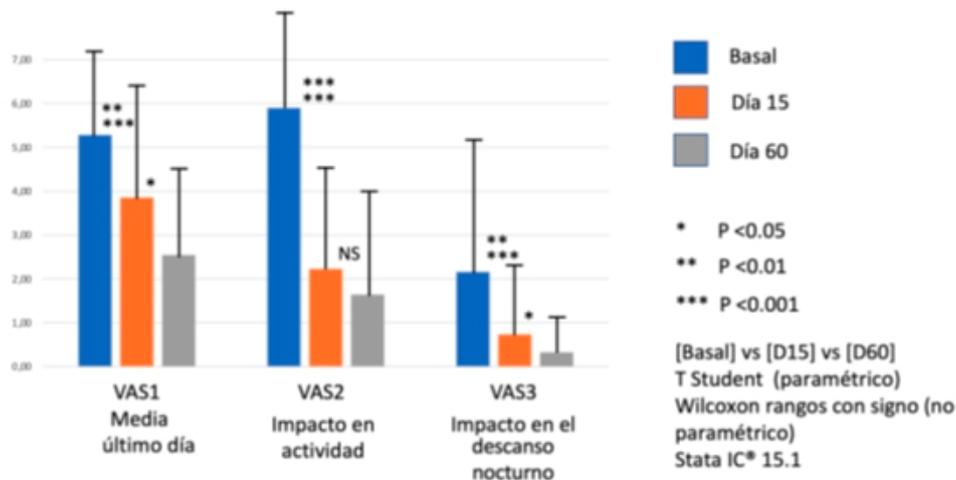


Fig. Escala visual analógica del dolor (EVA) (lineal 10 cm), valores en evaluación clínica basal y a los 15 y 60 días.

Comunicación 02

PAPEL DE LAS VARIANTES GÉNICAS DEL RECEPTOR DE IL-6 EN LA PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Luis Sainz, Pau Riera, Patricia Moya, Sara Bernal, Jordi Casademont, Cesar Díaz-Torné, Ana Milena Millán, Hye Sang Park, Adriana Lasa y Héctor Corominas.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 08041, Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada clínicamente por artritis crónica que puede producir daño articular irreversible y discapacidad. Actualmente existe un amplio arsenal terapéutico de fármacos para el tratamiento de la AR pero no existen biomarcadores útiles para dirigir el tratamiento de forma individualizada. Tocilizumab (TCZ) es un fármaco biológico antagonista del receptor de IL-6 (IL-6R) que se usa de forma habitual para el tratamiento de la AR y podría ser clave conocer marcadores farmacogenéticos de respuesta para brindar un abordaje terapéutico personalizado y minimizar el tiempo de alta actividad de la enfermedad. El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar si polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en el gen del receptor de IL-6 (IL6R) pueden predecir la respuesta clínica a TCZ en pacientes con AR.

MÉTODOS: Hicimos un estudio de cohortes retrospectiva que incluyó a 88 pacientes con AR tratados con TCZ en el período entre 2016 y 2021. Se incluyeron las características sociodemográficas y clínicas basales y de respuesta al tratamiento. Las variables de respuesta al tratamiento se recogieron a los 6 meses de inicio de TCZ y fueron las siguientes: mejoría cuantitativa en DAS28, respuesta EULAR satisfactoria y conseguir baja actividad de la enfermedad. Se extrajeron muestras de ADN genómico a partir de sangre periférica y se analizaron mediante PCR a tiempo real 6 SNPs de IL6R que fueron incluidos considerando la evidencia previa en la literatura: rs12083537, rs11265618, rs4329505, rs2228145, rs4537545 y rs4845625.

Se usaron test paramétricos para evaluar la asociación entre los polimorfismos y las tres variables de respuesta. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución y también fue registrado en clinicaltrials.gov (protocol code: IIBSP-IIL-2020-148).

RESULTADOS: Las tres variables de respuesta al tratamiento estudiadas fueron asociadas a variantes génicas rs4845625 y no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las otras 5 SNPs. Considerando la mejoría de DAS28 a los 6 meses de tratamiento, los portadores de TT para rs4845625 tuvieron un mayor descenso en DAS28 (3.62) que aquellos portadores del genotipo CT (3.06) y CC (2.36) ($p=0.015$). Los portadores del alelo T (TT+CT) también consiguieron mayor ratio de respuesta EULAR satisfactoria que los portadores de CC (87.3% vs 58.6%, $p=0.03$) y en ratio de baja actividad de la enfermedad (85.6% vs 56.6%, $p=0.04$). Los resultados completos para el resto de SNPs se detallan en la tabla 1.

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos indican el potencial valor clínico de SNPs en IL6R como biomarcador predictivo de respuesta al tratamiento. Específicamente, los resultados sugieren que el polimorfismo rs4845625 está asociado a las tres variables de respuesta al tratamiento estudiadas (mejoría en DAS28 y ratios de respuesta EULAR satisfactoria y baja actividad de la enfermedad) en pacientes con AR.

Tabla 1. Asociaciones entre los SNPs y las variables respuesta a los 6 meses.

SNPs	Genotipo (n)	Mejoría en DAS28			Respuesta EULAR satisfactoria				Baja actividad de la enfermedad			
		Valor absoluto medio	Modelo genético	p	%	Modelo genético	OR (95% CI)	p	%	Modelo genético	OR (95% CI)	p
rs4845625	T/T (13)	3.62	Cod *	0.015	92.3	Cod *	-	0.01	90.9	Cod *	-	0.015
	T/C (42)	3.07	Rec *	0.009	85.7	Rec *	4.83 (1.63–14.28)	0.03	85.4	Rec *	4.95 (1.57–15.55)	0.004
	C/C (29)	2.36			58.6				56.5			
rs11265618	C/C (57)	3.06	Cod *	0.16	82.5	Cod *	-	0.271	81.1	Cod *	-	0.474
	C/T (24)	2.66	Dom *	0.115	66.7	Dom *	2.35 (0.82–6.71)	0.106	68.4	Dom *	2.01 (0.65–6.22)	0.223
	T/T (3)	1.76			66.7				66.7			
rs4329505	T/T (58)	3	Cod *	0.106	82.8	Cod *	-	0.212	81.5	Cod *	-	0.388
	T/C (23)	2.56	Dom *	0.06	65.2	Dom *	2.54 (0.88–7.29)	0.078	66.7	Dom *	2.2 (0.7–6.8)	0.169
	C/C (3)	1.76			66.7				66.7			
rs12083537	A/A (55)	2.94	Cod *	0.717	78.2	Cod *	-	0.335	81.6	Cod *	-	0.454
	A/G (24)	2.76	Dom *	0.749	70.8	Dom *	0.88 (0.3–2.54)	0.809	68.2	Dom *	1.98 (0.66–5.95)	0.222
	G/G (5)	3.38			100.0				75.0			
rs2228145	A/A (25)	3.01	Cod *	0.483	80.0	Cod *	-	0.888	78.3	Cod *	-	0.841
	A/C (44)	2.99	Dom *	0.651	77.3	Dom *	0.8 (0.26–2.54)	0.709	78.9	Dom *	1.08 (0.33–3.52)	0.898
	C/C (15)	2.55			73.3				71.4			
rs4537545	C/C (24)	2.98	Cod *	0.702	83.3	Cod *	-	0.666	81.8	Cod *	-	0.690
	C/T (46)	2.97	Dom *	0.759	76.1	Dom *	0.6 (0.18–2.04)	0.410	77.5	Dom *	1.46 (0.42–5.1)	0.550
	T/T (14)	2.64			77.4				69.2			

Cod: Codominante; DAS28: *disease activity score including 28 joints*; Dom: dominante; OR: *odds ratio*; p: valor p; Rec: recesivo; SNPs: polimorfismos de nucleótido único. Los valores significativos están en negrita.

Comunicación 03

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN POLO POSTERIOR OCULAR

A. Madrid-García¹, A. Belmonte Hernández², A. I. Vázquez García de las Heras², L. Borrego Sanz³, E. Pato Cour¹, D. Díaz Valle³, F. Álvarez García², G. Hernández Penaloza², L. Rodríguez Rodríguez¹.

¹Grupo de Patología Musculoesquelética, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdiSSC), 28040, Madrid.

²Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación; Universidad Politécnica de Madrid, 28040, Madrid.

³Grupo de Investigación en Patología Ocular y Vías Visuales, IdiSSC, 28040, Madrid.

OBJETIVOS: El examen de polo posterior ocular resulta de utilidad para detectar y evaluar múltiples enfermedades oculares, entre las que se encuentran las uveítis, así como para medir la progresión de dichas patologías. Periódicamente, estos pacientes deberán acudir de forma presencial a un centro médico dotado de los profesionales y medios adecuados para someterse a este examen oftalmológico y así controlar la evolución y progresión de su enfermedad. Con este trabajo se propone el desarrollo de un sistema de autoevaluación de actividad inflamatoria en polo posterior ocular mediante el empleo de un teléfono inteligente capaz de obtener imágenes de fondo de ojo. Esto permitiría A) reducir la carga asistencial pudiendo espaciar las visitas en pacientes sin actividad inflamatoria; B) disponer de un método de evaluación accesible e inmediato que pudiera detectar de manera precoz la aparición/empeoramiento de manifestaciones inflamatorias oculares sin necesidad de desplazarse a un centro sanitario.

MÉTODOS: El desarrollo del dispositivo se plantea en dos fases: A) Diseño del dispositivo, especificaciones técnicas y prototipado. En esta primera fase se estudia el tipo de lente a emplear (i.e., dioptrías), el sistema de iluminación, la distancia focal, la sujeción del dispositivo de captación (i.e., móvil) y la sujeción del mismo por parte del paciente. B) Desarrollo de un sistema de adquisición de forma autónoma por el paciente. Se distinguen los siguientes pasos: obtención de la imagen, envío, procesamiento y clasificación/detección de anomalías estructurales.

Para la clasificación de la imagen se hará uso de técnicas de visión artificial y se entrenará un clasificador basado en inteligencia artificial.

RESULTADOS: El prototipo desarrollado consta de 4 partes: a) Teléfono inteligente; b) Tubo opaco que permite alinear la cámara del dispositivo móvil con una lente; c) Lente dióptrica que permite enfocar y ampliar el polo posterior ocular; d) Tubo opaco que permite fijar la distancia entre la lente y la cara. Utilizando óptica geométrica y las características de la cámara del teléfono se determinó la distancia óptima entre teléfono y lente (26cm). Así mismo, en función de las características de la lente (28D) se estableció una distancia de unos 3 cm entre la misma y el ojo (teniendo en cuenta que el diámetro del ojo varía entre sujetos). A partir de las imágenes de voluntarios sanos tomadas con el prototipo, se entrenó una red neuronal capaz de identificar aquellos fotogramas que contenían fragmentos de retina.

Actualmente se está preparando la documentación necesaria para solicitar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la realización de un estudio clínico para que el prototipo sea testado con pacientes con uveítis.

CONCLUSIONES: Es posible desarrollar un sistema de captación de imágenes de polo posterior ocular para la monitorización de pacientes con patología ocular inflamatoria.

Comunicación 04

CORRELACIÓN ENTRE TEST DE SAXON Y FLUJO SALIVAL NO ESTIMULADO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

MJ. Santos-Bórnez, M. Fernández-Castro, C. Merino, J. Sanz, J. Campos, JL. Andreu, H. Godoy, N. de la Torre, M. Pavía, P. Navarro, M. Machattou, B. García-Magallón, C. Barbadillo, L. Villa, C. Isasi, MC. Sánchez-Fernández, Pedro David Briongos, A. Sánchez.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, IDIPHISA, c/Joaquín Rodrigo, 2. 28222 Majadahonda, Madrid, Spain.

OBJETIVO: El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica caracterizada por la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas lo que produce sequedad de mucosas. Para cuantificar la hipofunción glandular se puede realizar la medición del flujo salival no estimulado (FSNE) durante 5, 10 ó 15 minutos, con la técnica de escupir saliva en un recipiente, tras lo cual se cuantifica la saliva recogida, o bien, el test de Saxon, que cuantifica saliva estimulada con la técnica de masticar dos piezas de gasa en 2 minutos, tras lo cual se calcula la diferencia en el peso de las dos piezas de gasa estéril antes y después de masticarlas. Nuestro objetivo ha sido analizar comparativamente el test de Saxon y el FSNE.

MÉTODOS: En una cohorte consecutiva de pacientes con sospecha de SS atendidos en la consulta de reumatología, se midió el FSNE (mL/5 min) y se realizó el test de Saxon (gr/2 min). Se considera normal un FSNE >0,25 mL/min y un test de Saxon >2,75 gr/2min. La correlación entre las variables cuantitativas se evaluó mediante el coeficiente Rho de Spearman; la prueba de Chi-cuadrado y la prueba Gamma se emplearon para comparar los grupos alterado y normal; la U de Mann-Whitney para comparar las variables cuantitativas. Se consideraron estadísticamente significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 164 pacientes (139 mujeres/25 hombres), con una edad media \pm DE de 54,7 \pm 13,4 años. Las medianas (Me) y rangos intercuartílicos (RIC) obtenidas fueron para el FSNE 1,500 (0,625–2,500) mL/5min y de 2,275 (1,6125-3,1375) gr/2min para el test de Saxon. Encontramos una correlación baja directa y significativa entre el test de Saxon y el FSNE ($R_s = 0,345$ $P = 0,000$). Treinta y nueve pacientes presentaban ambas pruebas alteradas y en 39 pacientes ambas fueron normales; en 48 pacientes el test de Saxon estaba alterado mientras que el FSNE era normal y en 10 pacientes al revés. Al analizar la intensidad de la asociación entre ambas variables, observamos una asociación significativa ($p = 0,004$), directa y moderada (valor Gamma=0,52, $P = 0,002$) entre ellas. Encontramos diferencias en el test de Saxon entre los pacientes con FSNE alterado (Me: 1,8gr; RIC: 1,07-2,63) y aquellos con FSNE normal (Me: 2,61gr RIC: 1,92-3,53) ($P = 0,000$). De la misma forma observamos diferencias significativas en los valores de FSNE entre los pacientes con el test de Saxon alterado (Me: 1,30mL/5min; RIC: 0,50-2,0) y aquellos con un test de Saxon normal (Me: 2,00 mL/5min; RIC: 1,5-2,5) ($P = 0,03$).

CONCLUSIONES: Existe una correlación significativa y directa entre el test de Saxon y el FSNE. Por lo tanto, el test de Saxon podría ser de utilidad en la valoración inicial de la hipofunción glandular oral, ahorrar tiempo y/o seleccionar pacientes que requieran la realización del FSNE.

Comunicación 05

INMUNOGENICIDAD CELULAR Y HUMORAL DEL NEOANTÍGENO S1 DE VACUNAS SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

María Paula Álvarez-Hernández¹, Kauzar Mohamed Mohamed², Inés Pérez Sancristobal¹, Cristina Martínez Prada¹, Dalífer Freites Nuñez¹, Esther Toledano Martínez¹, Benjamín Fernández Gutierrez¹, Teresa Mulero López¹, María Rodero¹, Cecilia Bravo¹, Antonia Rodríguez de la Peña², Silvia Sánchez-Ramón³, Gloria Mato Chain⁴, Gloria Candelas Rodríguez¹

¹UGC Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, Madrid, España, 28040. ²Departamento Inmunología, Hospital Clínico San Carlos, IML e IdISSC, Madrid, España. ³Departamento de Inmunología Clínica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ⁴Departamento de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Los datos de la inmunogenicidad celular y humoral desencadenada por las vacunas para SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) son limitados. Si bien los esfuerzos actuales de vacunas se han centrado en la inducción de anticuerpos neutralizantes contra el SARS-CoV-2, la inmunidad de las células T también podría brindar protección contra la infección. Los datos experimentales sugieren que las respuestas de células T CD8 + en particular pueden tener un papel protector en presencia de títulos de anticuerpos decrecientes o subprotectores.

El objetivo de este proyecto es describir las respuestas serológicas y de células T a la tercera dosis de la vacuna (ya sea con ARNm de BNT162b2 o vacunas de vector adenoviral de replicación deficiente de ChAdOx1 nCoV-19) en una cohorte de pacientes con ERA (artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico) tratados con terapias biológicas, con el fin de describir el impacto de estos tratamientos en la respuesta a la vacuna en esta población de pacientes.

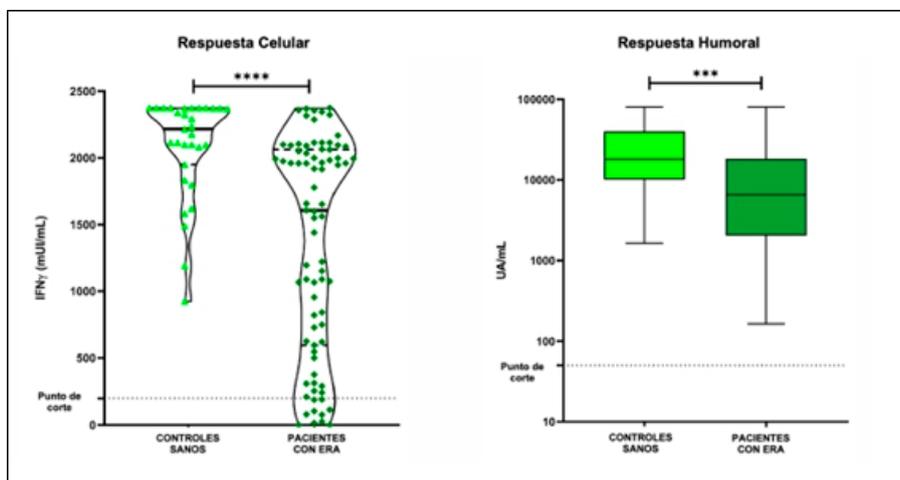
MÉTODOS: Estudiamos en 79 pacientes con ERA la producción de interferón-gamma (IFN- γ) frente a SARS-CoV-2 entre 8-12 semanas después de la tercera dosis de vacuna anti-SARS-CoV-2. Además, se midieron los títulos para el anticuerpo anti-Spike IgG.

RESULTADOS: 79 pacientes con ERA (51 mujeres, 28 hombres; media edad 57 \pm 11,3), fueron estudiados. Los resultados post vacunación mostraron respuestas inmunitarias positivas de las de células T en 68 de 79 (86,1%) pacientes con ERA con títulos medios de IFN- γ y anti-SARS-CoV-2 de 1.606,85 mUI/ml. 7 (8,9%) de los pacientes con ERA mostraron niveles negativos de IFN- γ SARS-CoV-2, mientras que 4 (5%) presentan títulos limitrofes. Los anticuerpos anti-Spike IgG fueron detectables en todos los pacientes con ERA.

CONCLUSIONES: Nuestros datos preliminares muestran que la mayoría de los pacientes con ERA fueron capaces de generar una adecuada respuesta celular específica después de la vacunación contra el SARS-CoV-2, enfatizando la relevancia de la vacunación en este grupo. Se detectaron respuestas anticuerpo específicas secundarias a la vacunación anti- SARS-CoV-2 en todos los pacientes con ERA. Nuestros datos podrían apoyar la relevancia de estas respuestas inmunológicas para personalizar la prevención, toma de decisiones con respecto a la vacunación y tratamiento en este subgrupo de pacientes.

La figura 1A. Representa las respuestas IFN- γ anti-SARS-CoV-2 específicas medidas por IGRA. La línea punteada representa el corte de positividad: ≥ 200 mUI/ml.

La figura 1B. Representa la respuesta humoral con los anticuerpos anti-S1 IgG medidos por inmunoensayo de micropartículas quimioluminiscente. La línea punteada representa el límite de positividad: ≥ 50 UA/ml.



SIGNIFICADO EVOLUTIVO DE LA SINOVITIS SUBCLÍNICA DE LA MANO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

BECA SORCOM 2020

Carlos Guillén Astete, Lourdes Villalobos Sánchez, Marcelino Revenga Martínez, Elia Brito Brito, Antonio Zea Mendoza.

Servicio de Reumatología – Hospital Universitario Ramón y Cajal

OBJETIVOS: El valor predictivo de la sinovitis subclínica (SS) en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) no ha sido estudiado hasta la fecha pese a que su presencia se ha demostrado en hasta el 65% de los pacientes con LES. Nuestro objetivo fue determinar en qué medida la presencia de SS condiciona cambios clínicos en las manos de pacientes con LES.

MÉTODO: Se accedió a la base de datos de un estudio multicéntrico previo (Lupus 2020 Oct;29[11]:1423-1429) de 96 pacientes con LES sin síntomas en manos en quienes se había determinado la presencia de SS entre 2009 y 2015. Se contactó con ellos y se determinó si existió progresión clínica de su enfermedad en términos de manifestaciones articulares propuesta por Zea et al. (Lupus Eritematoso Sistémico. Barcelona. MRA Ediciones, 2002:102-103).

RESULTADOS: Se contactó a 91 pacientes (81 fueron mujeres, edad 48.9 DE 6.4 años, mediana de tiempo transcurrido desde el estudio basal 8 años). La distribución original de pacientes se muestra en la Fig1. Se constató progresión clínica en 31 pacientes entre los que la SS estuvo presente basalmente en 23 (74.9%) mientras que del grupo de 60 pacientes que no progresaron, 46 no habían presentado SS (76.6%) ($p < 0.0001$, OR 9.44 IC95%: 3.46–25.74). La Fig1 resume el cambio clínico articular que experimentaron los pacientes.

Todos los pacientes se encontraban en tratamiento con hidroxicloroquina a dosis de 200mg/día (68 pacientes) o 400mg/día (23 pacientes). Treinta y nueve pacientes (44.3%) estaban recibiendo AINEs a demanda y 1 con dosis cíclicas sostenidas. En cuanto al uso de corticoides, 10 pacientes fueron considerados como usuarios de dosis moderada-alta.

Con relación al uso de FAMES, 13 pacientes (14.3%) estaban recibiendo metotrexate a dosis de 10mg/sem o más y 6 pacientes (6.6%) estaban recibiendo micofenolato de mofetilo a dosis de 1g/día. Un paciente tuvo pautado 10mg/sem de metotrexate pero recibió por error 2.5mg/sem durante 3 meses y luego retomó la dosis correcta.

La puntuación total del estudio ecográfico final de ambas manos fue 1,15 DE 1.07 entre los pacientes que no progresaron y 6.41 DE 1.15 entre los pacientes que progresaron a una categoría clínica de artropatía a lo largo del periodo de observación ($t=15.809$, $P<0.001$). Las puntuaciones de escala de grises en los mismos grupos fueron 1.15 DE 1.07 y 5.12 DE 1.33, respectivamente ($t=15.42$, $P<0.001$), mientras que las puntuaciones de señal PD fueron 0 DE 0 y 1.29 DE 0.64, respectivamente.

En la prueba de correlación bivariada entre las puntuaciones basales y finales de los estudios ecográficos se identificaron relaciones directas en todas las relaciones. Los coeficientes de Pearson para la relación entre la puntuación de escala de grises, de señal PD y de puntuación total fueron 0.842, 0.772 y 0.869, respectivamente ($p<0.001$, en todos los casos).

No se determinó correlación univariada entre ninguna característica clínica ni demográfica y el hecho de progresar en las manifestaciones articulares de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Existe una intensa asociación entre la de presencia de SS y la progresión clínica articular en una mediana de 8 años. Además la progresión ecográfica demostró ser de peor pronóstico entre quienes partieron de una puntuación basal más alta. Aunque la actividad subclínica en escala de grises y la detección de hiperemia demuestran asociación con la variable desenlace, la presencia de mayor actividad PD empeora el pronóstico articular.

Póster 02

MIOPATÍAS INFLAMATORIAS POR INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO

Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, María Machattou, Pablo Navarro Palomo, Carlota Navarro Joven, María Alonso de Francisco, Carmen Barbadillo Mateos, Carolina Merino Argumánez, Hildegarda Godoy Tundidor, Mónica Fernández Castro, Blanca García Magallón, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, José Luis Andréu Sánchez, Jose Campos Esteban.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Calle Manuel de Falla 1, 28222 Majadahonda, Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En las últimas décadas, la inmunoterapia ha cambiado el manejo y pronóstico de los pacientes con cáncer. Los inhibidores de puntos de control inmunitario, como los dirigidos a PD-1 y PD-L1, son empleados para algunos tipos de cáncer, sin embargo, su uso se ha relacionado con la aparición de efectos adversos inmunomediados. Entre estos, los relacionados con el campo de la Reumatología son relativamente frecuentes, siendo la afectación articular la más habitual seguida de la muscular (mialgias 4%, miositis 1%).

Nuestro objetivo es describir los casos de pacientes en tratamiento oncológico con inhibidores de puntos de control inmunitario que desarrollan miositis secundaria al fármaco.

MÉTODOS: Se han recogido todos los pacientes procedentes del servicio de Oncología de un hospital terciario, derivados a Reumatología y diagnosticados de miositis inmunomediada por inhibidores de puntos de control inmunitario. Se ha realizado un análisis descriptivo.

RESULTADOS: Se analizaron 5 pacientes, 60% varones, con una media de edad de 65.8 años (56-78 años). Los tipos de cáncer fueron: melanoma (n=2), cáncer de la unión gastroesofágica (n=1), cáncer de cavum (n=1) y cáncer de páncreas (n=1); todos en estadios avanzados con afectación ganglionar y/o metastásica.

La inmunoterapia empleada fue: Nivolumab (inhibidor de PD-1) en un 60%, Pembrolizumab (inhibidor PD-1) en un 20% y Darvalumab (inhibidor de PD-L1) en un 20%; todos a dosis estándar. El tiempo medio de aparición de la clínica de miositis fue de 4 meses desde el inicio del fármaco (1-10 meses). En los 5 casos se suspendió el fármaco con el inicio de la clínica y se inició prednisona oral entre 10 y 20 mg/día.

El síntoma presente en todos los pacientes fue el dolor e impotencia funcional en musculatura proximal de extremidades (100%). Además, un paciente tuvo una artritis de tobillo y otro una dermatomiositis con afectación cutánea típica (eritema en heliotropo, signo de la V).

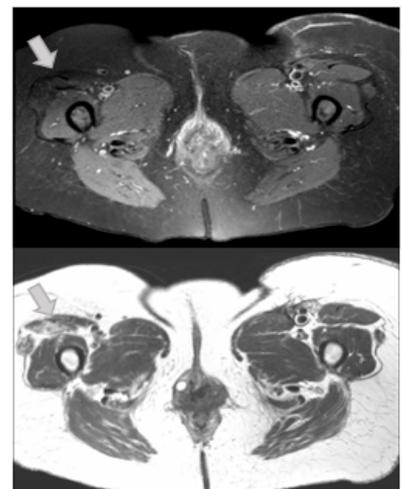
En 3 pacientes (60%) se objetivó una elevación de los niveles de CK que se resolvió al mes de suspender el fármaco. 3 pacientes (60%), presentaron anticuerpos específicos de miositis (AntiPM75 y Anti MI2, anti-PL7 y antiTIF1gamma) que desaparecieron con la retirada del fármaco. Un paciente (20%) tenía anticuerpos anti-Ro52 y Ro60 que permanecen positivos.

A dos pacientes se les realizó resonancia magnética muscular: en uno se describía infiltración grasa en musculatura glútea y atrofia con infiltración grasa en el recto femoral derecho (imagen); en el otro, signos de miositis inflamatoria en el grupo aductor bilateral y en glúteo medio y menor derechos y miositis fibrosante en músculo iliaco. En ambos, los signos de miositis habían desaparecido en el PET de control a los 5 meses de la suspensión del fármaco.

En el 80% de los casos los síntomas remitieron en menos de un mes. Un paciente precisó la asociación de metotrexato para suspender corticoide.

CONCLUSIONES: En nuestro centro, un total de 5 pacientes en tratamiento oncológico con inhibidores de puntos de control inmunitario han desarrollado, en una media de tiempo de 4 meses desde el inicio del fármaco, un cuadro de miopatía asociado en un 60% a la aparición de anticuerpos específicos de miositis. Esto supone un 1.8% del total de pacientes tratados con estos tres fármacos en nuestro hospital.

La retirada del fármaco y el tratamiento con prednisona a dosis intermedias permitieron la remisión clínica y normalización de las pruebas de laboratorio e imagen.



RMN: secuencias SPAIR y supresión grasa.

Póster 03

PENETRACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL MUNDO DE LA REUMATOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (2017-2021)

A. Madrid, B. Merino Barbancho, A. Rodríguez González, I. Pérez Sancristobal L. Abásolo Alcazar, D. Freitas Nuñez, B. Fernández Gutiérrez, L. Rodríguez Rodríguez, E. Menasalvas Ruiz

UGC de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdiSSC; Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos e IdiSSC, 28040, Madrid
Centro de Tecnología Biomédica; Escuela Técnica Superior de Ingenieros Informáticos; Universidad Politécnica de Madrid, 28660, Madrid
Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación; Universidad Politécnica de Madrid, 28040, Madrid

OBJETIVOS: La tendencia ascendente en el número de artículos de reumatología publicados en revistas especializadas en los que las técnicas de ciencia de datos e inteligencia artificial (IA) juegan un papel esencial evidencian el interés de los investigadores en el empleo de las mismas para responder a sus preguntas de investigación. Revisamos los artículos de investigación originales que combinan ambos mundos, publicados en un periodo de cinco años (2017-2021) y los clasificamos en siete categorías: clasificación de la enfermedad, predicción de la enfermedad, identificación de predictores, identificación de subtipos de enfermedad y estratificación de pacientes, progresión de la enfermedad y actividad, respuesta al tratamiento y otros. Por cada categoría distinguimos además el tipo principal de variables usadas en el estudio: clínicas y demográficas, genéticas e imágenes. Con todo ello, nuestro objetivo principal es estudiar la penetración de dichas técnicas en la labor investigadora en el ámbito de reumatología.

MÉTODOS: Se hace una revisión de la literatura en cuatro fuentes: PubMed, Web of Science, Scopus y los motores de búsqueda de las revistas Q1 y Q2 de reumatología según JCR en el año 2019. Únicamente los artículos de investigación originales con identificador de PubMed, no duplicados, escritos en inglés, en los que no se empleaban animales y en los que se usaba alguna técnica relevante de ciencia de datos en enfermedades musculoesqueléticas cumplen los criterios de inclusión. Se hace una revisión de texto entero de los artículos seleccionados. Las palabras claves de la búsqueda incluyen, entre otros, los siguientes términos: artificial intelligence, supervised learning, unsupervised learning, machine learning, rheumatology, musculoskeletal diseases, rheumatic.

RESULTADOS: El número de artículos, después de aplicar los criterios de inclusión y hacer una revisión de texto completo, es de 90. De esos 90, se extrae el título del artículo, el identificador, la revista, el año de publicación, la patología, las técnicas de inteligencia artificial, el objetivo y la información del autor. Además, se obtiene una tabla con más de veinte estudios en los que se aplican al menos una técnica de IA sobre una patología distinta, a destacar: artritis, vasculitis, fibromialgia, gota, espondilitis, sarcopenia, Sjögren, lumbalgia, cervicalgia. Las técnicas empleadas en dichos estudios son variables, incluyendo supervisadas y no supervisadas como clasificación, regresión, agrupación, modelado de temas reducción de dimensionalidad, visión por ordenador, segmentación, aprendizaje por refuerzo, aprendizaje de pocas muestras etc. La osteoartritis, artritis reumatoide, lupus eritomatoso, y la osteoporosis son las enfermedades en las que parece que más se han aplicado estas técnicas. También se han aplicado a enfermedades con baja prevalencia como vasculitis, para el descubrimiento de temas. La dimensionalidad del conjunto de datos es variable entre estudios, desde unas pocas muestras hasta más de cien mil.

CONCLUSIONES: Se han abordado multitud de temas en las publicaciones de los últimos cinco años en los que las técnicas de IA juegan un papel clave. Los algoritmos han sido numerosos y variados, y los resultados prometedores. Todos los años ha habido un crecimiento en el número de artículos publicados. Los investigadores interesados en este tipo de técnicas parecen seguir el estado del arte y aplicar los últimos avances a sus investigaciones.

Póster 04

HERRAMIENTA PARA ASISTENCIA ENFERMERA A LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO SUBCUTÁNEO BIOLÓGICO, METOTREXATO, ANTIOSTEOPORÓTICO

León Cabezas, María José. Enfermera Reumatología Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN: La disponibilidad cada vez mayor de fármacos por vía de autoadministración subcutánea conlleva por parte del paciente, la necesidad de conocer con detalle las características de los dispositivos para su correcta autoadministración y algunas recomendaciones generales y de manejo en situaciones específicas: conservación, viajar con el medicamento, vacunaciones, embarazo, olvido de dosis, intervenciones quirúrgicas, tratamientos dentales, efectos adverso, con el fin de conseguir una mejor adherencia y empoderamiento del paciente.

OBJETIVO: Elaborar una herramienta práctica cómoda y sencilla para el uso cotidiano que sirva para confirmar los conocimientos adquiridos el día de la cita en la consulta de enfermería y así facilitar la independencia del paciente acrecentando la confianza en sus capacidades y acciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha elaborado un díptico de información al paciente con tratamiento s/c (biológico, metotrexato, antiosteoporóticos). Como fuente de información se ha utilizado la ficha técnica elaborada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), la página SER Inforeuma y el prospecto del producto.

La estructura del documento informativo se diseñó teniendo en cuenta los siguientes aspectos: principio activo, composición, imagen del envase y descripción del dispositivo, consideraciones generales de administración, preparación para la inyección, colocación, realización de la inyección, eliminación del dispositivo, conservación, precauciones. En último apartado se recogen recomendaciones sobre: dosis olvidadas, vacunas, embarazo, intervenciones quirúrgicas/dentales, cuando no debe inyectarse y renovación de la receta intrahospitalaria (biológicos).

RESULTADOS:



CONCLUSIONES: El folleto presentado puede ser útil para promover la autonomía del paciente con su medicación y normalizar su relación con la medicación.

Para conocer de forma objetiva la eficacia y valoración por parte de los pacientes, se ha elaborado una encuesta cuyos resultados serán importantes para conocer el alcance de la utilidad de esta herramienta.

Póster 05

UTILIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA REUMATOLOGÍA-NEUMOLOGÍA

Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, María Machattou, Pablo Navarro Palomo, María Alonso de Francisco, Carlota Navarro Joven, Carmen Barbadillo Mateos, Carolina Merino Arguménez, Mónica Fernández Castro, Blanca García Magallón, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Jose Campos Esteban, José Luis Andreu Sánchez, Hildegarda Godoy Tundidor.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Calle Manuel de Falla 1, 28222 Majadahonda, Madrid.

OBJETIVOS: describir las características de un grupo de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en seguimiento en una consulta monográfica Reumatología-Neumología y la utilidad de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: se revisaron las historias clínicas de una consulta monográfica de pacientes con diagnóstico de EPID en seguimiento por ambos servicios en un hospital terciario. Se realizó un estudio descriptivo.

RESULTADOS: se estudiaron 40 pacientes: 16 con neumonía intersticial no específica (NINE), 15 con neumonía intersticial usual (NIU), 5 con NINE fibrótica, 2 con neumonía organizada criptogenética (NOC) y 2 con EPID no definida. El 60% eran mujeres y la media de edad, 64 años (40-80 años).

Se derivaron a Reumatología 20 pacientes con EPID en seguimiento por Neumología, siendo la principal causa de interconsulta la determinación de anticuerpos positivos (57%), la artritis (14.3%), otros síntomas sugestivos de conectivopatía (14.3%) o el despistaje de colagenopatía en EPID con mala evolución (14.3%).

Tras la valoración por el reumatólogo, 12 pacientes (60%) fueron diagnosticados de síndrome de Sjögren (11 con estudio anatomopatológico de glándula salival compatible y 1 con antiRo52 y antiLa positivos y Saxon y Schirmer patológicos); 4 (33.3%), de esclerosis sistémica (con afectación cutánea y esofágica y capilaroscopia con patrón esclerodermia en el 100%); 1 (5%) de síndrome antisintetasa antiJo1+, 1 (5%) de conectivopatía no definida y en 1 (5%) no encontró asociación con conectivopatía.

El diagnóstico realizado por el reumatólogo implicó el inicio de tratamiento inmunosupresor en 13 de los 20 pacientes (65%), siendo el micofenolato el fármaco que se pautó con mayor frecuencia, seguido del rituximab.

Fueron derivados a Neumología 12 pacientes seguidos en Reumatología por: esclerosis sistémica (n=6), artritis reumatoide (n=3), síndrome de Sjögren (n=2) y síndrome antisintetasa (n=1). El motivo de la interconsulta fue la aparición de un patrón de afectación intersticial en pruebas de imagen (radiografía o TC de tórax) y/o la alteración en las pruebas de función respiratoria solicitadas de rutina (en el caso de la esclerodermia) o por clínica respiratoria (tos, disnea o crepitanes en la auscultación pulmonar).

El seguimiento por parte del neumólogo implicó una modificación en el tratamiento en 5 de los 12 pacientes (41.7%) que consistió en la adición de un antifibrótico, siendo Nintedanib en todos los casos. El motivo de su inicio fue el deterioro en las pruebas de función respiratoria.

En 8 pacientes el diagnóstico de EPID y de enfermedad reumatológica se había realizado en otro centro y se derivaron para seguimiento.

CONCLUSIONES: Un 95% de los pacientes con EPID derivados a Reumatología fueron diagnosticados de alguna conectivopatía, lo que supuso un cambio en el tratamiento en el 68.4% de ellos, siendo el micofenolato el fármaco pautado con mayor frecuencia, seguido del rituximab.

El diagnóstico de EPID en pacientes con enfermedad reumatológica fue posible gracias a la auscultación pulmonar, la anamnesis sobre síntomas respiratorios y la realización de pruebas de imagen y funcionales.

El patrón NIU fue el más frecuente en los pacientes con esclerosis sistémica; en las demás enfermedades reumatológicas predominó el patrón NINE.

La derivación de estos pacientes al servicio de Neumología permitió una mejor caracterización de su enfermedad pulmonar y el inicio de fármaco antifibrótico en aquellos con enfermedad fibrosante progresiva.

Póster 06

NIVEL DE ADECUACIÓN A LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE UNA CONSULTA DE ARTRITIS PRECOZ EN UN PROGRAMA DE ACCESO DIRECTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA

Marina Sánchez-Lucas¹, Julia Martínez-Barrio¹, Jorge Olmedo Galindo^{2,3}, Juan Molina-Collada¹, Gema Fernández-Plana⁴, Javier Rivera¹, Marta Sánchez-Celaya⁵, Jose Maria Álvaro-Gracia^{1,6}, Isabel Castrejón^{1,6}

¹Servicio de Reumatología, HGU Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM).

²Centro de Salud Ibiza, ³Universidad Rey Juan Carlos.

⁴Centro de Salud Dr. Cirajas, ⁵Subdirección de Atención Continuada. HGUGM. ⁶Universidad Complutense de Madrid.

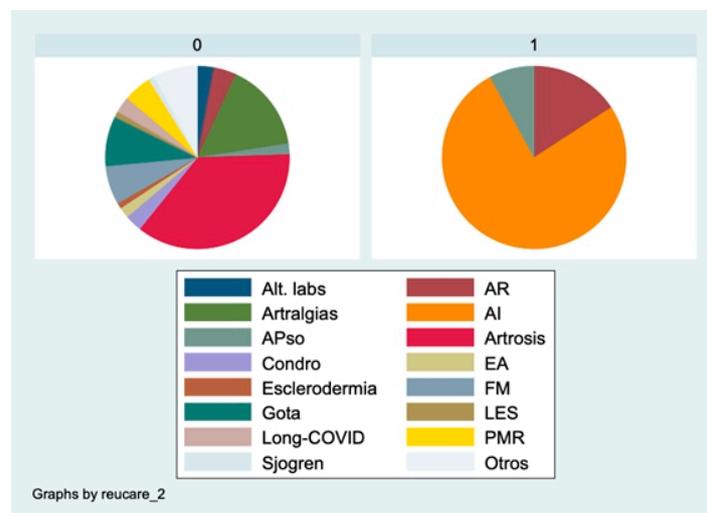
OBJETIVOS: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune grave que sin tratamiento puede producir destrucción articular irreversible e incapacidad funcional. Hay suficiente evidencia científica que apoya un tratamiento precoz, idealmente en los tres primeros meses de enfermedad. Sin embargo, para el diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental una derivación rápida desde atención primaria. Con este objetivo se incluyó en la cartera de servicios hospitalaria una consulta monográfica de artritis precoz con acceso directo desde atención primaria. Nuestro objetivo es determinar la proporción de pacientes remitidos que cumplen adecuadamente los criterios de derivación preestablecidos.

MÉTODOS: La consulta de artritis precoz comenzó en enero de 2022 para proporcionar una vía directa de derivación desde atención primaria para pacientes con alta sospecha de artritis reumatoide. Los criterios de derivación son estrictamente clínicos, basados en programas de artritis precoz descritos previamente en la literatura y aprobados por la dirección Asistencial Sureste de Atención Primaria de la CAM: evidencia clínica de tumefacción en al menos 2 articulaciones, duración de los síntomas < 2 años, no diagnóstico reumatológico previo que justifique estos síntomas. La oferta asistencial de esta consulta monográfica tiene como destinatarios a 180 médicos de atención primaria de los 11 centros de salud del área de referencia del hospital promotor del estudio. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los pacientes derivados a esta consulta e incluidos en el programa REUCARE.

RESULTADOS: Desde enero a octubre de 2022 se derivaron a REUCARE 140 pacientes, el 66,4% mujeres, y con una edad media de 54,2 (15,3) años. Un total de 38 (27%) pacientes cumplieron los criterios de derivación establecidos y presentaron en la evaluación inicial: artritis reumatoide (15,8%), artritis psoriásica (7,9%) y artritis indiferenciada (76,3%). No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo y edad entre pacientes con o sin adecuación en la derivación. Entre los pacientes que no se adecuaron a los criterios de derivación los diagnósticos más frecuentes fueron artrosis (36,7%), artralgias inespecíficas (15,7%), gota (8,8%) y fibromialgia (6,9%). Otros motivos de derivación se recogen en la figura 1. De los pacientes sin adecuación en la derivación, el 45% no precisó valoración especializada adicional y el 55% fueron remitidos a consulta general de reumatología.

CONCLUSIONES: Solo el 27% de los pacientes derivados desde atención primaria a nuestra consulta de artritis precoz cumplieron con los criterios de derivación preestablecidos. Los diagnósticos más frecuentes sin adecuación a los criterios propuestos fueron artrosis, artralgias inespecíficas, gota y fibromialgia. Casi la mitad de estos pacientes no precisaron una valoración adicional en reumatología. Nuestros datos resaltan la necesidad de establecer estrategias adicionales para mejorar la adecuación de la derivación desde atención primaria para identificar pacientes con artritis precoz.

Figura. Motivos de derivación a la consulta de artritis precoz en pacientes sin adecuación de derivación.



(Gráfica 0) y con adecuación de derivación (Gráfica 1).

Póster 07

PAPEL DE LA SINOVITIS GRADO I A NIVEL ECOGRÁFICO EN PACIENTES CON ARTRALGIAS DE PROBABLE ETIOLOGÍA INFLAMATORIA, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Ana María Ruiz Bejerano, Ana Corral Bote, Jaime Arroyo Palomo, Boris Blanco Cáceres

Hospital Universitario Ramón y Cajal, 28034, Madrid

OBJETIVOS: Investigar la relación entre la sinovitis grado I (EULAR-OMERACT combined score) y el diagnóstico de artropatía inflamatoria un año después del hallazgo en la ecografía, llevado a cabo en una unidad especializada en ecografía del departamento de Reumatología.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico donde se seleccionaron pacientes atendidos en la unidad especializada de ecografía de nuestro departamento desde Julio de 2018 a Enero de 2020. Los pacientes que mostraron sinovitis grado 0, 2 y/o 3 fueron excluidos. Los datos recogidos fueron edad, sexo, perfil inmunológico y examen físico previo a los hallazgos en la ecografía, así como el diagnóstico hecho por el reumatólogo un año después de la ecografía. Para investigar la relación entre cada uno de los datos recogidos y el diagnóstico de enfermedad se realizó análisis estadístico utilizando test paramétricos.

RESULTADOS: Se obtuvieron datos de 99 pacientes. La media de edad de los pacientes fue de 53,7 años y un 55,6% de estos pacientes fueron mujeres. Después de un año del hallazgo de sinovitis grado I, 33% de pacientes evolucionó a una artropatía inflamatoria (donde se incluye Artritis psoriásica, Artritis indiferenciada, Artritis reumatoide y Síndrome de Sjögren) mientras que el 49,49% recibió el diagnóstico de artropatía no inflamatoria (entre ellos, osteoartritis principalmente). Un 17,17% de los pacientes no recibió diagnóstico al año de la ecografía. Dentro del grupo de pacientes diagnosticados de artropatía autoinmune, la media de PCR fue de 4,33 mg/L y VSG de 10,7 mm; 4 pacientes fueron FR positivo y 3 ACPA positivo. La positividad para los ANAs se dio en 9 pacientes. En aquellos donde se realizó determinación de HLA-B27 y HLA-Cw6, 1 paciente fue HLA-B27 positivo y 4 pacientes HLA-Cw6 positivo. Los pacientes diagnosticados de artropatía no inflamatoria tuvieron un valor medio de PCR de 3,38 mg/L y VSG de 8,82 mm. Todos ellos fueron ACPA negativo y solo un paciente fue factor reumatoide positivo. Se realizó test chi-cuadrado para hallar diferencias estadísticamente significativas comparando ambos grupos. Únicamente la positividad para ACPA tuvo valor estadístico significativo en pacientes con sinovitis grado I que acaban recibiendo diagnóstico de artropatía inflamatoria. No se encontraron otras diferencias para el resto de variables.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados muestran un porcentaje notablemente llamativo (33%) de pacientes que evolucionan a una artropatía inflamatoria mostrando únicamente sinovitis grado I en la ecografía un año antes del diagnóstico. La positividad para ACPA es el único factor que demuestra evidencia estadística de progresión a enfermedad.

Póster 08

USO DEL ÍNDICE DE MEDIA DE GRISES Y CUANTIFICACIÓN DE LA SEÑAL POWER DOPPLER COMO INSTRUMENTO DE CUANTIFICACIÓN ECOGRÁFICA DE LA RESPUESTA ENTÉSICA ANTE TRES TERAPIAS BIOLÓGICAS DISTINTAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ENTESITIS AQUILEA

Carlos Guillén Astete, África Andreu Suarez, Marina Tortosa Cabañas, Aliuska Palomeque Vargas, Xavier Cenicacelaya y Nuria García-Montes

Servicio de Reumatología – Hospital Universitario Ramón y Cajal

OBJETIVOS: La entesitis es la piedra angular de la fisiopatología de las espondiloartritis. Estudios recientes asocian causalmente la entesitis con otros fenómenos articulares y periarticulares como la sinovitis y la tenosinovitis, especialmente en pacientes con Artritis psoriásica (ApsO).

Recientemente nuestro grupo ha demostrado que el análisis informático de imágenes estáticas (AIIE) puede ser usado en la evaluación de pacientes con enfermedades inflamatorias entésicas con una buena validez intrapaciente, intra-observador y de sensibilidad al cambio. El propósito del presente estudio es determinar la capacidad del AIIE para distinguir respuestas terapéuticas entésicas en pacientes tratados con distintas terapias biológicas.

MÉTODO: Se incluyeron los registros de imágenes de pacientes con diagnóstico de APso que iniciaron una terapia biológica con un fármaco aTNF alfa, un inhibidor de la IL17 o un inhibidor de la IL12/23 y que tenían documentada una entesitis aquilea seguida por imagen a lo largo del tiempo. Las imágenes seriadas tuvieron que ser realizadas en el mismo equipo de ecografía y con los mismos ajustes de imagen en escala de gris y PD para cada paciente.

Para homogenizar los resultados del análisis entre ajustes distintos y de distintos pacientes se recurrieron al índice de media de intensidades de grises (iMIG) que ha demostrado discriminar apropiadamente la patología inflamatoria de la mecánica o de los controles sanos, así como ser sensible al cambio. La iMIG se ha definido como la media de la intensidad de grises de la entesis sintomática/media de intensidad de grises de la entesis sana contralateral.

Para la validación de la cuantificación de la señal PD, se seleccionaron pacientes con diagnóstico de una espondiloartritis y entesitis ecográfica conocida en el tendón de Aquiles, de acuerdo a criterios EULAR (detección de hiperemia mediante señal power Doppler (PD) a menos de 2mm de la cortical). Se realizaron cortes longitudinales medial, central y lateral y se evaluó la hiperemia mediante la detección de señal PD y se registraron las imágenes con mayor intensidad de señal manteniendo los mismos ajustes de la ganancia y PRF del doppler para cada sujeto.

Para el análisis de imágenes se codificaron los registros y se aleatorizaron de forma que el analista desconocía a qué paciente correspondía un corte determinado. La validez intrapaciente se evaluó comparando los resultados de los cortes del mismo paciente entre sí en dos momentos distintos. La validez intraobservador se evaluó sometiendo a la misma imagen a dos análisis informáticos en distintos momentos. La validación de sensibilidad al cambio se realizó mediante una medición sucesiva. El programa de análisis informático usado fue el ImageJ 1.53e (NIH, USA).

RESULTADOS: Se incluyeron los registros e imágenes de 14 pacientes: seis tratados con aTNF alfa (pacientes 1 al 6), cuatro con un inhibidor IL17 (pacientes 7 al 10) y cuatro con un inhibidor de la IL12/23 (pacientes 11 al 14). Todos los estudios ecográficos fueron a nivel del tendón de Aquiles. Los pacientes 2, 3, 5, 7, 10, 11 y 12 tenían entesofitos.

En el análisis global el iMIG no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en el momento del inicio del mismo, en la valoración intermedia y en la final ($P=.588$, $.739$ y $.674$, respectivamente).

Los pacientes con entesofitos presentaron iMIG basales, intermedios y finales significativamente mayores que los pacientes sin entesofitos aquilea: 1.26 SD 0.14 vs 0.85 SD 0.05 ($t=7.407$, $P=.001$), 1.24 SD 0.15 vs 0.97 SD 0.1 ($t=3.659$, $P=.006$); y 1.21 SD 0.12 vs 1.05 SD 0.07 ($t=2.342$, $P=.037$), respectivamente.

Analizando solamente a los pacientes sin entesofitos el iMIG final mostró diferencias estadísticamente significativas entre los tres tratamientos administrados (ANOVA, $F=8.142$, $P=.027$), siendo relevantes entre el uso de IL12/23 y aTNF a favor de los primeros (Bonferroni, $P=.03$).

En el mismo subgrupo de pacientes sin entesofitos, el análisis de las iMIG a lo largo del tiempo demostró diferencias estadísticamente significativas entre el iMIG final y el iMIG basal (Friedman -1.938 $P=.000$).

En cuanto a la validación de la cuantificación de señal PD, se incluyeron las imágenes de 12 pacientes con entesitis aquilea: 6 pacientes con EspA-nRx, 4 pacientes con APso y 2 pacientes con EspA-Rx. En la evaluación intrapaciente, se detectaron diferencias significativas en la intensidad de señal PD entre los cortes medial, lateral y central. En todos los casos, la medición obtenida en el corte central fue la más alta (Friedman 15.500 $P=.000$; Medial-central -1.500 , $P=.001$; lateral-central -1.250 , $P=.007$). El coeficiente de variación en las determinaciones primera y segunda sin considerar, el signo de la variación, fue: 4.2% SD 5.5% . En la evaluación intraobservador de las evaluaciones de señal PD en el corte central, la media de coeficientes de variación, sin considerar el signo, fue: 9.1% SD 7.2% . En la evaluación de sensibilidad al cambio se

agruparon los pacientes con estudios ecográficos a 6 meses entre quienes mantuvieron el tratamiento y quienes finalmente lo suspendieron por fallo terapéutico. En los 7 pacientes que mantuvieron el tratamiento, la media del cambio de áreas hiperémicas fue -94.3% DE 4.4% mientras que en los 5 pacientes que lo suspendieron fue -65.4% DE 6.3% ($p=.000$).

CONCLUSIONES: El análisis informático de imágenes ecográficas utilizando el iMIG distingue la respuesta terapéutica en pacientes sin entesofitosis ecográfica aunque la interposición de entesofitos impide la correcta visualización de la entesis y no permite detectar cambios ecográficos en zonas específicas de la imagen.

Se constata que la cuantificación de la señal PD es viable mediante el AIIE y demuestra una excelente variabilidad interobservador e intrapaciente así como capacidad de sensibilidad al cambio al correlacionarlo con el éxito o fracaso terapéutico desde la perspectiva clínica.

Para afirmar que el uso del AIIE podría predecir el comportamiento de ciertas terapias, se deben plantear estudios prospectivos.

Nro. paciente	Diagnóstico	Tratamiento	Entesofitosis	MIGbasal	iMIG basal	Observación intermedia	iMIG intermedio	Observación final	iMIG final	Desenlace al seguimiento
1	APso	aTNF		71,424	0,85	+6m	0,89	+6m	0,94	Mantiene el tratamiento +24m
2	EspA	aTNF	+	156,415	1,48	+5m	1,51	+6m	1,52	Suspendido por clínica persistente en entesis
3	APso	aTNF	+	164,323	1,32	+6m	1,34	+6m	1,35	Suspendido por clínica persistente en entesis
4	EspA	aTNF		69,321	0,78	+4m	0,80	+6m	0,94	Suspendido por clínica persistente axial
5	EspA	aTNF	+	141,473	1,14	+6m	1,19	+4m	1,18	Suspendido por clínica persistente en entesis
6	EspA	aTNF		68,483	0,85	+3m	1,03	+5m	1,05	Mantiene el tratamiento +20m
7	APso	iIL17	+	135,432	1,34	+5m	1,26	+4m	1,15	Mantiene el tratamiento +22m
8	EspA	iIL17		72,225	0,90	+6m	1,02	+4m	1,06	Mantiene el tratamiento +20m
9	APso	iIL17		80,465	0,89	+3m	1,03	+6m	1,03	Suspendió por clínica articular.
10	EspA	iIL17	+	122,254	1,16	+6m	1,11	+4m	1,04	Mantiene el tratamiento +24m
11	EspA	iIL12/23		71,401	0,79	+8m	1,01	+4m	1,1	Suspendido por clínica axial.
12	APso	iIL12/23	+	134,41	1,12	+6m	1,08	+6m	1,07	Mantiene el tratamiento +18m
13	APso	iIL12/23		75,42	0,94	+4m	1,12	+6m	1,16	Mantiene el tratamiento +20m
14	APso	iIL12/23		69,112	0,84	+3m	0,9	+8m	1,12	Mantiene el tratamiento +18m

Póster 09

DIFERENCIAS ELASTOGRÁFICAS POST ESFUERZO EN LA ENTESIS AQUILEA COMO MEDIDA DE DESENLACE EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN SITUACIÓN DE REMISIÓN

Carlos Guillén Astete, Aliuska Palomeque Vargas, Marta Serrano Warleta, Rosa Manso, Nuria García Montes, Ana Espinoza Nieto, Livia Sandoval Paredes

Hospital Universitario Ramón y Cajal – Hospital Universitario HM Sanchinarro – Hospital Universitario HLA Moncloa

OBJETIVO: Evaluar la respuesta al estrés mecánico en términos de rigidez entésica del tendón aquileo entre pacientes con artritis psoriásica (APso) en situación clínica de remisión tratados con terapias antiIL17, otras terapias y controles sanos.

MÉTODO: Estudio observacional, multicéntrico, no ciego. Se compararon los resultados elastográficos antes-después del ejercicio físico de pacientes con APso en situación de remisión tratados con terapias antiIL17, terapias distintas a antiIL17 (no-antiIL17) con las de sujetos sanos apareados por edad (± 4 años), sexo y porcentaje de grasa corporal (PGC) ($\pm 4\%$). La elastografía se practicó con un sonógrafo GE® Logic S8 y una sonda de 6MHz. La región de interés (ROI) para la elastografía, fue la entesis aquilea identificada distal al vértice de la bursa preaquilea en mayor grosor en el plano longitudinal. Cada evaluación fue el resultado del promedio de cinco determinaciones consecutivas. La composición corporal se determinó mediante un impedanciómetro OMRON Healthcare® modelo BF511. El ejercicio físico realizado en una bicicleta magnética SALTER activeHealth® PT-0083, a intensidad +80% y hasta alcanzar 300Kcal. Se realizó un análisis antes-después mediante la prueba T-Student para muestras interdependientes. La variable desenlace fue la variabilidad de la rigidez de la entesis aquilea tras el esfuerzo físico.

RESULTADOS: Se compararon los resultados elastográficos de 14 pacientes en terapias antiIL17, 15 en terapias no-antiIL17 y 28 controles sanos. La distribución demográfica y constitucional fue homogénea en los tres grupos ($p=.221$ para la edad, $p=.983$ para el PGC). La altura \pm desviación estándar (mm) de la entesis aquilea en los controles fue 4.27 ± 0.45 en los controles, 4.78 ± 0.56 en los pacientes no-antiIL17 y 4.66 ± 0.47 en los pacientes antiIL17 ($p=.005$ en controles vs. no-antiIL17). Basalmente, la rigidez entésica en los controles, grupo antiIL17 y no-antiIL17 fue 210.2 ± 21.9 , 183.7 ± 7 y 201.17 ± 6.1 Kpa, respectivamente ($p<.001$ en controles vs. no-antiIL17, $p=.016$ en no-antiIL17 vs. antiIL17). Tras el ejercicio las mismas mediciones fueron 227.5 ± 21.2 , 195.3 ± 8.3 y 219.1 ± 9.1 Kpa ($p<.001$ en control vs. no-antiIL17, $p<.001$ en no-antiIL17 y antiIL17). El cambio experimentado en la rigidez tras el esfuerzo, entre los tres grupos determinó una media de cambio de $17,3\pm 29.5$ Kpa ($t=3.113$, $p=.004$) en los controles, de 5.1 ± 3 Kpa ($t=6.52$, $p<.001$) en el grupo no-antiIL17 y 17.9 ± 6.5 Kpa ($t=10.303$, $p<.001$) en el grupo antiIL-17. Los incrementos de rigidez con el ejercicio fueron comparables entre controles y el grupo antiIL-17 ($p=.919$), y ambos significativamente superiores al grupo no-antiIL17 ($p<.001$).

CONCLUSION: En pacientes en situación de remisión, la conocida adaptabilidad inmediata al ejercicio físico de las entesis mediante el incremento de rigidez es susceptible de comprobarse mediante la elastografía en pacientes con APso y controles.

Los pacientes tratados con terapias antiIL17 presentaron respuestas entésicas elastográficas adaptativas al ejercicio físico indistinguibles a los controles sanos y significativamente mayores a las de pacientes no tratados con antiIL17.

Estos hallazgos sientan las bases para el uso de la elastografía como variable de desenlace en el estudio evolutivo de las entesis de pacientes con espondilioartritis.

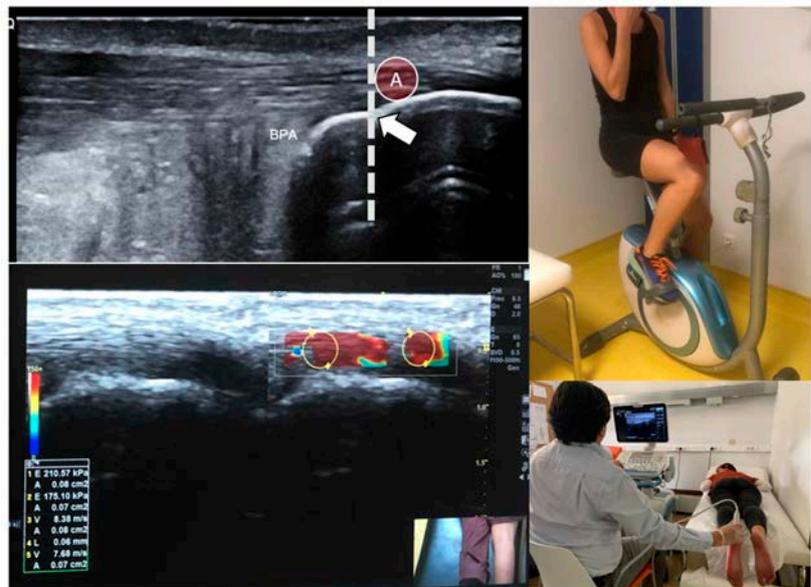


Fig. 1. SUP-IZQ: Esquema de localización de la entesis aquilea proximal al punto de emergencia aquileo-calcánea (flecha) que coincide con el vértice de la bursa preaquilea (BPA). Las mediciones elastográficas se realizaron en un área de 10mm de diámetro en la localización mostrada (A). SUP-DER: Ejercicio controlado con objetivo calórico homogéneo a los participantes mediante el uso de una bicicleta estática de resistencia magnética regulable. INF-IZQ: Determinación del rectángulo de interés (ROI) para seleccionar las circunferencias en el territorio entésico. Se muestra la gradiente de colores que referencian la rigidez detectada. INF-DER: Procedimiento de medición de la altura del tendón rotuliano en el plano longitudinal y posterior elastografía previo al ejercicio físico.

Póster 10

EXPERIENCIA DE 6 MESES DE UNA CONSULTA DE INTERVENCIONISMO ECOGRÁFICO EN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Rusinovich Lovgach¹, P. Navarro Palomo², M. Machattou², M. Alonso de Francisco², C. Navarro Joven², N. de la Torre Rubio², M. Pavía Pascual, M. Fernández Castro², H. Godoy Tundidor², C. Merino Argumáñez², B. García Magallon², J. Sanz Sanz², C. Barbadillo Mateos², L.F. Villa Alcázar², C.M. Isasi, Zaragoza², J. Campos Esteban², J.L. Andreu Sánchez².

1. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Camino del Molino, 2 28942 Fuenlabrada, Madrid

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

INTRODUCCIÓN: Alta prevalencia de la patología de partes blandas en la consulta de reumatología conlleva un importante consumo de recursos asistenciales y socioeconómicos. La precocidad en el diagnóstico y la instauración de las medidas terapéuticas adecuadas, mejora no solo la sintomatología dolorosa, la satisfacción del paciente y su incorporación a la vida laboral, sino además supone un importante ahorro de recursos asistenciales. La ecografía presenta importantes ventajas como guía de procedimientos: es económica, disponible, móvil, no utiliza las radiaciones ionizantes y permite prescindir en muchos casos de solicitar otras pruebas complementarias.

OBJETIVO: Describir la experiencia de la consulta de intervencionismo ecográfico en pacientes con patología reumática atendidos en servicio de reumatología en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de la actividad asistencial de la consulta de intervencionismo ecográfico de nuestro centro durante el periodo de 6 meses.

RESULTADOS: A la consulta de intervencionismo ecográfico que se realizó con periodicidad semanal, durante el periodo de 6 meses (diciembre 2021-mayo 2022) fueron remitidos 70 pacientes, con un total 62 visitas (1,19/paciente), la mayoría (75,7%) mujeres, con una media de edad de 55,48 +/- 13,19 años, todos ellos procedentes de las consultas del servicio de reumatología. Los motivos de consulta más frecuentes fueron artritis (30,4%), hombro doloroso (24%), tenosinovitis (14,3%), artrosis (14,3%), síndrome de túnel carpiano (8,1%), entesitis (5,3%), entre otros. 14 (20%) pacientes de los remitidos no acudieron a la consulta. De los 56 pacientes atendidos 8 (14,28 %) mejoraron con medidas conservadoras y no precisaron procedimientos invasivos. Se han realizado 71 procedimientos en 48 pacientes (1,5/paciente). La evolución fue buena (resolución completa del cuadro) en 40 (83,3%) pacientes, moderada (mejoría del cuadro) en 5 (10,4%) pacientes y mala (ausencia de la resolución del cuadro) en 3 (6,25%) pacientes. No se observaron complicaciones.

CONCLUSIONES: Implementación de una consulta de intervencionismo ecográfico puede contribuir a mejorar la atención sanitaria. En nuestra experiencia, las técnicas de intervencionismo ecográfico han resultado eficaces y seguras en una mayoría absoluta de pacientes.

Póster II

ENCUESTA PROFESIONAL SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

O. Rusinovich Lovgach¹, E. Calvo Aranda⁵, M. C. Uyaguari Morocho³, P. Navarro Alonso¹, M. Cantalejo Moreira¹, A. Díaz Oca¹, P. Navarro Palomo², M. Machattou², M. Alonso de Francisco², C. Navarro Joven², N. de la Torre Rubio², M. Pavía Pascual², M. Fernández Castro², H. Godoy Tundidor², C. Merino Argumánez², B. García Magallon², J. Sanz Sanz², C. Barbadillo Mateos², C.M. Isasi, Zaragoza², J. Campos Esteban², J.L. Andreu Sánchez², L.F. Villa Alcázar², A. Pareja Martínez⁴, S. Gonzalo Pascua¹

1. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Camino del Molino, 2 28942 Fuenlabrada, Madrid

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

3. Hospital Universitario la Paz. P.º de la Castellana, 261, 28046 Madrid

4. Hospital Universitario de Sureste. Rda. del Sur, 10, 28500 Arganda del Rey, Madrid

5. Hospital Universitario Infanta Leonor. Av. Gran Vía del Este, 80 28031 Madrid

INTRODUCCIÓN: La incorporación sucesiva de los distintos fármacos modificadores de enfermedad (FAME) sintéticos convencionales (sc), biológicos (b) y sintéticos dirigidos (sd) ha enriquecido el arsenal terapéutico, pero complicado, a la vez, el proceso de toma de decisiones ya que obliga a considerar no solo el perfil de cada paciente y las características de cada fármaco, sino también el elevado coste de muchos de ellos y las limitaciones administrativas.

OBJETIVO: Analizar la actitud de los reumatólogos españoles en diferentes supuestos clínicos con el fin de conocer el proceso de toma de decisiones en el tratamiento de AR.

MÉTODOS: Se remitió un formulario Google en línea de 15 preguntas por e-mail y redes sociales a varios grupos de reumatólogos en el territorio nacional entre el 19 y el 26 de octubre de 2022. Se realizó análisis estadístico descriptivo y prueba Chi² de Pearson para comparar las respuestas a los ítems por los distintos de grupos, nivel de significación 0,05 (p>0,05 N.S.)

RESULTADOS: Se recogieron 108 encuestas. Los años de ejercicio se reflejan en la tabla 1. En pacientes con AR de reciente comienzo que presentan factores de mal pronóstico, además de corticoides la mitad de los encuestados (50%) comienzan tratamiento con FAMEsc + rápida escalada a FAMEb/sd si la respuesta es insuficiente. El factor de mayor peso a la hora de elegir el fármaco es el perfil del paciente (47,2%), seguido por el protocolo del servicio y/o las guías de práctica clínica (34,3%). Los factores más relevantes a la hora de elegir cada FAME son: anti-TNF, por su coste-efectividad (47,2%); anti-IL6, por su eficacia (72,2%); abatacept, por su eficacia y seguridad en pacientes EPID-AR (53,7%); rituximab, por su seguridad en pacientes refractarios a otros tratamientos (76,9%); e inhibidor de JAK, por la posibilidad de uso en monoterapia (40,7%). Los factores más importantes que hace cambiar de tratamiento son la medición de actividad (57,4%) y la percepción personal basada en la anamnesis y la exploración física (31,5%). Si hay buena respuesta terapéutica, la mayoría optimiza en primer lugar el intervalo de administración de FAMEb/sd (50%). En caso de emplear terapia combinada de FAMEsc y FAMEb/sd, el 59,3% de los encuestados intenta mantener FAMEsc además del FAMEb/sd. En cuanto al uso de corticoides, la gran mayoría de los compañeros (79,6%) prefiere intentar suspenderlos cuanto antes. En caso de embarazo, 59,3% de los encuestados sustituye el fármaco por uno más seguro. El diagnóstico incidente de cáncer es motivo de suspensión de todos los FAMEb/sd para el 47,2% de los encuestados, mientras que el 29,6% suspende, además, FAMEsc y utiliza corticoides para el control de la enfermedad; en este supuesto, los encuestados con <30 años de ejercicio suspenden todos los FAME en mayor proporción que los de >30 años de ejercicio (p <0,05). Finalmente, la mayoría (80,6%) considera que los fármacos biosimilares son igual de eficaces y seguros que los originales.

CONCLUSIONES: En la encuesta se ha observado una llamativa heterogeneidad en la forma de actuar en supuestos clínicos complejos, lo que confirma que la toma de decisiones terapéuticas depende de muchos factores pero también que hay aún margen para homogeneizar pautas de actuación en nuestra especialidad. No obstante, hay consenso en la necesidad de limitar el uso de corticoides, en el empleo de índices de actividad para evaluar la respuesta terapéutica y en la amplia aceptación de los fármacos biosimilares.

Tabla 1. Años de ejercicio de la reumatología.

Residente	9,3%
0-10 años	43,4%
11-20 años	17,6%
21-30 años	9,3%
>30 años	20,4%

Póster 12

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE METOTREXATO EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA CORTICODEPENDIENTE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

O. Rusinovich Lovgach¹, E. Calvo Aranda⁴, M. Pérez Ferro³, J. Polo y La Borda³, V. García García³, P. Navarro Alonso¹, M. Cantalejo Moreira¹, A. Díaz Oca¹, P. Navarro Palomo², M. Machattou², M. Alonso de Francisco², C. Navarro Joven², N. de la Torre Rubio², M. Pavía Pascual², M. Fernández Castro², H. Godoy Tundidor², C. Merino Argumániz², B. García Magallon², J. Sanz Sanz², C. Barbadillo Mateos², L.F. Villa Alcázar², C.M. Isasi, Zaragoza², J. Campos Esteban², S. Gonzalo Pascua¹, J.L. Andreu Sánchez².

1. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Camino del Molino, 2 - 28942 Fuenlabrada, Madrid
2. Hospital Universitario Puerta de Hierro. C/Joaquín Rodrigo, 2 - 28222 Majadahonda, Madrid
3. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. C/ Gladiolo, s/n - 28933 Móstoles, Madrid
4. Hospital Universitario Infanta Leonor. Av. Gran Vía del Este, 80 - 28031 Madrid

INTRODUCCIÓN: La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria crónica común en la población de edad avanzada. Se caracteriza por la impotencia funcional dolorosa en músculos proximales sin debilidad ni atrofia, asociada a elevación de reactantes de fase aguda. El diagnóstico es clínico. El tratamiento inicial consiste en corticoterapia y dosis iniciales de 15 a 20 mg de prednisona o equivalente suelen ser adecuadas en la mayoría de los casos. El subgrupo de pacientes que responde solo parcialmente al corticoide o desarrolla corticodependencia suele precisar introducción de un fármaco ahorrador de corticoide, siendo el metotrexato el más utilizado en la práctica clínica habitual.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y la seguridad de metotrexato en pacientes con polimialgia reumática corticodependiente en práctica clínica real.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de polimialgia reumática en tres hospitales de la Comunidad de Madrid tratados con metotrexato como ahorrador de corticoide. Se analizaron características clínicas y demográficas de la muestra y se evaluaron parámetros de evolución analítica mediante recogida de reactantes de fase aguda (RFA) (velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR)) en el momento basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos. Para contrastar la significación estadística se utilizó la prueba de Wilcoxon para datos pareados, considerando significativa una $p < 0,05$. El CEIC del centro aprobó el estudio.

RESULTADOS: Se incluyeron 58 pacientes: 26 varones (44,83%) y 32 mujeres (55,17%), con media de edad de 78,58 ($\pm 7,3$) años, siendo la media de duración de enfermedad de 7,46 ($\pm 5,78$) años. Los valores medios de PCR, VSG, dosis de prednisona y MTX en el momento basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento están reflejados en la tabla 1. En 52 (89,66%) pacientes se consiguió reducir la dosis de prednisona a $< 5\text{mg}/24\text{h}$ a los 12 meses de tratamiento. No se objetivó alteración significativa del perfil hepático en ninguno de los pacientes.

Tabla 1.

	Basal	6 meses	12 meses	Basal vs 12 meses $p < 0,05$
Prednisona, media \pm DE	8,28($\pm 4,2$) mg/24h v.o	3,75($\pm 2,8$) mg/24h v.o.	2,11($\pm 2,63$)	< 0.001
Metotrexato, media \pm DE	11,98($\pm 3,92$) mg/sem	13,19($\pm 3,9$) mg/sem	13,75($\pm 4,23$) mg/sem	0.008
PCR, media \pm DE	13,26 ($\pm 20,96$) mg/dl	5,11 ($\pm 8,72$) mg/dl	5,84($\pm 7,02$) mg/dl	0.124
VSG, media \pm DE	31,93($\pm 22,4$) mm	23,35($\pm 23,07$) mm	19,83($\pm 21,6$) mm	0.106

CONCLUSIONES: El tratamiento con metotrexato de pacientes diagnosticados de polimialgia reumática corticodependiente parece ofrecer un efecto ahorrador de corticoide a los 6 y 12 meses de tratamiento. El tratamiento es bien tolerado.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADOS CON RITUXIMAB

O. Rusinovich Lovgach¹, E. Calvo Aranda⁴, C. M. Gómez González⁴, Pa. Cardoso Peñafiel⁴, P. Navarro Palomo², M. Machattou², M. Alonso de Franciscó², C. Navarro Joven², N. de la Torre Rubio², M. Pavía Pascual², P. Navarro Alonso¹, M. Cantalejo Moreira¹, A. Díaz Oca¹, M. Pérez Ferro³, J. Polo y La Borda³, V. García García³, M. Fernández Castro², H. Godoy Tundidor², C. Merino Argumánz², B. García Magallon², C. Barbadillo Mateos², L.F. Villa Alcázar², C.M. Isasi, Zaragoza², J. Campos Esteban², J.L. Andreu Sánchez², F. Alonso⁵, S. Gonzalo Pascua¹, J. Sanz Sanz²

1. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Camino del Molino, 2 28942 Fuenlabrada, Madrid
2. Hospital Universitario Puerta de Hierro. C/Joaquín Rodrigo, 2 28222 Majadahonda, Madrid
3. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. C/Gladiolo, s/n 28933 Móstoles, Madrid
4. Hospital Universitario Infanta Leonor. Av. Gran Vía del Este, 80 28031 Madrid
5. Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. C. Marqués del Duero, 5, 28001 Madrid

INTRODUCCIÓN: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano dirigido contra el receptor CD20 expresado en los linfocitos pre-B y B maduros. El RTX que se utiliza en el tratamiento de diferentes enfermedades reumáticas. Uno de sus efectos adversos es la hipogammaglobulinemia.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de la hipogammaglobulinemia y su asociación con episodios infecciosos en pacientes con enfermedades reumáticas tratados con RTX.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedades reumáticas tratados con RTX. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas tratados con RTX en 4 centros de la comunidad de Madrid en los que se disponía de niveles de inmunoglobulinas (Igs). Se analizaron variables demográficas y clínicas de la muestra, se evaluó la evolución de niveles de Igs en el momento basal y a lo largo de 36 meses de tratamiento. Para contrastar la significación estadística se utilizó la prueba de la chi-cuadrado ($p < 0,05$). Se estudió la asociación entre la hipogammaglobulinemia y las características de la población con modelos de regresión logística multivariante.

RESULTADOS: Se incluyeron 107 pacientes: 18 varones (16,8%) y 89 mujeres (83,2%), con media de edad de 55,9 ($\pm 13,9$) años, siendo media de duración de enfermedad de 13,07 (± 8) años y la edad media de inicio de tratamiento 50,97 ($\pm 14,4$) años. Los diagnósticos más prevalentes eran: artritis reumatoide (AR) (50,46%), síndrome de Sjogren primario (10,28%) y lupus eritematoso sistémico (LES) (10,28%), entre otros.

14 (13%) pacientes fueron tratados con RTX en monoterapia, el resto de los pacientes recibieron tratamiento concomitante con corticoides 69 (64,5%), metotrexato 31 (29%), hidroxiquina 29 (27%), leflunomida 10 (9,3%), sulfasalazina 2 (1,9%), micofenolato de mofetilo 3 (2,8%), entre otros.

De los 12 (11,21%) pacientes que desarrollaron hipogammaglobulinemia (IgG < 600), 6 (50%) padecían AR, 1 (8,3%) LES, 1 (8,3%) vasculitis ANCA, 1 (8,3%) vasculitis leucocitoclástica, 1 (8,3%) enfermedad por IgG4, 1 (8,3%) dermatomiositis, 1 (8,3%) SS 1°. Los pacientes con hipogammaglobulinemia tenían una media de IgG significativamente menor al inicio de tratamiento (876,25 vs 1249,42; $p = 0,05$). En el análisis multivariante no se ha identificado ningún factor relacionado con el desarrollo de la hipogammaglobulinemia. 53 (49,5%) pacientes presentaron infección, de los cuales 17 (15,9%) fueron infecciones graves (las que precisaron ingreso). La distribución de los casos de infección por grupos (pacientes con hipogammaglobulinemia y sin ella) se refleja en la tabla 1. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a aparición de infección y/o infección grave entre los pacientes con y sin hipogammaglobulinemia. Únicamente la dosis de corticoide equivalente a prednisona $\geq 7,5$ mg/día resultó ser un factor de riesgo para la aparición de infecciones OR 3,48 (IC 95% 1,20-0,11; $p = 0,02$).

CONCLUSIONES: Los pacientes con hipogammaglobulinemia tenían una media de IgG significativamente menor al inicio de tratamiento que los que no la presentaron. No se ha objetivado mayor frecuencia de infecciones ni mayor gravedad de las mismas entre los pacientes con y sin hipogammaglobulinemia. La dosis de corticoide equivalente a prednisona $\geq 7,5$ mg/día parece ser un factor de riesgo para la aparición de infecciones. Es necesaria realización de estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos datos.

Tabla 1.

		SIN Infección	CON Infección leve	Infección GRAVE
Pacientes SIN Hipogammaglobulinemia	N	55	24	15
	%	58,51	25,53	15,96
Pacientes CON Hipogammaglobulinemia	N	7	3	2
	%	58,33	25	16,67
			p=0,991	p=0,950

Póster 14

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN REUMATOLOGÍA

Marta Serrano Warleta, Aliuska Palomeque Vargas, Rosa Manso, Carlos Guillén Astete, Boris Blanco Cáceres, Mónica Vázquez Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal – Servicio de Reumatología

OBJETIVO: Describir el motivo de solicitud de estudios ecográficos en nuestro servicio y el efecto de sus resultados en la toma de decisiones clínicas.

MÉTODO: Estudio observacional transversal analítico. Se realizó un censo de las agendas de ecografía (3 semanales) de marzo a agosto de 2022. Se recogieron variables de identificación de tiempos de gestión de solicitud-exploración-revisión, motivación de la solicitud, topografía de la exploración realizada, correlación con la sospecha clínica y efecto en la toma de decisiones. La extracción de datos fue realizada por cuatro observadores distintos. El control de calidad fue realizada por un quinto observador. Todas las variables nominales se estratificaron en categorías predefinidas para minimizar el error interobservador.

RESULTADOS: Se incluyeron los registros de 462 actuaciones médicas en la agenda de ecografía a lo largo de 6 meses. Incluyendo las solicitudes dobles (exploración bilateral, 211) fueron revisados los resultados de 673 ecografías realizadas. No se contabilizaron las solicitudes triples ni cuádruples ni las ecografías pulmonares, ecografías de estrés y elastografías. Ciento dieciocho solicitudes fueron realizadas en pacientes con diagnósticos conocidos de enfermedades inflamatorias (25.5%). La tabla adjunta resume los motivos de solicitud y topografía de la exploración de los estudios realizados.

El tiempo de espera y desviación estándar (DE) hasta la realización de la prueba desde su solicitud fue 85.4 DE 54.3 días (0;574) y hasta la reevaluación en consulta fue 37.5 DE 43.4 días (0;217). La correlación diagnóstica de la ecografía y la sospecha clínica se constató en 277 estudios (59.2%), no se demostró en 161 (34.4%) y no aplicaba en el resto. La frecuencia de estudios bilaterales cuyo resultado pudo haberse obtenido con una exploración unilateral fue 37/211 (17.5%).

En 72 estudios no se pudo determinar en qué medida la exploración ecográfica modificó la decisión clínica (consulta de revisión no disponible o no aplicable). En 132 estudios (33.8%), el clínico intensificó/progresó en el tratamiento, en 40 (10.2%) el clínico desintensificó/redujo el tratamiento, en 63 (16.1%) el clínico indicó la salida del circuito de reumatología.

Entre aquellos casos en los que la ecografía modificó la decisión clínica, el tiempo entre la solicitud de la prueba y la toma de decisión fue 120.1 DE 64.3 días, mientras que en los casos en los que no hubo efecto sobre la decisión clínica fue 160.9 DE 61.3 (p=.0031). Valorando solamente las ecografías indicadas en patología inflamatoria los tiempos fueron 66.5 DE 32.5 y 84.3 DE 29.5 días, respectivamente. (p=.0012).

CONCLUSIONES: La ecografía demuestra ser una prueba útil en la toma de decisiones clínicas. En pacientes con enfermedades inflamatorias conocidas la falta de utilidad se asoció a un mayor tiempo de espera entre la solicitud y la valoración después de la prueba.

Tabla. Distribución de la topografía y motivo de las solicitudes de ecografía revisadas.

Topografía de la exploración	Bilateralidad	Motivo de la solicitud ecográfica				
		Incertidumbre diagnóstica	Valoración de actividad	Solicitud de procedimiento ecografiado	Diagnóstico + Procedimiento	Valoración de actividad + Procedimiento
Mano (50%)	Unilateral	45	15	9	24	8
	Bilateral	75	48	-	8	2
Pie (19.4%)	Unilateral	35	13	5	6	2
	Bilateral	23	6	-	1	-
Hombro (11.5%)	Unilateral	26	5	3	14	-
	Bilateral	4	-	-	2	-
Rodilla (4.9%)	Unilateral	8	2	1	5	2
	Bilateral	3	1	-	1	-
Cadera (2.8%)	Unilateral	5	2	3	-	1
	Bilateral	2	-	-	-	-
Glándula salival (4.1%)	Unilateral	2	-	-	-	-
	Bilateral	16	1	-	-	-
Codo (3.8%)	Unilateral	2	2	3	4	1
	Bilateral	5	1	-	-	-
Otras (1.7%)	Unilateral	1	1	2	-	-
	Bilateral	2	2	-	-	-
Vascular (1.7%)	Bilateral	5	3	-	-	-
Total de exploraciones		259	102	26	63	16

Póster 15

CONSENSO MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA VERTEBRAL POR FRAGILIDAD

Jacqueline Usón¹, C. Navarro², G. Martínez-Guerra³, C. de Miguel⁴, L. Álvarez-Galovich⁵, E. Gomez-Martin⁶, R. Rojo⁷, F. Rico-Villademoros⁸, S. Castañeda⁹.

¹ Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles, calle Dr. Luis Montes, S/N, 28935 Móstoles, Madrid.

² Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

³ Servicio de Endocrino. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid

⁴ Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁵ Servicio de Traumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid

⁶ Médico de Atención Primaria. Consultorio Zulema. Alcalá de Henares. Madrid

⁷ COCIENTE S.L., Madrid

⁸ Facultad Ciencias de la Salud. Univ. Alfonso X El Sabio. Villanueva de la Cañada. Madrid.

⁹ Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Princesa, IIS-Princesa, Madrid.

INTRODUCCIÓN: La osteoporosis (OP) condiciona un incremento del riesgo de fracturas (FxOP), potenciándose más en el anciano por mayor riesgo de caídas. La OP comporta un importante deterioro funcional y pérdida de calidad de vida en el paciente con fracturas. Actualmente existe una gran variabilidad en el abordaje diagnóstico-terapéutico de las FxOP en el anciano entre diferentes especialidades, incluso dentro de la misma comunidad autónoma.

OBJETIVOS: Armonizar las principales guías nacionales respecto a la estrategia terapéutica y de seguimiento de la fractura vertebral osteoporótica (FVO) en el anciano y emitir unas recomendaciones consensuadas desde una visión multidisciplinar.

MÉTODOS: Se estableció un comité de expertos constituido por un geriatra, dos reumatólogos, un endocrinólogo, un médico de atención primaria (AP), un rehabilitador, un traumatólogo, un metodólogo y una documentalista. Se seleccionaron las principales guías de práctica clínica (GPC) de cada sociedad publicadas en nuestro país desde 2014 (últimos 7 años). Los expertos extrajeron recomendaciones para su manejo en el paciente anciano. Se realizó encuesta anónima tipo Delphi para evaluar el grado de acuerdo con dichas recomendaciones, utilizando una escala Likert de 9 puntos. Se consideró consenso con una recomendación cuando 6 de 7 encuestados habían respondido 8 ó 9 en la escala Likert.

RESULTADOS: Sobre las pruebas diagnósticas recomendadas, se alcanzó acuerdo para anamnesis, valoración clínica, analítica y radiografía dorso-lumbar, no siendo así para otras pruebas opcionales (MRO, RM, gammagrafía o FRAX). Se alcanzó acuerdo en recomendar medidas no farmacológicas, aunque no en cuanto al uso de ortesis. Una terapia secuencial de teriparatida seguida de denosumab o bisfosfonato alcanzó acuerdo, pero no la terapia conjunta de ambos fármacos. Denosumab o ácido zoledrónico fueron de elección frente a los bisfosfonatos orales si existía intolerancia oral o enfermedad renal. En anciano frágil se recomendó la prevención de caídas y evitar la sarcopenia junto al tratamiento farmacológico. En anciano dependiente, se recomienda individualizar el tratamiento, priorizando medidas no farmacológicas. Obtuvimos acuerdo sobre la utilización de la "e-consulta", destacando el papel de atención primaria (AP) en el seguimiento crónico y el papel del geriatra en los pacientes más frágiles.

CONCLUSIONES: En el paciente anciano existe un grado de acuerdo multidisciplinar (recogido en las GPC) sobre las pruebas diagnósticas recomendadas, medidas no farmacológicas y terapia farmacológica. Especial énfasis merece el anciano frágil, por el mayor riesgo a caer y fracturarse. Se deben individualizar los objetivos terapéuticos en el anciano dependiente. Aconsejable coordinar el seguimiento crónico con AP (utilidad de la e-consulta).

Póster 16

CUANTIFICACIÓN DE CAMBIOS ESTRUCTURALES DEL TENDÓN AQUILEO TRAS LA ADMINISTRACIÓN LOCAL DE CORTICOIDES EN PACIENTES CON ENTESOPATÍAS INFLAMATORIAS O MECÁNICAS

Carlos Guillen Astete, Marta Serrano Warleta, Aliuska Palomeque Vargas, Marina Tortosa Cabañas, África Andreu Suárez, Nuria García Montes.

Hospital Universitario Ramón y Cajal

OBJETIVO: La sensibilidad al cambio del estroma de los tendones ha sido recientemente demostrada en sujetos sanos a lo largo de la realización de ejercicio físico tutelado mediante el análisis informático de imágenes ecográficas estáticas. El propósito del presente estudio es determinar si la misma estrategia de análisis es capaz de detectar cambios entésicos en pacientes en quienes se ha realizado una infiltración de corticoides en la bursa preaquilea.

MÉTODO: Se seleccionaron imágenes seriadas de pacientes a quienes en el ejercicio de la práctica clínica habitual fueron tributarios de infiltraciones de corticoides (alrededor de 40mg de acetónido de triamcinolona) en la bursa preaquilea. Los registros incluidos debieron tener al menos un estudio ecográfico basal, uno entre el primer y segundo mes y uno entre el tercer y sexto mes.

Las imágenes seleccionadas se realizaron con el mismo ecógrafo, por el mismo operador y con los mismos ajustes de ganancia y frecuencia.

El análisis informático de las imágenes se hizo mediante el programa ImageJ que permitió el registro de la media de intensidades de gris (MIG), dispersión de intensidades de gris (DIG) y moda de intensidades de gris (MoIG).

RESULTADOS: Se seleccionaron 18 colecciones de imágenes procedentes de la misma cantidad de pacientes. Ocho correspondieron a entesopatías mecánicas (sin diagnóstico de EspA alguna) y diez eran pacientes con diagnóstico de EspA-ax (5) o Apso (5).

Los cocientes de MIG, DIG y MoIG de la entesis lesionada respecto de su control fueron respectivamente, 1.12 DE 0.14, 0.88 DE 0.42 y 2.04 DE 1.54 para el grupo de patología mecánica y 0.89 DE 0.05, 1 DE 0.04 y 0.96 DE 0.03 para el grupo de patología inflamatoria. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el cociente MIG entre pacientes con enfermedades inflamatorias y pacientes con lesiones mecánicas ($t=4.69$, $P=.000$).

Entre los pacientes con patología inflamatoria, el cambio entre el MIG basal y a los 3-6 meses fue estadísticamente significativo (82.59 DE 37.68 vs 92.02 DE 38.67; $t=-5.69$, $P=.000$). Los cambios entre la DIG y MoIG no fueron significativos ($t=0.899$, $P=.392$ y $t=-1.542$, $P=.158$, respectivamente). Entre los pacientes con patología mecánica no hubo diferencias significativas entre las MIG, DIG ni MoIG final y basales ($t=1.921$, $P=.096$; $t=-1.533$, $P=.169$; y $t=1.761$, $P=.122$, respectivamente).

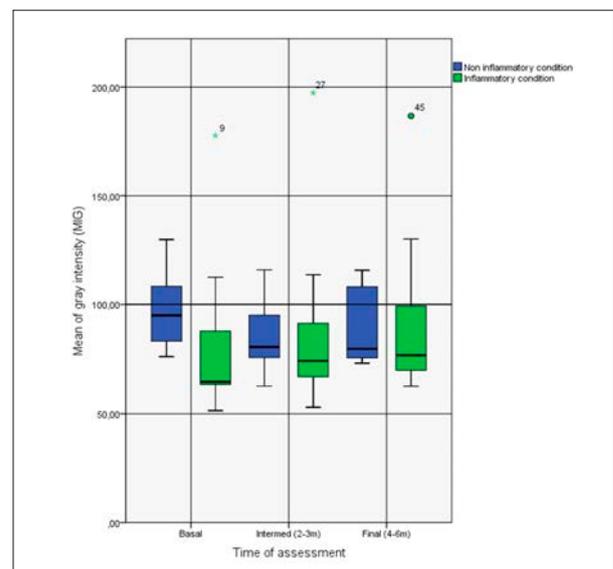
La figura 1 resume la evolución de las medidas cuantitativas entre pacientes con patología inflamatoria y mecánica tras la infiltración de corticoides en la bursa preaquilea.

CONCLUSIÓN: El análisis informático de imágenes estáticas en escala de grises permiten detectar los cambios observados en la entesis aquilea de pacientes con enfermedades inflamatorias tipo espondiloartritis tienden a normalizarse en relación a la entesis sana del mismo individuo. Se demuestra también que el índice de cambio de intensidad de grises tiende a normalizarse (aproximarse a la unidad) tras una infiltración, sin embargo esto no se demuestra en procesos mecánicos.

Se intuye que la acción de los corticoides en los procesos mecánicos no actúa sobre el origen del problema por lo que la manifestación estructural con traducción cuantitativa en el estudio de la media, dispersión y moda de intensidades de grises se comporta de forma errática.

La capacidad de la MIG de detectar cambios evolutivos en patología inflamatoria anticipa un potencial de utilidad en el seguimiento de pacientes con espondiloartritis y compromiso entésico.

Figura. Diagrama de cajas y bigotes para mostrar la evolución de la MIG tras la infiltración de corticoides en el grupo de patología mecánica e inflamatoria.



Póster 17

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNA FRENTE A SARS-COV-2 EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Esther F. Vicente-Rabaneda¹, María Torres¹, Miren Uriarte¹, Patricia Quiroga-Colina¹, Ainhoa Gutiérrez², Francisco Gutiérrez¹, Noelia García¹, Ana Romero-Robles¹, Laura Cardeñoso², Santos Castañeda¹.

Servicios de Reumatología¹ y Microbiología² del Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, C/ Diego de León 62, 28006 Madrid

OBJETIVOS: Describir la eficacia y seguridad de la vacuna frente a SARS-CoV-2 en pacientes con artritis reumatoide (AR).

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de una serie de pacientes con AR, según los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010, vacunados frente al SARS-CoV-2 entre diciembre de 2020 y octubre de 2021, que disponían de serología de control postvacunal y un seguimiento posterior en un hospital universitario en condiciones de práctica clínica durante un mínimo de 6 meses. La eficacia y efectividad de la vacuna se evaluó analizando la respuesta serológica (anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2) y la incidencia de infección por SARS-CoV-2 postvacunal. La seguridad de la vacuna se investigó recogiendo los acontecimientos adversos y la aparición de brotes de AR. Se recogieron datos socio-demográficos, las características clínico-analíticas de la AR y sus tratamientos previos y actuales, variables relacionadas con el tipo de vacuna y la infección COVID-19 previa o postvacunal. Las variables cuantitativas se expresaron como media±desviación estándar y la cualitativas como número (%). Los factores asociados con la eficacia y seguridad de la vacuna se estudiaron mediante el análisis univariante de la varianza (ANOVA), el test de la t de Student y el test exacto de Fisher, según el tipo de variables, seguido de un análisis de regresión multivariante logística y lineal incluyendo las variables significativas en el análisis univariante. El análisis estadístico se realizó con Stata versión 14[®] y la significación estadística se estableció para una p≤0,05.

RESULTADOS: Se incluyeron 118 pacientes con AR (87,29% mujeres, edad media 65,47±11,69 años, evolución media 12,08±9,63 años) vacunados frente al SARS-CoV-2 (el 95,76% recibieron la pauta vacunal completa). La vacuna administrada con más frecuencia fue la de ARNm de Pfizer[®] (66,9%), seguida de la de vectores de adenovirus de AstraZeneca[®] (16,1%), Janssen[®] (9,3%) y Moderna[®] (7,6%). En la Tabla 1 se muestran las características de la población y el análisis univariante de su asociación con la respuesta serológica a la vacuna y su intensidad. La mayoría de los pacientes (81,1%) desarrolló inmunogenicidad humoral, que se asoció significativamente y de forma inversa con el tabaquismo (OR 0,96, IC 95%: 0,94-0,99, p=0,034) en el análisis multivariante. El grado de respuesta serológica se relacionó significativamente con una edad más joven (coeficiente -16,11, IC 95%: -34,84 a -0,39, p=0,045) y la infección COVID-19 previa (coeficiente 4,496, IC 95% 3,604–5,388, p<0,001), que había ocurrido en el 17,8% de los pacientes (5% grave), y se asoció con el sexo masculino (p=0,016). Tras la vacunación, el 18,64% presentó infección por SARS-CoV-2, aunque de grado leve. Los acontecimientos adversos (19,5% y 18,6%, tras la primera y segunda dosis, respectivamente) fueron en su mayoría leves, relacionándose inversamente con la edad (OR 0,95, IC95%: 0,91–0,99, p=0,042). Los más frecuentes fueron el rash, las artralgiyas y la fiebre. La aparición de brotes de AR fue anecdótica (1,7%), relacionándose de forma inversa con la edad.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados, con una muestra limitada, sugieren que la vacuna frente al SARS-CoV-2 induce una adecuada inmunogenicidad humoral, con un perfil de seguridad aceptable en los pacientes con AR, y se asocia con una reducción de la gravedad de la infección por SARS-CoV-2 postvacunal.

Tabla 1. Características de la población de AR y análisis univariante de su asociación con la respuesta humoral y del grado de respuesta a la vacuna frente a SARS-CoV-2.

	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	RESPUESTA SEROLÓGICA			GRADO DE RESPUESTA SEROLÓGICA
		Sí	No	p	p
Edad (años)	65,47±11,69	65,25±11,67	67,14±12,10	0,233	0,498
Sexo					
- Hombre	15 (12,71)	12 (11,54)	3 (21,43)	0,385	0,019
- Mujer	103 (87,29)	92 (88,46)	11 (78,57)		
IPA	8,79±18,55	6,87±15,23	23,01±31,83	<0,001	0,387
Comorbilidad	68 (57,63)	58 (55,77)	10 (71,43)	0,389	0,498
Tiempo de evolución AR	12,08±9,63	11,57±8,59	15,93±15,28	0,994	0,815
Edad de inicio AR	53,04±13,64	53,50±13,06	49,61±17,58	0,319	0,802
Factor reumatoide					
- Positivo	79 (66,95)	72 (69,23)	7 (50,00)	0,151	0,102
- Título	111,49±269,16	117,61±282,15	66,07±136,97	0,999	0,370
Anticuerpos aCCP					
- Positivo	63 (53,39)	52 (82,54)	52 (94,55)	0,051	0,328
- Título	201,53±255,74	196,34±252,54	240,07±285,45	0,005	0,531
Erosiva	32 (27,11)	26 (25,00)	6 (42,86)	0,158	0,423
Manifestaciones extraarticulares	26 (22,03)	20 (19,23)	6 (42,86)	0,045	0,129
VSG (valor)	19,88±18,64	20,00±19,04	19,00±15,94	0,855	0,020
PCR (valor)	0,51±0,78	0,47±0,64	0,82±1,44	0,239	0,006
HAQ	0,575 (0,66)	0,59±0,67	0,43±0,59	0,810	0,561
DAS28	2,39±1,07	2,37±1,12	2,53±0,60	0,110	0,603
COVID-19 previo	21 (17,8)	22 (20,19)	0 (0)	0,072	<0,001
COVID-19 previo grave*	6 (5,08)	6 (5,77)	0 (0)	0,460	<0,001

IPA: índice de paquetes de cigarrillos anuales; AR: artritis reumatoide; aCCP: anti-péptidos cíclicos citrulinados; VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; HAQ: Health Assessment Questionnaire; DAS28: Disease Activity Score; COVID-19: enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 aparecida en 2019. Las variables numéricas se expresan como media ± desviación estándar y las cualitativas como número (porcentaje). *Se consideró COVID-19 previo grave a las infecciones que requirieron ingreso hospitalario.

Póster 18

¡PERSPECTIVA Y NECESIDADES DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Camille Bourgeois¹, Jorge Olmedo-Galindo^{2,3}, Juan Molina Collada¹, Gema Fernandez-Plana⁴, Julia Martinez-Barrio¹, Javier Rivera¹, José María Álvaro-Gracia^{1,5}, Isabel Castrejón^{1,5}

¹Servicio de Reumatología, HGU Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). ²Centro de Salud Ibiza, ³Universidad Rey Juan Carlos. ⁴Centro de Salud Dr. Cirajas. ⁵Universidad Complutense de Madrid.

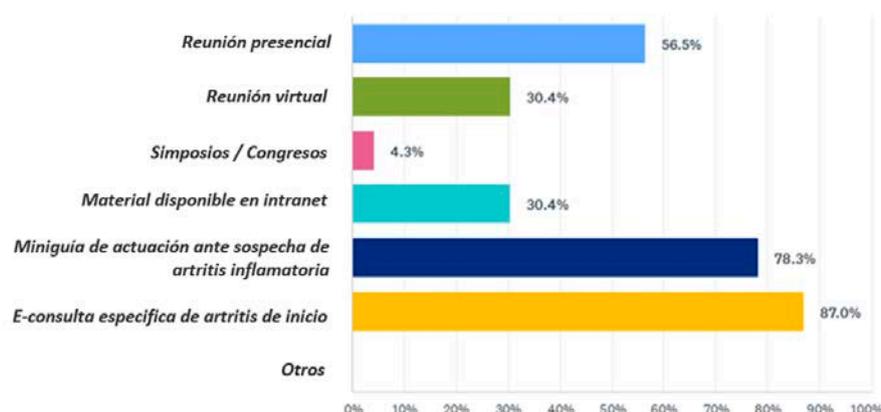
OBJETIVOS: Los objetivos de este estudio son explorar el punto de vista y las necesidades de los médicos de atención primaria (MAPs) para guiar un programa de derivación precoz a reumatología para pacientes con alta sospecha de artritis reumatoide (AR) e identificar áreas de mejora para facilitar la derivación.

MÉTODOS: En enero de 2022 se inició en nuestra área un programa de derivación directa desde Atención Primaria al Servicio de Reumatología de nuestro centro (REUCARE) con la participación de 257 MAPs. Hasta mayo de 2022 fueron derivados 88 pacientes de los que solo 24 (27%) cumplían los criterios preestablecidos de derivación. Para mejorar la estrategia de derivación, se desarrolló una encuesta en colaboración con investigadores de atención primaria con el objetivo de explorar áreas de mejora. La encuesta incluyó 5 dominios que cubrían: 1. datos demográficos de los MAPs, 2. conocimientos previos sobre la AR, 3. nivel de seguridad en el momento de hacer el diagnóstico inicial de la enfermedad, 4. factores y posibles barreras para la derivación precoz y 5. interés de los MAPs en formación adicional en reumatología. Los datos fueron recogidos mediante escalas tipo Likert de cuatro puntos, preguntas dicotómicas sí/no o texto libre, y fueron analizados descriptivamente.

RESULTADOS: En Abril del 2022, se enviaron invitaciones por correo electrónico a un total de 180 MAPs a través del coordinador de su centro. Un total de 26 (14,4%) MAPs completaron la encuesta. Los encuestados fueron principalmente mujeres (76 %) con más de 20 años de experiencia y con una carga asistencial de 30 a 40 pacientes por día. La mayoría (83%) había recibido formación en reumatología a parte de la recibida durante la carrera de medicina, pero no estaban familiarizados con la incidencia y prevalencia de la enfermedad. Alrededor del 67 % eran conscientes de la importancia del diagnóstico y el tratamiento tempranos, sin embargo, no se sentían muy seguros al hacer el diagnóstico inicial (61% "algo seguros" y 35% "no seguros"). Los principales motivos de derivación a reumatología fueron la presentación clínica (65 %), la presencia de factor reumatoide positivo (46 %) y la elevación de los reactantes de fase aguda (46 %). La mayoría de los MAPs consideraron el tiempo de espera para derivación prolongado (65%) y muy prolongado (22%) y no recibieron suficiente información por parte de los reumatólogos tras la derivación (60%). Desde su perspectiva, los principales motivos de retraso fueron la falta de especificidad de los síntomas iniciales (48 %), seguidos de la larga lista de espera (39 %). Aunque el 77% indicó utilizar recursos adicionales para mejorar sus conocimientos en AR, todos manifestaron su interés en recibir más información sobre el diagnóstico precoz. Los recursos preferidos fueron la creación de una e-consulta específica (87%), miniguías actualizadas (78%) y reuniones presenciales con reumatólogos (Figura).

CONCLUSIONES: Aunque la mayoría de MAPs conocen la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la AR, no se sienten cómodos en el diagnóstico inicial. La falta de especificidad de los síntomas iniciales y las largas listas de espera en reumatología son, los principales motivos de retraso en la derivación. Las estrategias planteadas por los MAPs para mejorar la derivación son una e-consulta específica, miniguías de actuación y reuniones presenciales, como parte del programa REUCARE.

Figura. Recursos para colaboración con el fin de mejorar la derivación precoz de los pacientes con alta sospecha de AR



Póster 19

MICOFENOLATO DE MOFETILO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Carlota Navarro Joven, María Alonso de Francisco, Pablo Navarro Palomo, María Machattou, Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, Olga Rusinovich, Mónica Fernández Castro, Hildegarda Godoy Tundidor, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Carlos Isasi Zaragoza, José Luis Andreu Sánchez, José Campos Esteban.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Calle Joaquín Rodrigo. Majadahonda, Madrid. 28220

OBJETIVOS: Evaluar el uso de micofenolato de mofetilo (MFM) en práctica clínica habitual como tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a enfermedad reumática autoinmune sistémica (ERAS) o con rasgos autoinmunes.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes del servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel diagnosticados de EPID, que hayan recibido tratamiento con MFM en el periodo 2012- 2022. Se recogieron datos demográficos, clínicos y parámetros de la evolución de la EPID (clínica respiratoria, pruebas de función respiratoria (PFR) y progresión radiológica). También se trató de definir perfiles de pacientes que se puedan ver más beneficiados de su uso. Se utilizó estadística descriptiva para definir las características clínicas de los pacientes (medias, desviación estándar) y se compararon las proporciones de pacientes mediante el test Chi-cuadrado. Se consideraron estadísticamente significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 39 pacientes: 26 mujeres (66,7%) y 13 hombres (33,3%); la media de edad fue de 65 años (+/- 13). La ERAS más frecuentemente asociada a la EPID fue esclerosis sistémica, en 19 casos (49%); síndrome de Sjögren y artritis reumatoide (AR) en 4 casos (10%), síndrome antisintetasa en 3 casos (8%), polimiositis y dermatomiositis en 1 caso (2,6%); 7 casos se describieron como neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) (18%).

Tras un año de tratamiento se observó estabilidad de la clínica respiratoria en el 87% de los casos, de las PFR (variación $<10\%$ de FVC o $<15\%$ de DLCO) en el 87,5% de la muestra y radiológica en el 91% de los pacientes (en aquellos casos de los que disponemos pruebas de control (24 y 23, respectivamente)). Un 79.5% de la muestra presentó estabilidad en estos tres ámbitos. Del 20.5% de la muestra que presentó deterioro en alguna de estas esferas un 37.5% fue a expensas de empeoramiento clínico aislado; un 37.5% presentó deterioro de las PFR y un 25% presentó empeoramiento de la clínica respiratoria que asociaba progresión en las pruebas de imagen.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en aquellos pacientes entre los que el tratamiento con MFM se inició transcurridos menos de 24 meses del diagnóstico de la EPID y los que se iniciaron 24 meses tras el diagnóstico; tampoco se observaron diferencias en la progresión entre los pacientes mayores y menores de 65 años; ni en los pacientes cuyo diagnóstico de EPID fue próximo en el tiempo (<6 meses) al diagnóstico de la ERAS en relación con aquellos casos que presentaron un diagnóstico más tardío. Se observó mayor tendencia a la progresión en los varones frente a mujeres (38,4% vs 23%), así como mayor tendencia al empeoramiento de las PFR en los pacientes diagnosticados de IPAF en comparación con las demás ERAS; si bien ninguna de estas diferencias alcanzó significación estadística.

CONCLUSIÓN: El MFM consigue estabilizar la EPID asociada a ERAS/IPAF en el 79,5% de los pacientes un año tras el inicio del tratamiento. No se ha conseguido identificar ninguna característica que condicione una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a progresión de la EPID, si bien los varones muestran mayor tendencia al empeoramiento clínico, y en los pacientes diagnosticados de IPAF se observa mayor tendencia a la progresión de las PFR. Además, el empeoramiento radiológico se correlaciona con un empeoramiento de la clínica respiratoria.

Póster 20

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE PROTEÍNAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

M. Fernández-Castro, MJ. Santos-Bórnez, C. Merino, JL. Andréu, J. Sanz, J. Campos, H. Godoy, N. de la Torre, M. Pavía, P. Navarro, M. Machattou, B García-Magallón, C. Barbadillo, L. de Villa, C. Isasi, MC. Sánchez-Fernández, P. Briongos, A. Sánchez.

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, IDIPHISA c/Joaquín Rodrigo, 2. 28222 Majadahonda (Madrid).

OBJETIVO: El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica caracterizada por la afectación de las glándulas exocrinas además de un amplio espectro de manifestaciones sistémicas. En el momento actual, los biomarcadores convencionales no dan respuesta a necesidades no resueltas respecto al diagnóstico, estratificación de fenotipos y terapias adecuadas. El SS es huérfano de tratamiento y nuevos biomarcadores podrían constituir potenciales dianas terapéuticas futuras. El objetivo de este trabajo ha sido realizar un análisis exploratorio de expresión de biomarcadores proteicos diferenciales en 6 pacientes con sospecha de SS, 3 con diagnóstico final de SS según criterios de clasificación 2002/2016 y 3 no diagnosticados de SS, en muestras de suero y saliva.

MÉTODOS: De una cohorte de 164 pacientes con sospecha de SS del servicio de reumatología, se seleccionaron 3 pacientes que cumplieran criterios de clasificación de SS del 2002 y/o 2016 y 3 pacientes que no cumplieran criterios de clasificación de SS. Se recogieron muestras de saliva y suero que fueron centrifugadas a 1800g y almacenadas a -80°C. Se realizó un análisis semicuantitativo de expresión de proteínas mediante los arrays "Proteome Profiler Human XL Cytokine Array Kit" de R&D system que detecta 105 proteínas que contiene interleuquinas, quimioquinas, factores inflamatorios y otras proteínas solubles. Los resultados y análisis estadísticos se procesaron con Microsoft Excel, aplicando la prueba T de Student no pareada. Valores de $P \leq 0,05$ se definieron significativos y se consideraron borderline valores de $0,1 < P < 0,05$.

RESULTADOS: En los pacientes que cumplieran criterios de clasificación de SS encontramos niveles incrementados en suero de los factores CD14 (OR:1,21; $P=0,033$), EGF (OR:1,18; $P=0,050$), IP-10 (OR:1,23; $P=0,090$) Pentraxin 3 (OR:1,32; $P=0,095$) y VEGF (OR:1,41; $P=0,091$) al compararlos con los pacientes que no cumplieran criterios de clasificación de SS, aunque sólo en el caso de CD14 y EGF se alcanzó significación estadística. En las muestras de saliva encontramos valores significativamente incrementados en pacientes que no cumplieran criterios de clasificación de SS de ICAM1 (OR: 1,67; $P=0,019$), IL-6 (OR:1,20; $P=0,042$) y IL-19 (OR:1,51; $P=0,039$) en comparación con los pacientes que si cumplieran criterios de clasificación de SS.

CONCLUSIONES: Los pacientes con síndrome de Sjögren presentaron niveles significativamente mayores de las proteínas CD14 y EGF en suero, así como niveles significativamente disminuidos de ICAM1, IL-6 e IL-19 en saliva, al compararlos con los pacientes que no cumplieran criterios de clasificación de SS. Es necesario confirmar estos resultados cuantificando estas proteínas en una cohorte de pacientes de mayor tamaño.

Póster 21

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA INFLAMATORIA EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

A. López Esteban, E. Chamorro De Vega, M. Ferris Villanueva, T. Del Río Blasco, C. Lobo Rodríguez, A. Herranz Alonso, M Sanjurjo Sáez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Francisco Silvela 40, 28028 Madrid

OBJETIVO: Describir los resultados de calidad del sueño en salud de pacientes con enfermedad inflamatoria reumatológica (EIR) en tratamiento con terapias biológicas (TB).

MÉTODO: Estudio observacional, prospectivo, de pacientes con EIR tratados en un centro multidisciplinar en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA), artritis psoriásica (APs) y lupus eritematoso sistémico (LES) que llevaran al menos 4 meses en tratamiento con terapias biológicas (TB) entre el 01/03/2022 y el 30/09/2022 y que estuvieran en seguimiento telemático a través de la App E-Midcare®. Se recogieron variables demográficas, clínicas y farmacológicas de la historia clínica y de la app. Para la evaluación de la calidad del sueño se utilizó el cuestionario ISI (Insomnia Severity Index). La calidad del sueño se correlacionó con el estado anímico (HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale), la calidad de vida EuroQol-EQ-5D-EVA, el dolor (EVA Escala Visual Analógica) y el uso de corticoides sistémicos y medicamentos hipnóticos/ansiolíticos y antidepresivos.

El análisis estadístico se realizó con SPSS 18.0.

RESULTADOS: Se evaluó la calidad del sueño en 115 pacientes. El 60,0% eran mujeres y la edad media fue 49,6 años (DS 14,6). Los diagnósticos fueron: 30,4% (AR), 41,7% (EspA), 18,3% (APs), 7,8% (LES) y 1,7% (UNI). Las TB más frecuentes fueron: anti-TNF (66,6%), anti-JAK (9,6%), belimumab (7,9%), anti-IL17 (6,1%), anti IL-6 (5,2%) y anti-CD80 (2,6%). El 26,9% de los pacientes estaban en tratamiento con corticoides (dosis media 7,1 mg/día -DS 6,2), el 17,4% con antidepresivos y el 14,8% con ansiolíticos/hipnóticos.

La media de puntuación global en el ISI fue 10,3 (DS 6,5). Desglosado por patologías, la media de puntuación en el ISI fue 10,2 (DS 6,4) en AR, 10,3 (DS 6,7) en EspA, 10,7 (DS 6,6) en APs y 12,40 (DS 5,4) en LES. Globalmente, el 29,6% de los pacientes, tenían un insomnio clínico moderado o grave (puntuación ISI 15-28), 31,4% en AR, 27,1% en EspA, 33,3% en APs y 33,3% en LES. La media de puntuación en el HAD fue 15.06 (DS 8.2) y el 68% presentó una puntuación HAD>11. La media de calidad de vida EuroQol-EQ-5D-EVA y de EVA-dolor fue 62,0 (DS 25,8) y 4.4 (DS 3,4), respectivamente.

Los pacientes con más insomnio presentaban peor estado emocional, según los indicadores que fueron medidos, se encontró relación estadísticamente significativa con la escala HAD, peor calidad de vida EuroQol-EQ-5D-EVA y más dolor ($p<0,001$). El 100% de los pacientes con insomnio grave tenían un HAD>11 ($p=0,001$). Aunque los pacientes con insomnio moderado-grave tomaban más frecuentemente hipnóticos/ansiolíticos ($p=0,001$), el 48,6% no tenían prescrito ningún hipnótico/ansiolítico.

CONCLUSIONES: La prevalencia de insomnio en las patologías reumatológicas inflamatorias se encuentra elevada. Este incremento del insomnio se refleja en peores resultados de calidad de vida en el cuestionario HAD y en el EuroQol-EQ-5D-EVA, así como mayor índice de dolor medido en la escala EVA.

Es importante realizar intervenciones educativas como parte del tratamiento, así como optimización del tratamiento farmacológico para el insomnio. Ambas orientadas a mejorar la calidad del sueño de los pacientes y aumentar así, también su calidad de vida

Póster 22

EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE NEUMOLOGÍA-REUMATOLOGÍA SOBRE AFECTACIÓN PULMONAR EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

C.M Gómez González, P. Cardoso Peñafiel, A.I Higes Díaz, D. Martos Ruiz, C.A Araque Molina, L. Cebrián Méndez, M.B López-Muñiz Ballesteros, M.L Lojo Oliveira, E. Calvo Aranda, M.A Matías de la Mano, C. Marín Huertas, M. Sanz Jardón, M.T Navío Marco.

Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL). Av. Gran Vía del Este 80, 28031. Madrid

INTRODUCCIÓN: Entre las complicaciones pulmonares de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) destaca la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) que puede aparecer en cualquier momento de la evolución. Clínicamente suele cursar de forma insidiosa, siendo los síntomas más frecuentes la tos seca y la disnea inicialmente de esfuerzos.

Objetivo: Describir las características clínicas, radiológicas, tratamientos utilizados y grado de satisfacción de los pacientes con diagnóstico o sospecha de EAS y afectación pulmonar evaluados en consulta Multidisciplinar de Neumología-Reumatología del HUIL.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo-descriptivo de una cohorte de pacientes seguidos en Consulta Multidisciplinar de Neumología-Reumatología desde octubre de 2017 hasta septiembre de 2022. Se realizó una encuesta de calidad percibida de junio a septiembre de 2022, incluyendo datos demográficos y de satisfacción en relación con la asistencia.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 185 pacientes, de ellos 124 (67%) eran mujeres. 100 pacientes (54%) mayores 60 años, con una media de edad de 62 años.

En la siguiente tabla se muestra la prevalencia de las distintas EAS evaluadas y los distintos hallazgos radiológicos pulmonares encontrados.

Recibieron tratamiento con corticoides 99 casos (53.5%), 21 en monoterapia (21.2%). En cuanto a los inmunosupresores recibidos: Metotrexato 4 (2.8%), micofenolato 35 (24.1%), rituximab 21 (14.5%), abatacept 4 (2.8%), azatioprina 5 (3,4%), tocilizumab 2 (1,3%), tofacitinib 1 (0,68 %) y ciclofosfamida 6 (4,13%). Los antifibróticos (pirfenidona y nintedanib) se emplearon en 2 y 7 pacientes respectivamente. 40 pacientes (21.6%) no recibieron tratamiento, con seguimiento clínico y radiológico en controles sucesivos.

De los pacientes evaluados, fallecieron 26 (14,05%): 7 por infección por SARS COV 2, 5 por progresión EPI, 2 por exacerbación de la misma, 4 por cáncer (3 de pulmón y 1 de colon), 5 por enfermedad cardiovascular y 3 de causa desconocida.

En cuanto a calidad percibida, 53 pacientes cumplimentaron la encuesta. Se mostraron muy satisfechos con la consulta multidisciplinar 37 (69,8%) pacientes, 14 satisfechos (26,41%) y 2 no contestaron. Respecto al tiempo de atención dedicado, 32 pacientes (56.5%) declararon encontrarse muy satisfechos, 16 (30.5%) satisfechos y 5 (13%) no contestaron. El 71.7% contestaron estar total o parcialmente de acuerdo en ser atendidos conjuntamente por ambos especialistas, a 14 (26.4%) les resulta indiferente y 1 está en desacuerdo.

CONCLUSIONES: En la muestra estudiada en nuestra consulta multidisciplinar existe un número significativo de pacientes con EAS y afectación pulmonar, con destacada prevalencia de EPI, siendo el patrón NINE el más frecuente, coincidiendo con lo descrito en la literatura. La mayoría de pacientes se encuentra muy satisfecho con el modelo de atención conjunta, convirtiéndose en una importante herramienta de gestión para su mejor manejo y seguimiento.

Enfermedades	Total de pacientes (%)
Artritis Reumatoide	37 (20%)
Esclerodermia	33 (17.8%)
IPAF	20 (10.8%)
Sarcoidosis	18 (9.7%)
Vasculitis	17 (9.2%)
Sd. Antisintetasa	12 (6.5%)
Lupus	10 (5.4%)
Sjögren	9 (4.8%)
EMTC	5 (2.7%)
Sd. de Solapamiento	5 (2.7%)
Otras	19 (10.3%)
Total	185 (100%)
Hallazgos Radiológicos	Pacientes afectados (%)
Neumonía Intersticial No especificada (NINE)	71 (38,4%)
Neumonía Intersticial Usual (NIU)	25 (13,5%)
Neumonía Organizada (NO)	18 (9,7%)
Neumonía Intersticial Linfoide (NIL)	3 (1,6%)
Nódulos pulmonares	13 (7,02%)
Otros hallazgos	41 (22,2%)
Sin afectación pulmonar	14 (7,6%)
Total	185 (100%)

Póster 23

ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS SUBTIPOS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Mariela Uyaguari¹, Elisa Fernández-Fernández¹, Irene Monjo¹, Eugenio de Miguel¹

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. Dirección postal 28046

OBJETIVOS: El objetivo es conocer si existen diferencias en las características clínicas de los pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) según el patrón de afectación (craneal, extracraneal o mixto).

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes nuevos consecutivos diagnosticados de ACG en nuestro hospital en los últimos 4 años. El 90,9% de los pacientes se diagnosticaron por ecografía color doppler donde se exploraron las arterias temporales superficiales con su tronco común, sus ramas frontales y parietales y en las arterias extracraneales (arterias axilares, subclavias y carótidas). El 9,1% de los pacientes fue diagnosticado mediante PET-TAC o biopsia de arteria temporal. El diagnóstico ecográfico se realizó con las definiciones OMERACT de signo del halo y se estableció como límite de grosor de íntima media $\geq 0,34$ mm para las ramas de las arterias temporales, $\geq 0,42$ para el tronco común de las arterias temporales y ≥ 1 mm para las arterias axilares, subclavias y carótidas. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se compararon sus datos demográficos, clínicos y de laboratorio entre los diferentes patrones de afectación vascular. Para las definiciones de remisión y recaída se usaron las recogidas en las recomendaciones EULAR de 2018. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 25.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 163 pacientes, 82 mujeres (50,3%), con una edad media de $79 \pm 7,8$ años. Al analizar los subtipos de ACG, 78 pacientes (47,9%) tenían afectación exclusiva de arterias craneales (ACGc), 36 pacientes (22%) tenían afectación aislada de vasos grandes extracraneales (ACGvg) y 49 pacientes (30,1%) tenían formas mixtas con afectación craneal y extracraneal (ACGm). Las características de los pacientes con cada subtipo de ACG se muestran en la Tabla 1.

El análisis mostró que los pacientes con ACGvg tienen más síndrome constitucional ($p < 0.05$), menos neuritis óptica isquémica anterior (NOIA) ($p < 0.001$) y valores de VSG ($p < 0.01$) que los pacientes con ACGc. La afectación de arterias extracraneales en cualquiera de subtipos muestra un incremento significativo de asociación con polimialgia reumática (PMR), aunque esta no era exclusiva de la afectación de vaso grande. La afectación craneal se asoció con más manifestaciones isquémicas tipo NOIA que la ACG con afectación de vaso grande aislado. En relación a la remisión mantenida por al menos 6 meses junto a la remisión libre de corticoides es mayor ($p < 0.05$) en los pacientes con vaso grande comparado con ACGvg y ACGc. Respecto a las recaídas, tanto mayores como menores, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subtipos de ACG, lo que contrasta con estudios previos en los que sí observan más recaídas en la ACG con afectación de vaso grande.

Tabla 1: Características clínicas de la población estudiada y las diferencias entre los subtipos de ACG

Características clínicas	ACG total n=163	ACGc n=78	ACGvg n=36	ACGm n=49	ACGc vs. ACG vg p	ACGc vs. ACGm p	ACGvg vs. ACGm p
Sexo mujer, n (%)	82 (50,3)	41 (52,6)	21 (58,3)	20 (40,8)	0,565	0,378	0,134
Edad en años, media \pm DE	79 \pm 7,8	79 \pm 7,5	77,6 \pm 9,9	79,2 \pm 6,7	0,435	0,883	0,403
VSG en mm/h, media \pm DE	57 \pm 34,1	63 \pm 37,3	42,2 \pm 27,6	47,4 \pm 35,22	0,003	0,019	0,467
PCR en g/dl, media \pm DE	52,6 \pm 53,9	54 \pm 55,4	43,2 \pm 56,1	49,4 \pm 49,4	0,335	0,631	0,588
PMR	88 (53,6)	32(41)	23 (63,9)	33 (66)	0,023	0,005	0,839
Síndrome constitucional, n (%)	87 (53)	38 (48,7)	25 (69,4)	24 (48)	0,038	0,936	0,047
NOIA, n (%)	38 (23,1)	25 (32,1)	3 (8,3)	10 (20)	0,006	0,135	0,136
Ictus, n (%)	6 (3,6)	4(5,1)	1 (2,7)	1 (2)	0,310	0,174	0,825
Remisión sostenida 6m, n (%)	45 (27,4)	14 (17,9)	15 (41,7)	16 (32)	0,006	0,057	0,393
Remisión libre de corticoides, n (%)	28 (17)	8 (10,3)	9 (25)	11 (22)	0,039	0,068	0,745
Recaída mayor, n (%)	7 (4,2)	3 (3,8)	3(8,3)	1 (2)	0,679	0,947	0,751
Recaída menor, n (%)	52 (31,7)	25 (32,1)	11 (30,6)	16 (32)	0,947	0,943	0,378

ACG: arteritis de células gigantes; ACGc: Arteritis de células gigantes con afectación craneal; ACGvg: arteritis de células gigantes con afectación de vaso grande; ACGm: arteritis de células gigantes con afectación mixta; DE: desviación estándar. PMR: polimialgia reumática. NOIA: neuritis óptica isquémica anterior. PCR: proteína C reactiva. VSG: velocidad de sedimentación globular.

CONCLUSIONES: Las características clínicas son diferentes en los distintos patrones de ACG. Los pacientes con ACGvg tienen mayor síndrome constitucional y menor VSG que los pacientes con ACGc. La afectación craneal se asoció con más manifestaciones isquémicas tipo NOIA que la ACGvg, la PMR es más frecuente en los casos con afectación de vaso grande y hay más remisión mantenida y libre de corticoides en los pacientes con vaso grande comparado con ACGvg y ACGc.

Póster 24

MEPOLIZUMAB EN GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLANGEÍTIS: SERIE DE CASOS

Raquel Zas Vaamonde, Alfredo Javier García González

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

INTRODUCCIÓN: La granulomatosis eosinofílica con polangeítis (GEPA) se clasifica como vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) junto a la granulomatosis con polangeítis y a la polangeítis microscópica (1). Se caracteriza por aparecer en pacientes con asma y eosinofilia periférica, presentando inflamación granulomatosa rica en eosinófilos con vasculitis necrotizante de pequeño y mediano vaso. Sin embargo, se diferencia desde el punto de vista clínico, serológico y terapéutico de las otras dos entidades del grupo, teniendo características propias y presentando positividad para ANCA en menos del 30-40% de los casos.

En la fisiopatología de las vasculitis asociadas a ANCA el principal agente de daño tisular es el neutrófilo. Este posee en su membrana los autoantígenos proteinasa 3 y mieloperoxidasa. La unión de los ANCA a sus respectivos autoantígenos activa a los neutrófilos, que generan daño tisular en lechos microvasculares y participan en la activación de células T y B. En la GEPA se observa además una disfunción de los eosinófilos, lo que genera daño por degranulación y liberación de sustancias citotóxicas. La IL-5 es la citoquina más relevante en la diferenciación, proliferación y supervivencia de los eosinófilos, siendo por tanto, diana terapéutica en esta enfermedad.

Basándonos en esta dicotomía fisiopatológica, podríamos hablar de manifestaciones "impulsadas por eosinófilos" o "impulsadas por ANCA-neutrófilos"(2), aunque este principio no siempre es aplicable en la práctica clínica.

El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal contra la subunidad α del receptor de IL-5. Es eficaz para inducir remisión y evitar recaídas en los pacientes con GEPA, ahorrando corticoides (3). La dosis aprobada para vasculitis es de 300 mg cada 4 semanas, sin embargo, estudios observacionales ponen de manifiesto que la dosis aprobada para asma grave (100 mg) podría ser igualmente útil (4).

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Se presenta una serie de casos de 6 pacientes con GEPA según criterios ACR/EULAR 2022 (5) tratados con mepolizumab (tabla 1). Todos tenían eosinofilia antes de mepolizumab, y 2 antimo+. No presentaban manifestaciones graves como miocardiopatía o glomerulonefritis. 2 presentaban mononeuritis múltiple y recibieron inicialmente ciclofosfamida. Todos presentaban corticodependencia al introducir tratamiento con mepolizumab, siendo la media de corticoides de 17 mg/día de prednisona. Cinco recibían de forma concomitante inmunosupresores, todos azatioprina. Una paciente recibió previamente omalizumab para asma grave, siendo suspendido a los 6 meses por ineficacia. Cinco pacientes recibieron mepolizumab a dosis de 300 mg y uno de 100 mg cada 4 semanas. Cinco pacientes consiguen suspender los corticoides, y la sexta los reduce a la mitad.

CONCLUSIONES: El mepolizumab es un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento de la GEPA, particularmente en pacientes con manifestaciones causadas por disfunción eosinofílica, teniendo un papel fundamental como ahorrador de corticoides. Por el contrario, en aquellos pacientes que presenten clínica vasculítica, la diana terapéutica se centrará más en la vía ANCA-neutrófilo sobre la que el mepolizumab no tiene acción.

Tabla 1.

	Sexo	Edad	ANCA	Eosinofilia	Asma	Rinosinusitis	Pulmonar	SN periférico	Prednisona mg/día previa	Prednisona/día posterior	Exacerbaciones/año	Otros inmunosupresores
1	M	34	Negativo	1030	Si	Si	No	No	5	2,5	0	AZA 100mg
2	V	20	Negativo	6000	Si	Si	No	No	25	0	1,4 /año	AZA 75mg
3	M	58	MPO	3100	Si	Si	Vidrio deslustrado.	No	30	0	0,5/año	AZA 50mg
4	M	84	Negativo	1500	Si	Si	Vidrio deslustrado. Bronquiectasias. Nódulo.	No	Desconocida	0	0	No
5	V	47	Negativo	1500	Si	Si	Vidrio deslustrado. Nódulos	Mononeuritis múltiple	20	0	0	CF 15mg/kg x6, AZA 150mg
6	M	27	MPO	1800	Si	Si	Vidrio deslustrado. Pseudonódulos.	Mononeuritis múltiple	5	0	1/año	CF 750mgx6, AZA 100mg, Omalizumab

M: mujer. V: varón. MPO: mieloperoxidasa. AZA: azatioprina. CF: ciclofosfamida.

BIBLIOGRAFÍA:

- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 Revised International Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides. In: Arthritis and Rheumatism. 2013. p. 1–11.
- Fagni F, Bello F, Emmi G. Eosinophilic Granulomatosis With Polyangiitis: Dissecting the Pathophysiology. Vol. 8, Frontiers in Medicine. Frontiers Media S.A.; 2021.
- Wechsler ME, Akuthota P, Jayne D, Khoury P, Klion A, Langford CA, et al. Mepolizumab or Placebo for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. New England Journal of Medicine. 2017 May 18;376(20):1921–32.
- Bettiol A, Urban ML, Dagna L, Cottin V, Franceschini F, del Giacco S, et al. Mepolizumab for Eosinophilic Granulomatosis With Polyangiitis: A European Multicenter Observational Study. Arthritis and Rheumatology. 2022 Feb 1;74(2):295–306.
- Grayson PC, Ponte C, Suppiah R, Robson JC, Craven A, Judge A, et al. 2022 American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology Classification Criteria for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. Ann Rheum Dis. 2022 Mar 1;81(3):309–14.

Póster 25

ANÁLISIS DEL ÍNDICE DE RELACIÓN DE INTENSIDAD DE GRISES COMO MÉTODO DE DISCRIMINACIÓN ENTRE CAMBIOS INDUCIDOS POR EL EJERCICIO Y LOS PROVOCADOS POR LAS ESPONDILOARTRITIS EN LAS ENTESIS DE CARGA Y VALIDACIÓN DISCRIMINATORIA DE PACIENTES Y CONTROLES SANOS EN LA ENTESIS EPICONDILEA

Carlos Guillén Astete, Marina Tortosa Cabañas, África Andreu Suárez, Aliuska Palomeque Vargas, Rosa Manzo, Miguel Martínez-Aznar, Nuria García Montes

Hospital Universitario Ramón y Cajal

OBJETIVO: Recientemente se viene introduciendo el análisis informático de imágenes radiológicas en el estudio de pacientes con patologías musculoesqueléticas. En el campo de la ecografía, los ajustes basales y las diferencias entre las imágenes obtenidas por distintos equipos supone un problema potencial en el estudio comparativo de los pacientes. Nuestro grupo de investigación ha demostrado que este tipo de análisis de imágenes ecográficas es sensible a los cambios adaptativos inducidos por el ejercicio. El propósito del presente estudio es determinar si permiten discriminar los cambios producidos por enfermedades inmunomediadas con dianas entésicas de aquellos que se producen como adaptación al ejercicio.

MÉTODO: Se diseñó un estudio de validación de un test. Dado que el análisis de imágenes ecográficas estáticas depende en gran medida de las características de la imagen y de los ajustes ecográficos utilizados, se definieron tres índices basados en los hallazgos en territorios patológicos y su contraparte en las entesis sanas.

Índice de medias de intensidad de grises (iMIG): Media de la intensidad de grises en la entesis clínicamente afecta/media de la intensidad de grises en la misma entesis sana. Índice de dispersión de intensidad de grises (iDIG): Media de la desviación estándar de las medias de intensidad de grises en la entesis clínicamente afecta/media de la desviación estándar de las medias de intensidad de grises en la misma entesis sana. Índice de modas de intensidad de grises (iMoG): Media de las modas de intensidad de grises en la entesis afecta/media de la intensidad de grises en la misma entesis sana.

En los controles se utilizaron los mismos índices con el lado dominante como numerador y el no dominante como denominador. Todas las entesis estudiadas correspondieron al miembro inferior.

Para la validación discriminativa entre pacientes y controles se analizaron imágenes estáticas de las entesis aquilea y epicondilea de pacientes que consultaron por dolor entésico asociado a una espondiloartritis con afectación periférica entésica entre 2016 y 2020 (criterios ASAS/CASPAR). Las imágenes fueron obtenidas por un mismo observador en circunstancias de práctica clínica habitual y con el mismo equipo de ecografía (Logiq 8e, General Electric, USA) y con los mismos ajustes para cada una de las dos exploraciones entésicas. El AIIIE se realizó mediante el programa ImageJ 1.53e (Wayne Rasband & contributors – NIH, USA). Se seleccionaron registros de imágenes con estudios contralaterales en pacientes con entesopatías asimétricas de reciente diagnóstico (antes del inicio del tratamiento). Como controles se recurrió a un repositorio de imágenes procedentes de sujetos sanos reclutados para estudios previos, apareados por la edad y sexo de los pacientes. Se compararon la media de intensidad de grises (MIG), su dispersión (DIG) y la moda (MoIG) de las entesis estudiadas. La figura 1 explica la forma de adquisición de la imagen para el estudio de ambas entesis.

RESULTADOS: Se incluyeron registros de 49 pacientes (20 con diagnóstico de Apso, 19 con EspA-Rx y 10 con EspA-nRx) y de 100 controles sanos. De los 49 estudios, 30 correspondieron al tendón de Aquiles, 10 al tendón rotuliano distal y 9 al tendón rotuliano proximal.

En el grupo de pacientes, la iMIG fue 0.917 SD 0.062, la iDIG fue 0.976 SD 0.042 y la iMoIG fue 0.962 SD 0.041. En el grupo de controles, la iMIG fue 1 SD 0.020, la iDIG fue 1.001 SD 0.03 y la iMoIG fue 0.999 SD 0.03.

El área bajo la curva (figura 1) para los tres índices fueron: iMIG 0.879 (IC95% 0.807 a 0.951), iDIG (IC95% 0.582 a 0.785), iMoIG 0.751 (IC95% 0.662 a 0.840). Todas las áreas demostraron validez diagnóstica con $P < .0001$.

De acuerdo con la matriz de coordenadas de la curva COR, para un punto de corte de iMIG inferior o igual 1.02 se alcanzaría una sensibilidad de 95.9% y una especificidad del 71%.

Con relación a la validación como discriminación entre pacientes y controles, Se incluyeron los registros de imágenes de 9 pacientes con espondiloartritis axial (34.1 SD 9.5 años, 7 varones) y 10 con artritis psoriásica (34.0 SD 5.7 años, 8 varones) con afectación asimétrica de 15 entesis aquileas y 10 epicondíleas (LEI/MASES/SPARCC).

La distribución de las variables MIG, DIG y MoIG fue normal tanto para las entesis afectas, los controles contralaterales de los pacientes y los controles de entesis de sujetos sanos.

En los registros con afectación aquilea, la MIG del lado afectado fue 76.69 SD 25.14, la DIG fue 24 SD 3.48 y la MoIG fue 76.6 SD 30.1. En la entesis aquileas no dolorosa las medidas fueron 83.99 SD 27.29, 22.72 SD 3.14 y 78.7 SD 32.5,

respectivamente. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en todas las comparaciones apareadas ($t = 9.522$, $P = .000$; $t = 3.393$, $P = .004$; y $t = -2.247$, $P = .041$, respectivamente).

En los registros con afectación epicondílea, la MIG del lado afectado fue 75.3 SD 14.71, la DIG fue 25.93 SD 2.52 y la MoIG fue 72.7 SD 15.4. En la entesis epicondílea no dolorosa las medidas fueron 82.57 SD 16.06, 25.7 SD 2.99 y 74.9 SD 16.5, respectivamente. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las MIG y MoIG ($t = -9.849$, $P = .000$; y $t = -2.752$, $P = .022$, respectivamente). La relación MIN del lado afecto/MIN del lado sano entre pacientes fue 1.18 SD 0.047 mientras que la relación MIN entre el lado dominante y no dominante de los deportistas sanos fue 0.91 SD 0.022 ($t = 25.81$, $P = .000$).

CONCLUSIÓN: Los índices que contrastan las medias, dispersión y moda de intensidades de grises son válidos para la discriminación entre sujetos sanos y pacientes con entesopatías de carga relacionadas con espondiloartritis.

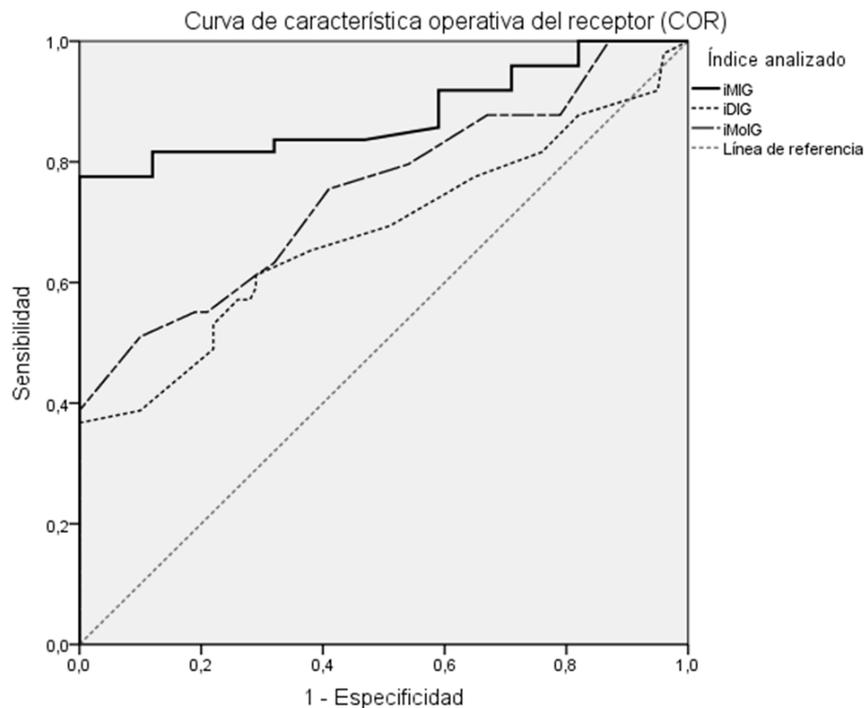
En los pacientes, las entesis afectadas tienen una media de grises inferior que la contraparte sana por lo que el iMIG tiende a ser inferior a 1. En sujetos sanos, la media de grises es ligeramente mayor en la entesis dominante por lo que el iMIG tiende a ser superior o igual a 1.

De todos los índices analizados, el iMIG parece el más adecuado. Se propone preliminarmente un punto de corte inferior a 1.02 para identificar a pacientes con entesopatías inflamatorias.

El AII de entesis, discrimina correctamente las entesis sintomáticas de las asintomáticas en estudios ecográficos tempranos. Aún en entesis no sintomáticas, detecta diferencias en comparación con sujetos sanos.

Esta capacidad discriminadora sería de utilidad en la actualización de los índices de recuento ecográfico de entesis o para su uso como criterio de respuesta evolutiva.

Figura 1. Trazado de las curvas COR para los tres índices analizados.



Póster 26

EL ANÁLISIS INFORMÁTICO DE IMÁGENES ECOGRÁFICAS ESTÁTICAS COMO INSTRUMENTO DE VALORACIÓN CUANTITATIVA DE LOS TENDONES DE CARGA: ESTUDIO DE VALIDACIÓN Y SENSIBILIDAD AL CAMBIO EN SUJETOS SANOS

Carlos Guillén Astete, África Andreu Suárez, Marina Tortosa Cabañas, Marta Serrano Warleta, Aliuska Palomeque, Rosa Manso, Xavier Cenicacelaya, Nuria García Montes, Paula Barrio Rufino, Esther Muñoz Rodríguez y Jorge Mollá Cuadrillero

Hospital Universitario Ramón y Cajal

OBJETIVO: El propósito del presente estudio es determinar si el análisis informático de imágenes estáticas es válido y apto para su uso en el estudio de tendones.

Considerando que la ecoestructura de un tendón debe ser la misma en todo su estroma, el presente estudio sostiene la hipótesis que el análisis informático de las imágenes de un mismo tendón sano en planos distintos no debería tener diferencias significativas.

MÉTODO: Se analizaron las imágenes ecográficas de voluntarios sanos de distintos grupos de edad y que fueron recogidas para un estudio ecográfico previo en calidad de controles. Los estudios correspondieron a los siguientes tendones de lado dominante del voluntario: (i) el cuerpo del tendón rotuliano en aproximación transversal, y (ii) el corte longitudinal del tendón de aquiles. El procesamiento de las imágenes se realizó utilizando el programa ImageJ 1.53e (Wayne Rasband & contributors – NIH, USA). Tres investigadores distintos realizaron un análisis en espectro de grises (0-255) con el cálculo de la media, desviación estándar (SD), rango, mediana y moda. Para el proceso de validación del análisis realizado por el software se compararon dos medidas de cortes distintos del tendón rotuliano (en el punto de emergencia de la meseta tibial y a 20 mm proximal a esta) y tres cortes longitudinales de 20mm del tendón de aquiles (paramedial, central y paralateral). En todos los estudios se utilizó el mismo equipo de ecografía Logiq S8® (General Electric, USA) dotado con una sonda lineal de 8-14MHz. Los estudios ecográficos se hicieron con la misma frecuencia (14MHz) y ganancia de grises. Para el estudio de sensibilidad al cambio se reclutaron voluntarios jóvenes de ambos sexos con hábito sedentario y con IMC normal para realizar una rutina supervisada de ejercicio físico tutelado por el propio equipo investigador a lo largo de 6 meses. Se realizaron 2 mediciones ecográficas del eje longitudinal mayor del tendón rotuliano proximal y del tendón aquileo, 2 elastografías de los mismos tendones y 2 mediciones antropométricas de la circunferencia máxima del muslo y la pantorrilla. En todos los casos se exploró el miembro inferior dominante. Las mediciones se hicieron al inicio y término del periodo de entrenamiento. Para demostrar sensibilidad al cambio se realizó una correlación entre los cambios morfológicos ecográficos, elastográficos y antropométricos, y el resultado del análisis informático de la imagen en términos de media y moda de escala de grises.

RESULTADOS: Se analizaron imágenes de 44 voluntarios sanos: 20 varones y 24 mujeres. Cuarenta y cuatro trios de imágenes del tendón de aquiles y 44 pares de imágenes del tendón rotuliano fueron analizadas y sus correspondientes medias y modas fueron comparadas como variables relacionadas. En el estudio del tendón de aquiles, de acuerdo con la prueba de Shapiro-Wilk la distribución de las medias de distribución de grises tuvieron una distribución no normal mientras que las modas tuvieron una distribución normal. Las medias \pm desviación estándar de intensidad de grises fueron: 80.15 ± 26.04 , 80.05 ± 25.57 y 79.91 ± 25.83 para los cortes medial, central y lateral, respectivamente (Friedman, $P=.454$; Bonferroni no aplicable). Las medias de las modas de las intensidades de grises para las mismas medidas fueron 67.35 ± 31.60 , 67.76 ± 32.18 y 68 ± 32.18 , respectivamente (ANOVA datos apareados, $P=.259$; Bonferroni no aplicable). En el estudio del tendón rotuliano todas las distribuciones de medidas fueron no normales. Las medias de intensidad de grises en el punto de emergencia del tendón (P) fue 81.35 ± 29.63 y a 20mm proximal a este punto fue 80.97 ± 29.08 (Wilcoxon, $P=.327$). Las medias de las modas en las mismas localizaciones fueron 82.71 ± 28.75 y a 20mm proximal a este punto fue 64.44 ± 33.31 (Wilcoxon, $P=.079$). En cuanto al estudio de sensibilidad al cambio se evaluaron 19 voluntarios, (edad 24, DE 2 años, rango 20-31, 12 mujeres). Tras la rutina de ejercicio se detectaron diferencias significativas en todas las variables antropométricas y elastográficas. En el estudio de correlaciones de los cambios antropométricos y ecográficos experimentados por los voluntarios se observaron fuertes relaciones directas entre la media de intensidad de grises del tendón de Aquiles y rotuliano con el cambio en la velocidad de conducción de los mismos tendones (Pearson 0.779, $P=.000$ y Pearson 0.988, $P=.000$, respectivamente) y de las modas de intensidad de grises del tendón de Aquiles y rotuliano y el incremento de perímetro de la pantorrilla y el muslo (Pearson 0.935, $P=.000$ y Pearson 0.904, $P=0.000$ respectivamente). No se detectó correlación entre el cambio porcentual de la masa grasa y el resto de variables ecográficas

CONCLUSIÓN: El presente estudio demuestra que el análisis cuantitativo de imágenes estáticas correspondientes a tendones sanos permite obtener resultados similares en la misma estructura en planos longitudinales o transversales distintos.

El análisis informático de los tendones de Aquiles y rotulianos es sensible al cambio experimentado fisiológicamente inducido por el ejercicio reglado en sujetos jóvenes y sanos. Estos cambios correlacionan satisfactoriamente con los cambios antropométricos y con la elastografía.

Partiendo de esta prueba de validación y demostración de sensibilidad al cambio provocada por el ejercicio consideramos que este tipo de análisis podría usarse como instrumento complementario a la valoración de estructuras tendinosas o tendinoentésicas a lo largo del tiempo.

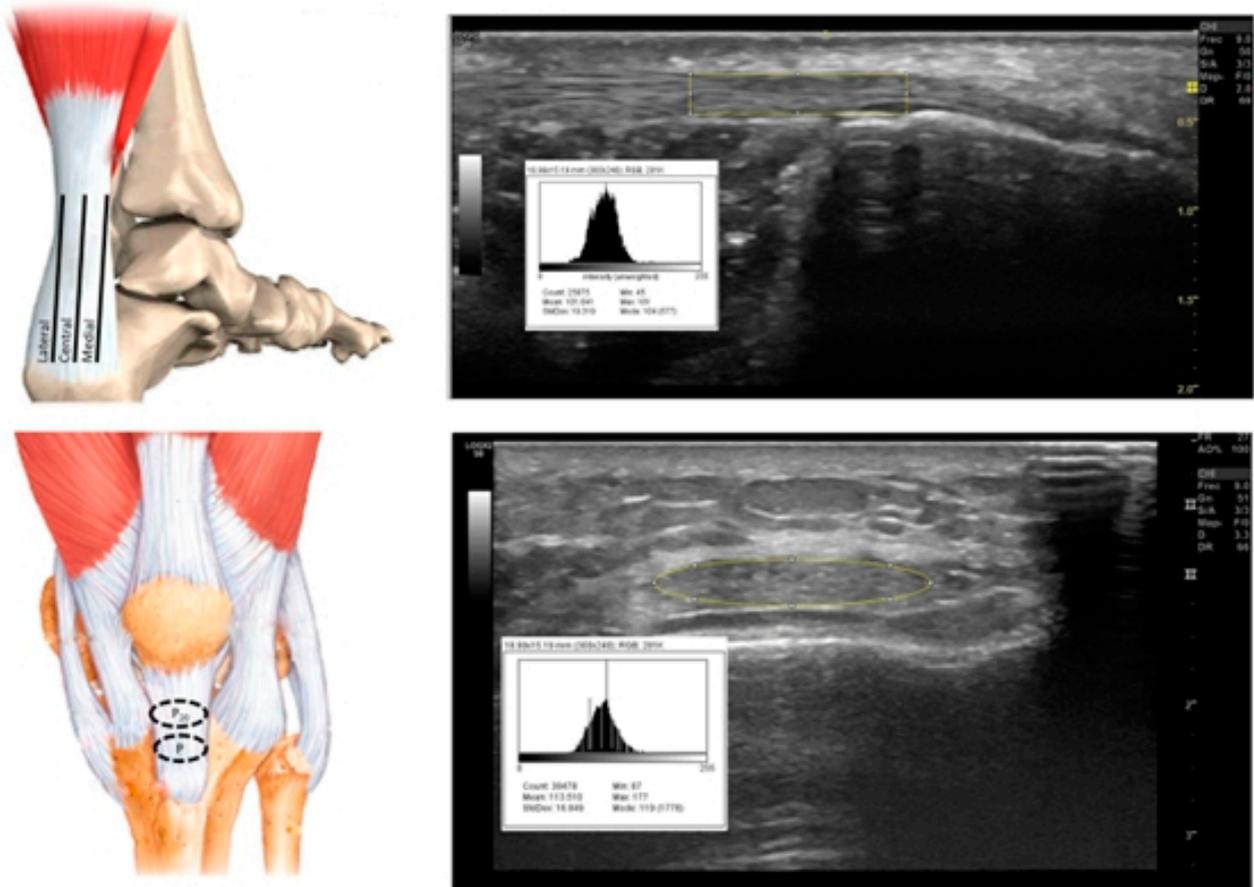


Figura 1. Arriba izquierda: Esquema de posicionamiento de la sonda lineal para la obtención de las imágenes del tendón de Aquiles de un mismo voluntario sano. Abajo izquierda: Esquema de posicionamiento de la sonda para la obtención de las imágenes transversales del tendón rotuliano en el punto de emergencia de la tuberosidad tibial anterior (P) y a 20mm proximal a este punto (P20). Arriba derecha: Análisis de imagen de un tendón de Aquiles en el plano longitudinal central. Abajo derecha: Análisis de un corte transversal del tendón rotuliano en el punto de emergencia de la tuberosidad tibial

Póster 27

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO A LOS 36 MESES DE TRATAMIENTO

Pablo Navarro Palomo, María Alonso de Francisco, Carlota Navarro Joven, María Machattou, Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, Mónica Fernández Castro, Hildegarda Godoy Tundidor, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Carlos María Isasi Zaragoza, Jose Campos Esteban, José Luis Andréu Sánchez, Olga Rusinovich

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Calle Joaquín Rodrigo. Majadahonda, Madrid. 28220

INTRODUCCIÓN: El belimumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG1 dirigido contra BAFF, factor de supervivencia del linfocito B. Debido a la disminución del número de esta estirpe celular y de la síntesis de autoanticuerpos, es una opción terapéutica para el tratamiento de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

OBJETIVOS: Descripción de las características clínicas y evolutivas de una serie de pacientes tratados con belimumab en un hospital terciario, en condiciones de práctica clínica habitual.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo unicéntrico en el que fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico tratados con belimumab, desde junio de 2017 hasta la actualidad. Se recogieron características clínicas, analíticas y demográficas de la muestra y se evaluaron los parámetros de actividad clínica y analítica. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos. El CEIC del centro aprobó el estudio.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes: 20 mujeres (87%) y 3 varones (13%), con edad mediana de 44 (24-72) años. Tiempo medio de duración de enfermedad: 9 ± 11 años. Tiempo medio de tratamiento con belimumab: 18 ± 16 meses. Entre los principales motivos para el inicio de tratamiento se encuentran: manifestaciones articulares y/o cutáneas y/o clínica general 11 pacientes (48%), afectación renal 7 (30%) y manifestaciones analíticas 5 (22%).

Terapias previas recibidas: hidroxicloroquina: 20 (87%), metotrexato: 9 (39%), leflunomida: 3 (13%), sulfasalazina: 1 (4%), rituximab: 4 (17%), adalimumab: 1 (4%), micofenolato de mofetilo: 10 (43%), azatioprina: 7 (30%), ciclofosfamida: 2 (9%), tacrolimus: 3 (13%); Corticoide: 23 (100%), sólo 6 pacientes (26%) lo recibieron en monoterapia. Dosis media de prednisona 4 ± 3 mg/día o equivalente.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, 10 pacientes (43%) presentaron afectación renal confirmada por biopsia: 10 (43%); 9 de ellos (90%) presentaron mejoría de proteinuria con media de descenso de la misma de 65%.

Se objetivó afectación hematológica en 17 (74%) de los pacientes, siendo anemia la más frecuente (74%), en 14 pacientes (82%) presentaron mejoría tras tratamiento con belimumab.

20 pacientes (87%) presentaron afectación articular: 20 (87%), en 17 pacientes (74%) se objetivó mejoría.

Finalmente, de los 8 pacientes (35%) que presentaron afectación cutánea, mejoraron 6 (75%).

18 (78%) pacientes presentaron infecciones tras inicio de tratamiento con belimumab, siendo las más frecuentes las infecciones en vías respiratorias altas (12 pacientes (67%)), seguido de infecciones del tracto urinario (8 (44%) pacientes). 3 pacientes sufrieron infecciones graves (virus herpes zoster 2 (11%) pacientes y Parvovirus B19 1 (6%)) que fueron motivo de suspensión de tratamiento.

El fármaco se suspendió además en otros 3 pacientes (13%), en 2 casos por ineficacia primaria y en 1 por falta de adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES: En este estudio, en condiciones de práctica clínica habitual, belimumab ha demostrado ser un tratamiento efectivo en pacientes con LES con un perfil de seguridad favorable. Se necesitan estudios de mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

Tabla 1. Evolución de corticoide y parámetros bioquímicos durante tratamiento.

Tiempo tratamiento	Prednisona (mg/día)	VSG (mm)	PCR (mg/l)	antiDNA (UI/ml)	C3 (mg/dl)	C4 (mg/dl)
Inicio (23 pacientes)	17 pacientes (74%) 4 ± 3	16 ± 13	6 ± 7	39 ± 40	92 ± 22	16 ± 7
12 meses (13 pacientes)	13 pacientes (93%) 4 ± 2 (-5%)	12 ± 10 (-26%)	8 ± 6 (+36%)	35 ± 38 (-9%)	103 ± 21 (+12%)	18 ± 7 (+12%)
24 meses (10 pacientes)	8 pacientes (80%) 3 ± 2 (-23%)	8 ± 3 (-50%)	4 ± 3 (-37%)	20 ± 16 (-48%)	107 ± 16 (+16%)	20 ± 5 (+22%)
36 meses (7 pacientes)	4 pacientes (57%) 2 ± 3 (-50%)	6 ± 6 (-62%)	3 ± 3 (-54%)	16 ± 13 (-58%)	101 ± 22 (+9%)	20 ± 7 (+24%)

Póster 28

INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUROPATÍA DE FIBRA FINA ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

María Alonso de Francisco, Carlota Navarro, Lorenzo Silva, Pablo Navarro, María Machattou, Marina Pavía, Natalia de la Torre, Olga Rusinovich, Mónica Fernández-Castro, Hildegarda Godoy, Carmen Barbadillo, Carolina Merino, Blanca García Magallón, Jesús Sanz, Luis Fernando Villa, Carlos Isasi, José Luis Andréu, Jose Campos.

Servicio de Reumatología y Servicio de Neurología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Calle Joaquín Rodrigo. Majadahonda, Madrid. 28220

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La neuropatía de fibra fina (NFF) constituye una de las formas más características de neuropatía periférica asociada al síndrome de Sjögren (SS). El tratamiento de esta afectación neurológica suele ser sintomático, con menor o mayor respuesta. El SS es una enfermedad huérfana de tratamiento por lo que el manejo de sus complicaciones sistémicas resulta complejo. La infusión de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) podría ser una opción terapéutica atractiva en estos casos, a pesar de que no existe evidencia suficiente sobre su efectividad, sí que se ha reportado mejoría de los síntomas con este tratamiento. Nuestro objetivo es evaluar el uso de tratamiento con IGIV en práctica clínica habitual en pacientes con NFF asociada a SS o SS-like.

Para ello realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando una serie de casos de pacientes diagnosticados de NFF en el contexto de SS y SS-like, tratados con IGIV en el servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel hasta el momento actual. Se han incluido dos pacientes que cumplen criterios de clasificación de 2002/2016 de SS y, un tercer caso con alta sospecha de SS que no cumplía criterios de clasificación (SS-like). Se registraron variables sociodemográficas (sexo, edad), clínicas (localización en miembros superiores/inferiores/otras; presencia de disautonomía), analíticas (proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación (VSG), linfopenia), inmunológicas (anticuerpos antinucleares (ANA), Anti-Ro, Anti-La, factor reumatoide (FR), hipergammaglobulinemia, alteración de complemento), biopsia de glándula salival menor (BGSM) y gammagrafía de glándulas salivales mayores. Se recogió la fecha de infusión de IGIV, la dosis, el número de infusiones y la mejoría clínica tras el tratamiento definida como la disminución de sintomatología parestésica, dolorosa o disautonomía referida por el paciente tras el tratamiento.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Se han incluido tres casos, todos ellos mujeres, con una edad media de 47,6 años (+/-10,8 DE). El caso 1 presentaba ANA a título 1/80, FR <10 e hipergammaglobulinemia, con complemento normal, junto con BGSM compatible con SS. El caso 2 presentaba ANA a título 1/1280, FR 85 e hipocomplementemia, sin hipergammaglobulinemia, con BGSM compatible con SS. El caso 3 presentaba ANA a título 1/80, FR <10 e hipocomplementemia, sin hipergammaglobulinemia. Este caso presentaba atenuación de la señal en glándulas salivales en la gammagrafía de glándulas (BGSM no compatible con SS). Ningún caso presentó AntiRo, AntiLa, elevación de PCR o VSG ni linfopenia.

Respecto a la NFF, los tres casos presentaban afectación tanto de miembros superiores como inferiores. El caso 1 presentaba asimismo parestesias en tronco y cuello, además de clínica de disautonomía evaluada mediante el cuestionario DN4. El caso 2 mostró clínica compatible con disautonomía según el cuestionario COMPASS-31. Por último, el caso 3 no presentaba afectación de otras localizaciones además de extremidades, y tampoco disautonomía objetivable mediante los cuestionarios estandarizados disponibles. En todos los casos la NFF fue diagnosticada en el transcurso del primer año tras el diagnóstico de enfermedad autoinmune sistémica tipo SS.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con IGIV siguiendo la pauta estandarizada para otras enfermedades (2 g/kg de peso, dividido en 4 días). Los resultados tras la terapia fueron:

En el caso 1, la paciente mostró mejoría de los síntomas de NFF (disminución de parestesias en MMII) tras infusión de la primera pauta de Igiv. La paciente 2 no obtuvo mejoría sintomática de la NFF tras la primera infusión de IGIV, y no pudo completar la pauta de infusión por desarrollar meningitis aséptica secundaria a las Igiv. En el caso 3 se consiguió una disminución significativa del dolor neuropático en MMII tras la primera infusión, presentando recidiva del mismo a los 2 meses, por lo que se reanudaron las infusiones de IGIV de forma mensual, habiendo recibido hasta el momento actual un total de 7 ciclos.

CONCLUSIÓN: En ausencia de tratamiento de la enfermedad de base y ante la necesidad de ofrecer una alternativa terapéutica, las IGIV podrían ser una opción potencialmente eficaz en los pacientes con NFF asociada a SS o SS-like. No obstante, los resultados aportados en esta serie muestran una mejoría parcial y transitoria de los síntomas y, dado que es una terapia no exenta de efectos secundarios, sugerimos la elección individualizada de cada paciente. Son precisos estudios con mayor número de pacientes y con un tiempo de seguimiento superior para poder dar respuesta a la pregunta sobre la utilidad de las IGIV en los pacientes con NFF asociada a enfermedad sistémica autoinmune.

Póster 29

¿DEBERÍAMOS REPLANTEARNOS LA MONITORIZACIÓN ANALÍTICA DEL METOTREXATO?

Zamora MC, Turiel P, Garvín N, Beladiez M, Alcalde M, Cruz AF

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Severo Ochoa. Av. de Orellana, s/n, 28911 Leganés, Madrid.

OBJETIVO: Evaluar la frecuencia de alteraciones analíticas en pacientes con Artritis Reumatoide en tratamiento con Metotrexato (MTX).

MÉTODO: Estudio longitudinal retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron pacientes con Artritis Reumatoide (AR) que habían iniciado tratamiento con MTX (15 mg a la semana) entre los años 2001 y 2021. Los pacientes fueron reclutados a partir de la base de datos de una consulta hospitalaria de Reumatología. Se recogieron los resultados de parámetros hepáticos y hematológicos obtenidos en los controles analíticos realizados desde el inicio del tratamiento y durante los dos años siguientes. Estos controles se realizaron antes de iniciar MTX, un mes después, a los 3 meses y posteriormente cada 4 meses de acuerdo a las recomendaciones de las guías clínicas (SER). Los parámetros recogidos fueron AST, ALT, GGT, hemoglobina (Hb), leucocitos, neutrófilos y linfocitos. Sólo se incluyeron pacientes en monoterapia con MTX, con o sin prednisona. Se calculó la frecuencia de las alteraciones analíticas encontradas y se revisó en las historias clínicas los cambios terapéuticos realizados en base a estas alteraciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 97 pacientes, de los cuales el 67% eran mujeres y 33% varones con una edad media de 55.94 (± 12.9) años. Encontramos alteración significativa de transaminasas (> 2 veces el valor normal) en 8 pacientes (8.2%). De éstos a 6 (6.1%) se les modificó la dosis y a 2 (2.1%) se les suspendió. En cuanto a las alteraciones hematológicas de novo encontramos anemia (Hb < 13 g/dl en varones, < 12 g/dl en mujeres) en 10 pacientes (9.7%), ninguna de ellos presentó Hb < 10 g/dl y no hubo modificación del tratamiento debido a esta alteración. Se observó linfopenia (linfocitos $< 0.9 \times 10^3/\mu\text{L}$) en 3 pacientes (3.1%) y neutropenia (neutrófilos $< 1.9 \times 10^3/\mu\text{L}$) en 2 pacientes (2%). Ninguno de estos pacientes precisó la modificación o suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: La baja incidencia de alteraciones analíticas encontradas en nuestro estudio nos hace replantearnos la periodicidad necesaria en la monitorización del MTX en nuestros pacientes, no sólo para evitar la venopunción repetida innecesaria, sino también los desplazamientos o visitas a los centros sanitarios. Por otro lado, no debemos olvidarnos del gasto sanitario y de recursos humanos que estos procedimientos conllevan. Sin embargo, se requieren estudios más extensos para dilucidar el intervalo temporal más óptimo requerido en la monitorización de la toxicidad de MTX en el manejo de pacientes con AR.

Póster 30

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-INMUNOLÓGICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y EVENTOS DE REPETICIÓN.

Zamora MC, Turiel P, Garvín N, Beladiez M, Rodríguez R*, Cruz AF, Collado P.

Servicio de Reumatología y Hematología*, Hospital Universitario Severo Ochoa. Av. de Orellana, s/n, 28911 Leganés, Madrid.

OBJETIVO: Objetivo dual, por un lado, identificar subgrupos de pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y eventos clínicos repetidos. Por otro lado, determinar posibles factores asociados a segundos eventos trombóticos u obstétricos.

MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes con SAF que presentaron un segundo evento clínico. Se incluyeron pacientes que cumplían criterios de clasificación de SAF según guías Sydney de 2006. Los pacientes procedían de una base de datos conjunta de Reumatología y Hematología recogida entre 1998 y 2017. Las variables recogidas fueron: sexo, tipo de anticuerpo (anticardiolipina, anti beta-2 glicoproteína, anticoagulante lúpico, doble y triple positivo), edad del primer evento, características y tratamiento tras el primer evento, edad y características clínicas del segundo evento. El título (positividad) de los anticuerpos (AC) anticardiolipinas (aCL) y anti beta-2 glicoproteína se midió por ELISA. La presencia de anticoagulante lúpico (AL) fue evaluada según los criterios de clasificación de Sidney.

Los estadísticos descriptivos se expresaron en media (desviación estándar, DE) o mediana (rango intercuartílico, RIC) para describir las variables continuas; y frecuencia y porcentajes para variables categóricas. Para valorar la posible asociación entre el evento y el resto de las variables cualitativas se utilizaron tablas de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado.

RESULTADOS: Un total de 23 pacientes (19.8%) de los 116 incluidos presentaron un segundo evento, de los cuales 15 (65.2%) eran mujeres. La edad media en el primer evento fue de 44.3 años (± 17.9) y en el segundo evento fue de 50.6 años (± 20.2). Los eventos trombóticos al debut predominaron sobre los eventos obstétricos (52.2% vs 47.8%), con igual frecuencia entre trombosis arterial y venosa (26.1%). Tras el primer evento se observó que un 47.8% de los pacientes no mantuvieron ningún tipo de tratamiento crónico.

La presencia de AL se identificó en 7 (30.4%) pacientes, aCL en otros 7 (30.4%) y anti beta-2 glicoproteína en 3 (13%). La presencia de una doble y triple positividad fue baja, 4 (17.4%) y 2 (8.7%) pacientes respectivamente. Se observó que 9 (39%) de los 23 pacientes no presentaban ningún factor de riesgo cardiovascular asociado. La hipertensión (HTA) fue el factor de riesgo cardiovascular más frecuente y esto constituyó 7 (30.4%) de los 23 pacientes. De estos 7 pacientes, 5 de ellos (71.4%) asociaban otros factores de riesgo como diabetes o dislipidemia.

Comparando el tipo de evento al debut y en la recidiva, la prevalencia de los eventos trombóticos fue similar (52%), aunque sí se observaron diferencias en la frecuencia del tipo de trombosis. La trombosis arterial predominó (26.1%) frente al resto (arteriales y venosas asociadas, 17.4% y venosas aisladas, 8.7%). Respecto al tratamiento tras un segundo evento, la ausencia de este o el uso de ácido acetil salicílico (AAS) fue mucho mayor que aquellos que se manejaban con anticoagulantes orales ($p=0.02$, $\phi 0.01$).

CONCLUSIONES: La frecuencia de segundos eventos en pacientes con SAF fue inesperadamente alta en nuestra población de estudio. La prevalencia de segundos eventos trombóticos de tipo arterial fue algo mayor respecto a primeros eventos. Los pacientes con tratamiento menos intenso (ninguno o AAS) tuvieron mayor probabilidad de sufrir un segundo evento. El pequeño tamaño de nuestra población hace que los resultados sean valorados con prudencia.

Póster 31

ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LAS DERIVACIONES PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

N de la Torre Rubio, M Pavía Pascual, J Campos Esteban, J Sanz Sanz, M Machattou, P Navarro Palomo, M Alonso, C Navarro, M Fernández Castro, H Godoy Tundidor, C Barbadillo Mateos, B García Magallón, C Merino Argumánez, LF Villa Alcázar, JL Andréu Sánchez.

Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C/ Joaquín Rodrigo, 1. 28222 – Majadahonda, Madrid)

OBJETIVO: Analizar la demanda de Atención Primaria al servicio de Reumatología de un hospital terciario.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los datos recogidos de forma consecutiva del 15 al 30 de mayo de 2022 de las nuevas consultas de Reumatología del hospital de referencia solicitadas desde los centros de salud de Atención Primaria del área y sus consultorios locales. Se recogieron las siguientes variables: mediana y rango de tiempo de espera (días), vía de derivación (ordinaria, preferente o e-consulta), motivo de la derivación, tipo de la visita (alta o seguimiento), sospecha de enfermedad inflamatoria por el especialista en Medicina de Familia y Comunitaria (Sí/No), diagnóstico de confirmación de enfermedad inflamatoria por el especialista en Reumatología (Sí/No), mediana y rango de tiempo desde la aparición de los síntomas inflamatorios hasta la consulta de Reumatología (meses), derivación con analítica (Sí/No/Con reactantes de fase aguda) y derivación con prueba de imagen osteomuscular solicitadas por el Médico de Atención Primaria (Sí/No); quedan excluidas las aportadas por los pacientes realizadas en centros privados. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los resultados y se calculó el coeficiente Kappa de Cohen para cuantificar el grado de concordancia en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria entre el médico de atención primaria y el reumatólogo.

RESULTADOS: Se recogieron 116 nuevas consultas registradas en el sistema referidas a 100 pacientes, 16 no acudieron a su cita. Los resultados se recogen en la tabla 1. El grado de concordancia según el índice Kappa de Cohen fue de 0.53, suponiendo un 80% de acuerdo (grado moderado). No se encontraron diferencias entre centros de salud en la tasa de derivación acorde a la población atendida por cada centro de salud.

CONCLUSIONES: Los principales motivos de consulta fueron la valoración de osteoporosis y las poliartralgias. La vía de derivación más utilizada fue la ordinaria con una mediana de tiempo de espera de 80 días y de 50 días para las preferentes. El 30% de los pacientes fue derivado con análisis y el 75% con alguna prueba de imagen musculoesquelética. El grado de concordancia fue moderado en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria entre el médico de atención primaria y el reumatólogo.

Tabla 1. Descripción de las variables

Tiempo de espera en días (mediana (rango))	Ordinaria	79 (159)
	Preferente	79 (159)
	e-consulta	50 (150) 35 (58)
Vía de derivación (%)	Ordinaria	73
	Preferente	23
	e-consulta	4
Motivo de la derivación (%)	Osteoporosis	22
	Poliartralgias	17
	Artrosis	9
	Artritis reumatoide	8
	Espondiloartritis	8
	Fibromialgia	5
	Gota	4
	Lumbalgia	4
	Polimialgia reumática	3
	Artritis psoriásica	2
	Fenómeno de Raynaud	1
	Otros	19
Tipo de visita (%)	Alta	18
	Seguimiento	82
Sospecha de enfermedad inflamatoria por Medicina de Familia y Comunitaria (%)		38
Confirmación de enfermedad inflamatoria por Reumatología (%)		20
Tiempo desde la aparición de síntomas inflamatorios en meses (mediana (rango))		13 (44)
Pruebas complementarias (%)	Análisis con PCR y VSG	31
	Pruebas de imagen osteomuscular	75

CLINICAL SCIENCE

Multilevel factors predict medication adherence in rheumatoid arthritis: a 6-month cohort study

Alejandro Balsa ¹, Maria Jesus García de Yébenes,² Loreto Carmona ², ADHIERA Study Group**Handling editor** Josef S Smolen

Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-221163>).

¹Rheumatology, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

²Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid, Spain

Correspondence to

Dr Loreto Carmona, Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid 28040, Spain; loreto.carmona@inmusc.eu

Received 16 July 2021
Accepted 3 November 2021
Published Online First
29 November 2021

ABSTRACT

Non-adherence challenges efficacy and costs of healthcare. Knowledge of the underlying factors is essential to design effective intervention strategies.

Objectives To estimate the prevalence of treatment adherence in rheumatoid arthritis (RA) and to evaluate its predictors.

Methods A 6-month prospective cohort study of patients with RA selected by systematic stratified sampling (33% on first disease-modifying rheumatic drug (DMARD), 33% on second-line DMARD and 33% on biologics). The outcome measure was treatment adherence, defined by a score greater than 80% both in the Compliance Questionnaire in Rheumatology and the Reported Adherence to Medication scale, and was estimated with 95% CIs. Predictive factors included sociodemographic, psychological, clinical, drug-related, patient–doctor relationship related and logistic. Their effect on 6-month adherence was examined by multilevel logistic models adjusted for baseline covariates.

Results 180 patients were recruited (77% women, mean age 60.8). The prevalence of adherence was 59.1% (95% CI 48.1% to 71.8%). Patients on biologics showed higher adherence and perceived a higher medication need than the others; patients on second-line DMARDs had experienced more adverse events than the others. The variables explaining adherence in the final multivariate model were the type of treatment prescribed (second-line DMARDs OR=5.22, and biologics OR=3.76), agreement on treatment (OR=4.57), having received information on treatment adaptation (OR=1.42) and the physician perception of patient trust (OR=1.58). These effects were independent of disease activity.

Conclusion Treatment adherence in RA is far from complete. Psychological, communicational and logistic factors influence treatment adherence in RA to a greater extent than sociodemographic or clinical factors.

Key messages**What is already known about this subject?**

Non-adherence is a common problem in chronic diseases such as rheumatoid arthritis that impacts on the costs and outcome of the disease.

Most studies on adherence focus on patient-related determinants, neglecting other elements of the process, such as the attitude of the professionals, or system barriers.

What does this study add?

The only way to measure the contribution of the various factors is to include all in the same study.

This strategy helped confirm an interplay between patient-related and physician-related factors, highlighting the importance of communication and information as main determinants of adherence.

How might this impact on clinical practice or future developments?

These findings support the need to train clinicians on trustworthy doctor–patient relationships, shared decision making and on providing information on practical aspects.



© Author(s) (or their employer(s)) 2022. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

To cite: Balsa A, García de Yébenes MJ, Carmona L, et al. *Ann Rheum Dis* 2022;**81**:327–334.

Índice de Autores

A

Álvaro-Gracia JM	16,30
Abásolo Alcazar L	13
Alcalde M	44
Alonso de Francisco M	12,15,22,23,24,31,41,43
Alonso F	24
Alonso M	46
Álvarez García F	8
Álvarez-Galovich L	26
Álvarez-Hernández MP	10
Andreu Sánchez JL	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46
Andreu Suárez A	17,27, 37,39
Araque Molina CA	34
Arroyo Palomo J	18

B

Barbadillo Mateos C	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46
Barrio Rufino P	39
Beladiez M	44,45
Belmonte Hernández A	8
Bernal S	7
Blanco Cáceres B	17,25
Borrego Sanz L	8
Bourgeois C	30
Bravo C	10
Briongos P	9,32
Brito Brito E	11

C

Cabezas L	14
Calvo Aranda E	22,23,24,34
Campos Esteban J	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46
Candelas Rodríguez G	10
Cantalejo Moreira M	22,23,24
Cardeñoso L	28
Cardoso Peñafiel P	24,34
Casademont J	7
Castañeda S	26,28
Castrejón I	16,30
Cebrián Méndez L	34
Cenicacelaya X	18, 39
Chamorro De Vega E	33
Collado P	45
Corominas H	7
Corral Bote A	17
Cruz AF	44,45

D

De la Torre Rubio N	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46
De Miguel C	26
De Miguel E	35
De Villa Alcázar, LF	6
De Villa L	32
Del Río Blasco T	33
Díaz Oca A	22,23,24
Díaz Valle D	8
Díaz-Torné C	7

E

Espinoza Nieto A	20
------------------	----

F

Fernández Castro M	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46
--------------------	---------------------------------

Fernández Gutierrez B	10,13
Fernández-Fernández E	35
Fernandez-Plana G	16,30
Ferris Villanueva M	33
Freites Nuñez D	10,13

G

García García V	23,24
García González AJ	36
García Magallón B	9,12,15,22 23,24,31,32,41, 43,46
García Montes N	18,20,27,28,37,39
Garvín N	44,45
Godoy Tundidor H	9,12,15,22,23,24,31,32, 41,43,46
Gómez Gil R	6
Gómez González CM	24,34
Gomez-Martin E	26
Gonzalo Pascua S	22,23,24
Guillén Astete C	11,18,20,25,27, 37,39
Gutiérrez A	28
Gutiérrez F	28

H

Hernández Penaloza G	8
Herranz Alonso A	33
Higes Díaz AI	34

I

Isasi Zaragoza CM	9,22,23,24,31,32, 41,43
-------------------	-------------------------

L

Lasa A	7
Lobo Rodríguez C	33
Lojo Oliveira ML	34
López Esteban A	33
López Robledillo JC	6
López-Muñiz Ballesteros MB	34

M

Machattou M	9,12,15,22,23,24,31,32, 41,43,46
Madrid-García A	8,13
Manso R	20,25,37,39
Marín Huertas C	34
Martínez Prada C	10
Martínez-Aznar M	37
Martínez-Barrio J	16,30
Martínez-Guerra G	26
Martos Ruiz D	34
Matías de la Mano MA	34
Mato Chain G	10
Menasalvas Ruiz E	13
Merino Argumánez C	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46
Merino Barbancho B	13
Milena Millán A	7
Mohamed Mohamed K	10
Molina Collada J	16,30
Mollá Cuadrillero J	39
Monjo I	35
Morillas López L	6
Moya P	7
Mulero López T	10
Muñoz Rodríguez E	39

N

Navarro Alonso P	22,23,24
------------------	----------

Navarro C	26	Sánchez A	9,32
Navarro Joven C	12,15,22,23,24,31,41,43,46	Sánchez-Celaya M	16
Navarro Palomo P	9,12,15,22,23,24,31,32,41,46	Sánchez-Fernández MC	9,32
Navío Marco MT	34	Sánchez-Lucas M	16
O		Sánchez-Ramón S	10
Olmedo-Galindo J	16,30	Sandoval Paredes L	20
P		Sang Park H	7
Palomeque Vargas A	18,20,25,27,37,39	Sanjurjo Sáez M	33
Pareja Martínez A	22	Santos-Bórnez MJ	9,32
Pato Cour E	8	Sanz J	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46
Pavía Pascual M	9,12,15,22,23,24,31,32,41,43,46	Sanz Jardón M	34
Pérez Ferro M	23,24	Serrano Warleta M	20,25,27,39
Pérez Sancristobal I	10,13	Silva L	43
Polo y La Borda J	23,24	Solano Fernández JF	6
Q		T	
Quiroga-Colina P	28	Toledano Martínez E	10
R		Torres M	28
Revenga Martínez M	11	Tortosa Cabañas M	18,27,37,39
Rico-Villademoros F	26	Turiel P	44,45
Riera P	7	U	
Rivera J	16,30	Uriarte M	28
Rodero M	10	Usón J	26
Rodríguez de la Peña A	10	Uyaguari M	22,35
Rodríguez González A	13	V	
Rodríguez R	45	Vázquez Díaz M	25
Rodríguez Rodríguez L	8,13	Vázquez García de las Heras AI	8
Rojo R	26	Vicente-Rabaneda EF	28
Romero-Robles A	28	Villa Alcázar LF	6,9,12,15,22,23,24,31,41,43,46
Ruiz Bejerano AM	17	Villalobos Sánchez L	11
Rusinovich Lovgach O	22,23,24,31,41,43	Z	
S		Zamora MC	44,45
Sainz L	7	Zas Vaamonde R	36
		Zea Mendoza A	11

CONGRESO SORCOM 2022

15-16 Diciembre



Colabora con el
Banco de Alimentos
de Madrid

