

Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 13

XXIX CONGRESO SORCOM 2025

11-12 Diciembre
Hospital Clínico San Carlos



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 2025

pág. 06

Pósters 2025

pág. 12

Premio Armando Laffon

pág. 45

Índice de Autores

pág. 46

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/ Narváez, 67 - 28009 Madrid
91 504 16 48

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidenta:** Cristina Lajas Petisco
- **Vicepresidente:** Carlos de la Puente Bujidos
- **Secretaria General:** Esperanza Pato Cour
- **Presidente electo:** Juan Carlos Nieto González
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

- Álvaro García Martos
- Juan Molina Collada
- Otto Martín Olivas Vergara
- Carolina Merino Argumanez
- Adrián Abbasi Pérez
- Martina Steiner
- Virginia Villaverde García
- Irene Llorente Cubas
- Diana Peiteado López
- Samantha Kannafo Castelblanco
- M^a Eugenia Enríquez Merayo

Secretaría Técnica:

- Antonia López Osuna

Editorial

Ilusión de principio a fin

Querido socio:

Sin mucho temor a equivocarme, y con el permiso de las juntas predecesoras, me atrevo a decir que es la ilusión esa “fuerza bruta” que nos lanza una y otra vez, sin piedad y sin tiempo para dudas, a embarcarnos en esta aventura. Durante dos años nos convertimos, con orgullo, en la tripulación de esta nave, cada vez más exigente y valiosa, que es nuestra querida SORCOM.

Esos dos años de los que hablaba, para muchos de nosotros, llegan a su fin.

Convencida estoy de que sin ilusión hubiera sido imposible recoger el guante que, tiempo atrás, nos lanzó este obstinado desequilibrio global que dirige el planeta y que repercute, aunque quieran maquillarlo, también en el ámbito de la salud. Pero la ilusión a veces flojea, hay que reconocerlo, y es entonces cuando aparecen la fuerza y la resiliencia de todos los compañeros y...el viaje continúa.

Por eso, y sin esperar al final, quiero daros las gracias a todos y cada uno por vuestro impulso; con él hemos logrado alcanzar este final sin desviar el punto de mira de nuestro principal objetivo: el paciente. Cada paso dado como Sociedad, se ha dirigido a la calidad y, por qué no, a la calidez en la atención de nuestros pacientes, desde luego, sin dejar de lado la formación, el reconocimiento y la promoción de nuestros profesionales.

Prueba de ello es el trabajo que se ha seguido realizando desde nuestra Sociedad en cada una de las líneas estratégicas establecidas.

En el campo de la docencia y formación, este año, además de mantener las actividades habituales, hemos tenido la suerte de contar con algunas novedades. Por un lado, se ha celebrado el I Encuentro de Tutores de Residentes, por supuesto, iniciativa surgida de los socios, con una muy buena valoración, acogida y con pretensiones de continuidad. La otra novedad ha venido proporcionada por RetoReuma, una actividad con un formato basado en la “gameficación”, atractiva e interesante para los participantes y, realmente eso, un auténtico reto para nosotros y para juntas anteriores. Y es que han pasado casi 4 años desde que empezó a gestarse la propuesta y muchos han sido los obstáculos encontrados en el camino. Por ello, brindamos el éxito obtenido a sus auténticos impulsores, ¡gracias, compañeros! Y por fin, las dudas respecto a las sesiones interhospitalarias se disiparon. Más de 30 conexiones en cada una de ellas, y eso pese a algunos problemas técnicos que fueron vencidos por la paciencia infinita y el entusiasmo de nuestros residentes y tutores.

Inmersos aún en esa estela desalentadora, que ya dibujaron a conciencia los recortes económicos y las múltiples trabas legales impuestas a la industria farmacéutica, anunciamos orgullosos que SORCOM, en su fiel compromiso con la faceta investigadora que tanto define a los reumatólogos, ha vuelto a otorgar la beca de ayuda a las rotaciones para residentes y también la destinada a proyectos de investigación. En este mismo escenario, con mucho esfuerzo y con un presupuesto más que ajustado, se ha celebrado la 5ª edición de nuestra Carrera Solidaria, habiendo cumplido así con el deseo que los socios manifestaron en la Asamblea de 2024. Creo que ya es hora de dejar de enumerar (al final se me va a tachar de vanidosa) e invitaros a visitar nuestra humilde página web, donde encontraréis de manera sencilla información muy útil. Puede incluso que os ayude a encontrar un trabajo, o quizás tengáis un proyecto en marcha y nuestra RedCap os sirva de apoyo para organizar

los datos, o tal vez, si desgraciadamente no contáis con enfermería especializada en el lugar de trabajo, conocer a las compañeras de e-SORCOM, sus iniciativas y sus magníficas infografías, os ayudará a hacer la vida de los pacientes más fácil y segura. Asimismo, SORCOM puede sacar a la luz ese trabajo que hacéis de manera coordinada con otros especialistas reconociendo el interés científico de vuestras unidades multidisciplinares. Estos son ejemplos del contenido y las posibilidades que ofrece la web, pero hay mucho más. Próximamente, gracias a la concesión de una ayuda recibida del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública, enmarcada en el programa del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y con financiación de la Unión Europea (Kit Digital), contaremos con una página, no vamos a decir más sofisticada, pero sí más actual y dinámica.

Manteniendo la esperanza hasta el último momento, confiaba en no tener que dedicar ni una sola palabra a la tan injusta e indignante situación que muchos seguís sufriendo en relación con los tediosos procesos de “desestabilización” laboral. Sólo podemos volver a manifestar nuestro pesar, ya que ni el peso institucional que se le presupone a una Sociedad científica nos ha permitido actuar sobre ninguna de las acciones emprendidas. Al menos este año, aunque volvamos a desear mucha suerte y una buena dosis de paciencia a los que aún estáis a la espera, podemos felicitar a esos pocos que habéis podido echar el ancla en el lugar que os merecáis, ¡felicidades!

Y llegando casi al final, la guinda en el pastel del esfuerzo y la ilusión la pone la celebración de nuestro Congreso anual que este año cumple su vigésimo novena edición. Aun a riesgo de caer en el mayor de los “típicos tópicos” pero sin faltar ni un ápice a la verdad, un año más creemos haber confeccionado un programa con temas de la máxima relevancia y actualidad, desarrollados además por unos ponentes de calidad y experiencia indiscutibles.

Seguro que no es lo correcto, pero me despido como empecé, querido socio:

Ha sido para mí un auténtico placer llevar el timón de esta nave durante estos dos años, pero sobre todo compartir la fuerza y la ilusión para mantener el rumbo con todos y cada uno de los miembros de la Junta Directiva, con e-SORCOM y con el resto del personal externo, todos sabéis quiénes son, que reman, si cabe, con más empeño que nosotros mismos. Sin palabras me quedo para agradecer a nuestros pacientes, a sus familias, a sus asociaciones, de quienes este año hemos podido estar más cerca, su entrega, su fortaleza y su confianza en nosotros.

Gracias, por supuesto, también a la industria farmacéutica, que aún con la mar revuelta nos ayudan a salir a flote con nuestro trabajo. Y ahora sí, estas últimas letras se las dedico al Dr. Juan Carlos Nieto, al que le deseo toda la suerte del mundo en esta travesía que comienza, le aconsejo izar la bandera de la ilusión bien alta y, aunque ahora ya desde galeras, mi más sincera disposición para remar en la sombra.

Un fuerte abrazo,



Cristina Lajas Petisco

Presidenta de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

RIESGO CARDIOVASCULAR Y CEREBROVASCULAR EN LA ENFERMEDAD DE SJÖGREN: RESULTADOS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA

Olga Rusinovitch-Lovgach¹, Zulema Plaza², Mónica Fernández Castro¹, Jose Rosas-Gómez de Salazar³, Víctor M. Martínez Taboada⁴, Alejandro Olive⁵, Raúl Menor Almagro⁶, Belen Serrano Benavente⁷, Judit Font Urgelles⁵, Angel Garcia-Aparicio⁸, Sara Manrique-Arija⁹, Jesús Alberto García Vadillo¹⁰, Ruth Lopez-Gonzalez¹¹, Javier Narvaez García¹², M^a Beatriz Rodríguez Lozano¹³, Carlos Galisteo¹⁴, Jorge Juan Gonzalez Martin¹⁵, Paloma Vela-Casasempere¹⁶, Cristina Bohorquez¹⁷, Celia Erausquin¹⁸, M^a Beatriz Paredes Romero¹⁹, Leyre Riancho-Zarrabeitia²⁰, Sheila Melchor Diaz²¹, Irene Altabás²², Sergi Heredia²³, Clara Moriano²⁴, Boris Blanco Cáceres²⁵, Paula Estrada-Alarcón²³, Enrique Judez²⁶, Joaquin Belzungui²⁷, Javier Loricera⁴, Consuelo Ramos²⁸, Fernando Sánchez Alonso², José Luis Andréu¹

Proyecto SJOGRENSER del grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER

¹ Rheumatology department, Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital, Madrid, Spain; ² Research Unit, Spanish Society of Rheumatology, Madrid, Spain; ³ Rheumatology department, Marina Baixa de la Vila Joiosa Hospital, Alicante, Spain; ⁴ Marqués de Valdecilla University Hospital, Santander, Spain; ⁵ University Hospital Germans Trias i Pujol Badalona, Barcelona, Spain; ⁶ Rheumatology department, H. General Universitario Jerez de la Frontera, Jerez, Spain; ⁷ Rheumatology department, Hospital Gregorio Marañón; Madrid, Spain; ⁸ Rheumatology department, Hospital Universitario de Toledo, Toledo Spain; ⁹ Rheumatology department, Malaga Regional Hospital, Malaga, Spain; ¹⁰ Rheumatology department, Hospital Universitario La Princesa, Madrid; Spain; ¹¹ Rheumatology department, Zamora Health Complex, Zamora, Spain; ¹² Rheumatology department, Bellvitge University Hospital, Barcelona, Spain; ¹³ Rheumatology department, Canarias University Hospital, La Laguna, Spain; ¹⁴ Hospital Parc Taulí; Sabadel, Spain; ¹⁵ HM Sanchinarro Univeristary Hospital, Madrid, Spain; ¹⁶ Rheumatology department, General University Hospital Dr. Balmis Alicante, Spain; ¹⁷ ISABIAL. Universidad Miguel Hernández ¹⁸ Rheumatology department, Príncipe de Asturias University Hospital, Alcalá de Henares, Spain; ¹⁹ Rheumatology department, Dr Negrin University Hospital, Las Palmas, Spain; ²⁰ Infanta Sofía University Hospital, San Sebastián de los Reyes, Madrid, Spain; ²¹ Rheumatology department, Sierrallana Hospital, Torrelavega, Spain; ²² 12 de Octubre University Hospital, Madrid, Spain; ²³ Rheumatology department, University Hospital Complex of Vigo, Vigo, Spain; ²⁴ Rheumatology department, Complex Universitari Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, Spain; ²⁵ León University Hospital, Leon, Spain; ²⁶ Rheumatology department, Ramón y Cajal University Hospital, Madrid, Spain; ²⁷ Rheumatology department, Albacete University Hospital, Albacete, Spain; ²⁸ Rheumatology department, Donostia University Hospital, San Sebastian, Spain; ²⁹ Valme University Hospital. Seville, Spain

Objetivos: Determinar la incidencia y los factores predictores de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares (ECV) en pacientes con enfermedad de Sjögren (ESj), con especial atención a los eventos cardiovasculares mayores (MACE), definidos como infarto de miocardio no fatal, ictus no fatal o muerte cardiovascular. Los objetivos secundarios fueron identificar factores de riesgo cardiovascular adicionales y específicos de la enfermedad asociados a los ECV; estimar el riesgo mediante el algoritmo SCORE2 y comparar las tasas de eventos estimados frente a los observados; evaluar el impacto de los ECV en la mortalidad global; y comparar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) con la población general.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y observacional del registro SjögrenSER-PROS, que incluyó 314 pacientes con ESj según criterios AECG 2002. Se recogieron variables clínicas, serológicas, demográficas, FRCV y ECV durante una mediana de seguimiento de 9,5 años [9,2–9,9]. Los predictores independientes de ECV y MACE se identificaron mediante modelos de regresión de Cox multivariante. El riesgo cardiovascular a 10 años se estimó con SCORE2. La mortalidad cardiovascular se comparó con la población general mediante la tasa de mortalidad estandarizada (TME) y el impacto de los ECV en la mortalidad global mediante el riesgo relativo (RR).

Resultados: Entre los 314 pacientes (94,6% mujeres; mediana de edad 58,7 años [50,7–67,1]) se registraron 29 ECV (9,2%): pericarditis (1,3%), trastornos de la conducción (1,3%), cardiopatía isquémica (1,6%), insuficiencia cardíaca (1,6%), enfermedad arterial periférica (1,0%) y eventos cerebrovasculares (2,6%). En total, 17 pacientes (5,4%) presentaron MACE: 7 ictus no fatales (2,2%), 5 infartos no fatales (1,6%) y 5 muertes cardiovasculares (1,6%).

Entre los 130 pacientes con datos completos de SCORE2, el riesgo estimado de MACE a 10 años (4,41%) fue similar al observado (4,62%).

Los factores independientes de ECV fueron edad (HR 1,06; IC95% 1,01–1,14), crioglobulinemia (HR 10,13; IC95% 1,63–62,88), uso de glucocorticoides (HR 3,44; IC95% 1,29–9,19) y anticuerpos antifosfolípidos (HR 5,33; IC95% 1,15–24,79). Para MACE: edad (HR 1,07; IC95% 1,01–1,14), crioglobulinemia (HR 10,41; IC95% 1,37–79,26) y glucocorticoides (HR 3,53; IC95% 1,00–12,51).

La mortalidad cardiovascular representó el 11,9% de los fallecimientos (TME 5,09; IC95% 5,08–5,11). Los ECV previos se asociaron con un riesgo de mortalidad global aproximadamente tres veces superior.

La hipertensión (26,4% vs. 19,1%), la dislipemia (33,1% vs. 20,7%) y el colesterol total elevado (46,0% vs. 15,3%) fueron más prevalentes que en la población general.

Conclusiones: La ESj presenta un exceso de riesgo cardiovascular significativo, con una incidencia de MACE del 5,4% y una mortalidad cardiovascular quintuplicada. Los antecedentes de ECV se asocian con un riesgo de mortalidad global tres veces superior. La edad, la hipertensión, la crioglobulinemia, los anticuerpos antifosfolípidos y la exposición a glucocorticoides son predictores independientes de riesgo vascular. Aunque SCORE2 refleja adecuadamente el riesgo aterosclerótico clásico, no abarca el espectro completo de afectación cardiovascular en la ESj. Los resultados refuerzan la importancia de una vigilancia cardiovascular proactiva y de modelos predictivos que integren factores inmunoinflamatorios propios de la enfermedad.

Comunicación 02

MORTALIDAD EN FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES: REGISTRO NEREA

Sara Rodríguez Montes², Marta Ruiz-Valdepeñas Almansa², Clara de Miguel Morales², Cristina Vadillo Font², María Asunción Nieto³, Olga Sánchez Pernaute⁴, Fredeswinda Romero Bueno⁴, M. Jesús Rodríguez⁵, Rosalía Laporta⁶, Hilda Godoy⁷, Jesús Loarce⁸, Juan Rigual⁹, Lydia Abasolo¹ En nombre del grupo NEREA.

¹Instituto de Investigación Sanitaria Hospital del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Reumatología, Madrid, España, ²Hospital Clínico San Carlos, Reumatología, Madrid, España, [Calle del Prof Martín Lagos, S/N, Moncloa - Aravaca, 28040 Madrid](#) ³Hospital Clínico San Carlos, Neumología, Madrid, España, ⁴Hospital Fundación Jiménez Díaz, Reumatología, Madrid, España, ⁵Hospital Fundación Jiménez Díaz, Neumología, Madrid, España, ⁶Hospital Puerta de Hierro, Neumología, Madrid, España, ⁷Hospital Puerta de Hierro, Reumatología, Madrid, España, ⁸Hospital Ramón y Cajal, Reumatología, Madrid, España, ⁹Hospital Ramón y Cajal, Neumología, Madrid, España.

Objetivos: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) autoinmune puede surgir en diversas enfermedades autoinmunes (EA). Algunos pacientes desarrollan EPI con síntomas sistémicos y autoanticuerpos sin cumplir criterios de EA, como neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) y EPI autoinmune clasificable (EPI-AI). La EPI autoinmune puede progresar a fibrosis pulmonar progresiva (FPP), caracterizada por daño pulmonar irreversible y alta mortalidad. Los datos en vida real en estos pacientes, en particular causa específica de mortalidad, son limitados. Este estudio evalúa la tasa de mortalidad (TM) relacionada con EPI a lo largo del tiempo, desde el inicio de la FPP.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico longitudinal en pacientes con EPI autoinmune (EPI-EA, IPAF y EPI-AI), de Madrid, registrados desde Junio de 2006 hasta Junio de 2023 y seguidos hasta Septiembre de 2024. Los pacientes fueron incluidos en un registro (pNEumology Rheumatology Autoimmune diseases (NEREA)), y debían cumplir los criterios de FPP basados en la guía ATS/ERS/JRS/ALAT. El resultado principal fue la mortalidad por causa específica relacionada con la EPI. Las covariables incluyeron datos sociodemográficos, clínicos, radiológicos, pruebas de función pulmonar y tratamientos. El periodo de observación abarcó desde el inicio del FPP hasta la pérdida del seguimiento, el resultado principal o el final del estudio. Se emplearon técnicas de supervivencia para estimar TM por causa específica relacionada con EPI, expresada por 100 pacientes-año con su respectivo intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron un total de 158 pacientes con FPP, de los cuales el 62% fueron mujeres (n=98). El 71% presentaban EA, siendo la artritis reumatoide (AR) la más común (39.9%), seguida por la esclerosis sistémica (ES) (12%). Al inicio, el 70,9% recibió corticosteroides, el 70,3% fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs) (FAMEcs: 54,4%, FAMEb/ts: 31,7%) y el 14,6% terapia antifibrótica. Durante el seguimiento, se registraron un total de 47 muertes. De estas, 37 (78,7%) se atribuyeron a causas relacionadas con la EPI, siendo la infección respiratoria la más común (16,2%), seguido de exacerbaciones. Las causas adicionales no relacionadas con EPI incluyeron cáncer (n = 4), sepsis (n = 2), cardiovascular (n = 2), neurológica (n = 2). La TM específica por EPI fue de 6,2 [4,5-8,5], con un tiempo de supervivencia medio de 7,8 años. La TM fue similar entre géneros y mayor a edades más avanzadas. Respecto a los patrones radiográficos fue mayor en Neumonía Intersticial Usual (NIU) (9,9 [7,0-14,2]) en comparación con Neumonía Intersticial no especificada (NINE) (TM: 0,47 [0,06-3,4]); en diagnóstico, la TM fue mayor en IPAF (TM: 7,7 [4,2-13,9]), AR (TM: 9,2 [6,0-14,2]) y menor en otros (ES TM: 1,5 [0,4-6,3]). Respecto a la terapia, la TM fue menor en aquellos con FAME durante el seguimiento en comparación con aquellos sin ninguno (TM: con 4 [2,5-6,4]; sin 9,0 [5,7-14,3]).

Conclusión: Este estudio aporta evidencia en vida real sobre el curso clínico y mortalidad por causa específica en pacientes con FPP-EPI de causa autoinmune. Los hallazgos subrayan la considerable tasa de mortalidad directamente atribuible a la EPI. Además, sugieren una posible ventaja en la supervivencia de los pacientes que reciben terapia inmunomoduladora, lo que respalda su papel en el manejo de esta población de pacientes.

Comunicación 03

EVOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CAM (2021–2025)

A. Martínez Aragonés, M. Gil Lázaro, P. García Casado, C. Alegre Segura, T. del Río Blasco, M.C. Herrero Manso, A. López Esteban, P. Maldonado Barahona, E. Rodríguez de Arteaga, R.M. Sánchez Díaz, M.C. Sánchez Fernández, E. Delgado Aguayo. (H.U. Severo Ochoa. evadelgadoster@gmail.com)

Objetivos: A. Comparar organización y recursos de las consultas de enfermería en reumatología (CER) en hospitales de la CAM entre 2021 y 2025. B. Analizar las funciones desempeñadas por las enfermeras, percepción del impacto asistencial y propuestas de mejora.

Método: Estudio observacional, descriptivo y transversal. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado (Google Forms), dirigido a enfermeras de reumatología de hospitales de la CAM, con participación voluntaria, confidencial y anónima. Mantiene las variables del estudio de 2021, incorporando ítems sobre percepción profesional y propuestas de mejora. Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y %), comparando ambos periodos.

Resultados: Participaron 24 enfermeras (21 en 2021). En 2025 se consolida la presencia de la CER, con mayor dotación y recursos materiales (agenda propia: 91% en 2025 / 81% en 2021; espacio físico exclusivo: 79%-2025 / 71%-2021; disponibilidad de teléfono y ordenador propios: 83%-2025 / 71%-2021), lo que refleja un avance en la dotación de las consultas, con mayor autonomía estructural.

El 100% son mujeres, entre 51–65 años y con amplia experiencia profesional (> 20 años). La estabilidad laboral se mantiene elevada (79% con contrato fijo) y aumenta la dedicación exclusiva en reumatología (91% en 2025 / 86% en 2021).

Las actividades asistenciales más frecuentes son la educación terapéutica (95%), información sobre la enfermedad, autocuidados y automanejo (83,3%), monitorización de efectos adversos y adherencia (75%) y técnicas de enfermería (91,7%), lo que evidencia una práctica profesional más protocolizada y centrada en el paciente.

La percepción del impacto asistencial de la CER es muy positiva entre las participantes (4,79/5), y consideran que mejora el manejo global del paciente (91,7%), su calidad de vida (95,8%) y el funcionamiento de los equipos (95,8%).

La participación en actividades docentes y de investigación, aunque algo mayor que en 2021, sigue siendo limitada, lo que refleja un área clara de desarrollo. A resaltar la escasa rotación de estudiantes de grado y residentes de enfermería por las consultas, lo que condiciona la visibilidad del rol profesional y la continuidad del modelo asistencial.

Entre las propuestas de mejora, destaca la necesidad de formación específica reglada en reumatología (91,7%), entre otras.

Conclusiones: Entre 2021 y 2025 se observa una evolución favorable en la implantación y consolidación de las consultas de enfermería de reumatología, con mejora en la dotación estructural y autonomía profesional. Las enfermeras asumen un rol más activo y especializado, con funciones ampliadas y una clara percepción de su impacto asistencial. Persisten retos en la formación reglada en reumatología, proyección docente e investigadora y reconocimiento profesional del puesto, aspectos esenciales para consolidar el desarrollo y sostenibilidad de este modelo asistencial. Los resultados respaldan la necesidad de fortalecer el papel de la enfermera de reumatología como profesional clave en la atención integral del paciente con enfermedad reumática.

INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDIDA POR ECOGRÁFICA EN ARTRITIS REUMATOIDE (ESTUDIO GENUS)

Esperanza Naredo¹, F. Gabriel Jiménez-Núñez², Fernando Ortiz-Márquez², Pablo Rodríguez-Merlos³, Lucía Mayordomo⁴, Celia Azabal-Perez⁴, Minerva Berrocal-Acedo⁴, Jacqueline Uson⁵, María Luz García-Vivar⁶, María Rosa Exposito-Molinero⁶, Julio Medina⁷, Monserrat Robustillo-Villarino⁸, Andrés Zúñiga⁸, Elena Garmendia⁹, Javier Arostegui-Lavilla⁹, Alfonso Corrales-Martínez¹⁰, Cristina Corrales-Selau¹⁰, Paz Collado¹¹, María Alcalde-Villar¹¹, Otto Olivas-Vergara¹, Boris Blanco-Cáceres¹², Mauro Ferre-Sanfrancisco¹², Luis Coronel¹³, Juan José de Agustín¹³, Juan Roberto Miguelez-Sánchez⁵, Paula Estrada¹⁴, Vanesa Navarro-Ángeles¹⁴, Diana Peiteado¹⁵, Irene Monjo-Henry¹⁵, Alejandro Villalba¹⁵, Chamaida Plasencia-Rodríguez¹⁵, Marta Novella-Navarro¹⁵, Carmen Moragues¹⁶, Esther F. Vicente-Rabaneda¹⁷, Juan Molina-Collada³, Grupo colaborativo del proyecto GenUs

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Instituto de Investigación Sanitaria FJD-UAM. Av. de los Reyes Católicos, 2, Moncloa - Aravaca, 28040 Madrid, España

²Servicio de Reumatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

³Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España

⁴Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Valme, Sevilla, España

⁵Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

⁶Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

⁷Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

⁸Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Plana, Vila-real, Castellón, España

⁹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

¹⁰Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

¹¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

¹²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid, España

¹³Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

¹⁴Servicio de Reumatología, Complex Universitari Hospitalari Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

¹⁵Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España

¹⁶Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

¹⁷Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, Madrid, España

Este proyecto se ha financiado con una BECA SORCOM 2023

Objetivo: Evaluar si la respuesta al tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) o sintéticos dirigidos (FAMEsd) medida por ecografía en artritis reumatoide (AR) difiere en función del género del paciente.

Métodos: El estudio GenUs es un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico nacional (17 centros) que incluye pacientes con AR que inician o cambian FAMEb o FAMEsd, pareados por edad y sexo, durante un período de reclutamiento de 1 año. Los criterios de inclusión incluyeron: 1) cumplir criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 de AR; 2) presentar actividad moderada o alta de la enfermedad (DAS28 >3.2); y 3) presentar al menos una articulación entre los carpos y las articulaciones metacarpofalángicas con sinovitis activa en ecografía, definida como sinovitis en modo B ≥ 2 y sinovitis Doppler ≥ 2 o al menos una articulación entre codo, rodilla o tobillo con sinovitis en modo B >2, según el sistema de cuantificación EULAR-Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT). Se llevó a cabo una evaluación clínica (incluyendo escalas de depresión, fatiga y discapacidad funcional), analítica y ecográfica cegada en la visita basal y a los 3 meses del inicio o cambio de tratamiento con FAMEb/sd. La evaluación ecográfica incluyó la cuantificación de sinovitis en modo B y Doppler, bilateral, en el carpo, 1ª a 5ª metacarpofalángicas, codo, rodilla y tobillo. Los índices globales de sinovitis en modo B (0-54), sinovitis Doppler (0-54) y el combinado modo B & Doppler de sinovitis EULAR-OMERACT (GLOESS) (0-54) se obtuvieron a partir de la suma de la puntuación de cada articulación evaluada. La variable desenlace principal fue el cambio en los índices globales de ecografía a los 3 meses del inicio o cambio de tratamiento con FAMEb/sd.

Resultados: Se incluyeron un total de 192 [49% mujeres, 51% hombres] pacientes y, de estos, 180 [51,1% mujeres, 48,9% hombres] se evaluaron a los 3 meses. No hubo diferencias entre mujeres y hombres en los datos demográficos ni características de la AR ($p > 0,05$), excepto que los hombres presentaban un índice de masa corporal significativamente mayor (27,7 vs 25; $p = 0,004$), mayor proporción de fumadores (33,7% vs 19,4; $p < 0,001$) y mayor proporción de erosiones radiológicas (64,3% vs 48,4%; $p < 0,029$) y las mujeres mayor número de FAME sintéticos convencionales previos (2 vs 1; $p = 0,014$). Respecto a los datos clínicos y de laboratorio basales, los niveles de proteína C reactiva fueron significativamente más altos en los hombres (11,1 vs 5,1; $p = 0,001$), mientras que el HAQ-DI fue significativamente mayor en las mujeres (1,63 vs 1,19; $p = 0,018$). No se observaron diferencias entre mujeres y hombres en los recuentos de articulaciones dolorosas e inflamadas, DAS28-VSG, DAS28-PCR, SDAI, CDAI, escala de depresión (WHO-5), escala de fatiga (FACIT-F) ni índices ecográficos en la visita basal ($p > 0,05$). Todas las medidas clínicas y ecográficas de actividad de la enfermedad mejoraron significativamente desde la visita basal hasta los 3 meses ($p < 0,05$) en las mujeres y los hombres, excepto FACIT-F ($p = 0,068$ en mujeres, $p = 0,278$ en hombres). A los 3 meses, no hubo diferencias significativas en los cambios en las variables ecográficas y clínicas entre mujeres y hombres y el tamaño del efecto de las diferencias fue, en general, pequeño (Tabla 1).

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que la respuesta a corto plazo a FAMEb o FAMEsd medida por ecografía en pacientes con AR es similar en mujeres y hombres.

Tabla 1. Comparación de los cambios en las variables clínicas y ecográficas entre mujeres y hombres a los 3 meses del inicio o cambio de tratamiento con FAMEb/sd.

Cambios en las variables 3 meses-basal	Mujeres	Hombres	Diferencia mujeres vs hombre	p	g de Hedges*
Número de articulaciones dolorosas (0-28)	-5,49	-4,42	-1,07	0,265	-0,168
Número de articulaciones tumefactas (0-28)	-4,22	-3,47	-0,752	0,261	-0,170
EVA global del paciente (0-10)	-2,99	-2,29	-0,697	0,103	-0,247
EVA global del médico (0-10)	-3,73	-2,95	-0,78	0,050	-0,298
EVA de dolor (0-10)	-4,37	-2,47	-1,91	0,075	-0,270
DAS28-VSG	-1,91	-1,62	-0,292	0,183	-0,211
DAS28-PCR	-1,84	-1,5	-0,343	0,091	-0,253
SDAI	-17,5	-13,9	-3,58	0,073	-0,269
CDAI	-16,9	-13,3	-3,62	0,061	-0,281
5-item WHO-5 (0-100)	6,83	6,86	-0,0296	0,993	-0,001
FACIT-F (0-52)	2,51	1,33	1,18	0,485	0,106
HAQ-DI (0-3)	-0,468	-0,259	-0,209	0,053	-0,295
PCR (mm/h)	-5,97	-5,75	-0,216	0,945	-0,011
VSG (mg/L)	-11,6	-9,54	-2,06	0,471	0,114
Índice global de sinovitis modo B (0-54)	-6,66	-7,22	0,565	0,577	0,084
Índice global de sinovitis Doppler (0-54)	-4,88	-5,23	0,355	0,703	0,057
GLOESS (0-54)	-7,11	-7,29	0,182	0,865	0,026

EVA, escala analógica visual; DAS28, Disease Activity Score para 28 articulaciones; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; SDAI, Simple Disease Activity Index; CDAI, Clinical Disease Activity Index; WHO, World Health Organisation; FACIT-F, Functional Assessment Chronic Illness Therapy–Fatigue; HAQ-DI, health assessment questionnaire Disability Index; GLOESS, Global OMERACT-EULAR Synovitis Score.

*<0,2, tamaño del efecto pequeño; 0,5, tamaño del efecto medio; 0,8, tamaño del efecto grande

Comunicación 05

RENDIMIENTO DE LA VIDEOCAPILAROSCOPIA UNGUEAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: ¿PODEMOS OPTIMIZAR EL TIEMPO DE ANÁLISIS CON UN NÚMERO REDUCIDO DE DEDOS O CON LA IA?

Laura Nuño Nuño¹; Olga Rusinovich Lovgach¹; Blanca García Magallón¹; Jesús Sanz Sanz¹; Hildegarda Godoy Tundidor¹; Eduardo Ramos Ibáñez²; Borja Del Carmelo Gracia Tello³; José Luis Andreu Sánchez¹.

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, calle Joaquín Rodrigo, 1. 28222 Majadahonda (Madrid);

²Ingeniero Informático, Universidad de Zaragoza, Zaragoza. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción y objetivos: La **videocapilaroscopia ungueal (VCU)** es el método de referencia no invasivo para la detección precoz de patrones microvasculares patológicos, aunque su uso se ve limitado por el **tiempo de examen en la rutina clínica**, haciendo crucial validar una estrategia de muestreo más eficiente. Este estudio retrospectivo tiene como objetivo evaluar un examen **digital reducido** o el uso de **inteligencia artificial (IA)** puede obtener un buen rendimiento diagnóstico.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de concordancia y rendimiento diagnóstico a partir de historias clínicas y bases de datos de VCU de pacientes reumatológicos de un hospital terciario. Se incluyeron pacientes de consultas externas con fenómeno de Raynaud y/o con sospecha de enfermedad reumática autoinmune sin un diagnóstico establecido.

Se realizó VCU en 8 dedos y al menos 2 imágenes por dedo con un modelo "Capiscope" de Optilia a 200x, excluyéndose VCU incompletas o de baja calidad. Se consideraron los siguientes parámetros capilaroscópicos: dilataciones capilares, megacapilares, microhemorragias patológicas, formas capilares anómalas y áreas avasculares. Las imágenes se clasificaron según el algoritmo "Fast-Track" en patrón capilaroscópico normal, patrón inespecífico y patrón esclerodermiforme¹. En una segunda fase se realizó un análisis no supervisado de las imágenes por IA con el programa "capillary.io". Se consideró como "gold estándar" la evaluación visual en 8 dedos (2-5° bilateral) por una reumatóloga experta en capilaroscopias.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 25. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética.

Resultados: Se analizó una cohorte de 30 pacientes, predominantemente mujeres (80%) con una mediana de edad de 54,5 años (49,8-62,3). El Fenómeno de Raynaud estaba presente en el 86,7% de los casos, con una mediana de duración de 3,6 años (2,6-11,9). El tabaquismo activo se reportó en el 13,3% de la muestra. En relación con los marcadores de autoinmunidad se detectaron ANA (33,3%), anticuerpos anticentrómero (20%), anti-Ku (6,6%), y anti-Scl-70, FR, PM100, PM75/Mi2, RNA polimerasa, y Ro (3,3% cada uno).

Los diagnósticos finales fueron conectivopatía indiferenciada (23,3%), Raynaud primario (20%), esclerosis sistémica (SSc)

(16,7%), y EMTc, posible SAF, síndrome esclerodermiforme, artritis crónica seronegativa y enfermedad de Still del adulto (3,3% cada uno).

Tras análisis visual de imágenes de 2-5º dedos bilateral se encontró patrón inespecífico y esclerodermiforme en el 63,3 y 36,7% respectivamente. No se identificó ningún patrón normal. El patrón esclerodermiforme se observó en 6 pacientes con conectivopatía indiferenciada, 4 con SSc y 1 con enfermedad de Still del adulto.

La mejor rentabilidad diagnóstica se obtuvo con el análisis por inspección visual de 4 dedos y con uso de IA no supervisada (tabla 1).

Conclusiones: El protocolo de VCU de 4 dedos ofrece una buena rentabilidad diagnóstica para la detección de patrón esclerodermiforme en la práctica clínica. No obstante, en caso de elevada sospecha de conectivopatía se requiere realizar el examen completo de 8 dedos. La IA se posiciona como una herramienta prometedora para la práctica clínica y la investigación. Será necesario validar estos hallazgos en cohortes más amplias para confirmar su utilidad y reproducibilidad.

¹Smith, V. et al. Autoimmun Rev. 2019 Nov;18(11):102394.

Tabla 1: rendimiento diagnóstico de las diferentes opciones de VCU limitado a varios dedos y del análisis no supervisado de la IA en comparación con el análisis visual completo de 8 dedos.

	Patrón normal	Patrón inespecífico	Patrón esclerodermiforme	S	E	VPN	VPP	k
5º dedo bilateral	33,3	53,3	13,3	36,4	100	73,1	100	0,42
3º dedo bilateral	26,7	50	23,3	63,6	100	82,6	100	0,69
4º dedo bilateral	6,7	56,7	26,7	72,7	100	86,4	100	0,77
4 y 5º dedo bilateral	13	60	26,7	72,7	100	86,4	100	0,77
3 y 4º dedo bilateral	10	53,3	36,7	81,8	100	90,5	100	0,85
2-5º dedos mano izquierda	16,7	13,3	30	81,8	100	90,5	100	0,85
2-5º dedos mano derecha	6,7	60	33,3	90,9	100	95	100	0,93
Capillary.io 2-5º dedos bilateral (no supervisado)	13,3	43,3	43,3	81,8	79	88,2	75	0,59

Pósters

Póster 01

CÁNCER EN LA ENFERMEDAD DE SJÖGREN: INCIDENCIA, FACTORES PREDICTIVOS Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD. RESULTADOS EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Olga Rusinovitch-Lovgach¹, Zulema Plaza², Mónica Fernández Castro¹, Jose Rosas-Gómez de Salazar³, Víctor M. Martínez Taboada⁴, Alejandro Olive⁵, Raúl Menor Almagro⁶, Belen Serrano Benavente⁷, Judit Font Urgelles⁵, Angel Garcia-Aparicio⁸, Sara Manrique-Arja⁹, Jesús Alberto Garcia Vadillo¹⁰, Ruth Lopez-Gonzalez¹¹, Javier Narvaez García¹², M^a Beatriz Rodriguez Lozano¹³, Carlos Galisteo¹⁴, Jorge Juan Gonzalez Martin¹⁵, Paloma Vela Casasempere¹⁶, Elena Rabadán¹⁷, Antonio Naranjo¹⁸, M^a Beatriz Paredes Romero¹⁹, Leyre Riancho-Zarrabeitia²⁰, Sheila Melchor Diaz²¹, Irene Altabás²², Sergi Heredia²³, Clara Moriano²⁴, M^a Angeles Blazquez Cañamero²⁵, Paula Estrada-Alarcón², Enrique Judez²⁶, Nerea Alcorta Lorenzo²⁷, Javier Loricera⁴, Rosalía Martínez Pérez²⁸, Fernando Sánchez Alonso², José Luis Andréu Sánchez¹

Proyecto SJOGRENSER del grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER

¹ Rheumatology department, Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital, Madrid, Spain; ² Research Unit, Spanish Society of Rheumatology, Madrid, Spain; ³ Rheumatology department, Marina Baixa de la Vila Joiosa Hospital, Alicante, Spain; ⁴ Marqués de Valdecilla University Hospital, Santander, Spain; ⁵ University Hospital Germans Trias i Pujol Badalona, Barcelona, Spain; ⁶ Rheumatology department, H. General Universitario Jerez de la Frontera, Jerez, Spain; ⁷ Rheumatology department, Hospital Gregorio Marañón; Madrid, Spain; ⁸ Rheumatology department, Hospital Universitario de Toledo, Toledo Spain; ⁹ Rheumatology department, Malaga Regional Hospital, Malaga, Spain; ¹⁰ Rheumatology department, Hospital Universitario La Princesa, Madrid; Spain; ¹¹ Rheumatology department, Zamora Health Complex, Zamora, Spain; ¹² Rheumatology department, Bellvitge University Hospital, Balcelona, Spain; ¹³ Rheumatology department, Canarias University Hospital, La Laguna, Spain; ¹⁴ Hospital Parc Taulí; Sabadel, Sapin; ¹⁵ HM Sanchinarro Univeristary Hospital, Madrid, Spain; ¹⁶ Rheumatology department, General University Hospital Dr. Balmis Alicante, Spain; ¹⁷ Rheumatology department, Príncipe de Asturias University Hospital, Alcalá de Henares, Sapin; ¹⁸ Rheumatology department, Dr Negrin University Hospital, Las Palmas, Spain; ¹⁹ Infanta Sofía University Hospital, San Sebastián de los Reyes, Madrid, Spain; ²⁰ Rheumatology department, Sierrallana Hospital, Torrelavega, Spain; ²¹ 12 de Octubre University Hospital, Madrid, Spain; ²² Rheumatology department, University Hospital Complex of Vigo, Vigo, Spain; ²³ Rheumatology department, Complex Universitari Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, Spain; ²⁴ León University Hospital, Leon, Spain; ²⁵ Rheumatology department, Ramón y Cajal University Hospital, Madrid, Spain; ²⁶ Rheumatology department, Albacete University Hospital, Albacete, Spain; ²⁷ Rheumatology department, Donostia University Hospital, San Sebastian, Spain; ²⁸ Valme University Hospital. Seville, Spain

Objetivos: Analizar la incidencia de neoplasias (hematológicas y de órgano sólido) en pacientes con enfermedad de Sjögren (ESj), identificar factores predictivos independientes y evaluar su impacto en la mortalidad.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y observacional que incluyó 314 pacientes con ESj, clasificados según los criterios AE Consensus Group 2002 y seguidos durante una mediana de 9,5 años [9,2–9,9]. Se recogieron variables clínicas, demográficas y serológicas, así como la incidencia de neoplasias y los desenlaces de supervivencia. Las tasas de incidencia estandarizada (TIE) se calcularon con datos de GLOBOCAN. Los predictores independientes de neoplasia se identificaron mediante modelos de regresión Cox multivariante. El impacto del cáncer en la mortalidad se evaluó mediante riesgo relativo (RR).

Resultados: Se identificaron 22 neoplasias incidentes (7,0%): 11 hematológicas (100% linfomas no Hogkin (LNH)) y 11 tumores sólidos. El riesgo global de cáncer fue aumentado (TIE 1,68; IC95% 1,68–1,69), con un exceso muy marcado para LNH (TIE 15,36; IC95% 15,32–15,40) y para el conjunto de neoplasias hematológicas (TIE 3,55; IC95% 3,54–3,56). El aumento de tumores sólidos fue más discreto (TIE 1,54; IC95% 1,53–1,55).

Los factores asociados de forma independiente al desarrollo de neoplasia fueron la edad (HR 1,06; IC95% 1,01–1,11), tabaquismo (HR 3,56; IC95% 1,24–10,24), linfadenopatía (HR 3,34; IC95% 1,33–8,37), esplenomegalia (HR 14,04; IC95% 1,36–144,51) y crioglobulinemia (HR 9,12; IC95% 1,93–43,07), siendo esta última el predictor más robusto de desarrollo de LNH (HR 11,07; IC95% 1,18–103,75).

Los pacientes con antecedente de cáncer mostraron una mayor predisposición a desarrollar neoplasias hematológicas frente a tumores sólidos (HR 26,97; IC95% 1,26–418,46).

Las neoplasias fueron la causa del 23,8% de los fallecimientos de la cohorte, con un riesgo de mortalidad duplicado (RR 2,21; IC95% 1,18–4,12; p=0,01).

Conclusiones: Los pacientes con ESj presentan un incremento del 68% en el riesgo global de cáncer, explicado fundamentalmente por neoplasias hematológicas, especialmente LNH. La edad, el tabaquismo, la linfadenopatía, la esplenomegalia y la crioglobulinemia se asocian de forma independiente con el desarrollo de neoplasia, destacando esta última como el predictor más robusto de linfoma. El cáncer constituye una causa relevante de mortalidad en la ESj, con un riesgo de muerte duplicado, lo que respalda la necesidad de protocolos de vigilancia dirigidos a subgrupos de pacientes de alto riesgo.

Póster 02

FACTORES ASOCIADOS A LA PROGRESIÓN DE LA ACTIVIDAD SISTÉMICA EN LA ENFERMEDAD DE SJÖGREN: RESULTADOS DEL ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO SJÖGRENSER-PROS

Olga Rusinovich Lovgach¹, Zulema Plaza², Mónica Fernández Castro¹, José Rosas³, Víctor Martínez-Taboada⁴, Alejandro Olivé⁵, Raúl Menor Almagro⁶, Belén Serrano Benavente⁷, Judit Font-Urgelles⁵, Ángel García-Aparicio⁸, Sara Manrique-Arija⁹, Alberto García-Vadillo¹⁰, Ruth López-González¹¹, Javier Narváez García¹², María Beatriz Rodríguez-Lozano¹³, Carlos Galisteo¹⁴, Juan Jorge González-Martín¹⁵, Paloma Vela-Casasempere¹⁶, Cristina Bohórquez¹⁷, Celia Erausquin¹⁸, María Beatriz Paredes-Romero¹⁹, Leyre Riancho-Zarrabeitia²⁰, Sheila Melchor Díaz²¹, José María Pego-Reigosa²², Sergio Heredia²³, Clara Moriano²⁴, María Ángeles Blázquez Cañamero²⁵, Paula Estrada²³, Enrique Judez²⁶, Joaquín Belzunegui Otano²⁷, Consuelo Ramos Giráldez²⁸, Fernando Sánchez-Alonso², José Luis Andréu Sánchez¹

Proyecto SJÖGRENSER del grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid; ³Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante; ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ⁵Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona; ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ⁷Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid; ⁸Hospital General Universitario de Elche, Alicante; ⁹Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga; ¹⁰Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; ¹¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca; ¹²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; ¹³Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; ¹⁴Hospital Universitario de Jaén, Jaén; ¹⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ¹⁶Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante, y Universidad Miguel Hernández, Elche; ¹⁷Hospital Universitario Príncipe de Asturias y Universidad de Alcalá, Madrid; ¹⁸Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas; ¹⁹Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid; ²⁰Hospital de Sierrallana, IDIVAL, Santander; ²¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²²Hospital Universitario de Vigo, IRIDIS-VIGO, Vigo; ²³Hospital Moisès Broggi, Barcelona; ²⁴Hospital Universitario de León, León; ²⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; ²⁶Hospital Universitario de Albacete, Albacete; ²⁷Hospital Universitario Donostia, San Sebastián; ²⁸Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ESj) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas y un amplio espectro de manifestaciones sistémicas. Una mayor actividad de la enfermedad se ha asociado con una afectación sistémica más extensa, aumento de la mortalidad y mayor riesgo de linfoma (1-3). Identificar precozmente a los pacientes con riesgo de progresar hacia formas de mayor actividad resulta esencial para optimizar la estratificación pronóstica y el manejo clínico.

Objetivo: Identificar los factores clínicos y serológicos asociados al riesgo de progresión de la actividad sistémica, definida por el cambio de un ESSDAI ≤ 4 (baja actividad) a ESSDAI ≥ 5 (actividad moderada o alta) durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que incluyó 314 pacientes con ESj (criterios AECG 2002). Se compararon las características clínicas y serológicas de los pacientes que progresaron de baja a moderada/alta actividad frente a aquellos que permanecieron con baja actividad. Los datos clínicos, serológicos y de actividad de la enfermedad se registraron a lo largo de una mediana de seguimiento de 9,5 años [rango: 9,2–9,9]. Las variables con significación estadística y/o relevancia clínica en el análisis bivariante se incorporaron a un modelo de regresión logística multivariante para identificar predictores independientes. El estudio fue aprobado por los comités de ética de los centros participantes. Los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: De los 231 pacientes con baja actividad inicial (ESSDAI ≤ 4), 55 (23,8%) desarrollaron progresión sistémica (ESSDAI ≥ 5) durante el seguimiento. En el análisis bivariante, la linfadenopatía, el C4 bajo, la fibromialgia y las cataratas se asociaron significativamente con la progresión, mientras que los anticuerpos anti-Ro/SSA mostraron una tendencia a la significación estadística. En el modelo multivariante, se mantuvieron como factores independientes la linfadenopatía (OR 3,4; IC95% 1,3–8,9), el C4 bajo (OR 2,7; IC95% 1,1–6,9), la fibromialgia (OR 5,4; IC95% 2,3–12,4) y las cataratas (OR 3,6; IC95% 1,1–12,3), con una tendencia confirmada para los anti-Ro/SSA ($p = 0,078$).

Conclusiones: Durante el seguimiento, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con SjD en baja actividad mostró un aumento significativo de la actividad sistémica. La linfadenopatía, la hipocomplementemia C4, la fibromialgia y las cataratas se asociaron con un mayor riesgo de progresión, definiendo un perfil clínico e inmunológico que requiere una monitorización estrecha y estrategias de seguimiento individualizadas.

Bibliografía:

1. On behalf of the SS Study Group GEAS-SEMI, Brito-Zerón P, Kostov B, et al. Characterization and risk estimate of cancer in patients with primary Sjögren syndrome. J Hematol Oncol [Internet]. diciembre de 2017 [citado 3 de marzo de 2025];10(1):90.
2. Ramos-Casals M, Brito-Zeron P, et al. Systemic involvement in primary Sjögrens syndrome evaluated by the EULAR-SS disease activity index: analysis of 921 Spanish patients (GEAS-SS Registry). Rheumatology [Internet]. 1 de febrero de 2014 [citado 14 de octubre de 2024];53(2):321-31.
3. Chatzis LG, Stergiou IE, et al. Clinical picture, outcome and predictive factors of lymphoma in primary Sjögrens syndrome: results from a harmonized dataset (19812021). Rheumatology [Internet]. 30 de agosto de 2022 [citado 9 de octubre de 2024];61(9):3576-85.

Póster 03

ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN VIDA REAL DE INMUNOGENICIDAD Y SEGURIDAD DE LA VACUNA RECOMBINANTE FRENTE A VARICELA ZOSTER EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS TRATADOS CON INHIBIDORES DE JAK

Esteban-Vázquez AV, Steiner M, Castañeda E, Romero-Bogado L, Cobo-Ibáñez T, Paredes-Romero MB, Vergara C, Trives L, Richi P, Cámara I, Acosta AV, De San Segundo M, Sanchis A, Thuissard I, Somodevilla A, Muñoz-Fernández S.

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea de Madrid. Servicios de Salud Laboral, Hospitales Infanta Sofía e Infanta Leonor, Madrid. Grupo de Asesoría Metodológica y Estadística, Universidad Europea, Madrid. Laboratorio UR Salud, Madrid.

Centro de trabajo del investigador principal: Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. Avendia de Euroa 34, San Sebastián de los Reyes

Objetivos: Evaluar la inmunogenicidad y seguridad de la vacuna recombinante adyuvada frente al virus varicela-zóster (HZ/su) en pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) tratados con inhibidores de JAK (iJAK), en comparación con individuos sanos.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y multicéntrico realizado en dos hospitales de Madrid. Se incluyeron pacientes con IMID tratados con iJAK e individuos sanos vacunados con HZ/su. La respuesta vacunal se definió como un incremento ≥ 2 veces en los niveles de anticuerpos o la consecución de títulos ≥ 4000 mIU/mL. Se registraron las reacciones adversas y los posibles brotes de la enfermedad de base.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes con IMID (edad media 55 ± 10 años) y 107 controles sanos ($62 \pm 1,5$ años). La respuesta vacunal fue significativamente menor en los pacientes tratados con JAKi frente a los individuos sanos (78.5% vs 92.5% respectivamente, $p = 0,04$). No se observaron diferencias significativas en función del diagnóstico, tipo de JAKi, uso concomitante de csDMARD o corticoides, ni por antecedentes de herpes zóster, aunque se apreció una tendencia a menor respuesta con metotrexato. Se registraron brotes leves en 6/93 pacientes (6,5%), ninguno de los cuales requirió modificación del tratamiento. No se notificaron efectos adversos graves.

Póster 04

CHOROIDAL THICKNESS AS A BIOMARKER OF SYSTEMIC INFLAMMATION IN PATIENTS WITH POLYMYALGIA RHEUMATICA

Laura Trives-Folguera^{1,2,3,4*}, Santiago Muñoz-Fernández^{1,3,4}, María del Mar Esteban-Ortega^{3,4,5}, Raquel Coca-Serrano⁵, Tatiana Cobo-Ibáñez^{1,3,4}, Cristina Vergara-Dangond^{1,3,4}, Liz Romero-Bogado^{1,3,4}, Isabel de la Cámara-Fernández^{1,3,4}, Patricia Richi^{1,3,4}, María Beatriz Paredes^{1,3,4}, Ana Esteban-Vazquez^{1,3,4}, Ana Valeria Acosta^{1,4}, Gabriela Cueva Najera^{1,4}, Marco Algarra San José^{1,4}, Jorge Juan González-Martín², Karen N Franco Gomez², Patricia Bogas Schay², Tamara Shukair Harb⁶, Israel Thuissard-Vasallo³, Martina Steiner^{1,3,4}

¹ Department of Rheumatology, Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid, Spain.

² Department of Rheumatology, Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid, Spain.

³ Universidad Europea de Madrid. Faculty of Medicine, Health and Sports. Department of Medicine. Madrid, Spain.

⁴ FIIB HUIS-HUHEN. Madrid, Spain.

⁵ Department of Ophthalmology, Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid, Spain.

⁶ Department of Ophthalmology, Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid, Spain.

*Laura Trives-Folguera- Hospital Universitario Infanta Sofía. Pº de Europa, 34. 28702, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Objectives: Choroidal thickness (CT) varies with systemic inflammatory activity in diseases such as spondyloarthritis, suggesting its potential role as a biomarker. This study aimed to evaluate changes in CT in patients recently diagnosed with Polymyalgia Rheumatica (PMR) who are undergoing corticosteroid therapy, over a six-month follow-up period. Primary outcome was the change in CT over time. Secondary outcomes included correlation between CT and C-reactive protein (CRP) with the other parameters, as well as the concordance between CT and CRP and CT and PMR activity scores.

Methods: It is a prospective, observational, longitudinal pilot study including 20 patients with recent PMR diagnosis from two centres. All participants met PMR classification criteria. Participants underwent three visits: at diagnosis (baseline), at 3 and 6 months after starting corticosteroids. Each visit included physical examination, musculoskeletal ultrasound (MSK US) of shoulders and hips, blood tests including CRP and erythrocyte sedimentation rate (ESR) and CT measurement by optical coherence tomography (OCT). Disease activity was assessed using the PMR Activity Score (PMR-AS) and its imputed version (imp-PMR-AS).

Results: Mean baseline CT was $242.10 \pm 79.05 \mu\text{m}$. Choroidal thickness decreased significantly after 3 months ($229.85 \pm 79.01 \mu\text{m}$, $p = 0.017$) and after 6 months ($220.37 \pm 75.96 \mu\text{m}$, $p = 0.014$) of corticosteroid treatment. We found a significant decrease in all laboratory and clinical parameters. Concordance between CT, CRP, and PMR-AS and imp-PMR-AS was 95%. We found significant correlation between changes in CRP and ESR, and between CRP and prednisone dose at three months after treatment. No correlation was found between CT or CRP and the other inflammatory parameters. Rotator cuff pathology does not appear to influence on evolution of MSK US bicipital tenosynovitis inflammatory findings neither in pain.

Conclusion: We found that CT was high in patients with recent diagnosis of PMR and decreases significantly after 3 and 6 months of corticosteroid therapy. There is a 95% of concordance between CT and CRP as well as between CT and PMR activity scores. Our findings suggest that CT is useful as a non-invasive, imaging-based biomarker of systemic inflammation in patients with PMR. As a pilot study, our results are preliminary; therefore, future research with larger cohorts are recommended to enhance statistical power and validate the proposed hypothesis.

Agradecimientos: Este trabajo ha contado con la ayuda de la beca SORCOM concedida en el 2024.

Póster 05

FACTORES ASOCIADOS A LA PROGRESIÓN DE LA ACTIVIDAD SISTÉMICA EN LA ENFERMEDAD DE SJÖGREN: RESULTADOS DEL ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO SJÖGRENSER-PROS.

Olga Rusinovich Lovgach¹, Zulema Plaza², Mónica Fernández Castro¹, José Rosas³, Víctor Martínez-Taboada⁴, Alejandro Olivé⁵, Raúl Menor Almagro⁶, Belén Serrano Benavente⁷, Judit Font-Urgelles⁵, Ángel García-Aparicio⁸, Sara Manrique-Arija⁹, Alberto García-Vadillo¹⁰, Ruth López-González¹¹, Javier Narváez García¹², María Beatriz Rodríguez-Lozano¹³, Carlos Galisteo¹⁴, Juan Jorge González-Martín¹⁵, Paloma Vela-Casasempere¹⁶, Cristina Bohórquez¹⁷, Celia Erausquin¹⁸, María Beatriz Paredes-Romero¹⁹, Leyre Riancho-Zarrabeitia²⁰, Sheila Melchor Díaz²¹, José María Pego-Reigosa²², Sergio Heredia²³, Clara Moriano²⁴, María Ángeles Blázquez Cañamero²⁵, Paula Estrada²³, Enrique Judez²⁶, Joaquín Belzunegui Otano²⁷, Consuelo Ramos Giráldez²⁸, Fernando Sánchez Alonso², José Luis Andréu Sánchez¹

Proyecto SJÖGRENSER del grupo de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid; ³Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante; ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ⁵Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona; ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ⁷Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid; ⁸Hospital General Universitario de Elche, Alicante; ⁹Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga; ¹⁰Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; ¹¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca; ¹²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; ¹³Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; ¹⁴Hospital Universitario de Jaén, Jaén; ¹⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ¹⁶Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante, y Universidad Miguel Hernández, Elche; ¹⁷Hospital Universitario Príncipe de Asturias y Universidad de Alcalá, Madrid; ¹⁸Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas; ¹⁹Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid; ²⁰Hospital de Sierrallana, IDIVAL, Santander; ²¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ²²Hospital Universitario de Vigo, IRIDIS-VIGO, Vigo; ²³Hospital Moisés Broggi, Barcelona; ²⁴Hospital Universitario de León, León; ²⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; ²⁶Hospital Universitario de Albacete, Albacete; ²⁷Hospital Universitario Donostia, San Sebastián; ²⁸Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ESj) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas y un amplio espectro de manifestaciones sistémicas. Una mayor actividad de la enfermedad se ha asociado con una afectación sistémica más extensa, aumento de la mortalidad y mayor riesgo de linfoma (1-3). Identificar precozmente a los pacientes con riesgo de progresar hacia formas de mayor actividad resulta esencial para optimizar la estratificación pronóstica y el manejo clínico.

Objetivo: Identificar los factores clínicos y serológicos asociados al riesgo de progresión de la actividad sistémica, definida por el cambio de un ESSDAI ≤ 4 (baja actividad) a ESSDAI ≥ 5 (actividad moderada o alta) durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que incluyó 314 pacientes con ESj (criterios AECG 2002). Se compararon las características clínicas y serológicas de los pacientes que progresaron de baja a moderada/alta actividad frente a aquellos que permanecieron con baja actividad. Los datos clínicos, serológicos y de actividad de la enfermedad se registraron a lo largo de una mediana de seguimiento de 9,5 años [rango: 9,2–9,9]. Las variables con significación estadística y/o relevancia clínica en el análisis bivalente se incorporaron a un modelo de regresión logística multivariante para identificar predictores independientes. El estudio fue aprobado por los comités de ética de los centros participantes. Los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: De los 231 pacientes con baja actividad inicial (ESSDAI ≤ 4), 55 (23,8%) desarrollaron progresión sistémica (ESSDAI ≥ 5) durante el seguimiento. En el análisis bivalente, la linfadenopatía, el C4 bajo, la fibromialgia y las cataratas se asociaron significativamente con la progresión, mientras que los anticuerpos anti-Ro/SSA mostraron una tendencia a la significación estadística. En el modelo multivariante, se mantuvieron como factores independientes la linfadenopatía (OR

Conclusiones: Durante el seguimiento, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con SjD en baja actividad mostró un aumento significativo de la actividad sistémica. La linfadenopatía, la hipocomplementemia C4, la fibromialgia y las cataratas se asociaron con un mayor riesgo de progresión, definiendo un perfil clínico e inmunológico que requiere una monitorización estrecha y estrategias de seguimiento individualizadas.

Bibliografía:

1. on behalf of the SS Study Group GEAS-SEMI, Brito-Zerón P, Kostov B, et al. Characterization and risk estimate of cancer in patients with primary Sjögren syndrome. J Hematol Oncol [Internet]. diciembre de 2017 [citado 3 de marzo de 2025];10(1):90.
2. Ramos-Casals M, Brito-Zeron P, et al. Systemic involvement in primary Sjogrens syndrome evaluated by the EULAR-SS disease activity index: analysis of 921 Spanish patients (GEAS-SS Registry). Rheumatology [Internet]. 1 de febrero de 2014 [citado 14 de octubre de 2024];53(2):321-31.
3. Chatzis LG, Stergiou IE, et al. Clinical picture, outcome and predictive factors of lymphoma in primary Sjögrens syndrome: results from a harmonized dataset (19812021). Rheumatology [Internet]. 30 de agosto de 2022 [citado 9 de octubre de 2024];61(9):3576-85.

Póster 06

HIPOFOSFATEMIA CRÓNICA EN REUMATOLOGÍA: ¿UNA PATOLOGÍA INFRAVALORADA? ESTUDIO DE PREVALENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID.

Mariana Gutiérrez Riart¹, Álvaro Martínez Ortega², Marina Molinari Perez¹, Sara García Carazo¹, Daniel Prieto Arribas², María Luisa González Casaus², Maria Gemma Serrano Olmedo², Natalia Lopez Juanes¹ y Pilar Aguado Acín¹

¹Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz

²Servicio de Análisis clínico Hospital Universitario La Paz

DIRECCIÓN POSTAL: Hospital Universitario La Paz P.º de la Castellana, 261, Fuencarral-El Pardo, 28046 Madrid

INTRODUCCIÓN: El fosfato es esencial en múltiples funciones fisiológicas, incluido el metabolismo óseo. Pese a sus posibles consecuencias graves, la hipofosfatemia crónica suele pasar desapercibida. La escasez de estudios limita el conocimiento sobre su prevalencia, convirtiéndolo en un ión olvidado.

OBJETIVO Estudiar la prevalencia y causas de la hipofosfatemia crónica en la población adulta atendida en el servicio de Reumatología asociados a un hospital terciario.

METODOLOGÍA Estudio observacional transversal. Se revisaron 55.815 determinaciones de fosfato sérico del laboratorio de Bioquímica procedentes del servicio de Reumatología, correspondiente a 19.557 pacientes en un periodo de 9 años (2015-2023). Se identificaron 64 pacientes con fosfato persistentemente bajo, definido por al menos 2 determinaciones <2,5mg/dL separadas un mínimo de 2 meses, y ninguna determinación ≥2,5mg/dl en el periodo de estudio. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos y bioquímicos mediante revisión de historia clínica electrónica (HCIS y HORUS). El análisis descriptivo se realizó con el software estadístico R.

RESULTADOS: Se estudiaron 64 pacientes 54% varones (n=34, edad media 64,4±15,3 años) con hipofosfatemia crónica. La prevalencia fue del 0.33%. Entre las causas más frecuentes identificadas destacan: hiperparatiroidismo primario 12,5% (n=8), déficit de vitamina D en rango osteomaláctico 10,9% (n=7) y fármacos 10,9% (n=7) siendo el denosumab el más repetido (n=3); seguido de los corticoides (n=2), por últimos el Hierro IV Carboximaltosa férrica (n=1) y los diuréticos (n=1).

Entre las causas menos frecuentes se encontraron: Hiperparatiroidismo secundario a hipovitaminosis D 6,3% (n=4), osteomalacia hipofosfatémica por alteraciones genéticas 4,7% (n=3) de los cuales eran ligado al cromosoma X (n=2) y asociado al gen SLC34A3 (n=1), enfermedad inflamatoria intestinal 1,6% (n=1), síndrome de malabsorción secundario a gastrectomía 1,6% (n=1), alcoholismo crónico 1,6% (n=1) y osteomalacia oncogénica secundaria a tumor mesenquimal 1,6% (n=1). En el 48,4% de los casos (n=31) no se pudo identificar causalidad.

Solo se identificó clínica sugestiva de hipofosfatemia crónica en el 15,6% (n=10), siendo el dolor musculoesquelético el más frecuente 40% (n=4), seguido de fracturas 30% (n=3), parestesias 20% (n=2) y talla baja 10% (n=1). Los pacientes que presentaron fracturas correspondieron con los casos genéticos ligados al X y el paciente con osteomalacia oncogénica.

CONCLUSIONES: La hipofosfatemia crónica, aunque es poco frecuente, es infravalorada e infradiagnosticada, sus causas pueden ser relevantes y con consecuencias potencialmente graves. Se debe promover su detección y estudio en la población atendida en los servicios de Reumatología y valorar su derivación a unidades de metabolismo óseo cuando su etiología no esté aclarada.

Póster 07

EL GROSOR COROIDEO COMO MARCADOR DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA Y TRATAMIENTO CON ANTI IL-6

Laura Trives-Folguera^{1,2,3,*}, Santiago Muñoz-Fernández^{1,2,3}, María del Mar Esteban-Ortega^{2,3,4}, Raquel Coca-Serrano⁴, Tatiana Cobo-Ibañez^{1,2,3}, Cristina Vergara-Dangond^{1,2,3}, Liz Romero-Bogado^{1,2,3}, Isabel de la Cámara-Fernández^{1,2,3}, Patricia Richi^{1,2,3}, María Beatriz Paredes^{1,2,3}, Ana Esteban-Vazquez^{1,2,3}, Ana Valeria Acosta^{1,3}, Gabriela Cueva Najera^{1,3}, Marco Algarra San José^{1,3}, Israel Thuissard-Vasallo², Martina Steiner^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid, España.

²Universidad Europea de Madrid. Facultad de Medicina, Salud y Deporte. Departamento de Medicina. Madrid, España.

³FIIB HUIS-HUHEN. Madrid, España.

⁴Departamento de Oftalmología, Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid, España.

*Laura Trives-Folguera- Hospital Universitario Infanta Sofía. Pº de Europa, 34. 28702, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Objetivos: La interleucina 6 (IL-6) desempeña un papel clave en la fisiopatología de la polimialgia reumática (PMR), al regular la respuesta inflamatoria sistémica y la síntesis hepática de los reactantes de fase aguda (RFA), como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Los fármacos inhibidores de la IL-6 se proponen como una alternativa terapéutica eficaz en pacientes corticorresistentes o con riesgo por efectos adversos a corticoterapia prolongada. Sin embargo, la inhibición de la IL-6 interfiere en la producción de los RFA, lo que limita la utilidad de la PCR y la VSG como marcadores de actividad de la PMR, planteando la necesidad de identificar nuevos biomarcadores objetivos. El grosor coroideo (GC), previamente evaluado como marcador de inflamación en otras patologías reumatológicas, podría representar un biomarcador de inflamación útil en pacientes con PMR y anti IL-6. El objetivo principal de este estudio es conocer la variación del GC en pacientes con PMR que inician anti IL-6 desde el inicio de tratamiento, al mes y a los 6 meses después del inicio del fármaco. Los objetivos secundarios son: evaluar la correlación entre la variación del GC y la variación de los parámetros inflamatorios, y calcular la concordancia entre el GC y la PCR, el índice de actividad de la PMR (PMR-AS) y su versión imputada (PMR-ASimp).

Métodos: Se trata de un estudio piloto, prospectivo, observacional y longitudinal en pacientes con PMR candidatos a iniciar fármacos anti IL-6 por corticorresistencia o por riesgo de efectos adversos por corticoterapia prolongada. Se incluyeron un total de 24 pacientes reclutados en un hospital de segundo nivel en Madrid. Se llevaron a cabo 3 visitas de seguimiento; la basal en la que se iniciaba el tratamiento con anti IL-6; al mes y a los 6 meses del inicio del tratamiento. En cada visita se realizó la exploración clínica del paciente incluyendo: valoración general del paciente de la enfermedad (VGP), valoración general del médico (VGM), elevación de miembros superiores (EMS), rigidez matutina (RM) y dosis de corticoides. Se realizó también una exploración ecografía musculoesquelética de hombros y caderas y análisis de sangre en los que se incluían PCR. La medición del GC fue realizada por el servicio de oftalmología mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). Además, se calculó la actividad de enfermedad mediante los índices PMR-AS y PMR-ASimp.

Resultados: El grosor coroideo medio al inicio del tratamiento con anti IL-6 fue de $214 \pm 71.13 \mu\text{m}$. Se vio una disminución significativa del mismo al mes ($208.46 \pm 70.03 \mu\text{m}$, $p < 0.001$) y a los 6 meses ($183.67 \pm 70.37 \mu\text{m}$, $p < 0.001$) del inicio del tratamiento. Asimismo, se vio una mejoría significativa en todos los parámetros evaluados. Únicamente se ha encontrado correlación significativa entre el descenso del GC del mes a los 6 meses del tratamiento y la disminución de la dosis de prednisona ($r = 0.417$, $p = 0.043$). Existe una concordancia del 95% entre el GC y PCR, PMR-AS y PMR-ASimp.

Conclusiones: El grosor coroideo disminuye de forma significativa tras el inicio de anti IL-6 en pacientes con PMR corticorresistente, encontrándose en valores similares basales al grupo de edad a los 6 meses del tratamiento. La concordancia entre el GC y los índices de actividad de la PMR fue del 95%. Así pues, el GC podría postularse como un biomarcador de inflamación útil en pacientes con PMR y tratamiento con anti IL-6.

Póster 08

COMBINACIÓN DE MICOFENOLATO Y RITUXIMAB FRENTE A MICOFENOLATO EN MONOTERAPIA EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL INMUNOMEDIADA: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

MF Del Pino Zambrano¹, C Araque Molina², MB López Muñoz², C Gómez González¹, P Cardoso Peñafiel¹, L Lojo Oliveira¹, C Marín Huertas¹, A Pareja Martínez¹, A Román Pascual¹, O Sánchez González¹, C Siso Hernández¹, MT Navío Marco¹, E Calvo Aranda¹, L Cebrián Méndez¹

¹Sección de Reumatología. ²Sección de Neumología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid 28038

Objetivo: Evaluar eficacia y seguridad del tratamiento con micofenolato combinado con rituximab frente a micofenolato en monoterapia en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) inmunomediada en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con pacientes con EPI atendidos en la consulta de Reumatología-Neumología del Hospital Universitario Infanta Leonor desde enero 2018 a diciembre 2024. Se analizaron datos demográficos, clínicos, analíticos, funcionales y radiológicos mediante revisión de historias clínicas. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar, y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Se utilizó la prueba t de Student para muestras pareadas en la comparación de variables continuas y chi-cuadrado para variables categóricas.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, de los cuales 24 recibieron micofenolato y 17 terapia combinada. La edad media fue de 66.20 ± 15.5 años, con predominio femenino (68.3%). La enfermedad reumatológica autoinmune sistémica más frecuente fue la esclerodermia (34.1%), seguida de miositis (19.5%) y artritis reumatoide (12.2%). Se encontró que el 97.6% presentaba autoanticuerpos con importante heterogeneidad, destacando anti-Scl70 22% y anti-Jo1 14.6%. El patrón radiológico predominante en TAC torácico basal fue el de neumonía intersticial no específica representando el 53.7% de los casos (NINE 36.6% y NINE fibrosante 17.1%), seguido por el de neumonía intersticial usual (NIU, 17.1%), neumonía organizativa criptogénica (NOC, 7.3%) y neumonía intersticial linfoide (NIL, 7.3%). En el grupo de terapia combinada se observó una menor progresión radiológica (23.5% vs 37.5%, $p < 0.05$) y una mejor preservación de la función pulmonar. La diferencia media en CVF fue +2.1% en el grupo combinado vs -3.8% en monoterapia ($p < 0.05$). Para DLCO, las diferencias fueron -4.2% vs -8.7%, respectivamente ($p < 0.05$). En cuanto al uso de glucocorticoides concomitantes, en el grupo de terapia combinada fue de 82.4%, y en monoterapia de 66.7%, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento. Se demuestra una mayor incidencia de eventos adversos en el grupo MMF+RTX ($p < 0.01$), documentando un 35.3% en terapia combinada y 4.2% en monoterapia, ambos grupos infecciones respiratorias, requiriendo manejo hospitalario en un caso (terapia combinada). No se encontraron diferencias significativas en mortalidad entre ambos grupos de tratamiento (12.5% MMF monoterapia vs 17.6% MMF+RTX; OR=0.67, $p=0.69$).

Conclusiones: En este estudio observacional, la combinación de micofenolato y rituximab en pacientes con EPI mostró mayor eficacia en la preservación de la función pulmonar y menor progresión radiológica en comparación con micofenolato monoterapia. Estos hallazgos son coherentes con el estudio EVER-ILD, que también demostró que la terapia combinada fue más efectiva que el micofenolato en monoterapia en EPI inmunomediada.

Póster 09

PANICULITIS CUTÁNEA EN REUMATOLOGÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COHORTE A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR

Claudia Campos Fabre¹, Carlota Ureta Moneva¹, Elena Sendagorta², José Rodríguez Gago¹, María José Beato³, Agustín Remesal⁴, Rosa Alcobendas⁴, Clara Udaondo⁴, Gema Bonilla¹, Laura Nuño¹, Irene Monjo¹, Carolina Tornero¹, Chamaida Plasencia Rodríguez¹

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, ²Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, ³Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, ⁴Servicio de Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz. P.º de la Castellana, 261, Fuencarral-El Pardo, 28046 Madrid, España.

Objetivos: La paniculitis engloba un grupo de trastornos inflamatorios del tejido celular subcutáneo que suponen un reto diagnóstico debido a sus manifestaciones clínicas inespecíficas y a la superposición de patrones histopatológicos. Aunque puede presentarse en el contexto de enfermedades inmunomediadas (IMIDs), su caracterización en el ámbito reumatológico sigue siendo limitada. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, inmunológicas, histológicas y los tratamientos de los casos de paniculitis evaluados conjuntamente por Reumatología y Dermatología.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de paniculitis mediante historia clínica electrónica en el Hospital Universitario La Paz entre enero de 2022 y marzo de 2025, coincidiendo con la implementación de un abordaje multidisciplinar entre Reumatología y Dermatología. Los pacientes se identificaron mediante la palabra clave "paniculitis". Se recogieron variables sociodemográficas, fechas de diagnóstico, patrón histológico (cuando estaba disponible), etiología, enfermedad reumatológica asociada, contexto clínico (manifestación inicial o secundaria), hallazgos analíticos, tratamientos y evolución (remisión o recurrencia). Análisis estadístico: software R v4.4.1.

Resultados: De 70 pacientes identificados, se incluyeron 63 con paniculitis cutánea (7 pediátricos). La mayoría fueron mujeres (87,3%) con una mediana de edad de 49,5 años (Tabla 1).

Las principales causas fueron eritema nudoso idiopático (ENI: 33,3%), enfermedad de Behçet (EB: 11,1%), lupus eritematoso sistémico (LES: 9,5%), infecciones (15,9%) y sarcoidosis (7,9%).

La paniculitis fue la manifestación inicial de una IMID en el 33,3%. Entre los pacientes con EB (n=7) y en los de LES (n=6) fue la primera manifestación en el 85,7% y 50% respectivamente.

El estudio histopatológico estuvo disponible en 27 casos, siendo la paniculitis septal sin vasculitis la más frecuente (55,6%), asociada a sarcoidosis, EB y EN idiopático. La paniculitis lobulillar sin vasculitis se relacionó con LES. De los 35 casos sin biopsia, 26 presentaban causas idiopáticas o infecciosas, lo que probablemente justificó la decisión de omitir la histología. Se alcanzó la remisión en el 73% (n=46), principalmente en EN idiopático (n=15) y causas infecciosas (n=10), la mayoría (98%) respondieron a tratamiento sintomático o antimicrobiano. Se observaron recurrencias en el 27% (n=17), asociadas a EN idiopático (n=5), EB (n=3), LES (n=2), síndrome autoinflamatorio (n=2) u otras IMIDs (n=5). De estos, el 82% requirió tratamiento inmunomodulador: FAMEc (n=5) y FAMEb/s (n=9). De los que requirieron FAMEb/s, todos recibieron una línea excepto uno con artritis idiopática juvenil que precisó cuatro líneas terapéuticas. Las terapias biológicas y dirigidas incluyeron anti-TNF (n=6), anifrolumab (n=1), anti-IL1 (n=1), anti-IL6 (n=1), anti-CD20 (n=1) e inhibidores de JAK (n=2).

Conclusiones: La paniculitis cutánea puede ser una manifestación precoz o evolutiva de enfermedades inmunomediadas sistémicas, especialmente de la EB y el LES.

Mientras que las formas idiopáticas o infecciosas suelen remitir con tratamiento sintomático o antimicrobiano, las formas recurrentes o inmunomediadas suelen requerir inmunosupresión, incluyendo terapias biológicas o inhibidores de JAK. La evaluación multidisciplinar mejora la precisión diagnóstica y la individualización terapéutica en casos complejos.

			Total (N= 63)	Behçet (N=7)	LES (N=6)
Sexo femenino, n/N (%)			55/63 (87.3%)	6/7 (85.7%)	6/6 (100%)
Edad (años), mediana (RIQ)			49.5 (34-62)	55 (48-60)	48(36.3-59.8)
IMC (Kg/m ²), mediana a(RIQ)			25 (22-28.3)	23.4 (21.5-24.7)	24.4 (20,5-30.4)
Nunca fumadores n/N (%)			48/63 (70.6%)	2/7 (28.6%)	2/6 (33.3%)
Hipertensión, n/N (%)			12/63 (17.4%)	1/7 (14.3%)	1/6(16.6%)
Dislipemia, n/N (%)			18/63 (26.1%)	2/7 (28.6%)	1/6(16.6%)
DM2, n/N (%)			6/63 (8.7%)	2/7 (28.6%)	0 (0%)
Cardiopatía isquémica/infarto, n/N (%)			1/63 (1.5%)	0 (0%)	0 (0%)
ERC, n/N (%)			1/63 (1.5%)	0 (0%)	0 (0%)
Paniculitis como manifestación inicial de IMID n/N (%)			21/63 (33.3%)	6/7 (85.7%)	3/6 (50%)
Tiempo en diagnosticar IMID (meses), mediana (RIQ)			7 (0-29)	12 (5-22.7)	0 (0-8)
Paniculitis como evolución de IMID n/N (%)			7/63 (11.1%)	1/7 (14.2%)	3/6 (50%)
Tempo desde diagnóstico de IMID a paniculitis (meses) mediana (RIQ)			20 (0-120)	48 (n=1)	86 (67-105)
Causas de paniculitis n/N (%)	EN idiopático		21/63 (33.3%)		
	LES		6/63 (9.5%)		
	Enfermedad de Behçet		7/63 (11.1%)		
	AR		1/63 (1.6%)		
	SpA		2/63 (3.2%)		
	AIJ		1/63 (1.6%)		
	Enfermedad autoinflamatoria	Blau	1/63 (1.6%)		
		PAAND	1/63 (1.6%)		
	Sarcoidosis		5/63 (7.9%)		
	EII	Crohn	2/63 (3.2%)		
		Colitis ulcerosa	2/63 (3.2%)		
	TBC		3/63 (4.8%)		
	Otras infecciones	<i>Streptococcus spp.</i>	6/63 (9.5%)		
		<i>Staphylococcus spp.</i>	1/63 (1.6%)		
	Neoplasia		1 (1.6%)		
	Traumática		1 (1.6%)		
	Otras		2/63 (4.8%)		
Histopatología n/N (%) (total 27)	Septal sin vasculitis		15/27 (55.5%)	2/4 (50%)	
	Lobular sin vasculitis		9/27 (33.3%)	2/4 (50%)	5/6 (83.3%)
	Lobular con vasculitis de pequeño vaso		2/27 (7.4%)		1/6 (16.6%)
	Septal con vasculitis de gran vaso		1/27 (3.7%)		
	Tipo de célula predominante	Histiocitos	15/27 (6%)	4/4 (100%)	
		Linfocitos	8/27 (32%)		5/6 (83.3%)
		Neutrófilos	2/27 (8%)		1/6 (16.6%)
Máximo tratamiento recibido n/N (%)	AINEs		13/63 (20.6%)	1/7 (14.3%)	0 (0%)
	Colchicina		2/63 (3.2%)	0 (0%)	0 (0%)
	ATB		6/63 (9.5%)	0 (0%)	0 (0%)
	Prednisona		28/63 (44.4%)	4/7 (57.1%)	2/6 (33.3%)
	c-FAMES		5/63 (7.9%)	0 (0%)	3/6 (50%)
	b-FAMES		7/63 (11.1%)	1/7 (14.3%)	1/6 (16.6%)

	ts-FAMEs	2/63 (3.2%)	1/7 (14.3%)	0 (0%)
Remisión de peniculitis, n/N (%)		46/63 (73%)	4/7 (57.1%)	4/6 (66.6%)
Parámetros de laboratorio	ECA n/N (%)	6/63 (14.6%)	0 (0%)	0 (0%)
	Quantiferón n/N (%)	3/63 (6.4%)	0 (0%)	0 (0%)
	PCR inicial, mediana (RIQ)	5,9 (1.1-21.2)	7 (0.6–17.3)	0.5 (0.5-1)
	VSG, mediana (RIQ)	11 (7.2-34.8)	8 (4.6–11)	9.5 (6-16.7)
Immunological Markers n/N (%)	FR	3/63 (5.7%)	0 (0%)	0 (0%)
	ACPA	1/63 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)
	ANA	15/63 (23.8)	2/7 (28.6%)	3/6 (50%)
	Anti-dsDNA	0/63 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	aPL	4/63 (6.3%)	1/7 (14.3%)	1/6 (16.6%)
	ACA	2/63 (3.2%)	0 (0%)	2/6 (33.3%)
	Anti-Ro (SSA)	1/63 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)
	Anti-La (SSB)	0/63 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Anti-RNP	0/63 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Anti-Sm	0/63 (0%)	0 (0%)	1/6 (16.6%)
	Anti-MPO	1/63 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)
	Anti-PR3	0/63 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Anti-SCL7-0	0/63 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Anti-ACA	2/63 (3.3%)	0 (0%)	2/6 (33%)
	HLA-B27	3/63 (7.3%)	0 (0%)	0 (0%)
	HLA-B51	6/63 (15%)	4/7 (57.1%)	0 (0%)

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, histopatológicas, terapéuticas y de laboratorio de los pacientes con paniculitis (N = 63). Los datos se presentan como n/N (%) o mediana (rango intercuartílico, RIQ).

Abreviaturas: EN = eritema nodoso; LES = lupus eritematoso sistémico; AR = artritis reumatoide; SpA = espondiloartritis; AIJ = artritis idiopática juvenil; PAAND = autoinflamación asociada a pirina con dermatosis neutrofílica; EII = enfermedad inflamatoria intestinal; TBC = tuberculosis; AINEs = antiinflamatorios no esteroideos; ATB = antibióticos; c-FAMEs = fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales; b-FAME = fármacos modificadores de la enfermedad biológicos; ts-FAMEs = fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos; ECA = enzima convertidora de angiotensina; PCR = proteína C reactiva; VSG = velocidad de sedimentación globular; ERC = enfermedad renal crónica; DM2 = diabetes mellitus tipo 2; CI = cardiopatía isquémica, RIQ = rango intercuartílico

Póster 10

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE BIENESTAR EMOCIONAL Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS.

M Novella-Navarro¹, JM Iniesta-Chamorro², M Pavo-Blanco³, Ch Plasencia-Rodríguez¹.

¹Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz, ²Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación, Universidad Politécnica de Madrid ³Reumatología-Coach profesional Hospitales Grupo Sanitas,

Objetivos: 1) evaluar el estado emocional de pacientes con enfermedades inmunomediadas (IMIDs). 2) proporcionar material educativo para mejorar los conocimientos y habilidades para el automanejo de la salud.

Pacientes y métodos: se ofreció participación voluntaria en el programa de bienestar emocional a los pacientes con artritis reumatoide (AR) o espondiloartritis (EspA). en tratamiento con terapias dirigidas en la Unidad Multidisciplinar de Patología Inmunomediada (UMPI) del Hospital Universitario La Paz. Dicho programa consistió en una sesión presencial inicial, posteriormente se facilitó un programa de ejercicios semanales durante ocho semanas online y una sesión final. Todos ellos impartidos por una profesional especialista en este campo.

Los participantes respondieron de forma anónima a tres cuestionarios: 1) World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) para evaluar el bienestar subjetivo o estado de ánimo positivo durante las últimas dos semanas. 2) General Health Questionnaire – 12 ítems (GHQ-12) para evaluar el estado de salud mental general, centrándose en síntomas de ansiedad, depresión, disfunción social y pérdida de confianza en uno mismo ocurridos durante las últimas semanas. 3) Patient Activation Measure de 13 ítems (PAM-13) que evalúa el nivel de activación del paciente, es decir, el grado en que una persona tiene los conocimientos, habilidades y confianza necesarios para manejar su propia salud y atención médica.

Los cuestionarios se respondieron previamente a la primera sesión presencial y después de la sesión de cierre, de este modo se evaluaron en estos dos puntos temporales el cambio en las puntuaciones.

Para el cuestionario WHO5, se consideró mejoría significativa un incremento en la puntuación superior a 10 puntos; para el GHQ-12, la reducción en más de tres puntos y para el PAM-13, un aumento de más de cinco puntos.

Resultados: Participaron un total de 21 pacientes con AR y EspA. El 71,4% tenían al inicio un bienestar adecuado según WHO-5 llegando a un 95,2% al final del taller. El 66,7% de los pacientes presentó cambios relevantes en la puntuación de este cuestionario. En cuanto al GHQ-12, el 66,7% de los pacientes tenían un grado de malestar relevante al inicio, frente a un 14,3% al final. El 23,8% no tenía malestar al inicio, llegando a un 85,7% al final. El 81,0% de los pacientes mostró una mejoría significativa en la puntuación de este cuestionario. En cuanto al PAM-13, el 71,4% de los pacientes presentaba una alta capacidad de autogestión al inicio que se incrementó al 81,0% al final. El 52,4% de los pacientes presentó una mejoría relevante en la puntuación de este cuestionario.

Conclusiones: Los resultados muestran que este programa fue beneficioso para los pacientes logrando incrementar el bienestar subjetivo, reducir notablemente el malestar psicológico y fortalecer su activación y autogestión. Los datos sugieren que intervenciones educativas o psicoeducativas centradas en el autocuidado y la salud emocional pueden mejorar de forma integral la calidad de vida de estos pacientes crónicos.

Póster II

FACTOR DE CRECIMIENTO FIBROBLÁSTICO 23 Y ESTATUS ÓSEO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO EN PACIENTES QUE RECIBEN TRASPLANTE RENAL EN COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE CONTROLES SANOS

1. José Rodríguez Gago - *Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. P.º de la Castellana, 261, Fuencarral-El Pardo, 28046 Madrid, España*
2. Sara García Carazo - *Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz*
3. María Ovidia López Oliva - *Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz*
4. Berta Sufrate Vergara - *Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz*
5. Mónica Coronado Poggio - *Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario La Paz*
6. M. Isabel Soler - *Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz*
7. María Luisa González Casaus - *Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz*
8. Carolina Tornero Marín - *Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz*
9. Sara Aldana - *Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz*
10. Javier Azores - *Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz*
11. Carlos Jiménez Martín - *Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz*
12. M. Pilar Aguado Acín - *Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz*

Objetivos: Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en diálisis presentan un alto riesgo de deterioro del status óseo, así como alteraciones en marcadores del metabolismo mineral. El factor de crecimiento fibroblástico 23 intacto (iFGF23) se ha implicado en la patogénesis del daño, pero su papel en pacientes que reciben trasplante renal (TR) está poco caracterizado. El objetivo de este trabajo es comparar parámetros cuantitativos (DXA) y de calidad ósea (TBS y DXA-3D) en pacientes que reciben trasplante renal frente a controles sanos y evaluar su posible relación con el iFGF23.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con ERC estadio 4-5 que recibieron TR entre el 1/01/2023 y 31/04/2024. Se evaluaron en situación pretrasplante parámetros bioquímicos del metabolismo óseo, iFGF23 y parámetros cuantitativos (DXA) y de calidad ósea (TBS en columna lumbar y DXA-3D en fémur proximal) peritrasplante.

Resultados: Se incluyeron 126 sujetos (63 pacientes que recibieron TR y 63 controles sanos), emparejados mediante *propensity score matching* (1:1, por sexo, edad e IMC) de los que el 57,1% eran varones. La principal causa de trasplante renal fueron trastornos genéticos (12,69%), de entre los que predominó la poliquistosis hepatorrenal.

La prevalencia de osteoporosis fue mayor en pacientes trasplantados que en controles sanos (33,3% vs 1.5%; $p=0,007$). En comparación con los controles, los pacientes trasplantados, presentaron una menor DMO en cuello femoral (0,751 vs. 0,925, $p<0,001$) y en columna lumbar (1,086 vs. 1,152, $p=0,008$). En el estudio de calidad ósea por DXA-3D se observó una menor DMO volumétrica trabecular (135,44 vs. 169,14, $p<0,001$) y cortical (733,6 vs. 814,8, $p<0,001$) y una menor DMO cortical superficial (135,83 vs. 156,62, $p=0,002$) así como un menor grosor cortical total (1,872 vs 1,922, $p<0,001$). El TBS no mostró diferencias significativas entre grupos ($p>0,05$). El 28,5% de los pacientes trasplantados mostraron alto riesgo de fractura (calculado por FRAX cadera $\geq 3\%$). La mediana de la iPTH en pacientes trasplantados fue $390,9 \pm 181,6$ pg/ml y un 12,6% de los pacientes mostraron niveles de iPTH < 120 pg/ml. El iFGF23 se correlacionó de forma directa con la iPTH ($p=0,469$; $p<0,001$) y se objetivó una correlación negativa con la función renal ($p=-0,264$, $p=0,04$).

Conclusiones: En pacientes trasplantados renales, se evidencia un deterioro significativo de la cantidad y la calidad ósea en comparación con controles sanos. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la evaluación del status óseo en pacientes que reciben trasplante renal.

Póster 12

REEVALUANDO LA REMISIÓN RENAL COMPLETA: ACTIVIDAD O DAÑO RENAL RESIDUAL Y RIESGO METABOLICO EN NEFRITIS LÚPICA

Antía García-Fernández¹, Elena Heras-Recuero¹, Teresa Blázquez-Sánchez¹, Lucia Cordero², Raúl Fernández-Prado², Alberto Ortiz-Ardúan², Miguel A González-Gay^{1,3}

1. Reumatología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Avenida de los Reyes Católicos 2, 28040, Madrid.
2. Nefrología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
3. Departamento de medicina y psiquiatría, Universidad de Cantabria, Santander.

Objetivos: La afectación renal en el LES constituye una causa de morbilidad dada el riesgo de progresión a fallo renal y desarrollo de comorbilidades asociadas. Además de la terapia inmunosupresora, el limitar la progresión del daño renal crónico y el riesgo cardiovascular constituyen dos objetivos terapéuticos. La albuminuria (UACR) persistente se asocia a un peor pronóstico cardiorrenal en estos pacientes. Nuestro objetivo fue valorar la albuminuria en pacientes en remisión renal completa (RRC) 1 año tras la biopsia renal. Así mismo se analizó el uso de antiproteínuricos en RRC y el control de la dislipemia según las guías ESC 2021(1).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes en seguimiento en una consulta multidisciplinar con nefritis lúpica confirmada por biopsia entre 2010 y 2024 con seguimiento mínimo 1 año posterior. RRC se evaluó al año tras la biopsia renal. se definió RRC, siguiendo las guías actuales, con un ratio proteinuria creatinuria (UPCR) <500mg/g. Las variables categóricas fueron descritas como proporción y/o porcentaje, mientras que las variables continuas se mostraron como mediana y rango intercuartílico (IQR) o rango total (min-max) según necesario.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, 4 (8.7%) fueron excluidos por pérdida de seguimiento < a 1 año o biopsia renal sin nefritis lúpica y 8 (17.4%) por no alcanzar la RRC al año. 34 (73.9%) fueron incluidos en el análisis. Las características basales se encuentran en la tabla 1. Un 94.1% eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33.2 años IQR (24.1-46.4) y desarrollaron afectación renal tras una mediana de 1.1 año IQR (0.1-10.5). Tras la afectación renal, las manifestaciones cutáneas (55.9%), articulares (58.8%) y hematológicas (47.1%) fueron las mas frecuentes. Hasta el 73.5% de los pacientes presentaron una nefritis lúpica tipo IV, V o mixta.

Un 64.6% de los pacientes presentaba una albuminuria patológica pese a estar en RRC. El 88.2% estaban en tratamiento al menos con un antiproteínurico, 9 (26.4%) estaban en tratamiento con 2 o 3 antiproteínuricos. Solo el 8.8% estaban en tratamiento con ISLGT2 en RRC, tras una mediana de seguimiento de 3.3 años IQR(1.6-7.2) hubo un aumento hasta un 32.3%. de uso de ISLGT2, probablemente relacionado con su mayor disponibilidad.

Se evaluó el control del LDL en la RRC, solo 25 (73.5%) de los pacientes tenían determinado el LDL. Siguiendo guías ESC 2021, de los 23 pacientes con TFG>45ml/min, 19 (76%) tenían un LDL >70mg/dL con una mediana de 97mg/dL IQR (76-119). De los 2 (8%) pacientes con TFG<45ml/min ambos tenían un LDL >55mg/dL con una mediana de 95.5mg/dL min-max (69-122). El uso de estatinas aumentó durante el seguimiento posterior a RRC (32.3% en RRC y 41.1% al final del seguimiento).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes presentaron albuminuria persistente pese a RRC, indicando un posible daño renal o actividad residual. Pese al aumento de uso de antiproteínuricos y estatinas el control lipídico fue subóptimo. Se requiere un mejor control en consultas multidisciplinarias de los FRCV y nuevas estrategias inmunosupresoras para lograr una respuesta renal profunda y mejorar el pronóstico renal a largo plazo

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337.

Tabla 1. Características de los pacientes en RRC

n, (%)	34 (100)
Mujeres, n (%)	32 (94.1)
Edad al diagnóstico del LES, mediana (IQR)	33.2 (24.1-46.4)
Edad en RRC, mediana (IQR)	42.6 (31.8-48.7)
Tiempo diagnóstico-biopsia renal, años, mediana (IQR)	1.1 (0.1-10.5)
Tiempo seguimiento desde RRC, años, mediana (IQR)	3.3 (1.6-7.2)
Raza	
Caucásico, n (%)	29 (55.9)
Hispano, n (%)	10 (29.4)
Asiático, n (%)	5 (14.7)
Tabaco	
Fumador, n (%)	3 (8.8)
Exfumador, n (%)	1 (2.9)
No, n (%)	30 (88.2)
IMC, mediana (IQR)	23.8 (21.7-27.6)
HTA, n (%)	15 (44.1)
DM, n (%)	1 (2.9)
DL, n (%)	10 (29.4)
Manifestaciones	
Cutáneo, n (%)	29 (55.9)
Articular, n (%)	20 (58.8)
Hematológico, n (%)	16 (47.1)
Serositis, n (%)	7 (20.6)
NRL, n (%)	2 (5.9)
Cardíaco, n (%)	1 (2.9)
SAF, n (%)	4 (11.8)
Nefritis lúpica	
II, n (%)	1 (2.9)
III, n (%)	8 (23.5)
IV, n (%)	10 (29.4)
V, n (%)	11 (32.4)
III-V, n (%)	1 (2.9)
IV-V, n (%)	3 (8.8)
Índice actividad, mediana (IQR)	5 (1-8.3)
Índice cronicidad, mediana (IQR)	1 (0-3)
UACR en RRC,	
<30mg/g, n (%)	12 (35.2)
30-300mg/g, n (%)	21 (61.7)
>300mg/g, n (%)	1 (2.9)
TFGe en RRC, ml/min/1.73m ² , mediana (IQR)	96 (83-110.3)
G1 >90, n (%)	25 (73.6)
G2 60-89, n (%)	4 (11.8)
G3a 45-59, n (%)	3 (8.8)
G3b 30-44, n (%)	1 (2.9)
G4 15-29, n (%)	1 (2.9)
G5 <15, n (%)	0 (0)
Tratamiento	
Hidroxycloroquina, n (%)	32 (94.1)
IS, n (%)	29 (85.3)
TB, n (%)	11 (32.4)
IECA/ARAII, n (%)	30 (88.2)
ISGLT2, n (%)	3 (8.8)
Estatinas, n (%)	10 (29.4)

DM, diabetes mellitus; DL, dislipemia; HTA, hipertensión arterial; IQR, rango intercuartílico; IS, inmunosupresores; TB, terapia biológica; TFG, tasa de filtrado glomerular estimado; RRC, remisión renal completa; SAF, síndrome antifosfolípido; UACR, ratio albuminuria creatinuria.

Póster 13

RELEVANCIA DE LA PRESENCIA Y TÍTULO DE AUTOANTICUERPOS (FACTOR REUMATOIDE Y ANTIPÉPTIDO CITRULINADO) EN LOS NIVELES DE FÁRMACOS NO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Sara Salas Santamaria¹, Marta Novella Navarro¹, Pilar Nozal Aranda², Ana Martinez Feito², Carolina Tornero Marín¹, Cristina Bohorquez Heras¹, Ana Sanchez Calle¹, Carmen Camara Hijon², Eduardo Lopez Granados², Odelaisy Leon Triana³, Eugenio De Miguel Mendieta¹, Chamaida Plasencia Rodriguez¹.

1. Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz (P.º de la Castellana, 261, 28046 Madrid).

2. Servicio de Inmunología Hospital Universitario La Paz. (P.º de la Castellana, 261, 28046 Madrid).

3. Servicio de Bioestadística Hospital Universitario La Paz. (P.º de la Castellana, 261, 28046 Madrid).

Introducción: El Factor Reumatoide (FR), autoanticuerpo contra la fracción constante (Fc) de la IgG, es el más descrito en la patogenia de la Artritis Reumatoide (AR) junto con los anticuerpos anti-péptido citrulinados (ACPA). Los niveles elevados de FR predicen un curso más agresivo de la enfermedad, pero recientemente se ha observado que también pueden influir en una peor respuesta a ciertos fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (FAMEb), como los anticuerpos monoclonales (AcMo) inhibidores de TNF (TNFi) que contienen Fc en su molécula. Se ha visto que niveles de FR ≥ 203 UI/ml se correlacionan con una menor persistencia y niveles séricos más bajos de fármaco en los pacientes tratados con TNFi con estructura de AcMo. Sin embargo, este efecto no se ha observado con TNFi pegilados, y actualmente se desconoce si los niveles de FR podrían influir en la persistencia de los FAMEb no TNFi.

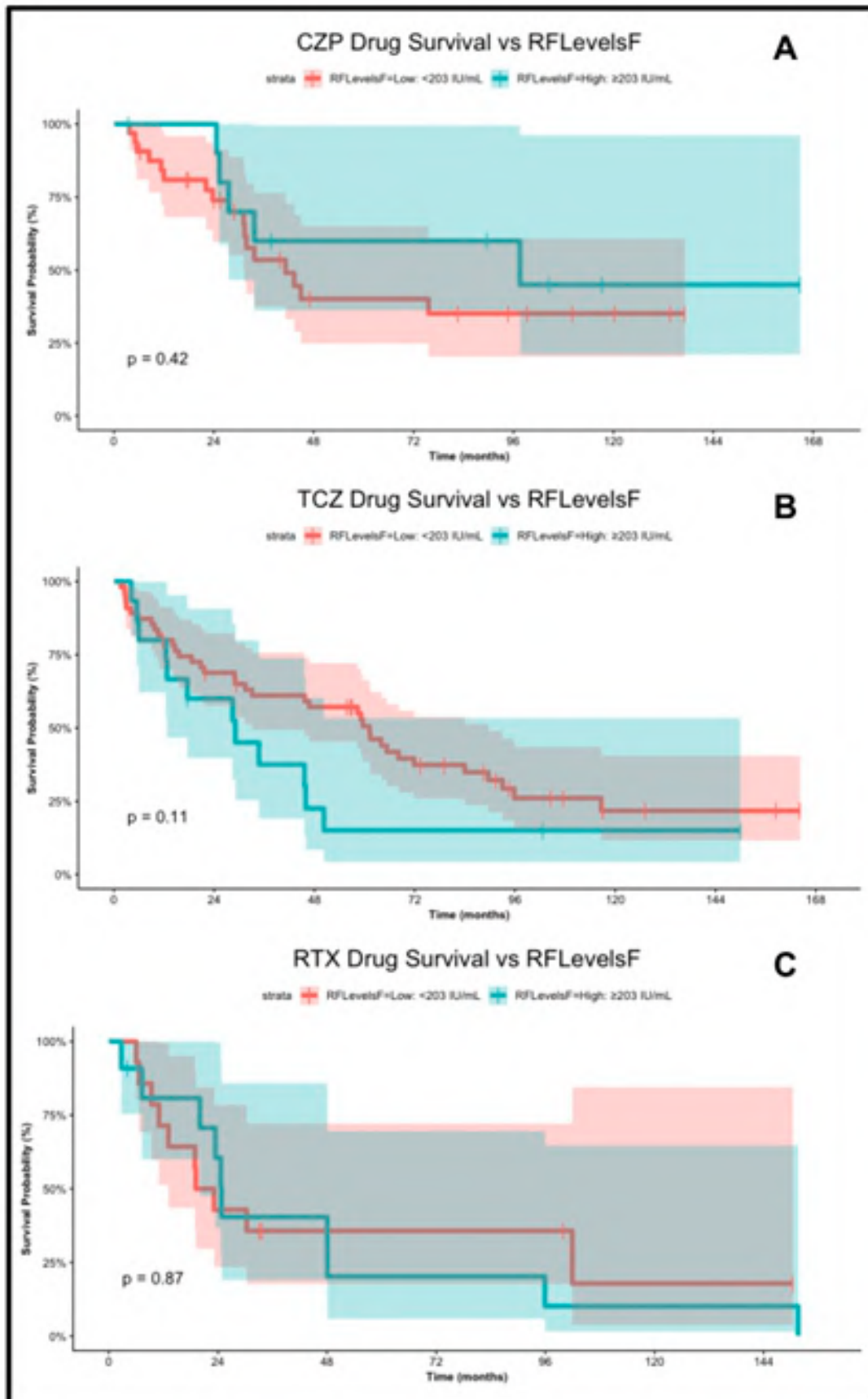
Objetivos: Investigar si niveles de FR ≥ 203 UI/ml están asociados con peor respuesta en los primeros 6 meses de tratamiento y menor persistencia del FAMEb con un mecanismo de acción diferente al TNFi.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo con pacientes de nuestro hospital con AR que recibieron Certolizumab (CZP), Rituximab (RTX) y/o Tocilizumab (TCZ), como máximo en tercera línea de tratamiento. Se recopilaron datos sociodemográficos, analíticos y de actividad, además de fecha y motivo de discontinuación. Se dividieron los pacientes en tres grupos según el FAMEb recibido, y se realizaron comparaciones con diferentes análisis estadísticos, así como un análisis de Kaplan-Meier para evaluar la supervivencia de los diferentes fármacos, tanto entre ellos, como tras estratificar los grupos en base a los niveles de FR por encima y por debajo del punto de corte considerado de 203 UI/mL.

Resultados: De 186 pacientes incluidos, 43 (23%) recibieron CZP, 46 (25%) RTX y 97 (52%) TCZ. En cuanto a las características sociodemográficas, serológicas y clínicas basales, no hubo apenas diferencias significativas, salvo una tendencia a menor edad en los pacientes tratados con CZP, siendo además este el grupo con mayor porcentaje de pacientes naive. A los 6 meses del inicio del FAMEb, los pacientes con FR ≥ 203 UI/ml tratados con TCZ estaban más activos en comparación a los pacientes con FR <203 UI/ml (DAS28 3,6 vs 2,8; $p=0.034$ y SDAI 10,1 vs 8,3; $p=0.05$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la actividad en los otros grupos de tratamiento. En total, 123 (66%) abandonaron el tratamiento (22 CZP, 30 RTX, 71 TCZ), con ineficacia como causa en 44 de ellos (10 CZP, 5 RTX, 29 TCZ). Globalmente, TCZ fue el fármaco con menor supervivencia (media meses: 82.4 CZP, 62.4 RTX, 59 TCZ; $p=0.065$). En cuanto al análisis de supervivencia del fármaco en función de los niveles de FR, no se observaron diferencias en los pacientes tratados con CZP ($p=0.42$) y RTX ($p=0.87$) (figura 1A y 1C), en cambio, los pacientes con niveles altos de FR tratados con TCZ tendían a una menor persistencia del fármaco (Mediana meses: 29.1 vs 61.2; $p=0.11$) (figura 1B).

Conclusión: Los pacientes con niveles de FR ≥ 203 UI/ml tratados con TCZ tienden a un peor control de la enfermedad y una menor persistencia del fármaco. Esto no se observa en aquellos tratados con CZP ni RTX. Estos hallazgos sugieren que los niveles de FR podrían ser un biomarcador en determinados AcMo de FAMEb, como TCZ, lo que justifica la necesidad de realizar más investigaciones con cohortes mayores.

Figura 1. Análisis de supervivencia de los fármacos (global) vs niveles de FR. A: Supervivencia de Certolizumab vs Niveles de FR. B: Supervivencia de Tocilizumab vs Niveles de FR. C: Supervivencia de Rituximab vs Niveles de FR.



Póster 14

VISIÓN INTEGRADA DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL DOLOR Y FUNCIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA Y DOLOR EN ANTEPIÉ.

Rebeca Bueno Feroso¹, Maria Luz González Fernández¹, Rosario Morales Lozano¹, Carmen Martínez Rincón¹, Margarita Blanco Hontiyuelo²

¹Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. UCM. Pl. de Ramon y Cajal, 3, Moncloa-Aravaca, 28040. Madrid.

²Hospital Clínico San Carlos. Calle del Prof. Martín Lagos, S/N, Moncloa-Aravaca, 28040 Madrid.

Objetivos: Analizar las características clínicas, biomecánicas y estructurales de pacientes con artritis reumatoide (AR) en remisión clínica y dolor localizado en el antepié respecto a otras localizaciones del dolor y a población general sin AR y misma localización del dolor y evaluar la relación entre las variables específicas y la intensidad del dolor y grado de discapacidad.

Métodos: Se llevaron a cabo varios estudios observacionales y comparativos entre 2022 y 2025 en la Unidad de Pie Reumático de la Universidad Complutense de Madrid. Los pacientes con AR en remisión ($DAS28 < 2,6$; $CDAI \leq 2,8$) fueron evaluados mediante exploración clínica, ecografía, radiología y análisis biomecánico de la marcha. Se registraron variables estructurales (rigidez articular, deformidades del antepié y retropié y daño radiológico), funcionales (velocidad de la marcha y doble apoyo) y cuestionarios de autopercepción de dolor y discapacidad (EVA, Foot Functional Index). Se realizaron comparaciones entre grupos y análisis multivariantes para identificar factores relacionados con el dolor metatarsal y su impacto funcional.

Resultados: Los estudios realizados muestran que, incluso en remisión clínica, los pacientes con AR pueden presentar dolor y limitación funcional significativa, siendo mayor a la presentada por la población general con similar grado de dolor y edad.

Los pacientes con dolor metatarsal tenían mayor cantidad de articulaciones con sinovitis, mayores grados de hallux abductus valgus (HAV), y mayores luxaciones metatarsofalángicas. Dentro de ellos presentaban mayor dolor los pacientes con actividad Doppler y alteración del retropié. La discapacidad se relacionó más con las dislocaciones, el grado de HAV y la rigidez de la 1ª articulación metatarsofalángica. El grado de dolor tenía relación con una mayor discapacidad autopercebida mientras que con la velocidad fue el daño estructural el más relacionado. La presencia de sinovitis no fue una variable relacionada con la discapacidad, posiblemente en relación al estado de remisión de la muestra.

Mediante análisis de cluster, se observó dos grupos diferenciados, con menos daño estructural y sinovitis y mayor daño estructural y mayor discapacidad. Lo que corrobora los resultados evaluados en las clasificaciones de metatarsalgia clásicas, y esto se relaciona con la evolución de la enfermedad.

Conclusiones: El abordaje del dolor metatarsal en la AR en remisión debe basarse en una visión multidimensional que integre aspectos inflamatorios, estructurales y funcionales. Los resultados de este proyecto respaldan la importancia de la evaluación podológica especializada y de estrategias terapéuticas individualizadas tanto para eliminar el dolor como evitar la progresión del daño estructural tal como se realiza en los tratamientos medicamentosos. A modo integrado dentro de la presentación se aportarán tres casos clínicos específicos con diferentes características clínicas con evolución mediante ecografía, y plataforma de presiones integrada.

Póster 15

NEFROPATÍA IgA EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

A. Pareja Martínez, MF Del Pino Zambrano, P Cardoso Peñafiel, C Siso Hernández, L Cebrián Méndez, L Lojo Oliveira, C Marín Huertas, A Román Pascual, O Sánchez González, E Calvo Aranda, T Navío Marco.

Servicio de Reumatología Hospital Universitario Infanta Leonor

INTRODUCCIÓN: La nefropatía IgA (NIgA) es la glomerulonefritis más frecuente a nivel mundial. Aunque clásicamente primaria, puede presentarse como manifestación renal secundaria en enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide (AR), la espondiloartritis (SpA) o la artritis psoriásica (APs).

La activación inmunitaria sistémica y la disbiosis intestinal favorecen la producción de IgA aberrante y la formación de complejos inmunes mesangiales. El tratamiento se extrapola del de la nefropatía IgA primaria basado en las recomendaciones KDIGO 2025, que abogan por el control del riesgo cardiovascular y renal mediante inhibidores del sistema renina-angiotensina (RASi), inhibidores de SGLT2 y, en casos seleccionados, inmunomodulación con budesonida de liberación modificada o corticoides sistémicos a dosis reducidas y micofenolato de mofetilo.

OBJETIVOS Y MÉTODOS: Describir las características clínicas, histológicas, evolución renal y respuesta terapéutica en una serie de pacientes con NIgA secundaria a AR, SpA o APs.

Estudio observacional retrospectivo que incluyó 7 pacientes con diagnóstico histológico confirmado por biopsia renal (criterios de Oxford MEST-C) y enfermedad reumática según criterios ACR/EULAR o ASAS.

RESULTADOS: Se incluyeron 7 pacientes (4 varones, 3 mujeres) con edad media de 51 años (rango 36–68): tres con AR, dos con SpA y dos con APs.

Todos presentaron proteinuria subnefrótica (media 1,1 g/día) y hematuria microscópica persistente. El 43 % mostraron reducción moderada del FG al diagnóstico (media 58 ml/min/1,73 m²). En la biopsia renal predominó el patrón mesangial proliferativo (M1E0S0T0C0 en 71 %), sin lesiones de semilunas.

El riesgo basal de progresión estimado mediante IgAN Tool fue bajo en 4 pacientes (< 10 %) y moderado en 3 (10–25 %) a 10 años.

Todos recibieron tratamiento de soporte con RASi, y cinco añadieron inhibidores de SGLT2 (dapagliflozina o empagliflozina). Cuatro pacientes fueron tratados con budesonida de liberación modificada y tres con micofenolato de mofetilo y prednisona a dosis reducidas (0,4 mg/kg/día con descenso progresivo).

Tras una mediana de seguimiento de 20 meses, el 71 % alcanzó remisión parcial o completa de la proteinuria, con estabilización del FG. No se registraron efectos adversos graves; los eventos más frecuentes fueron infecciones leves de vías respiratorias altas, hipertensión arterial e hiperglucemia.

CONCLUSIONES: La nefropatía IgA puede manifestarse como afectación renal secundaria en enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas.

La estratificación del riesgo mediante la IgAN Prediction Tool permite individualizar el manejo y anticipar la progresión renal. El tratamiento óptimo combina medidas de soporte (RASi ± SGLT2i) con terapias inmunomoduladoras en casos seleccionados. La budesonida de liberación modificada y los regímenes reducidos de corticoides mostraron eficacia y buena tolerabilidad en nuestra serie.

La integración de las guías KDIGO 2025 y del modelo pronóstico IgAN Tool en la práctica clínica mejora la personalización del tratamiento y la preservación de la función renal en este subgrupo de pacientes con NIgA secundaria.

Póster 16

HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA EN ENFERMEDADES REUMATICAS: UN EFECTO ADVERSO SILENCIOSO CON IMPACTO CLINICO SIGNIFICATIVO

A. Martínez Rodado, L. Ramos Ortiz de Zarate, A. Martín Bescos, P. Mazo Amoros, C. Calvo Sparks, M. Coronado González, O. Rusinovich Lovgach, C. Merino Argumánez, B. García Magallon, N. De La Torre Rubio, M. Fernández Castro, C. Barbadillo Mateos, L. Nuño Nuño, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sánchez, H. Godoy Tundidor

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

Introducción: La hipogammaglobulinemia (HG) se define como una reducción del nivel de inmunoglobulinas (Ig) y puede ser primaria debido a errores congénitos de inmunidad o adquirida en el contexto de una producción deficiente o un aumento de la pérdida de anticuerpos.

La hipogammaglobulinemia secundaria (HGS) puede aparecer en pacientes con antecedentes de terapia inmunosupresora o con afecciones subyacentes, en particular aquellas que afectan a la función humoral y conlleva incremento del riesgo de infecciones. Existe escasa literatura sobre la vacunación en pacientes con HGS portadores de enfermedades reumáticas, pero sí en otros contextos como trasplantados.

Se han observado mutaciones de formas primarias de inmunodeficiencia hasta en 40% de pacientes con formas secundarias, por lo que podrían valorarse calendarios similares de vacunación a la HGP.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes reumatológicos con hipogammaglobulinemia que precisa sustitución con Ig.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo utilizando la base de datos de un hospital terciario de pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas en tratamiento inmunosupresor y que reciben terapia sustitutiva con inmunoglobulinas, en el primer semestre de 2025.

Resultados: Se identificaron 11 casos (73% mujeres y 27% hombres), edad media al diagnóstico de la enfermedad de base de 46 años (14-70), mediana de duración de la enfermedad 9 años. Diagnósticos: Artritis reumatoide (3), Sjögren (3), Esclerodermia (2), Lupus (1), Still del adulto (1), Behçet (1). Tratamientos recibidos: Corticoides (100%), rituximab 8 (73%), micofenolato 3 (27%), ciclofosfamida 2 (18%), abatacept 2 (18%). Otros: FAMEc, anti-TNF, anti-IL6, anti-IL1. De los 8 pacientes que recibieron rituximab, 5 (62.5%) recibieron entre 1 y 3 dosis, precisando terapia sustitutiva una media de 5 años después. Solo 2 pacientes (18%) recibieron rituximab y ciclofosfamida, siendo los que presentaron cifras de IgG más bajas.

En 3 pacientes (27%) hubo descenso de las 3 series de Ig (G, M, A). La media de tiempo entre el inicio de la inmunosupresión hasta la pauta de Ig fue de 6,72 años.

Destacaron las siguientes infecciones: infecciones respiratorias de vías altas (IVRA) el 100%, bronquitis o neumonías 8 (73%), partes blandas 3 (27%). Meningitis meningocócica y herpes zoster diseminado un caso cada uno. Recibieron profilaxis con autovacuna de mucosas 5 pacientes (45%).

Solo en 4 pacientes (36%) se realizó estudio de estimulación vacunal; 2 con ausencia de respuesta humoral y los otros 2 con fallo tanto humoral como celular.

En cuanto a inmunización, el 100% recibió gripe anual; neumococo conjugada 13 valente 8 (73%), 20 valente 5 (45%), vacuna zoster 4 (36%).

Conclusiones: En el análisis realizado se ha observado una heterogeneidad de resultados.

En nuestra serie de casos el rituximab es el principal biológico productor de HGS, con mayor efecto junto a la ciclofosfamida. En algunos pacientes no existe correlación entre las dosis recibidas y el desarrollo diferido varios años de la HGS. Las IVRA y neumonías fueron las infecciones más prevalentes en nuestra muestra. En un pequeño porcentaje hubo estudios de estimulación vacunal. Podría ser interesante ampliar en la práctica clínica habitual diversos estudios inmunológicos para mejorar la inmunización y el manejo de estos pacientes, además de valorar si se pudiese extrapolar las pautas de las HG primarias a los pacientes con HGS.

Póster 17

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE ESCALADA RÁPIDA DE ALOPURINOL EN GOTA NAÏVE: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

Patricio Cardoso Peñafiel^{1a}; María Fernanda del Pino Zambrano^{1a}; Marta Novella-Navarro^{2a}; José Antonio Ángel Sesmero¹; Clara Siso Hernández¹; Carolina Marín Huertas^{1,3}; Laura Cebrián Méndez^{1,3}; Leticia Lojo Oliveira^{1,3}; Ana Pareja Martínez^{1,3}; Almudena Román Pascual¹; Carmen Olga Sánchez González¹; Isabel Fuente Ruiz⁴; M^aTeresa Navío Marco^{1,3}; Enrique Calvo-Aranda^{1,3a}

¹ Sección de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor Madrid. ²Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Departamento de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ⁴Estudiante de Medicina, Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid. a GEACSER (Grupo de Estudio de Artropatías Cristalinas de la Sociedad Española de Reumatología)

Dirección postal Gran Vía del Este 80, Villa de Vallecas, 28031

Objetivos:

1. Determinar el porcentaje de pacientes con gota naïve a tratamiento reductor de uricemia (TRU) que alcanzaron niveles de uricemia <6 mg/dL tras seis meses de tratamiento con alopurinol mediante escalada de dosis en práctica clínica habitual.
2. Analizar la tolerancia al tratamiento y la aparición de efectos adversos (Eas).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios ACR/EULAR 2015 para gota, procedentes de la consulta monográfica del Hospital Infanta Leonor entre agosto de 2018 y octubre de 2025. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y se incluyeron pacientes naïve a TRU, que iniciaron tratamiento con alopurinol: 150 mg/día (medio comprimido) durante 4 semanas, aumentando a 300 mg/día tras control de adherencia y EAs mediante consulta telefónica de Enfermería, con ajustes posteriores según tolerancia y objetivo de uricemia durante 6 meses. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada o alergia/intolerancia previa al alopurinol. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y analíticos en tres momentos: basal, 1 mes y 6 meses. Para el análisis de variables cuantitativas se usaron pruebas T de Student o Wilcoxon según correspondiera ($p < 0,05$; SPSS v30).

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes; 94,7 % fueron varones, con edad media $62,8 \pm 11$ años e IMC $30 \pm 4,5$ kg/m². Presentaban tofos subcutáneos el 25 %. La uricemia basal fue $8,03 \pm 1,3$ mg/dL y el filtrado glomerular estimado (FGE) $81,1 \pm 12,9$ mL/min/1,73 m²; el 10,5 % presentaba enfermedad renal crónica leve-moderada. La profilaxis inicial de ataques fue predominantemente colchicina (92,6 %), seguida de AINE (20,0 %) y glucocorticoides (14,7 %). A los seis meses, 77,9 % alcanzaron uricemia < 6 mg/dL y 51,6 % < 5 mg/dL. La uricemia descendió globalmente de $8,0 \pm 1,4$ mg/dL a $5,8 \pm 1,5$ mg/dL al mes y a $5,1 \pm 1,2$ mg/dL a los seis meses ($p < 0,01$). Los pacientes que alcanzaron <5 mg/dL eran más jóvenes ($p = 0,02$); aquellos que lograron < 6 mg/dL presentaron reducción significativa de PCR ($p = 0,004$) y mejoría modesta del FGE (+2 mL/min; $p = 0,011$). El porcentaje de pacientes que experimentó ataques fue: 11,6 % en el primer mes y 17,9 % durante los seis meses. Se registraron EAs leves (diarrea o estreñimiento) en el 2,1 %; elevaciones de transaminasas en 10,5 % al mes y 9,5 % a los seis meses. Solo un 8,4 % cambió de tratamiento por intolerancia. No se observaron reacciones cutáneas graves.

Conclusiones: En práctica clínica real, una estrategia sencilla de escalada rápida de dosis con alopurinol, utilizando comprimidos de 300 mg, resulta eficaz y segura en pacientes con gota naïve. La mayoría de los pacientes consiguieron alcanzar el objetivo de uricemia a los seis meses.

Póster 18

EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON OBINUTUZUMAB EN NEFRITIS LÚPICA

A. Pareja Martínez¹, J. Martín Navarro², Iñigo Rúa-Figueroa³

S de Reumatología¹ y S de Nefrología², Hospital Universitario Infanta Leonor. S. Reumatología H Doctor Negrín Gran Canaria³

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es la cuarta manifestación en frecuencia, presente en el 30-40% de pacientes con lupus eritematosos sistémico (LES) según las series, pero la primera en morbi-mortalidad, siendo la primera causa de muerte atribuible al LES.

Con el arsenal terapéutico actual menos de la mitad de los pacientes consigue una respuesta renal completa (RRC) y de los respondedores, un gran porcentaje recae. Muchos tratamientos biológicos han sido ensayados, pero solo belimumab tiene aprobación para NL. Tradicionalmente rituximab ha sido utilizado en NL refractarias, pero no ha demostrado ser eficaz en ensayos clínicos. Recientemente dos estudios (Nobility y Regency) han demostrado que obinutuzumab (OBI), un anticuerpo monoclonal anti-CD20 tipo II, en combinación con micofenolato, aumenta los porcentajes de RRC, pudiendo ser una nueva opción terapéutica añadida al tratamiento estándar.

Objetivos y métodos: Describir la eficacia y seguridad de OBI en pacientes con NL refractaria, entendida como la ausencia de respuesta (o empeoramiento) de proteinuria y/o TFGe tras 2 regímenes de tratamiento diferente siguiendo guías de práctica clínica.

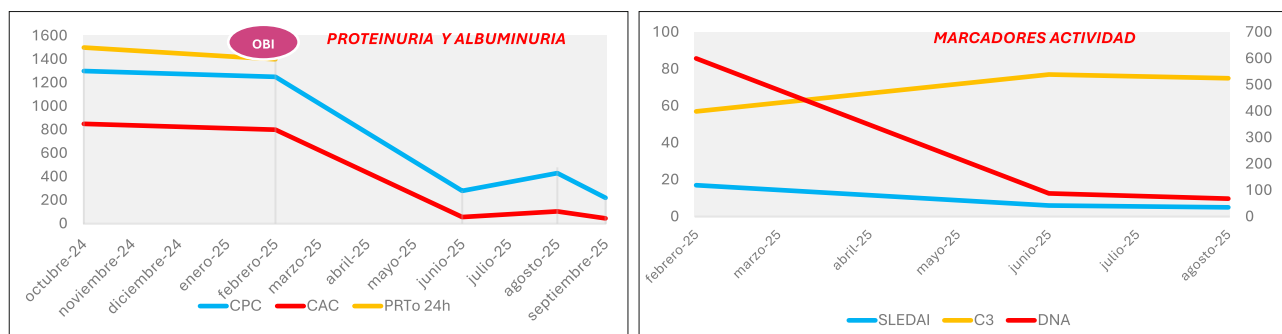
Estudio observacional retrospectivo que evalúe la eficacia de OBI en términos de repuesta renal a los 3 y 6 meses. Como objetivo secundario evaluar los marcadores serológicos de actividad (niveles de antiDNA y complemento) y la actividad extrarrenal medida por SLEDAI-2K.

Resultados: Se incluyeron dos pacientes de sexo femenino y raza latinoamericana y caucásica respectivamente con NL proliferativa focal en la biopsia renal (realizadas en octubre/2021 con IA 3/24 e IC 1/12; y en Diciembre/2022 con IA 3/24 e IC 3/12) y como manifestaciones extra renales (articular, mucocutáneo, hematológico y de serosas) que habían recibido previamente tratamiento con hidroxicloroquina, glucocorticoides orales y endovenosos, micofenolato, belimumab, antiproteínuricos a dosis máximas toleradas y en uno de los casos también tacrolimus y rituximab, sin lograrse RRC. En Febrero y Enero/2025 ambas inician obinutuzumab (1g x 2 dosis separadas 15 días) en combinación a micofenolato e hidroxicloroquina junto a pauta descendente de prednisona desde 15 y 30 mg respectivamente, partiendo en ese momento de ERC G2-A3, proteinuria >1 gramo subnefrótica con hematuria >10 HxC, SLEDAI-2k de 12 y 22 respectivamente, niveles de antiDNA >600 e hipocomplementemia C3 y C4 así como una depleción completa de células CD19; datos que se replicaron a los 6 meses pese a la reducción de glucocorticoides lográndose la RRC y cumpliéndose DORIS para una de ellas.

El fármaco fue bien tolerado, se reportaron en ambas pacientes un proceso infeccioso viral antes de cumplidos los 3 meses de tratamiento.

Conclusiones: OBI abre una vía prometedora de tratamiento en pacientes con NL proliferativa refractaria. A la luz de los casos presentados parece además ser útil en el control de la actividad del LES medida por SLEDAI, antiDNA y complemento y permitir el ahorro de glucocorticoides.

Como para otros tratamientos inmunosupresores existe un riesgo de infecciones que debemos de vigilar y preferiblemente actualizar las inmunizaciones pertinentes antes de iniciar el tratamiento.



Póster 19

CARACTERIZACIÓN DE LESIONES CUTÁNEO-MUCOSAS Y SU RELEVANCIA EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN

C. Calvo Sparks, A. Martínez Rodado, L. Ramos Ortiz de Zarate, A. Martín Bescos, P. Mazo Amoros, M. Coronado González, C. Barbadillo Mateos, N. de La Torre Rubio, B. García Magallón, M. Fernández Castro, C. Merino Argumáñez, L. Nuño Nuño, O. Rusinovich Lovgach, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sanchez, H. Godoy Tundidor.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, CP 28222

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ES) es una enfermedad autoinmune sistémica que cursa de característicamente con disfunción glandular exocrina.

Las manifestaciones cutáneas son frecuentes pero subestimadas asociándose con un subgrupo de pacientes con peor pronóstico y mayor actividad de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar las lesiones cutáneas de pacientes con ES en una consulta externa de nuestro centro atendidos entre 2013-2025 y describir frecuencia, asociaciones clínicas y tratamientos recibidos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 158 pacientes con ES en consultas externas de los cuales 45 presentaban diversas manifestaciones cutáneas. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, perfil de autoanticuerpos y lesiones cutáneas estableciendo las siguientes categorías: lupus cutáneo-mucoso, alopecia, lesiones purpúricas, lesiones mucosas y lesiones menos frecuentes.

Resultados: Las manifestaciones mucocutáneas fueron púrpura (20; 44.4%) y alopecia (15; 33.3%), principalmente frontal fibrosante. Hubo lesiones de lupus cutáneo en 7 (14.3%) casos y lupus ampolloso oral en 1 (2%).

Se recogieron por su frecuencia fenómeno de Raynaud (19; 42.2%) y aftas orales (13; 8.9%).

Lesiones menos frecuentes incluyeron paniculitis (2,4%), vitiligo (2; 4%), pioderma gangrenoso (1; 2%), granuloma anular (1; 2%), vasculitis urticarial (1; 2%) y leucocitoclástica (2; 4%).

Se realizaron 8 biopsias cutáneas confirmando: 2 casos de vasculitis leucocitoclástica, 2 casos de lesiones lúpicas cutáneas, 1 caso de liquen plano y 1 caso de granuloma anular.

En cuanto al perfil sero-inmunológico, 82.2% presentaron ANA 1:160; 53.3% anti-Ro y 31.1% anti-La, con mayor prevalencia de los anti-Ro (71.4% anti-Ro y 28.6% anti-La) en lupus cutáneo. Se observó hipocomplementemia en 14 (28.6%) con C3 bajo y 7 (14.3%) con C4 bajo. Presentaron hipergammaglobulinemia 25 (51%) a expensas de IgG en 32.6%, citopenias en 23 (46.9%) y elevación de b2-microglobulina en 19 (42.2%).

Las manifestaciones sistémicas incluyeron EPID en 6 casos (13.3%); afectación renal en 4 (8.9%) casos (3 de NTI y 1 de afectación membranosa); CBP (3; 6.7%); desmielinización sensitiva distal (2; 4.4%) y 1 caso de tiroiditis autoinmune, linfoma marginal esplénico y vasculitis crioglobulinémica respectivamente.

Los tratamientos recibidos fueron principalmente corticoides orales (46.7%) y antimaláricos (48.9%), seguidos de metotrexate (22.2%). En casos con mayor afectación sistémica: RTX (13.3%); belimumab (6.7%) y MMF (6.7%). Recibieron terapia tópica diversa el 28,9%.

Conclusiones: La exploración física detallada así como la biopsia cutánea son claves para una correcta caracterización en los pacientes con ES.

La presencia de púrpura vasculítica debe alertar sobre una mayor actividad o complicaciones sistémicas.

Algunos pacientes con manifestaciones cutáneas y ES requieren terapia inmunosupresora intensiva por afectar a órganos mayores de forma simultánea.

Póster 20

PERFIL DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON MICOFENOLATO DE MOFETILO Y RITUXIMAB EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 12 CASOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Martín Bescós, A. Martínez Rodado, L. Ramos Ortiz de Zárate, P. Mazo Amorós, C. Calvo Sparks, M. Coronado González, M. Fernández Castro, H. Godoy Tundidor, C. Merino Argumánez, B. García Magallon, N. De la Torre Rubio, C. Barbadillo Mateos, L. Nuño Nuño, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sánchez, O. Rusinovich Lovgach

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

Objetivo: Evaluar la seguridad y prevalencia de infecciones asociadas al tratamiento combinado con micofenolato de mofetilo (MMF) y rituximab (RTX) en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas en práctica clínica real.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo y descriptivo a partir de la base de datos de un hospital terciario, incluyendo pacientes con tratamiento concomitante de MMF y RTX hasta octubre de 2025. Se recopilaban variables demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, 8 mujeres (66,7%) y 4 varones (33,3%), con una edad media de $56,4 \pm 11,2$ años. Las enfermedades de base fueron: miopatía inflamatoria en 5 pacientes (41,6%), esclerosis sistémica en 4 (33,3%), enfermedad de Sjögren en 2 (16,7%) y vasculitis ANCA en 1 (8,3%).

Entre los factores de riesgo, 2 pacientes (16,7%) presentaban hepatopatía crónica y 1 (8,3%) diabetes mellitus. El screening de tuberculosis (Mantoux y Quantiferon) fue negativo en todos los casos (100%).

La duración media del tratamiento combinado fue de $10,45 \pm 9,13$ meses. La dosis media diaria de MMF fue de $1,7 \pm 0,72$ g, con una media de $2,41 \pm 1,83$ ciclos de RTX y una dosis acumulada total de $3,79 \pm 2,5$ g. Todos los pacientes recibieron corticoides, con una dosis acumulada media de $5 \pm 2,97$ g de prednisona equivalente.

Al inicio del tratamiento combinado, la media de leucocitos fue de $7,4 \pm 2,13 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $4,8 \pm 1,56 \times 10^3/\mu\text{L}$ y linfocitos $1,8 \pm 0,67 \times 10^3/\mu\text{L}$. Los niveles medios de inmunoglobulina G fueron $1138 \pm 316,81$ mg/dL, sin evidencia de hipogammaglobulinemia. En cuanto a profilaxis antiinfecciosa, se administró trimetoprim-sulfametoxazol en 6 pacientes (50%) al iniciar tratamiento combinado.

En el seguimiento, 2 pacientes (16,7%) presentaron infecciones durante el tratamiento combinado. Solo uno (8,3%) requirió hospitalización por sinusitis maxilar bacteriana. No se registraron éxitos. Las características terapéuticas de estos pacientes se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1:

Infección	Dosis acumulada RTX (g)	Nº de ciclos de RTX antes de infección	Tiempo desde última dosis de RTX hasta infección (días)	Dosis diaria MMF (g)	Tiempo de tratamiento combinado hasta aparición de infección (días)	Dosis acumulada corticoide (g)
Sinusitis maxilar por <i>H. influenzae</i>	4	2	262	1.44	487	16.7
Infección respiratoria COVID +	10	5	99	2	274	5.3

Conclusiones: En esta serie, la combinación de RTX y MMF mostró un perfil de seguridad favorable, con baja tasa de infecciones y sin eventos graves ni fallecimientos atribuibles al tratamiento. Esto sugiere que la terapia combinada puede considerarse una opción segura en pacientes seleccionados, aunque son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

Póster 21

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UNA DOSIS ÚNICA DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN LA ENFERMEDAD DE PAGET: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Coronado González, L. Ortiz de Zárate, A. Martínez Rodado, P. Mazo Amorós, A. Martín Bescós, C. Calvo Sparks, M. Fernández Castro, H. Godoy Tundidor, N. de la Torre Rubio, C. Merino Argumánez, L. Nuño Nuño, B. García Magallón, C. Barbadillo Mateos, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sánchez, O. Rusinovich Lovgach.

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

Introducción: La enfermedad de Paget ósea es un trastorno metabólico crónico caracterizado por focos de remodelado óseo acelerado y desorganizado, que condicionan hueso de mala calidad, deformidades, dolor óseo y mayor riesgo de fractura. El diagnóstico se basa en la combinación de hallazgos clínicos, elevación característica de fosfatasa alcalina y pruebas de imagen. El tratamiento de elección son los bifosfonatos, tanto orales (alendronato, risedronato y etidronato) como intravenosos (zoledronato y pamidronato).

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de una dosis única de ácido zoledrónico en pacientes con enfermedad de Paget en práctica clínica real.

Métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo y retrospectivo, realizado en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Paget atendidos en un hospital terciario en la Comunidad de Madrid y tratados con dosis única de ácido zoledrónico 5 mg intravenoso entre 2008 y 2023. Se recogieron variables clínicas y demográficas, huesos afectados, motivo de inicio de tratamiento y tiempo hasta la recaída tras bifosfonatos. Se determinaron niveles de fosfatasa alcalina en el momento basal y a los 3, 12 y 24 meses. Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y dispersión, y las cualitativas con frecuencias y porcentajes. Para comparar niveles de fosfatasa alcalina se empleó la t de Student pareada ($p < 0,05$). Este estudio fue aprobado por el CEIC del centro.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, de los cuales 30 eran varones (52.6%) y 27 mujeres (47.4%), con una edad media al diagnóstico de 64.7 años (DE=11.4). La mediana de años de evolución de la enfermedad fue de 15 años (p25-p75=10-20). El hueso más frecuentemente afectado fue la cadera (77.2%). Los niveles medios de fosfatasa alcalina obtenidos de forma basal, a los 3, 12 y 24 meses se encuentran recogidos en la tabla 1.

El principal motivo de inicio de tratamiento con bifosfonatos fue la sintomatología clínica (47,4%).

Tras la administración de ácido zoledrónico, el 70% presentó mejoría clínica y el 42,9% mostró disminución de captación en gammagrafía ósea. Un total de 18 pacientes (31,6%) presentó recaída clínica o bioquímica tras la primera dosis de ácido zoledrónico, con una mediana de tiempo de 2 años (p25-p75: 1-5), inferior a la observada en 26 pacientes previamente tratados con otros bifosfonatos (mediana de 4 años; p25-p75: 2-7). No obstante, 39 pacientes (68,4%) permanecieron libres de recaída, con una mediana de duración del efecto del fármaco de 11 años (p25-p75: 6-13). El 15,8% presentó síntomas pseudogripales transitorios, sin detectarse otros efectos adversos relevantes.

Tabla 1. Niveles de fosfatasa alcalina obtenidos de forma basal, a los 3, 12 y 24 meses.

	Basal	3 meses	12 meses	24 meses	Basal vs 24 meses $p < 0.05$
Niveles FA (U/L), media $\pm$ DE	169.3 ($\pm$ 82.9) U/L	76.2 ($\pm$ 29.3) U/L	64.1 ($\pm$ 17) U/L	65.4 ($\pm$ 17.4) U/L	$p < 0.001$

Conclusiones: La administración de una única dosis de ácido zoledrónico en pacientes con enfermedad de Paget se asocia con mejoría clínica y analítica, con reducción superior al 50% de fosfatasa alcalina desde los 3 meses de tratamiento mantenida al menos durante 24 meses. El tratamiento fue bien tolerado y seguro. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

Póster 22

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE BELIMUMAB EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA Y TRASPLANTE RENALOtto Olivas-Vergara¹, Olga Sánchez Pernaute², Pablo Borges Deniz¹, Fredeswinda Romero Bueno¹

1. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, 28040

2. Servicio de Reumatología, Clínica Universitaria de Navarra, Madrid

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta múltiples órganos, especialmente el riñón. La nefritis lúpica (NL) se presenta en el 50% de los casos y hasta un 10-22% desarrollan enfermedad renal crónica terminal (ERCt). Aunque la actividad del LES suele disminuir en ERCt, hasta un tercio de los pacientes puede experimentar brotes. Belimumab ha demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento del LES, sin embargo, su utilidad en pacientes trasplantados por nefritis lúpica con actividad de la enfermedad está poco descrita en la literatura. El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia y seguridad del uso de belimumab en pacientes con trasplante renal por nefritis lúpica.

Presentación clínica: Presentamos 3 casos de pacientes seguidos en nuestro servicio que recibieron trasplante renal por ERCt secundaria a NL y tratamiento con belimumab.

El primer caso es una paciente diagnosticada de LES a los 22 años, y a los 5 años del diagnóstico presenta una NL clase V. Pese al tratamiento inmunopresor recibido, la paciente progresa a ERCt e inicia terapia de reemplazo renal. En abril 2012, la paciente recibe trasplante renal. En la evolución, la paciente presenta nuevamente proteinuria significativa, realizándose una biopsia renal sin observarse signos de rechazo ni de glomerulonefritis, sin embargo, se considera actividad de LES, iniciándose belimumab con resolución de la proteinuria. Durante este tratamiento, la paciente ha presentado como eventos adversos 2 episodios de gastroenteritis. En la última revisión la paciente se encontraba en remisión del LES y sin evidencia de rechazo del trasplante.

El segundo caso es un paciente de 20 años que debuta el LES con una NL clase IV. Recibió tratamiento inmunosupresor, así como hemodiálisis. Pese a este tratamiento, el paciente no recupera función renal y permanece en hemodiálisis. Dado que mantenía actividad pese a estar en ERCt (SLEDAI 8) se inicia belimumab con buena respuesta. A los 18 meses de este tratamiento, el paciente recibe trasplante renal. Durante los 48 meses de este tratamiento, el paciente ha presentado una neumonía por COVID19 como evento adverso. Al momento de la última revisión, el paciente se encontraba en remisión del LES y sin evidencia de rechazo del trasplante.

El tercer caso es una paciente diagnosticada a los 18 años de LES, y a los 4 años de este diagnóstico presenta una NL clase III y hemorragia alveolar, iniciando tratamiento con micofenolato mofetilo y corticoides a dosis altas con buena respuesta. Sin embargo, la paciente abandona tratamiento, con empeoramiento de la proteinuria y deterioro de la función renal, siendo rebiopsiada, evidenciándose una NL clase IV. Se reinicia tratamiento inmunopresor previo pero la paciente no recupera función renal, iniciando hemodiálisis en mayo 2011 y en noviembre 2020 la paciente recibe trasplante renal. A los 4 años del trasplante, la paciente presenta reactivación de LES (SLEDAI 9), no controlada pese al aumento de la dosis de corticoides, y se inicia belimumab con resolución de la clínica. No ha presentado eventos adversos desde el inicio del tratamiento ni evidencia de rechazo del trasplante.

En la tabla 1 están recogidas las características de los pacientes.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes presentaron una mejoría clínica y no precisaron suspender este tratamiento por eventos adversos, ni se evidenció rechazo del trasplante. El belimumab podría ser una alternativa eficaz y segura para el tratamiento del LES en pacientes trasplantados por ERCt secundaria a nefritis lúpica.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Nefritis lúpica			
Edad al diagnóstico	27 años	20 años	22 años
Histología	Clase V/II	Clase IV	Clase III/IV
Creatinina(mg/dL)	0.5	4.7	1
Proteinuria (gr/24h)	3	14	3
Tratamientos recibidos para NL	Azatioprina, ciclofosfamida oral, tacrolimus, micofenolato mofetilo	Ciclofosfamida intravenosa, inmunoglobulinas, micofenolato mofetilo, ácido micofenólico	Micofenolato mofetilo
Terapia de reemplazo renal previa al trasplante	Dialisis peritoneal y hemodiálisis	Hemodiálisis	Hemodiálisis
Trasplante renal			
Edad al momento del trasplante	32 años	24 años	32 años
Anti-DNA	93	35	11
C3/C4	116/53	95/26	107/29
Proteinuria (gr/24h)	1.4	0.7	1
Inicio de belimumab			
Edad al iniciar belimumab	43 años	23 años	37 años
Vía de administración	Subcutánea	Intravenosa	Subcutánea
SLEDAI	4	8	9
Afectación extrarrenal	No	Si (articular)	Si (articular, cutánea, constitucional)
Proteinuria (gr/24h)	1.3	3.6	0.14
Anti-DNA	5	61	219
C3/C4	164/61	79/24	94/21
Última visita			
Tiempo de tratamiento	31 meses	48 meses	4 meses
SLEDAI	0	0	2
Tratamiento inmunosupresor	Sirolimus, belimumab, prednisona 5mg/d	Tacrolimus, ácido micofenólico, belimumab, prednisona 2.5mg/d, hidroxicloroquina	Tacrolimus, micofenolato mofetilo, belimumab, prednisona 5mg/d, hidroxicloroquina
Proteinuria (gr/24h)	0.4	0.14	0.12
Anti-DNA	3	15	186
C3/C4	176/46	97/24	90/21
Eventos adversos presentados	Gastroenteritis aguda (2 episodios)	Neumonía COVID19	Ninguno

Póster 23

PLAN DE TRANSICIÓN DE ANIFROLUMAB IV A SC EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN ASISTENCIAL LIDERADA POR ENFERMERÍA.

A.Martínez Aragonés, M. Gil Lázaro M.T. Sanchez Sobrino, S. Rodríguez Montes, C. Lajas De Jesus Petisco, D. Freites Nuñez, L. León Mateos, L. Abasolo Alcazar.

Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Calle Profesor Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, España.

La transición de terapias biológicas de la vía intravenosa (IV) a la subcutánea (SC) ha demostrado mantener la eficacia y seguridad, mejorando la autonomía del paciente y la eficiencia asistencial (1,2). En lupus eritematoso sistémico (LES), los estudios clínicos y farmacocinéticos de anifrolumab SC han mostrado resultados de eficacia y seguridad equiparables a la formulación IV (3,4). Este avance ofrece una oportunidad para rediseñar el modelo asistencial del LES, anticipando la llegada de la nueva formulación y promoviendo la autogestión terapéutica.

La autoeficacia, entendida como la confianza del paciente en su capacidad para manejar la enfermedad, es reconocida por EULAR como un determinante esencial del autocuidado y la adherencia terapéutica (5,6). En LES, una mayor autoeficacia, medida con instrumentos validados y disponibles en español, se asocia con mejor calidad de vida y mayor satisfacción con el tratamiento (7–9).

Objetivos: Desarrollar un modelo de implementación para la transición de anifrolumab IV a SC en pacientes con LES, liderado por enfermería, que evalúe la viabilidad clínica y asistencial del cambio de vía y su impacto sobre la autoeficacia y la calidad de vida, incorporando la dimensión psicológica en el proceso de autoadministración.

Métodos: El circuito asistencial se estructurará en cinco fases: (1) selección de pacientes en remisión o baja actividad de la enfermedad conforme a las recomendaciones EULAR 2023 (SLEDAI-2K ≤ 4 , PGA ≤ 1 , prednisona ≤ 7.5 mg/día, sin actividad orgánica mayor ni incremento reciente de inmunosupresores) (10,11); (2) visita médico-enfermería con educación estructurada y entrenamiento en autoinyección; (3) primera dosis SC supervisada en consulta de enfermería (observación 30 min); (4) seguimiento a las 48–72 h, 4 y 12 semanas; (5) registro de trazabilidad, lote, efectos adversos (EA) y satisfacción. La autoeficacia se medirá mediante el PROMIS® Self-Efficacy for Managing Chronic Conditions Short Form, disponible en español (7–9); la confianza y experiencia con la autoinyección mediante el Self-Injection Assessment Questionnaire (SIAQ) (12); y la calidad de vida con el SF-12 o el LupusQoL, ambos en sus versiones españolas validadas.

Resultados esperados: Se prevé una transición IV→SC segura y eficiente, con mantenimiento de la estabilidad clínica del LES y mejora en la autoeficacia, la adherencia y la calidad de vida. Asimismo, se espera una reducción de la carga asistencial y un fortalecimiento del rol de enfermería y psicología en el acompañamiento y empoderamiento del paciente.

Conclusiones: La transición de anifrolumab IV a SC representa una oportunidad para optimizar la atención al paciente con LES mediante un modelo asistencial multidisciplinar. Este plan combina la coordinación médica, el liderazgo enfermería y la evaluación psicológica del paciente, integrando los principios de seguridad, eficiencia y atención biopsicosocial promovidos por EULAR.

Póster 24

CAMBIOS EN ÍNDICES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD DE VIDA TRAS INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTRITIS INFLAMATORIAS: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

MF Del Pino Zambrano¹, C Marín Huertas¹, L Cebrián Méndez¹, M Novella-Navarro², L Lojo Oliveira¹, A Pareja Martínez¹, ARomán Pascual¹, O Sánchez González¹, E Calvo Aranda¹, P Cardoso Peñafiel¹, C Siso Hernández¹, MT Navío Marco¹.

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor, 28038, Madrid. Universidad Complutense de Madrid

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Pº Castellana 261, 28046 Madrid

Objetivo: Evaluar la evolución de los índices de actividad y funcionalidad en pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspA) tras 3 meses de tratamiento biológico en práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en Hospital de Día de Reumatología del HUIL (marzo–agosto 2025). Se incluyeron pacientes adultos con AR, APs o EspA que iniciaron tratamiento biológico y disponían de índices de actividad y funcionalidad completos al inicio y a los 3 meses. Se recogieron los respectivos índices DAS28 (AR), DAPSA (APs), BASDAI/ASDAS/BASFI (EspA) y HAQ (AR/APs). Se realizó un análisis descriptivo de la muestra (tipo de tratamiento, comorbilidades, variables sociodemográficas), calculando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas. La evolución en los índices de actividad/funcionalidad se analizó mediante el test de Wilcoxon para muestras pareadas. SPSS v.20.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes (AR: 20, EspA: 14, APs: 10), con las siguientes características basales: edad media 52.4±13.2 años, 63.6% mujeres, 25.0% fumadores activos, 40.9% obesidad, 13.6% con fibromialgia y 22.7% con daño estructural radiológico. Los tratamientos biológicos incluyeron anti-TNF (50.0%), anti-IL17 (18.2%), anti-IL6 (13.6%), jakinibs (11.4%) y CTLA4-Ig (6.8%). Los valores basales de proteína C reactiva fueron: 12.3±14.4 (AR), 10.2±9.9 (EspA), y 7.4±4.1 mg/L (APs). En cuanto a los cambios experimentados en cada patología en los índices de actividad y funcionalidad:

- **AR:** DAS28 descendió de 5.1±1.8 a 2.7±1.0 ($p<0,001$), con un 70% en remisión o baja actividad (DAS28 ≤ 3.2). HAQ mejoró de 1.4±0.7 a 1.1±0.9 ($p=0,02$).
- **EspA:** BASDAI se redujo de 5.8±2.6 a 3.7±2.5 ($p=0.001$), 61.5% en inactividad (BASDAI <4). BASFI mejoró de 4.9±2.7 a 3.3±2.5 ($p=0.02$). ASDAS descendió de 4.1±0.3 a 2.7±0.8 ($p=0.07$), con un 60% de mejora clínicamente importante (≥ 1.1).
- **APs:** DAPSA descendió de 22.5±12.7 a 13.0±14.6 ($p=0.17$), con un 83.3% en baja actividad (≤ 14) y 33.3% en remisión (≤ 4).

No se observaron asociaciones significativas entre características basales y la consecución de baja actividad/remisión, excepto que los pacientes con EspA que alcanzaron BASDAI <4 partían de valores basales significativamente menores. El tamaño muestral reducido, especialmente en APs, limita la potencia estadística.

Conclusiones: En vida real, el tratamiento biológico en pacientes con actividad inflamatoria moderada-alta mejoran significativamente a corto plazo (3 meses) los índices de actividad y funcionalidad en AR y EspA. En APs hay una tendencia favorable y altas proporciones de respuesta, sin significación estadística, posiblemente por el reducido tamaño muestral. La monitorización con índices validados es útil para evaluar la respuesta temprana a biológicos en artritis inflamatorias.

Póster 25

EII Y ESPONDILOARTRITIS- EXPERIENCIA EN LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DIGESTIVO- REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

C. Siso Hernández¹, C. Marín Huertas¹, R. Plaza Santos², Á. Ponferrada Díaz², L. Cebrián Méndez¹, L. Lojo Oliveira¹, A. Pareja Martínez¹, A. Román Pascual¹, O. Sánchez González¹, E. Calvo Aranda¹, P. Cardoso Peñafiel¹, MF. Del Pino Zambrano¹, S. Cruz Beltrán¹, C. Sánchez Jiménez, MT. Navío Marco¹

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor, 28038, Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

²Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Infanta Leonor, 28038, Madrid.

Objetivos:

Objetivo primario: Describir las características demográficas, clínicas y perfil terapéutico de los pacientes con diagnóstico de espondiloartritis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII); enfermedad de Crohn (EC), o colitis ulcerosa, (CU) atendidos en la consulta multidisciplinar Digestivo-Reumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Objetivos secundarios: Análisis de la distribución de fenotipos articulares de espondiloartritis y de EII.

En este apartado se analiza la distribución de manifestaciones articulares de la espondiloartritis, la actividad y fenotipo de la EII. También describir los marcadores de actividad inflamatoria (PCR y (calprotectina fecal) y el primer derivador a la consulta multidisciplinar.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal y unicéntrico en una cohorte de pacientes con espondiloartritis asociada a EII atendidos en consulta multidisciplinar de Digestivo-Reumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) - atendidos entre octubre de 2022 y junio de 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas y terapéuticas, incluyendo: tipo de espondiloartritis (axial, periférica o mixta), tipo de EII (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa) y tratamiento actual (y/o tratamientos recibidos).

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIQ), según distribución. Las variables categóricas se describieron como frecuencias absolutas y porcentajes.

Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron con el test exacto de Fisher.

Para comparar variables continuas, se emplearon pruebas paramétricas (t de Student o ANOVA) o no paramétricas (U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis).

Se estimaron curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier.

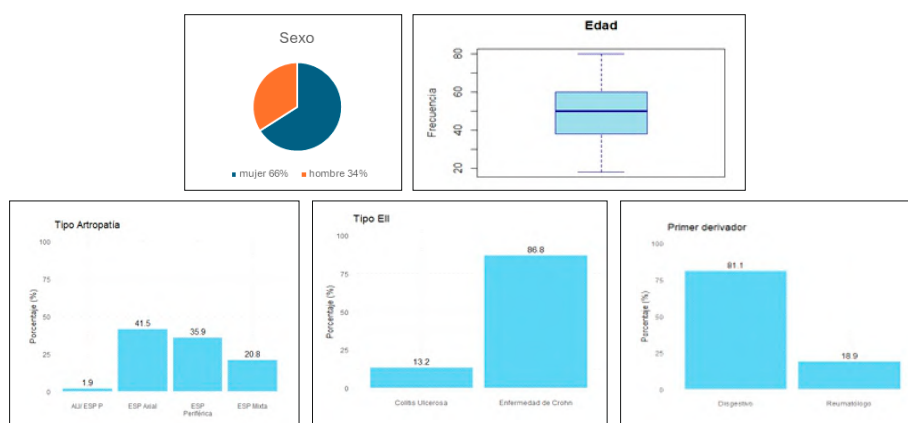
Para el análisis estadístico se empleó RStudio-versión 2023.06.1.

Resultados: De los 53 pacientes incluidos, el 66% eran mujeres, con una edad media de 49 años. El tipo de EII más frecuente fue la enfermedad de Crohn (86.8%), seguida de colitis ulcerosa (13.2%).

El patrón de espondiloartritis predominante fue axial (41.5%), seguido de periférico (35.9%) y mixto (20.8%). El tratamiento más empleado fue adalimumab (32.1%), seguido de upadacitinib (22.6%), infliximab (15.1%) y risankizumab (11.3%); el 13.2% no recibían tratamiento.

En la primera visita conjunta, la PCR media fue de 5.8 mg/L (DT 8.8), con valores patológicos (>5 mg/L) en el 30% de los casos. La CF media fue de 577 µg/g (DT 1310.6), siendo patológica (>250 µg/g) en el 43% de los pacientes.

En la mayoría de pacientes con un 81.13%, la especialidad que ha derivado primero al paciente es digestivo.



Conclusiones: Los pacientes con espondiloartritis asociada a EII de nuestra cohorte atendidos en consulta multidisciplinar de Digestivo-Reumatología, presentan un perfil clínico heterogéneo, con predominio de enfermedad de Crohn y afectación axial. La mayoría requieren tratamiento biológico o dirigido, con una mayor derivación desde Digestivo; lo que subraya la necesidad de coordinación asistencial temprana. La consulta multidisciplinar permite optimizar el diagnóstico y manejo terapéutico conjunto, ofreciendo un modelo eficiente de atención integrada entre ambas especialidades.

Póster 26

SÍNDROME DE RHUPUS: DESCRIPCIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y ENFOQUE TERAPÉUTICO EN UNA SERIE DE 6 CASOS

A. Pareja Martínez, MF Del Pino Zambrano, P Cardoso Peñafiel, C Siso Hernández, L Cebrián Méndez, L Lojo Oliveira, C Marín Huertas, A Román Pascual, O Sánchez González, E Calvo Aranda, T Navío Marco.

Servicio de Reumatología Hospital Universitario Infanta Leonor¹

Introducción: El síndrome de Rhupus es una entidad infrecuente caracterizada por la coexistencia de criterios clínicos e inmunológicos de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Su prevalencia estimada es inferior al 1% en pacientes con enfermedades autoinmunes. Se presenta habitualmente con poliartritis erosiva, autoanticuerpos específicos de ambas patologías y manifestaciones sistémicas variables. Su fisiopatología y manejo siguen siendo motivo de debate, considerándose una forma de superposición o un espectro intermedio entre LES y AR.

Objetivos y métodos: Describir las características clínicas, inmunológicas y terapéuticas de pacientes con diagnóstico de síndrome de Rhupus atendidos en un hospital secundario entre 2019 y 2024.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de seis casos que cumplieran criterios ACR/EULAR 2010 para AR y ACR/EULAR 2019 para LES. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas (ANA, anti-dsDNA, FR, anti-CCP, complemento), tratamientos utilizados (FAMEs sintéticos y biológicos) y evolución clínica valorada mediante SLEDAI y DAS28.

Resultados: Se incluyeron seis pacientes (5 mujeres, 1 varón) con una media de edad de 46 años (rango 32–61). Todos presentaron poliartritis erosiva y ANA positivos; el 83% anti-CCP positivos, el 67% FR positivos y el 50% anti-dsDNA elevados. Las alteraciones más frecuentes fueron elevación de reactantes de fase aguda (100%), linfopenia (33%) y consumo de complemento (33%).

Las manifestaciones extrarticulares más comunes fueron cutáneas (50%), hematológicas (33%) y serositis (17%). Todos recibieron tratamiento con hidroxicloroquina y glucocorticoides; cinco pacientes requirieron FAMEs sintéticos (metotrexato, leflunomida y/o azatioprina) y tres biológicos o terapia sintética avanzada (rituximab, JAKi o belimumab). Tras un seguimiento medio de 24 meses, el 67% presentó respuesta clínica satisfactoria con reducción de la actividad inflamatoria articular y serológica. No se registraron efectos adversos graves.

Conclusiones: El síndrome de Rhupus representa un reto diagnóstico y terapéutico por su baja prevalencia y heterogeneidad clínica. En nuestra experiencia, el manejo combinado con antipalúdicos, inmunosupresores y biológicos resulta eficaz y seguro en la mayoría de los casos. Es necesaria una mejor definición de criterios diagnósticos y protocolos terapéuticos específicos para optimizar el tratamiento de esta entidad de solapamiento.

Póster 27

ANÁLISIS TRANSVERSAL DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS Y LAS VÍAS DE ATENCIÓN PARA PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS: PERSPECTIVAS DE PACIENTES Y PROFESIONALES

L. Carmona¹, T. Otón¹, E. Loza¹ y el Consorcio SPIDeRR² - [1] Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid; [2] IHI – loreto.carmona@inmusc.eu

Objetivos: El objetivo de este estudio fue recopilar información detallada para confirmar y triangular el diseño de los sistemas de salud y las vías de atención para personas con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME) en los países del proyecto SPIDeRR (Alemania, Grecia, Hungría, Países Bajos, Suecia, España y Reino Unido). Se buscó evaluar las percepciones de los diferentes grupos de interés (pacientes, reumatólogos y médicos de AP) sobre el acceso a servicios, el papel de los médicos de AP como guardianes (*gatekeepers*) y el conocimiento sobre las ERyME.

Métodos: Se diseñó una encuesta en línea dirigida a reumatólogos, médicos de AP y personas con y sin ERyME de los países involucrados. Los participantes fueron reclutados a través de la red SPIDeRR mediante la técnica de bola de nieve. El cuestionario incluía secciones sobre los servicios disponibles, las vías de diagnóstico y tratamiento y descriptores básicos. Se utilizaron estadísticas descriptivas, como frecuencias absolutas y relativas, para resumir los hallazgos.

Resultados: La muestra incluyó 141 encuestados del público general, 67 reumatólogos y 39 médicos de AP, logrando un equilibrio aceptable entre países y grupos de interés. Los puntos de contacto iniciales más probables para las personas con síntomas de ERyME fueron la búsqueda directa en internet y la consulta al médico de AP. En casi todos los países, los médicos de AP actúan como guardianes para la derivación a reumatología, siendo Grecia la excepción. Los médicos de AP y los reumatólogos calificaron el conocimiento de los médicos de AP sobre las ERyME como moderado a bajo en general, siendo el más alto en Suecia y el más bajo en Hungría. El acceso a pruebas diagnósticas especializadas, como la resonancia magnética de las articulaciones sacroilíacas (limitado en Hungría y España), y el acceso al tratamiento variaron ampliamente. Los usuarios de la atención sanitaria reportaron los mayores retrasos diagnósticos en España y los menores en Suecia. En general, los sistemas sanitarios fueron percibidos como mejor organizados en Suecia, Países Bajos y Reino Unido, y peor en Grecia y Hungría.

Conclusiones: Existen desafíos significativos y una alta variabilidad en el acceso a la atención reumatológica y a las pruebas diagnósticas especializadas en Europa. Las discrepancias en las percepciones de acceso y las vías de derivación entre pacientes y profesionales reflejan una potencial falta de comunicación entre los niveles asistenciales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de mejorar la coordinación y el conocimiento de las ERyME.

Financiación: Este estudio ha sido financiado por el Acuerdo de Subvención HORIZON UE n.º 101080711.

Póster 28

FRUSTRACIÓN, PERSISTENCIA Y NECESIDAD DE EMPATÍA: LA CARGA EMOCIONAL EN EL VIAJE DE PACIENTES EUROPEOS CON PROBLEMAS REUMÁTICOS

T. Otón¹, L. Carmona¹, E. Loza¹ y el Consorcio SPIDeRR² – [1] Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid, [2] IHI – teresa.oton@inmusc.eu

Objetivos: El objetivo de este estudio cualitativo fue identificar y comprender las experiencias, interacciones y emociones de los pacientes con problemas reumáticos en su búsqueda de un diagnóstico y tratamiento óptimo, utilizando el marco *Patient Experience Mapping*.

Métodos: Se realizaron cuatro grupos focales de una hora y media vía Zoom, dirigidos a personas con y sin ERYME de los países participantes en SPIDeRR (Alemania, Grecia, Hungría, Países Bajos, Suecia, España y Reino Unido). Se estableció una matriz de perfiles para asegurar la representación por edad, género y tipo de enfermedad (inflamatoria, no inflamatoria, sin ERYME). El tamaño de la muestra fue de 28 participantes. Las discusiones se guiaron por una pauta que indagaba sobre las fases del viaje (concienciación, búsqueda de ayuda, AP, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), los puntos de contacto y las emociones. El análisis de los datos codificados se realizó utilizando una técnica mixta (inductiva y deductiva) con el software ATLAS.ti®.

Resultados: Surgieron temas clave en las diferentes fases de la trayectoria. La fase inicial se caracterizó por el retraso en la búsqueda de ayuda debido a la normalización o negación de los síntomas (ej. dolor de espalda "tan común"). En el primer encuentro con el sistema de salud (AP), la frustración y el agotamiento emocional fueron frecuentes, a menudo debido al escepticismo o la desestimación por parte de los profesionales sanitarios, incluyendo ser tachados de "perezosos" o ser culpados por el sobrepeso (ej. "pierda peso"). La persistencia y la resiliencia de los pacientes fueron cruciales para avanzar hacia un diagnóstico. El papel del médico de AP como guardián fue visto como un obstáculo que provocaba largos tiempos de espera para acceder a especialistas como el reumatólogo. El diagnóstico, aunque abrumador, a menudo trajo esperanza y alivio. Los participantes enfatizaron la necesidad de una mejor educación médica sobre los signos tempranos de las ERYME y de una mayor empatía por parte de los profesionales.

Conclusiones: El viaje del paciente con síntomas reumáticos está cargado de dificultades emocionales y sistémicas, exacerbadas por el acceso limitado a especialistas y el conocimiento subóptimo de las ERYME en AP. Para mejorar la atención, es fundamental empoderar a los pacientes a través del conocimiento y la autogestión, mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales y establecer equipos multidisciplinares. Los hallazgos del estudio guían el desarrollo de herramientas digitales, como las del proyecto SPIDeRR, para mejorar la navegación del paciente y contrarrestar los sentimientos de frustración y falta de comprensión.

Financiación: Este estudio ha sido financiado por el Acuerdo de Subvención HORIZON UE n.º 101080711.

Póster 29

REDEFINICIÓN DEL VIAJE DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

T. Otón¹, L. Carmona¹, E. Loza¹ y el Consorcio SPIDeRR² – [1] Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid, [2] IHI – teresa.oton@inmusc.eu

Objetivos: El objetivo primario de este subestudio dentro del proyecto SPIDeRR fue explorar la experiencia de las personas con problemas musculoesqueléticos o enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME) desde las perspectivas de los pacientes y los profesionales sanitarios. Los objetivos incluyeron identificar las etapas clave, los actores involucrados, las emociones predominantes y las barreras y facilitadores durante el viaje del paciente hasta el diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática (RS) de estudios cualitativos o de métodos mixtos que informaban sobre las experiencias de pacientes y profesionales sanitarios, desde el inicio de los síntomas hasta el seguimiento. La estrategia de búsqueda cubrió Medline (vía PubMed), Embase y Cochrane Library hasta enero de 2024. Se siguieron las directrices ENTREQ y un protocolo PROSPERO (CRD42024512822). Se emplearon métodos de síntesis cualitativa, utilizando un análisis temático guiado por el marco de *Patient Experience Mapping*. La calidad de los estudios incluidos se evaluó con la JBI *Critical Appraisal Checklist*.

Resultados: Tras la identificación y el cribado, se incluyeron finalmente 36 registros. La mayoría de los estudios se centraron en enfermedades concretas como artritis reumatoide (n=10), espondiloartritis (n=6) y fibromialgia (n=4). Las perspectivas recopiladas procedían principalmente de pacientes (n=29), seguidas por médicos de atención primaria (AP) (n=5) y reumatólogos (n=5). El análisis temático condujo a la redefinición de las fases de la trayectoria del paciente, dividiéndolas en ocho etapas clave: 1) concienciación, 2) búsqueda de ayuda, 3) primer encuentro, 4) sospecha clínica en AP, 5) pruebas diagnósticas en AP, 6) manejo (fuera de reumatología), 7) derivación a reumatología y 8) manejo en reumatología. Los temas comunes identificados fueron los múltiples profesionales visitados, los retrasos en la derivación, diagnóstico y tratamiento, la gestión subóptima y la ausencia de un sistema centrado verdaderamente en el paciente. Las emociones más significativas mencionadas fueron la frustración, la aceptación, el afrontamiento y la confianza.

Conclusiones: La trayectoria del paciente con ERM es compleja y se ve obstaculizada por la fragmentación del sistema y los retrasos diagnósticos y terapéuticos. La redefinición de las fases del viaje proporciona un marco sólido para identificar los puntos de contacto y los cuellos de botella del sistema sanitario, lo que es esencial para el desarrollo de herramientas digitales, como las del proyecto SPIDeRR, destinadas a mejorar la experiencia del paciente y reducir los tiempos de espera.

Financiación: Este estudio ha sido financiado por el Acuerdo de Subvención HORIZON UE n.º 101080711.

Póster 30

PAUTAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE AGENTES DE INTERÉS EN LA INVESTIGACIÓN MULTINACIONAL: ECCIONES DEL PROYECTO SQUEEZE

E. Loza¹, L. Carmona¹, T. Otón¹ y el Consorcio SQUEEZE²

[1] Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid; [2] EU Horizon - estibaliz.loza@inmusc.eu

Objetivos: El objetivo principal fue desarrollar, implementar y evaluar una estrategia de participación de los grupos de interés (*stakeholders*) para proporcionar orientación sobre a quién involucrar, dónde, cuándo y cómo hacerlo, dentro del marco del proyecto SQUEEZE, un proyecto multinacional e interdisciplinario centrado en la artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se empleó una estrategia multimétodo integral que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas. La estrategia se construyó siguiendo los siete pasos propuestos por Barkhordarian et al. para la identificación y movilización sistemática de los agentes de interés: 1) definir, 2) listar, 3) mapear, 4) visualizar, 5) verificar y 6) movilizar. La evaluación se basó en el marco de Investigación de Efectividad Comparativa (CER) y se operativizó mediante encuestas en línea realizadas 1 y 2 años después del inicio del proyecto (en 2023 y 2024). Las encuestas evaluaron indicadores clave de rendimiento (KPIs), incluyendo el nivel de interacciones, influencia, satisfacción y problemas emergentes entre los agentes, incluyendo a los pacientes expertos (PRPs) y los líderes de los paquetes de trabajo del proyecto (WPs).

Resultados: La estrategia SQUEEZE se implementó en 2022, involucrando a más de 60 personas de diversos perfiles y procedencias, incluyendo reumatólogos, enfermeras, informáticos, trialistas y PRPs. La evaluación mostró que, en general, la frecuencia de las interacciones, el nivel de participación y la colaboración de los interesados fueron de moderados a altos en 2023 y 2024. Específicamente, el nivel de participación fue el esperado para el 77% de los agentes en 2024. Se reportaron altos niveles de satisfacción: la mayoría disfrutaba (o estaba disfrutando) ser parte del proyecto (92% de los agentes y 100% de los PRPs en 2024). Sin embargo, se identificaron áreas de mejora. Solo el 48% de los agentes (excluyendo PRPs) reportaron tener una descripción de tareas bien definida en 2024, una disminución respecto al 64% en 2023. Además, solo el 58% de los mismos recibió retroalimentación sobre el impacto de sus contribuciones en 2024 (una disminución del 80% en 2023). También se identificaron problemas de comunicación, retroalimentación y compromiso por parte de los líderes de WP, aunque la mayoría de los problemas se resolvieron inmediatamente mediante la redefinición de roles y tareas o el uso de recordatorios.

Conclusiones: La experiencia SQUEEZE proporciona un modelo estructurado y adaptable para la participación de los grupos de interés en proyectos complejos y multinacionales. La evaluación regular permitió la identificación temprana de desafíos, como la falta de definición de tareas y los problemas de retroalimentación, que son cruciales para el mantenimiento del compromiso a largo plazo. Es fundamental el rol del facilitador de PRPs para asegurar que sus contribuciones sean valoradas y se entiendan sus roles.

Financiación: Financiado por la Unión Europea con la subvención n.º 101095052, por UK Research and Innovation (UKRI) con la subvención de garantía de financiación Horizon Europe del Gobierno del Reino Unido n.º 10055567, así como por la Secretaría de Estado de Educación, Investigación e Innovación de Suiza (SERI).

CLINICAL SCIENCE

Validation and incorporation of digital entheses into a preliminary GLOMERACT Ultrasound DACTYLITIS Score (GLOUDAS) in psoriatic arthritis

Esperanza Naredo ^{1,2}, Maria Antonietta D'Agostino,³ Lene Terslev,^{4,5} Carlos Pineda ⁶, M Isabel Miguel,⁷ Joan Blasi,⁸ George A Bruyn ^{9,10}, Marion C Kortekaas ^{11,12}, Peter Mandl,¹³ Rodina Nestorova,¹⁴ Marcin Szkudlarek,^{5,15} Plamen Todorov,¹⁶ Violeta Vlad,¹⁷ Priscilla Wong,¹⁸ Catherine Bakewell,¹⁹ Emilio Filippucci ²⁰, Alen Zabotti ²¹, Mihaela Micu,²² Florentin Vreju,²³ Mohamed Mortada ²⁴, José Alexandre Mendonça,²⁵ Carlos A Guillen-Astete,²⁶ Otto Olivas-Vergara,²⁷ Annamaria Iagnocco ²⁸, Petra Hanova,²⁹ Ilaria Tinazzi ³⁰, Peter V Balint,^{31,32} Sibel Zehra Aydin ³³, David Kane,³⁴ Helen Keen,³⁵ Gurjit S Kaeley,³⁶ Ingrid Möller^{7,37}

Handling editor Kimme L Hyrich

► Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (<https://doi.org/10.1136/ard-2023-225278>).

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to Dr Esperanza Naredo, Department of Rheumatology and Joint and Bone Research Unit, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Madrid, Spain; enaredo@ser.es

Received 13 November 2023
Accepted 8 March 2024



© Author(s) (or their employer(s)) 2024. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ on behalf of EULAR.

To cite: Naredo E, D'Agostino MA, Terslev L, et al. *Ann Rheum Dis* Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/ard-2023-225278

ABSTRACT

Objectives The main objective was to generate a GLOMERACT Ultrasound DACTYLITIS Score (GLOUDAS) in psoriatic arthritis and to test its reliability. To this end, we assessed the validity, feasibility and applicability of ultrasound assessment of finger entheses to incorporate them into the scoring system.

Methods The study consisted of a stepwise process. First, in cadaveric specimens, we identified entheses sites of the fingers by ultrasound and gross anatomy, and then verified presence of enthesal tissue in histological samples. We then selected the entheses to be incorporated into a dactylitis scoring system through a Delphi consensus process among international experts. Next, we established and defined the ultrasound components of dactylitis and their scoring systems using Delphi methodology. Finally, we tested the interobserver and intraobserver reliability of the consensus-based scoring system in patients with psoriatic dactylitis.

Results 32 entheses were identified in cadaveric fingers. The presence of enthesal tissues was confirmed in all cadaveric samples. Of these, following the consensus process, 12 entheses were selected for inclusion in GLOUDAS. Ultrasound components of GLOUDAS agreed on through the Delphi process were synovitis, tenosynovitis, enthesitis, subcutaneous tissue inflammation and peritendinous tendon inflammation. The scoring system for each component was also agreed on. Interobserver reliability was fair to good (κ 0.39–0.71) and intraobserver reliability good to excellent (κ 0.80–0.88) for dactylitis components. Interobserver and intraobserver agreement for the total B-mode and Doppler mode scores (sum of the scores of the individual abnormalities) were excellent (interobserver intraclass correlation coefficient (ICC) 0.98 for B-mode and 0.99 for Doppler mode; intraobserver ICC 0.98 for both modes).

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

⇒ Dactylitis is an essential hallmark of psoriatic arthritis (PsA), a marker of disease severity and an outcome increasingly included in clinical trials. On ultrasound, dactylitis consists of a variable combination of synovial and extrasynovial inflammatory abnormalities. However, there is a paucity of anatomical and ultrasonographic data on the polyentheses system of the fingers despite being considered crucial in the pathogenesis of psoriatic dactylitis. The Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT) Ultrasound Working Group has started a task force on the validation of ultrasound to assess dactylitis in PsA clinical trials and clinical practice.

WHAT THIS STUDY ADDS

⇒ We have generated a reliable ultrasound score for psoriatic dactylitis agreed on by an international panel of experts under the umbrella of OMERACT. Small entheses of the fingers, identified through anatomical knowledge and histologically validated, have been introduced for the first time in a dactylitis score.

HOW THIS STUDY MIGHT AFFECT RESEARCH, PRACTICE OR POLICY

⇒ This novel dactylitis scoring system will be available to healthcare professionals caring for patients with PsA both in the clinical practice setting and in observational research studies or clinical trials of drugs.

Conclusions We have produced a consensus-driven ultrasound dactylitis scoring system that has shown acceptable interobserver reliability and excellent intraobserver reliability. Through

Índice de Autores

A

Abasolo Alcazar, L	7,37
Acosta, AV	14,17
Aguado Acín, MP	16,23
Alcalde-Villar, M	9
Alcobendas, R	19
Alcorta Lorenzo, N	12
Aldana, S.	23
Alegre Segura, C	8
Algarra San José, M	14,17
Altabás, I	6,12
Andreu Sánchez, JL	6, 10,12,13,15,30,33,34,35
Araque Molina, C	18
Arostegui-Lavilla, J	9
Asunción Nieto, M	7
Azabal-Perez, C	9
Azores, J	23

B

Bakewell, C	45
Balint, PV	45
Barbadillo Mateos, C	30,33,34,35
Beato, MJ	19
Belzunegui Otano, J	6,13,15
Berrocal-Acedo, M	9
Blanco Cáceres, B	6,9
Blanco Hontiyuelo, M	28
Blasi, J	45
Blázquez Cañamero, MA	12,13,15
Blázquez-Sánchez, T	24
Bogas Schay, P	14
Bohorquez Heras, C	6,13,15,26
Bonilla, G	19
Borges Deniz, P	36
Bruyn, GA	45
Bueno Feroso, R	28

C

Calvo Sparks, C	30,33,34,35
Calvo-Aranda, E	18,29,31,38,39,40
Camara Híjon, C	26
Cámara, I	14
Campos Fabre, C	19
Cardoso Peñafiel, P	18,29,31,38,39,40
Carmona, L	41,42,43,44
Castañeda, E	14
Cebrián Méndez, L	18,29,31,38,39,40
Cobo-Ibáñez, T	14,17
Coca-Serrano, R	14,17
Collado, P.	9
Cordero, L	24
Coronado González, M	30,33,34,35
Coronado Poggio, M	23
Coronel, L	9
Corrales-Martínez, A	9
Corrales-Selaua, C	9
Cruz Beltrán, S.	39
Cueva Najera, G	14,17

D

D'Agostino, MA	45
De Agustin, JJ	9
De la Cámara-Fernández, I	14,17
De la Torre Rubio, N.	30,33,34,35
De Miguel Mendieta, E	26

De Miguel Morales, C	7
De San Segundo, M	14
Del Carmelo Gracia Tello, B	10
Del Pino Zambrano, MF	18,29,31,38,39,40
Del Río Blasco, T.	8
Delgado Aguayo, E	8

E

Erausquin, C	6,13,15
Esteban-Ortega, MM	14,17
Esteban-Vázquez, AV	14,17
Estrada-Alarcón, P	6,9,12,13,15
Exposito-Molinero, MR	9
Fernández Castro, M	6,12,13,15,30,33,34,35
Fernández-Prado, R	24
Ferre-Sanfrancisco, M	9
Filippucci, E	45
Font Urgelles, J	6,12,13,15
Franco Gomez, KN	14
Freites Nuñez, D	37
Fuente Ruiz, I	31

G

Galisteo, C	6,12,13,15
García Carazo, S.	16,23
García Casado, P	8
García Magallon, B	10,30,33,34,35
García Vadillo, JA	6,12,13
García-Aparicio, A	6,12, 13,15
García-Fernández, A	24
García-Vadillo, A	15
García-Vivar, ML.	9
Garmendia, E	9
Gil Lázaro, M	8,37
Godoy Tundidor, H	7, 10,30,33,34,35
Gómez González, C	18
González Casaus, ML	16,23
González Fernández, ML	28
González-Gay, MA	24
González-Martín, JJ	6,12,13,14,15
Guillen-Astete, CA	45
Gutiérrez Riart, M	16

H

Hanova, P	45
Heras-Recuero, E	24
Heredia, S	6,12,13,15
Herrero Manso, M	8

I

Iagnocco, A	45
Iniesta-Chamorro, JM	22

J

Jiménez Martín, C	23
Jiménez-Núñez, FG	9
Judez, E	6,12,13,15

K

Kaeley, GS	45
Kane, D	45
Keen, H	45
Kortekaas, MC	45

L

Lajas de Jesus Petisco, C	37
Laporta, R	7
León Mateos, L	37
Leon Triana, O	26
Loarce, J	7
Lojo Oliveira, L	18,29,31,38,39,40
López Esteban, A	8
Lopez Granados, E	26
Lopez Juanes, N	16
López Muñiz, MB	18
López Oliva, MO	23
López-González, R	6,12,13,15
Loricera, J	6,12
Loza, E	41,42,43,44

M

Maldonado Barahona, P	8
Mandl, P	45
Manrique-Arija, S	6,12,13,15
Marín Huertas, C	18,29,31,38,39,40
Martín Bescós, A	30,33,34,35
Martín Navarro, J	32
Martínez Aragonés, A	8,37
Martínez Feito, A	26
Martínez Ortega, A	16
Martínez Pérez, R.	12
Martínez Rincón, C	28
Martínez Rodado, A	30,33,34,35
Martínez Taboada, VM	6,12,13,15
Mayordomo, L	9
Mazo Amoros, P	30,33,34,35
Medina, J	9
Melchor Díaz, S	6,12,13,15
Mendonça, JA	45
Menor Almagro, R	6,12,13,15
Merino Argumanez, C	30,33,34,35
Micu, M	45
Miguel, MI	45
Migueléiz-Sánchez, JR	9
Molina-Collada, J	9
Molinari Perez, M.	16
Möller, I	45
Monjo-Henry, I	9,19
Moragues, C	9
Morales Lozano, R	28
Moriano, C	6,12,13,15
Mortada, M	45
Muñoz-Fernández, S	14,17

N

Naranjo, A	12
Naredo, E	9,45
Narváez García, J	6,12,13,15
Navarro-Ángeles, V	9
Navío Marco, MT	18,29,31,38,39,40
Nestorova, R	45
Novella-Navarro, M	9,22,26,38
Nozal Aranda, P	26
Nuño Nuño, L	10,19,30,33,34,35

O

Olivas-Vergara, O	9,36,45
Olivé, A	6,12,13,15
Ortiz de Zárate, L	33,34,35
Ortiz-Arduán, A	24
Ortiz-Márquez, F	9
Otón, T	41,42,43,44

P

Paredes-Romero, MB	6,12,13,14,15,17
Pareja Martínez, A	18,29,31,32,38,39,40
Pavo-Blanco, M	22
Pego-Reigosa, JM	13,15
Peiteado, D	9
Pineda, C	45
Plasencia-Rodríguez, Ch	9,19,22,26
Plaza Santos, R	39
Plaza, Z.	6,12,13,15
Ponferrada Díaz, A	39
Prieto Arribas, D	16

R

Rabadán, E	12
Ramos Giráldez, C	6,13,15
Ramos Ibáñez, E	10
Ramos Ortiz de Zárate, L	30
Remesal, A	19
Riancho-Zarrabeitia, L	6,12,13,15
Richi, P	14,17
Rigual, J	7
Robustillo-Villarino, M	9
Rodríguez de Arteaga, E	8
Rodríguez Gago, J	19,23
Rodríguez Lozano, MB	6,12
Rodríguez Montes, S	7,37
Rodríguez, MJ	7
Rodríguez-Lozano, MB	13,15
Rodríguez-Merlos, P	9
Román Pascual, A	18,29,31,38,39,40
Romero Bueno, F	7,17,36
Romero-Bogado, L	14
Rosas-Gómez de Salazar, J	6,12,13,15
Rúa-Figueroa, I	32
Ruiz-Valdepeñas Almansa, M	7
Rusinovich Lovgach, O	6,10,12,13,15,30,33,34,35

S

Salas Santamaría, S	26
Sánchez Alonso, F	6,12,13,15
Sánchez Calle, A	26
Sánchez Díaz, RM	8
Sánchez Fernández, M	8
Sánchez González, O	18,29,31,38,39,40
Sánchez Jiménez, C	39
Sánchez Pernaute, O	7,36
Sánchez Sobrino, MT	37
Sanchís, A	14
Sanz Sanz, J	10,30,33,34,35
Sendagorta, E	19
Serrano Benavente, B	6,12,13,15
Serrano Olmedo, MG	16
Sesmero, JA	31
Shukair Harb, T	14
Siso Hernández, C	18,29,31,38,39,40
Soler, MI	23
Somodevilla, A	14
Steiner, M	14,17
Sufrate Vergara, B	23
Szkudlarek, M	45

T

Terslev, L	45
Thuissard-Vasallo, I	14,17
Tinazi, I	45
Todorov, P	45
Tornero Marín, C	19,23,26
Trives-Folguera, L	14,17

U

Udaondo, C	19
Ureta Moneva, C	19
Uson, J	9

V

Vadillo Font, C	7
Valeria Acosta, A	14
Vela Casasempere, P	6,12,13,15,
Vergara, C	14
Vergara-Dangond,	17
Vicente-Rabaneda, E	9
Villalba, A	9
Vlad, V	45
Vreju, F	45

W

Wong, P	45
---------	----

Z

Zabotti, A	45
Zehra Aydin, S	45
Zúñiga, A	9

XXIX CONGRESO **SORCOM** **2025**

congresosorcom.es



Escanea el código QR y
colabora con el Banco de
Alimentos de Madrid

