

# Análisis de la actividad de un Comité de Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas en un hospital de tercer nivel

Fernández Panadero E<sup>1</sup>, Moral García G<sup>1</sup>, Rodas Flores JL<sup>1</sup>, Guerra Vera R<sup>1</sup>, Moreira Navarrete V<sup>1</sup>, Toyos Sáenz de Miera J<sup>1</sup>, Pérez Venegas JJ<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

## Introducción

Las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) pueden suponer retos diagnósticos y terapéuticos. Por este motivo, es fundamental que los hospitales puedan disponer de un comité multidisciplinar que incluyan diversos especialistas para facilitar la toma de decisiones y manejo de pacientes complejos.

## Objetivos:

Evaluar la **actividad de un comité multidisciplinar** y su influencia en la evaluación diagnóstica y manejo de pacientes con ERAS en un hospital de tercer nivel del sur de España.

## Métodos:

Se trata de un **estudio observacional retrospectivo** donde se incluyeron pacientes evaluados por un comité multidisciplinar de ERAS entre marzo del 2023 y julio del 2024. Se incluyeron especialistas en reumatología, neumología, nefrología, medicina interna, radiología, dermatología, inmunología, neurología, gastroenterología y hematología. Se realizó análisis descriptivo de variables sociodemográficas, clínicas, de la enfermedad de base y decisiones de los expertos.

## Resultados:

- Se incluyeron **94 pacientes** (64,89 % mujeres). 17,02 % fumadores y 27,66 % exfumadores. 31(32,97 %) fueron presentados en comités previos. La edad media fue de 58,63 años  $\pm$  16,39, con una duración media de enfermedad de 6,23 años $\pm$ 8,17. 13(13,97%) fueron diagnosticados con **artritis reumatoide**, 13(13,97%) **LES**, 12(12,9%) miopatía, 11 (11,83%) vasculitis, 10 (10,75%) esclerodermia, 9 (9,68%) Síndrome de Sjögren, 6 (6,45%) sarcoidosis y 20 (20,45%) otras enfermedades. La prevalencia de **EPID** fue del **46,24%**.
- En la *tabla 1* se refleja la frecuencia de tratamientos empleados previo y posterior a la presentación de los casos al comité. Las tasas de corticoterapia fueron **menores** tras la decisión del comité (48,31% vs 76,59% previo al comité), predominando los corticoides a **dosis bajas** ( $\leq$  10 mg/d de prednisona).
- Los órganos más afectados que motivaron la necesidad de evaluación en el comité fueron el **pulmón (46,14%)**, riñón (25,26%) y músculo (8,78%).
- Se decidió **ampliar** el estudio diagnóstico en el 27,96% de los casos, requiriendo biopsia en 15 (57,69%) de ellos, siendo la **biopsia renal** la más frecuente (33,33%). Se acordó la solicitud de pruebas de imagen en 15,38% casos, y de laboratorio en 7,69%. En el **61,7%** de los casos se decidió **iniciar tratamiento**, siendo más frecuente los **FAMEb (37,93%)**, seguido de inmunosupresores (25,86%).
- Además, se decidió incrementar o iniciar corticoterapia en 9(9,68%), adoptar conducta expectante en 11(11,82%), y suspender el tratamiento en 13(13,98%).

Tabla 1. Patrones de tratamiento.	Previo al comité	Posterior al comité
Tratamientos	Casos %	Casos %
FAMEsc	<b>46,81 %</b>	24,96%
FAMEb	28,73 %	<b>34,77%</b>
Inmunosupresores (AZA o MMF)	29,79 %	<b>38,01%</b>
Corticoterapia	76,59%	<b>48,31%</b>
Ningún tratamiento	31,91%	<b>18,48%</b>

## Conclusiones:

Un equipo multidisciplinar permite un abordaje integral, una mayor precisión diagnóstica y seguridad del paciente. Las principales decisiones tomadas fueron el **inicio de tratamientos** contra dianas específicas, siendo los más frecuentes los **FAMEb**, así como la **amplitud de pruebas diagnósticas**, como la biopsia tisular y las pruebas radiológicas. Estos datos demuestran la importancia de los comités para la evaluación de pacientes con ERAS. Por tanto, se debe considerar su implementación en los centros que manejan estos pacientes complejos, facilitando así la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas.