Sociedad Española de Reumatología

XLIX Congreso Nacional de la SER

• Sevilla •

9-12 | 05 | 23

#SER2023

Sociedad Española de Reumatología

índice

Carta del presidente del Comité Organizador Local 05

Comités y Junta Directiva de la SER 06

Entidades participantes 09

Programa resumen 10

Programa científico 20

- Martes 9 de mayo 20
- Miércoles 10 de mayo 24
- Jueves 11 de mayo 34
- Viernes 12 de mayo 46

Planos congreso 56

- Plantas del palacio de congresos 58
- Planta 1, zona de exposición comercial 60

Información general 62

- Información sesiones programa científico 64
- Programa comercial laboratorio (LAB) 65
- Acreditación Formación Médica Continuada 65
- Traslados oficiales 66
- Hoteles oficiales 67

Estimados amigos y compañeros:

En la Asamblea General Ordinaria de la Sociedad Española de Reumatología (SER), celebrada en Granada, durante el pasado Congreso de la Sociedad, se designó a la ciudad de Sevilla como organizadora del XLIX Congreso Nacional de la SER.

Para nosotros es un verdadero placer daros la bienvenida e invitaros a participar en el mismo, compartiendo con todos los miembros de nuestra Sociedad un espacio de reflexión y de conocimiento que nos haga seguir creciendo como profesionales. Esperamos que el programa sea de vuestro agrado y con un nivel científico y académico que colme vuestras expectativas.

Resulta difícil invitar a visitar una ciudad como Sevilla sin mencionar su riqueza cultural, social o su patrimonio arquitectónico, o sin citar su papel primordial en nuestra historia, desde los celtíberos o los tartesios, los romanos, cristianos y árabes, hasta nuestros días. Sevilla fue la puerta que llevó al mundo a la primera globalización de la Humanidad, abriendo su mirada a Oriente y a Occidente, al norte y al sur.

Trabajaremos en la organización del próximo Congreso SER, para convertirlo en un foro de innovación y de conocimiento compartido, que nos permita pensar "como" el paciente. Solo si seguimos caminado bajo esa perspectiva, podremos garantizar el éxito de nuestra tarea y ofrecer a la sociedad lo que espera de nosotros como profesionales de la salud. Sobre todo, os invitamos a compartir actitudes como la ejemplaridad y la credibilidad, que nos permitan mirar a lo lejos y pensar a lo grande, para seguir construyendo una Sociedad Científica creíble, ejemplar, transparente y honesta en la asistencia, la docencia o la investigación.

Como dejó escrito Juan Ramón Jiménez, "En la primavera universal, suele el paraíso descender hasta Sevilla". En eso estaremos, en hacer que el próximo Congreso se aproxime a lo descrito por el poeta y que se convierta en un encuentro que merezca la pena.

Os esperamos en Sevilla.

José Javier Pérez Venegas
Presidente del Comité Organizador Local

Comité de Honor

Excmo. Sr. Juan Manuel Moreno Bonilla
Presidente de la Junta de Andalucía

Excma. Sra. Catalina García Carrasco
Consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía

Excmo. y Magnífico Sr. Miguel Ángel Castro Arroyo
Rector de la Universidad de Sevilla

Ilmo. Sr. Luis C. Capitán Morales
Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla

Ilmo. Sr. Antonio Muñoz Martínez
Alcalde de Sevilla

Dr. Miguel Colmenero Camacho
Director Gerente del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Ilmo. Sr. Alfonso Carmona Martínez
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Sevilla

Junta Directiva de la SER

Presidenta: Sagrario Bustabad Reyes.

Presidente electo: Marcos Paulino Huertas.

Vicepresidentes: Susana Romero Yuste y Raimon Sanmartí Sala.

Secretaria general: Paloma García de la Peña Lefebvre.

Vicesecretarios: Félix Francisco Hernández y Blanca Varas de Dios.

Tesorera: Cristina Macía Villa.

Contador: José Andrés Román Ivorra.

Vocales: Juan D. Cañete Crespillo, Miguel Ángel Caracuel Ruiz, Iván Castellví Barranco, Mª Concepción Castillo Gallego, Olaia Fernández Berrizbeitia, Sara Manrique Arija, Manuel José Moreno Ramos, Alejandro Muñoz Jiménez, José Mª Pego Reigosa, Chamaida Plasencia Rodríguez, Delia Reina Sanz y Jesús Sanz Sanz.

Comité de Organización de Congresos

Sagrario Bustabad Reyes, Paloma García de la Peña Lefebvre y Cristina Macía Villa.

Comité Organizador Local del Congreso

Presidente: José Javier Pérez Venegas.

Vocales: Rafael Ariza Ariza, Paula Cejas Cáceres, Daniela Decán Bardaz, Blanca Hernández Cruz, José Luis Marenco de la Fuente, Dolores Mendoza Mendoza, Rodrigo Ramos Morell, Javier Toyos Sáenz de Miera, Carmen Vargas Lebrón y María Luisa Velloso Feijoo.

Comité Científico del Congreso

Sagrario Bustabad Reyes, Juan D. Cañete Crespillo, Iván Castellví Barranco, Francisco Castro Domínguez, Héctor Corominas Macias, María José Cuadrado Lozano, Federico Díaz González, Manuel José Moreno Ramos, Marcos Paulino Huertas, José Javier Pérez Venegas, Pilar Peris Bernal, Susana Romero Yuste y Jesús Sanz Sanz.

Comité de Evaluación

Miguel Ángel Abad Hernández, Raquel Almodóvar González, José María Álvaro-Gracia Álvaro, José Luis Andréu Sánchez, Isabel Balaguer Trull, Alejandro Balsa Criado, Emma Beltrán Catalán, Ricardo Blanco Alonso, Francisco J. Blanco García, Sagrario Bustabad Reyes, Vanesa Calvo del Río, Laura Cano García, Juan D. Cañete Crespillo, Patricia E. Carreira Delgado, Benigno Casanueva Fernández, Santos Castañeda Sanz, Iván Castellví Barranco, Eduardo Collantes Estévez, Héctor Corominas Macías, Alfonso Corrales Martínez, María José Cuadrado Lozano, Jaime de Inocencio Arocena, Eugenio de Miguel Mendieta, Cristina Fernández Carballido, Benjamín Fernández Gutiérrez, Ángel Mª García Aparicio, J. Alberto García Vadillo, Mª Luz García Vivar, Rosario García de Vicuña Pinedo, José A. Gómez Puerta, Carlos Manuel González Fernández, Nuria Guañabens Gay, Blanca Estela Hernández Cruz, María del Carmen Herrero Manso, Gabriel Herrero-Beaumont Cuenca, Juan Carlos López Robledillo, Carlos Marras Fernández-Cid, Nieves Martínez Alberola, Lourdes Mateo Soria, Ramón Mazzucchelli Esteban, Ingrid Möller Parera, Jordi Monfort Faure, Manuel Moreno Ramos, Coral Mouriño Rodríguez, Antonio Naranjo Hernández, Esperanza Naredo Sánchez, Francisco Javier Narváez García, Mª Victoria Navarro Compán, Joan Miquel Nolla Solé, Ana Ortiz García, José Luis Pablos Álvarez, Eliseo Pascual Gómez, Esperanza Pato Cour, José María Pego Reigosa, Fernando Pérez Ruiz, José Javier Pérez Venegas, Javier Rivera Redondo, Beatriz Rodríguez Lozano, Ana Isabel Rodríguez Vargas, José A. Román Ivorra, Montserrat Romera Baurés, Susana Romero Yuste, Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa, María Rusiñol Badals, Raimon Sanmartí Sala, Francisca Sivera Mascaró y Lidia Valencia Muntalà.

Entidades participantes

abbvie
AMGEN
Asacpharma
AstraZeneca
Biogen
BLISSCARE
Boehringer Ingelheim
Bristol Myers Squibb
FRESENIUS KABI caring for life
Galápagos
Gebro Pharma
Gedeon Richter
GSK
janssen
KERN PHARMA Biologics
Lilly
medimaps group
GRUPO MENARINI www.menarini.es
MSD
NORDIC PHARMA
NOVARTIS
Otsuka
Pfizer
Roche
Rubió
sanofi
STADA
Theramex For Bone, For Health
ucb
CSL Vifor

Sociedad Española de Reumatología

Programa resumen

XLIX Congreso Nacional de la SER

• Sevilla •

9-12 | 05 | 23

Sociedad Española de Reumatología

Martes 9 de mayo

	PLANTA -1	PLANTA 1
	AUDITORIO MANUEL FIGUEROA	SALA PARÍS 1
09.00-15.00		CURSO POSTAVANZADO DE ECOGRAFÍA 2023
16.00-19.50	JORNADA DE ACTUALIZACIÓN	

Miércoles 10 de mayo

	PLANTA -1		PLANTA 1	
	AUDITORIO MANUEL FIGUEROA	TEATRO DE INNOVACIÓN	AUDITORIO 2	AUDITORIO 3
08.00-09.00		SESIÓN PIPELINE UCB (LAB). LA INNOVACIÓN QUE NOS IMPULSA. CÓMO PROFUNDIZAR EN LA MEDICINA MOLECULAR HA AYUDADO A UCB EN SU DESARROLLO	CAFÉ CON EL EXPERTO. CONSEJO GESTACIONAL	CAFÉ CON EL EXPERTO. UVEÍTIS REFRACTARIA
09.00-09.50	SIMPOSIO SATÉLITE UCB-AMGEN (LAB). EVENITY®: MISIÓN CUMPLIDA			
10.05-11.05	MESA INVESTIGACIÓN BÁSICA	FÓRMATE CON GEAPSOSER. NO TODO ES ARTRITIS PSORIÁSICA	MESA. LO QUE SE AVECINA EN LA AUTOINFLAMACIÓN	CÓMO TRATAR. LAS FORMAS PRECOCES DE LA AR Y LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS SECUNDARIAS A INHIBIDORES DE CHECKPOINTS
11.05-12.00	EXPOSICIÓN DE *POSTERS*, ESCAPE REUM Y PAUSA CAFÉ	GAMIFICACIÓN. ESCAPE REUM: PRESENTACIÓN		
12.00-13.30	MESA. VASCULITIS	TRAÉME TU CASO. ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA SESIÓN PIPELINE BMS (LAB). A LA VANGUARDIA EN INMUNOLOGÍA		MESA. TRES FORMAS DIFERENTES DE TRATAR LA ARTROSIS
13.35-14.35	MESA. ESCLEROSIS SISTÉMICA Y MIOPATÍAS INFLAMATORIAS	FÓRMATE CON SERPA. LA TELEMEDICINA Y SU APLICACIÓN EN LA REUMATOLOGÍA		MESA. FIBROMIALGIA
13.35-15.35	ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)		SIMPOSIO SATÉLITE GALAPAGOS (LAB). ¡JAK: DEFINIENDO EL MOMENTO DE ACTUAR	ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)
15.35-17.05	MESA. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	GAMIFICACIÓN. REUMAPALABRA		MESA. ARTRITIS PSORIÁSICA
17.10-18.00				
18.10-19.00	CÓCTEL DE BIENVENIDA		SIMPOSIO SATÉLITE LILLY (LAB). TRASLADANDO LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA VIDA REAL EN REUMATOLOGÍA	
19.00	ACTO DE INAUGURACIÓN			

Sociedad Española de Reumatología
XLIX Congreso Nacional de la SER • Sevilla • 9-12 | 05 | 23

Miércoles 10 de mayo

PLANTA 1					
SALA MADRID	SALA BRUSELAS 1	SALA BRUSELAS 2	SALA PARÍS 1	SALA PARÍS 2	SALA PARÍS 3
	GRUPO DE TRABAJO EASSER	GRUPO DE INTERÉS JOVREUM		GRUPO DE TRABAJO OSTEORESSER	GRUPO DE TRABAJO RBE
EXPOSICIÓN DE *POSTERS*, ESCAPE REUM Y PAUSA CAFÉ					
	TERTULIA. DESAFÍOS DE LA GESTIÓN EN LA REUMATOLOGÍA	TALLER RADIOLOGÍA			
ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)					
SIMPOSIO SATÉLITE ASTRAZENECA (LAB). ESCRIBIENDO UN NUEVO CAPÍTULO EN LA HISTORIA DEL LES			TALLER CRISTALES		

Jueves 11 de mayo

	PLANTA -1		PLANTA 1	
	AUDITORIO MANUEL FIGUEROA	TEATRO DE INNOVACIÓN	AUDITORIO 2	AUDITORIO 3
08.00-09.00		FÓRMATE CON OSTEORESSER. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS FRACTURAS EN LA AR	CAFÉ CON EL EXPERTO. COMPLICACIONES REUMATOLÓGICAS GRAVES EN LA UCI	CAFÉ CON EL EXPERTO. HIPERTENSIÓN PULMONAR
09.00-09.50			SIMPOSIO SATÉLITE GSK (LAB). EL FUTURO EMPIEZA HOY: SEGURIDAD EN CADA PASO: ¡PROTÉGELES! - GEPA EN EL PACIENTE GRAVE: ¿ES POSIBLE LLEGAR ANTES?	
10.05-11.05	MESA. ECOGRAFÍA: LA TÉCNICA AL SERVICIO DEL MEJOR MANEJO DE NUESTROS PACIENTES	FÓRMATE CON GRESSER. ARTICULACIÓN SACROILÍACA: DESDE LA ANATOMÍA HASTA LA PATOLOGÍA	MESA. COMUNICACIONES ORALES I	CÓMO TRATAR. LAS VASCULITIS REFRACTARIAS Y LA SARCOIDOSIS
11.05-12.00	EXPOSICIÓN DE *POSTERS* Y PAUSA CAFÉ			
12.00-13.30	MESA. SJÖGREN	TRÁEME TU CASO. ESPONDILOARTRITIS SESIÓN PIPELINE ABBVIE (LAB). ABBVIE EN INMUNOLOGÍA: INNOVANDO JUNTOS PARA MAÑANA	MESA. ENFERMERÍA 2023, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR	MESA. REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
13.35-14.35	CONFERENCIA MAGISTRAL. PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA PERSONALIZADA EN REUMATOLOGÍA			
13.35-15.35	ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)		SIMPOSIO SATÉLITE BOEHRINGER INGELHEIM (LAB). PROGRESANDO EN EL CONOCIMIENTO DE LA EPI ASOCIADA A EAS	ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)
15.35-17.05	MÁS ALLÁ DEL LINFOCITO. PAPEL DE LAS CÉLULAS DE ESTIRPE MIELOIDE EN LA PATOGENIA DE LA AR	FÓRMATE CON GEFISER. QUÉ HACER CON LA FIBROMIALGIA SESIÓN PIPELINE JANSSEN (LAB). PRESENTE Y FUTURO EN REUMATOLOGÍA, JANSSEN		MESA. ARTROPATÍAS MICROCRISTALINAS
17.10-18.00			SIMPOSIO SATÉLITE ABBVIE (LAB). RETOS CLÍNICOS DEL REUMATÓLOG@ EN EL MANEJO DE LA AR, APS Y ESPAAX	
18.10-19.00				SIMPOSIO SATÉLITE JANSSEN (LAB). ROMPIENDO LO ESTABLECIDO EN ARTRITIS PSORIÁSICA
18.30	PRIMERA CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE LA SER			
19.00	SEGUNDA CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE LA SER			

Sociedad Española de Reumatología
XLIX Congreso Nacional de la SER • Sevilla • 9-12 | 05 | 23

Jueves 11 de mayo

PLANTA 1					
SALA MADRID	SALA BRUSELAS 1	SALA BRUSELAS 2	SALA PARÍS 1	SALA PARÍS 2	AULA LILLY
GRUPO DE TRABAJO ARTROSER	GRUPO DE TRABAJO GEFISER	GRUPO DE TRABAJO GTESER	GRUPO DE TRABAJO ERNA-SER	GRUPO DE TRABAJO UVEÍTIS	GRUPO DE INTERÉS SENIORSER
MESA SER-BMS. AR-EPID UNA SUBPOBLACIÓN DE ALTO RIESGO	TERTULIA. UN AÑO EN LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FER				
EXPOSICIÓN DE *POSTERS* Y PAUSA CAFÉ					
MESA SER-GSK. DESAFÍOS EN LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE AUTOINMUNE	TERTULIA. SER PRESENCIAL VS SER VIRTUAL				
ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)					
MESA SER-AMGEN. MANEJO DEL PACIENTE PSORIÁSICO: ¿LAS COMORBILIDADES CARDIOMETABÓLICAS DEBERÍAN INTEGRARSE MÁS EN NUESTRA TOMA DE DECISIONES?		TALLER. CAPILAROSCOPIA		PRESENTACIÓN DE NOVEDADES DEL PORTAL TYR BMS	

Viernes 12 de mayo

	PLANTA -1		PLANTA 1	
	AUDITORIO MANUEL FIGUEROA	TEATRO DE INNOVACIÓN	AUDITORIO 2	AUDITORIO 3
08.00-09.00		FÓRMATE CON EASSER. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA MUSCULOESQUELÉTICA EN EL LES MEDIANTE TÉCNICAS DE IMAGEN	CAFÉ CON EL EXPERTO. ÚLCERAS DIGITALES COMPLEJAS	CAFÉ CON EL EXPERTO. VACUNAS EN EL ENFERMO REUMÁTICO
09.00-09.50	SIMPOSIO SATÉLITE PFIZER (LAB). XELJANZ: UN PRESENTE INNOVADOR BASADO EN LA EXPERIENCIA			
10.05-11.05	MESA. RECOMENDACIONES SER	GAMIFICACIÓN. REUMATRIVIAL	MESA. COMUNICACIONES ORALES II	CÓMO TRATAR. LOS DIFERENTES FENOTIPOS DE LA ARTROSIS Y LA OSTEOPOROSIS EN SITUACIONES ESPECIALES
11.05-12.00	EXPOSICIÓN DE *POSTERS*, ESCAPE REUM Y PAUSA CAFÉ	11.50-12.00: GAMIFICACIÓN. ESCAPE REUM: FINAL		
12.00-13.30	MESA. ARTRITIS REUMATOIDE II. TRATAMIENTO	TRAÉME TU CASO. VASCULITIS SESIÓN PIPELINE LILLY (LAB). EL COMPROMISO DE LILLY CON LA REUMATOLOGÍA: AVANZANDO HACIA LA RESOLUCIÓN INMUNE		MESA. LA MÉDULA ÓSEA Y EL SISTEMA CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS
13.35-14.35	CONFERENCIA MAGISTRAL. LO MEJOR DEL AÑO EN INVESTIGACIÓN BÁSICA Y CLÍNICA			
13.35-15.35	ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)			
15.35-17.05	MESA. ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ASPECTOS RELEVANTES RELACIONADOS CON SU TRATAMIENTO			MESA. IMAGEN

Sociedad Española de Reumatología
XLIX Congreso Nacional de la SER • Sevilla • 9-12 | 05 | 23

Viernes 12 de mayo

PLANTA 1					
SALA MADRID	SALA BRUSELAS 1	SALA BRUSELAS 2	SALA PARÍS 1	SALA PARÍS 2	SALA PARÍS 3
	GRUPO DE TRABAJO GRESSER	GRUPO DE TRABAJO ECOSER	GRUPO DE INTERÉS SERPA	GRUPO DE TRABAJO GEACSER	GRUPO DE TRABAJO GEAPSOSER
MESA SER-ASTRAZENECA. VITALES, APOSTANDO POR LA SIMPLIFICACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN EN EL LES	TERTULIA. RELACIÓN MULTIDISCIPLINAR DE NEUMOPATÍAS EN LAS IMID				
EXPOSICIÓN DE *POSTERS*, ESCAPE REUM Y PAUSA CAFÉ					
MESA. NUEVAS RECOMENDACIONES EN ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL		TALLER. TRATAMIENTO DE REUMATISMO DE PARTES BLANDAS			
ALMUERZO DE TRABAJO (PLANTA -1)					
MESA SER-BLISSCARE. UPDATE EN MEDICINA REGENERATIVA APLICADA A LA REUMATOLOGÍA		TALLER. BIOPSIA SINOVIAL	TALLER. CRISTALES		

Sociedad Española de Reumatología

Martes 9 de mayo

programa científico

XLIX Congreso Nacional de la SER
• Sevilla •
9-12 | 05 | 23

MARTES 9 DE MAYO

09.00-15.00 CURSO POSTAVANZADO DE ECOGRAFÍA 2023 SALA PARÍS 1
Se requiere inscripción previa

16.00-19.50 JORNADA DE ACTUALIZACIÓN* AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

16.00-17.40 PRIMERA PARTE

Moderadoras: **Concepción Delgado Beltrán**
Reumatóloga. Zaragoza
Marta Llanes Gómez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

- 16.00-16.20 Espondiloartritis axial no radiográfica
  Mª José Moreno Martínez
  Servicio de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia
- 16.20-16.40 Tratamientos locales de la artrosis
  Natividad Oreiro Villar
  Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña
- 16.40-17.00 Vitamina D y autoinmunidad
  Tarek Carlos Salman Monte
  Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona
- 17.00-17.20 Utilidad de los marcadores de remodelado óseo
  Luis Arboleya Rodríguez
  Servicio de Reumatología. Clínica de Reumatología y tratamiento del dolor. Oviedo, Asturias
- 17.20-17.40 Discusión

17.40-18.10 PAUSA CAFÉ

18.10-19.50 SEGUNDA PARTE

Moderadoras: **Daniela Decán Bardasz**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Trinidad Pérez Sandoval
Práctica privada. León

- 18.10-18.30 Los 1.001 usos del rituximab fuera de indicación
  Francisco Javier Narváez García
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona
- 18.30-18.50 Pancitopenia en el lupus
  María Galindo Izquierdo
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
- 18.50-19.10 Manejo de las serositis
  Adela Gallego Flores
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Badajoz
- 19.10-19.30 Enfermedad de Behçet
  Elvira Díez Álvarez
  Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León
- 19.30-19.50 Discusión

*** Jornada con inscripción adicional previa**

Sociedad Española de Reumatología

Miércoles 10 de mayo

programa científico

XLIX Congreso Nacional de la SER

• Sevilla •

9-12 | 05 | 23

MIÉRCOLES 10 DE MAYO

08.00-09.00 CAFÉS CON EL EXPERTO, REUNIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO Y DE ESPECIAL INTERÉS DE LA SER Y SESIÓN PIPELINE

08.00-09.00 CAFÉ CON EL EXPERTO. UVEÍTIS REFRACTARIA AUDITORIO 3
Moderadora: Emma Beltrán Catalán
Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona
Ponente: Olga Maíz Alonso
Servicio de Reumatología. Unidad de Inflamación Ocular. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa

08.00-09.00 CAFÉ CON EL EXPERTO. CONSEJO GESTACIONAL AUDITORIO 2
Moderadora: Paloma Vela Casasempere
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis
Ponente: Berta Paula Magallares López
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO EASSER SALA BRUSELAS 1

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO OSTEORESSER SALA PARÍS 2

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO RBE SALA PARÍS 3

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE ESPECIAL INTERÉS JOVREUM SALA BRUSELAS 2

08.30-09.00 SESIÓN PIPELINE UCB (LAB). LA INNOVACIÓN QUE NOS IMPULSA. CÓMO PROFUNDIZAR EN LA MEDICINA MOLECULAR HA AYUDADO A UCB EN SU DESARROLLO TEATRO DE INNOVACIÓN
Moderador: Marcos Paulino Huertas
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real
Ponente: Carlos Feced Olmos
Medical Strategy Lead de Reumatología. UCB

09.00-09.50 SIMPOSIO SATÉLITE UCB-AMGEN (LAB). EVENITY®: MISIÓN CUMPLIDA AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

10.05-11.05 MESAS, CÓMO TRATAR Y FÓRMATE CON...

10.05-11.05 MESA. INVESTIGACIÓN BÁSICA AUDITORIO MANUEL FIGUEROA
Coordinador: José Luis Pablos Álvarez
Moderadores: Rafael Cáliz Cáliz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
José Luis Pablos Álvarez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

10.05-10.20 Envejecimiento celular y enfermedad inflamatoria
Francisco Javier Blanco García
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

10.20-10.35 Biomarcadores pronósticos y terapéuticos en las artritis crónicas
Juan D. Cañete Crespillo
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

10.35-10.50 Metabolismo y enfermedad inflamatoria
Mónica Gumá Uriel
Servicio de Reumatología. University of California. San Diego, EE.UU.

10.50-11.05 Discusión

10.05-11.05 MESA. LO QUE SE AVECINA EN LA AUTOINFLAMACIÓN AUDITORIO 2
Coordinadora: Alina Boteanu
Moderadoras: Alina Boteanu
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
Isabel García Hernández
Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Badajoz

10.05-10.20 Síndromes autoinflamatorios, un campo en expansión
Berta López Montesinos
Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

10.20-10.35 Policondritis recidivante. Cuándo sospechar un síndrome autoinflamatorio
Juan Ignacio Aróstegui Gorospe
Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

10.35-10.50 Dificultades en el diagnóstico y tratamiento de la osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR)
Eugenia Enríquez Merayo
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

10.50-11.05 Discusión

10.05-11.05 CÓMO TRATAR. LAS FORMAS PRECOCES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS SECUNDARIAS A INHIBIDORES DE *CHECKPOINTS* AUDITORIO 3
Moderadores: Dolores Mendoza Mendoza
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Raimon Sanmartí Sala
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

10.05-10.35 Las formas precoces de la artritis reumatoide
Ana Ortiz García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

10.35-11.05 Las enfermedades reumáticas secundarias a inhibidores de *checkpoints*
José A. Gómez Puerta
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

10.05-11.05 FÓRMATE CON GEAPSOSER. NO TODO ES ARTRITIS PSORIÁSICA TEATRO DE INNOVACIÓN
Moderador: Carlos García Porrúa
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo
Ponente: Carlos Montilla Morales
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca

11.05-12.00 EXPOSICIÓN DE *POSTERS*, ESCAPE REUM Y PAUSA CAFÉ

11.05-11.15 GAMIFICACIÓN. ESCAPE REUM: PRESENTACIÓN TEATRO DE INNOVACIÓN
Diego Benavent Núñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

11.05-12.00 EXPOSICIÓN DE *POSTERS* Y PAUSA CAFÉ

12.00-13.30 MESAS, TERTULIA, TRÁEME TU CASO Y SESIÓN PIPELINE

12.00-13.30 MESA. VASCULITIS AUDITORIO MANUEL FIGUEROA
Coordinador: **Ricardo Blanco Alonso**
Moderadores: **Ricardo Blanco Alonso**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria
Julio García Feito
Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

- **12.00-12.20** Nuevos criterios de clasificación EULAR/ACR 2021 en vasculitis ANCA
  Rafaela Ortega Castro
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- **12.20-12.27** Presentación oral de trabajo seleccionado. La vasculitis IgA y la nefropatía IgA: una misma patología respecto a los genes CD40, BLK y BANK1
  Verónica Pulito Cueto
  Fundación Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria
- **12.27-12.47** Vasculitis de gran vaso: ecografía en diagnóstico, extensión, seguimiento y remisión
  Irene Monjo Henry
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid
- **12.47-12.54** Presentación oral de trabajo seleccionado. Epidemiology and predictors of relapse in giant cell arteritis: results of the ARTESER register
  Francisco Javier Narváez García
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona
- **12.54-13.14** Nuevos tratamientos en viejas complicaciones: afectación visual en ACG
  Javier Loricera García
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria
- **13.14-13.30** Discusión

12.00-13.30 MESA. TRES FORMAS DIFERENTES DE TRATAR LA ARTROSIS AUDITORIO 3
Coordinador: **Francisco Javier Blanco García**
Moderadores: **Isabel Añón Oñate**
Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén
Francisco Javier Blanco García
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

- **12.00-12.20** Fármacos senolíticos para la artrosis
  Beatriz Caramés Pérez
  Unidad de Biología del Cartílago. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña
- **12.20-12.27** Presentación oral de trabajo seleccionado. Niveles circulantes de MIR-140 como biomarcador de la disminución del riesgo de incidencia de artrosis de rodilla: datos de la cohorte osteoarthritis initiative
  María del Carmen de Andrés González
  Unidad de Epigenética. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña
- **12.27-12.47** Montelukast para tratar la artrosis de manos
  Jordi Monfort Faure
  Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona
- **12.47-12.54** Presentación oral de trabajo seleccionado. Desarrollo y validación de modelos pronósticos basados en nuevos biomarcadores proteicos para la predicción de la incidencia de artrosis radiográfica de rodilla
  Rocío Paz González
  Unidad de Proteómica. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña
- **12.54-13.14** Embolización arterial para tratar la artrosis
  José Urbano García
  Sección de Radiología Vascular e Intervencionista. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
- **13.14-13.30** Discusión

12.00-13.00 TERTULIA. DESAFÍOS DE LA GESTIÓN EN LA REUMATOLOGÍA SALA BRUSELAS 1
José Javier Pérez Venegas
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

12.00-13.00 TRAÉME TU CASO. ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA TEATRO DE INNOVACIÓN
Moderador: José Luis Andréu Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid
Ponente: Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

13.00-13.30 SESIÓN PIPELINE BMS (LAB). BMS A LA VANGUARDIA EN INMUNOLOGÍA TEATRO DE INNOVACIÓN
Moderador: Iván Castellví Barranco
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
Ponente: Raúl Castellanos Moreira
Departamento Médico. BMS

13.35-14.35 MESAS, TALLER Y FÓRMATE CON...

13.35-14.35 MESA. ESCLEROSIS SISTÉMICA Y MIOPATÍAS INFLAMATORIAS AUDITORIO MANUEL FIGUEROA
Coordinador: **Ernesto Trallero Araguás**
Moderadores: **Manuel Maqueda López**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva
Ernesto Trallero Araguás
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

- **13.35-14.00** Abordaje de la enfermedad pulmonar intersticial en la esclerosis sistémica en la era de los antifibróticos
  Iván Castellví Barranco
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

14.00-14.25 Desafíos en el diagnóstico y tratamiento de las miositis
Albert Selva O'Callaghan
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

14.25-14.35 Discusión

13.35-14.35 MESA. FIBROMIALGIA AUDITORIO 3

Coordinadora: **Miriam Almirall Bernabé**
Moderadoras: **Miriam Almirall Bernabé**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona
María José Pérez Galán
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

13.35-14.00 **Terapia multicomponente en fibromialgia basada en educación en neurociencia del dolor**
Mayte Serrat López
Unidad Especializada en Síndromes de Sensibilización Central. Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

14.00-14.25 **Cómo medir la gravedad de la fibromialgia**
Loreto Carmona Ortells
Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid

14.25-14.35 Discusión

13.35-14.35 TALLER. RADIOLOGÍA SALA BRUSELAS 2

Jesús Sanz Sanz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

13.35-14.35 FÓRMATE CON SERPA. LA TELEMEDICINA Y SU APLICACIÓN EN LA REUMATOLOGÍA TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderadora: Beatriz Yoldi Muñoz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Dexeus - Grupo Quirónsalud. Barcelona
Ponente: José de la Mata Llord
Servicio de Reumatología. Instituto de Salud Osteoarticular ARI. Madrid

13.35-15.35 ALMUERZO DE TRABAJO PLANTA -1

14.35-15.35 SIMPOSIO SATÉLITE GALAPAGOS (LAB). ¡JAK: DEFINIENDO EL MOMENTO DE ACTUAR AUDITORIO 2

15.35-17.05 MESAS, TALLER Y REUMAPALABRA

15.35-17.05 MESA. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Coordinador: **Antonio Fernández Nebro**
Moderadores: **Antonio Fernández Nebro**
Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga
Virginia Moreira Navarrete
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

15.35-16.00 Mejorando la precisión del tratamiento de la nefritis lúpica
José A. Román Ivorra
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

16.00-16.21 Presentaciones orales de trabajos seleccionados

16.00-16.07 El sistema del complemento en el lupus eritematoso sistémico: análisis de las tres vías en una amplia cohorte de pacientes
María García González
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

16.07-16.14 Propuestas de definición de paciente moderado y paciente grave en el lupus eritematoso sistémico. Impacto sobre los brotes y otros desenlaces
Sara García Pérez
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

16.14-16.21 Cambios en las causas y predictores de mortalidad en lupus eritematoso sistémico en España a lo largo de las últimas décadas: datos del Registro RELESSER
Clara Moriano Morales
Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León

16.21-16.46 Definiendo el estado de baja actividad de la enfermedad en el lupus
José Mª Pego Reigosa
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

16.46-17.05 Discusión

15.35-17.05 MESA. ARTRITIS PSORIÁSICA AUDITORIO 3

Coordinador: **Rubén Queiro Silva**
Moderadores: **Rafael Ariza Ariza**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Rubén Queiro Silva
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

15.35-16.00 **Tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET-TC) con proteína de activación de fibroblastos (PAF) para evaluar el daño articular inflamatorio en pacientes con artritis psoriásica**
Andreas Ramming
Unidad de Reumatología. University Hospital Erlangen. Alemania

16.00-16.21 **Presentaciones orales de trabajos seleccionados**

16.00-16.07 **Caracterización del proteoma inflamatorio del líquido sinovial de pacientes con artritis psoriásica: potenciales dianas terapéuticas**
Iván Arias de la Rosa
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

16.07-16.14 **Incremento precoz de los niveles de IL17 y el TGF-ß1 en inmunohistoquímica de la membrana sinovial como predictores del uso de biológicos en pacientes con artritis psoriásica y artritis reumatoide**
Karen Samantha Carpio Astudillo
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

16.14-16.21 Relación entre la afectación palmoplantar en la psoriasis y la artritis psoriásica: fenotipo clínico, aspectos radiológicos y necesidades terapéuticas
Martí Aguilar i Coll
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

16.21-16.46 Factores pronósticos de respuesta al tratamiento en la artritis psoriásica
José A. Pinto Tasende
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

16.46-17.05 Discusión

15.35-16.35 TALLER. CRISTALES SALA PARÍS 1
Mariano Andrés Collado
Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis
Eliseo Pascual Gómez
Universidad Miguel Hernández. Alicante
Francisca Sivera Mascaró
Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante

15.35-16.35 GAMIFICACIÓN. REUMAPALABRA TEATRO DE INNOVACIÓN
Diego Benavent Núñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

17.10-18.00 **SIMPOSIO SATÉLITE ASTRAZENECA (LAB). ESCRIBIENDO UN NUEVO CAPÍTULO EN LA HISTORIA DEL LES** SALA MADRID

18.10-19.00 **SIMPOSIO SATÉLITE LILLY (LAB). TRASLADANDO LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA VIDA REAL EN REUMATOLOGÍA** AUDITORIO 2

18.45 **CÓCTEL DE BIENVENIDA**

19.00 **ACTO DE INAUGURACIÓN** AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Bienvenida de autoridades

El papel de Sevilla en la globalización
Manuel Romero Tallafigo
Catedrático Emérito de la Universidad de Sevilla

Sociedad Española de Reumatología

Sociedad Española de Reumatología

Jueves 11 de mayo

programa científico

XLIX Congreso Nacional de la SER

• Sevilla •

9-12 | 05 | 23

JUEVES 11 DE MAYO

08.00-09.00 CAFÉS CON EL EXPERTO, REUNIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO Y DE ESPECIAL INTERÉS DE LA SER Y FÓRMATE CON...

08.00-09.00 CAFÉ CON EL EXPERTO. HIPERTENSIÓN PULMONAR AUDITORIO 3
Moderadora: Patricia Carreira Delgado
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
Ponente: Carlos de la Puente Bujidos
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

08.00-09.00 CAFÉ CON EL EXPERTO. COMPLICACIONES REUMATOLÓGICAS GRAVES EN LA UCI AUDITORIO 2
Moderadora: María Ángeles Aguirre Zamorano
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Ponente: María José Cuadrado Lozano
Servicio de Reumatología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid

08.00-09.00 FÓRMATE CON OSTEORESSER. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS FRACTURAS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE TEATRO DE INNOVACIÓN
Moderadora: Asunción Salmoral Chamizo
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Ponente: Carmen Gómez Vaquero
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ARTROSER SALA MADRID

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ERNA-SER SALA PARÍS 1

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GEFISER SALA BRUSELAS 1

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GTESER SALA BRUSELAS 2

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO UVEÍTIS SALA PARÍS 2

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE ESPECIAL INTERÉS SENIORSER AULA LILLY

09.00-09.50 SIMPOSIO SATÉLITE GSK (LAB). EL FUTURO EMPIEZA HOY: SEGURIDAD EN CADA PASO: ¡PROTÉGELES! - GEPA EN EL PACIENTE GRAVE: ¿ES POSIBLE LLEGAR ANTES? AUDITORIO 2

10.05-11.05 MESAS, CÓMO TRATAR, TERTULIA Y FÓRMATE CON...

10.05-11.05 MESA. ECOGRAFÍA: LA TÉCNICA AL SERVICIO DEL MEJOR MANEJO DE NUESTROS PACIENTES AUDITORIO MANUEL FIGUEROA
Coordinadora: Esperanza Naredo Sánchez
Moderadores: Francisco Gabriel Jiménez Núñez
Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga
Esperanza Naredo Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

10.05-10.20 La ecografía en la "artralgia a riesgo": puesta al día y utilidad clínica
Lucía Mayordomo González
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

10.20-10.35 La ecografía en la enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico: utilidad clínica basada en la evidencia en los diferentes fenotipos de la enfermedad
Georgios Filippou
Departamento de Reumatología. IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio. Milán, Italia

10.35-10.50 Terapia articular eco-guiada: ¿cuán importante es la visión de la aguja y la diana bajo la piel?
Jacqueline Usón Jaeger
Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

10.50-11.05 Discusión

10.05-11.05 MESA. COMUNICACIONES ORALES I AUDITORIO 2
Moderadores: Francisco Javier de Toro Santos
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña
Sergio Rodríguez Montero
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

10.05-10.15 Nailfold capillaroscopy for prediction of novel severe organ involvement and mortality in systemic sclerosis
Cristiana Isabel Sieiro Santos
Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León

10.15-10.25 Progresión de EPID asociada a conectivopatías a 12 y 24 meses según PFR y TACAR en un único centro
Carmen Lucía García Gómez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, Vizcaya

10.25-10.35 ¿Es posible la optimización de dosis de belimumab en pacientes con lupus eritematoso sistémico?: análisis de esta estrategia terapéutica en una amplia cohorte multicéntrica de pacientes, procedentes de servicios de Reumatología españoles
Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

10.35-10.45 Prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal no diagnosticada en pacientes con espondiloartritis. Estudio EISER
Jesús Sanz Sanz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

10.45-10.55 Enfermedades autoinflamatorias en pacientes adultos. Registro del norte de España
Eztizen Labrador Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja

10.55-11.05 Enfermedad relacionada con IgG4: rendimiento de los distintos criterios en una cohorte de vida real
Pablo Martínez Calabuig
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia

10.05-11.05 MESA SER-BMS. AR-EPID UNA SUBPOBLACIÓN DE ALTO RIESGO SALA MADRID

Moderadores: **Belén Atienza Mateo**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria
Francisco Javier Narváez García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

10.05-10.25 **Prevalencia, caracterización y utilización de recursos de la AR-EPID en España: estudio RA-WILD**
Diego Benavent Núñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

10.25-10.45 **Estilo de vida, factores clínicos y causa específica de muerte relacionada con la AR-EPID**
Jeffrey A. Sparks
División de Reumatología, Inflamación e Inmunidad. Brigham and Women's Hospital. Boston, Massachusetts, EE.UU.

10.45-11.05 **Discusión**

10.05-11.05 CÓMO TRATAR. LAS VASCULITIS REFRACTARIAS Y LA SARCOIDOSIS AUDITORIO 3

Moderadores: **Rosa María García Portales**
Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga
Alejandro Olivé Marqués
Práctica privada. Barcelona

10.05-10.35 **Las vasculitis refractarias**
Víctor M. Martínez Taboada
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria

10.35-11.05 **La sarcoidosis**
María García González
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

10.05-11.05 TERTULIA. UN AÑO EN LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FER SALA BRUSELAS 1
Federico Díaz González
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

10.05-11.05 FÓRMATE CON GRESSER. ARTICULACIÓN SACROILÍACA: DESDE LA ANATOMÍA HASTA LA PATOLOGÍA TEATRO DE INNOVACIÓN
Moderador: Manuel Moreno Ramos
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
Ponente: Luis Francisco Linares Ferrando
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

11.05-12.00 EXPOSICIÓN DE *POSTERS* Y PAUSA CAFÉ

12.00-13.30 MESAS, TERTULIA, TRÁEME TU CASO Y SESIÓN PIPELINE

12.00-13.30 MESA. SJÖGREN AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Coordinadora: **Beatriz Rodríguez Lozano**
Moderadoras: **Paloma Muñoz Reinoso**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Beatriz Rodríguez Lozano
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

12.00-12.20 **¿La presencia de marcadores serológicos del síndrome de Sjögren afecta a la expresión y severidad de las manifestaciones clínicas?**
Sheila Melchor Díaz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

12.20-12.27 **Presentación oral de trabajo seleccionado. El análisis del proteoma inflamatorio en síndrome de Sjögren identifica nuevos biomarcadores y subgrupos clínicos relevantes**
José Miguel Sequí Sabater
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

12.27-12.34 **Presentación oral de trabajo seleccionado. Registro SJÖGRENSER: evaluación prospectiva de una cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren primario tras 8 años de seguimiento**
Mónica Fernández Castro
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

12.34-12.54 **¿Qué se espera del análisis automatizado mediante inteligencia artificial aplicado a la lectura histopatológica en el síndrome de Sjögren primario?**
Marcial García Rojo
Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz

12.54-13.14 **NeuroSjögren: ¿hacemos un infradiagnóstico del mismo? Valoración clínica y opciones terapéuticas**
Mónica Fernández Castro
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

13.14-13.30 **Discusión**

12.00-13.30 MESA. REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA AUDITORIO 3

Coordinadora: **Mª Carmen Vargas Lebrón**
Moderadores: **Federico Navarro Sarabia**
Servicio de Reumatología. Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón. Sevilla
Mª Carmen Vargas Lebrón
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sagrado Corazón, Sevilla

12.00-12.25 **Actualización en el diagnóstico, clínica y manejo terapéutico de la dermatomiositis juvenil**
Estíbaliz Iglesias Jiménez
Sección de Reumatología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

12.25-12.46 **Presentaciones orales de trabajos seleccionados**

12.25-12.32 **Evolución clínica de la artritis idiopática juvenil tras la trasferencia a la consulta de adultos en una unidad de transición**
Andrea Montserrat Zacarías Crovato
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

12.32-12.39 **Patrón de uso y seguridad de los biosimilares en pacientes adultos con diagnóstico de artritis idiopática juvenil. Resultados del Biobadaser**
Juan José Bethencourt Baute
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

12.39-12.46 **Seguridad a largo plazo de los tratamientos biológicos vs sintéticos convencionales en pacientes con artritis idiopática juvenil sistémica**
Ana Isabel Rebollo Giménez
IRCCS Istituto Giannina Gaslini, U.O.C. Clínica de Pediatría y Reumatología. Génova, Italia

12.46-13.11 **Actualización en el diagnóstico, clínica y tratamiento de la artritis idiopática juvenil**
Juan José Bethencourt Baute
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

13.11-13.30 **Discusión**

12.00-13.30 MESA. ENFERMERÍA 2023, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR AUDITORIO 2

Coordinador: **José Mª Martín Martín**

Moderadores: **Carmen Domínguez Quesada**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
José Mª Martín Martín
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

12.00-12.20 **Aspectos sociales en la consulta de Enfermería: recursos de discapacidad, tribunales médicos y ayudas**
Fernando David Cortés Díaz
Unidad de Psicología. Asociación Inserta Innovación. Málaga

12.20-12.27 **Presentación oral de trabajo seleccionado. Impacto de la intervención combinada con Enfermería especializada reumatológica en el abordaje de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con gota**
José Antonio Ángel Sesmero
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

12.27-12.47 **Tratamiento no farmacológico del dolor desde la consulta de Enfermería para pacientes con enfermedades reumáticas**
Silvia García Díaz
Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona

12.47-12.54 **Presentación oral de trabajo seleccionado. Prevalencia de sarcopenia en mujeres mayores de 65 años con artritis reumatoide: análisis comparativo de dos estrategias de evaluación**
Lidia Valencia Muntalà
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

12.54-13.14 **Pie reumático. Cuidados del pie en pacientes con patología reumática. Consejos desde la consulta de Enfermería**
Jonatan García Campos
Unidad de Podología. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante

13.14-13.30 **Discusión**

12.00-13.00 MESA SER-GSK. DESAFÍOS EN LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE AUTOINMUNE SALA MADRID

Moderadores: **Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria
Vicenç Torrente Segarra
Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal de Vilafranca del Penedès. Barcelona

12.00-12.15 **Estrategias de abordaje en los pacientes con LES**
Fred Antón Pagés
Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Segovia

12.15-12.30 **GEPA: ¿y la seguridad a largo plazo?**
Patricia Moya Alvarado
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

12.30-12.45 **Vacunación en el paciente reumatológico**
Mª Pilar Arrazola Martínez
Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

12.45-13.00 **Discusión**

12.00-13.00 TERTULIA. SER PRESENCIAL *VS* SER VIRTUAL SALA BRUSELAS 1

Marcos Paulino Huertas
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

12.00-13.00 TRÁEME TU CASO. ESPONDILOARTRITIS TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderadora: María Fernández Alba
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ponente: Raquel Almodóvar González
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

13.00-13.30 SESIÓN PIPELINE ABBVIE (LAB). ABBVIE EN INMUNOLOGÍA: INNOVANDO JUNTOS PARA MAÑANA TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderador: Jesús Sanz Sanz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Ponente: Natalia García Román
AbbVie Associate Medical Director. Immunology Medical Affairs

13.35-14.35 CONFERENCIA MAGISTRAL AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Moderador: José Javier Pérez Venegas
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

13.35-14.20 **Presente y futuro de la medicina personalizada en reumatología**
Ángel Carracedo Álvarez
Fundación Medicina Xenómica. Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela. A Coruña

14.20-14.35 **Preguntas**

13.35-15.35 ALMUERZO DE TRABAJO PLANTA -1

14.35-15.35 SIMPOSIO SATÉLITE BOEHRINGER INGELHEIM (LAB). PROGRESANDO EN EL CONOCIMIENTO DE LA EPI ASOCIADA A EAS AUDITORIO 2

15.35-17.05 MESAS, TALLER, SESIÓN PIPELINE Y FÓRMATE CON...

15.35-17.05 MESA. MÁS ALLÁ DEL LINFOCITO. PAPEL DE LAS CÉLULAS DE ESTIRPE MIELOIDE EN LA PATOGENIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Coordinador: Isidoro González Álvaro

Moderadores: Isidoro González Álvaro
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid
Julia Uceda Montañés
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

- **15.35-16.00** Importancia de las células dendríticas en el origen y progresión de la artritis reumatoide
  Enrique Martín Gayo
  Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid
- **16.00-16.21** Presentaciones orales de trabajos seleccionados
  - **16.00-16.07** La semaforina 3B promueve un fenotipo de resolución de inflamación en macrófagos de pacientes con artritis reumatoide
    Sara Martínez Ramos
    Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo
  - **16.07-16.14** Factores de crecimiento (angiopoyetina-2, VEGFa, VEGFc, VEGFd, EGF, PLGF y HB-EGF) asociados con la arteriosclerosis subclínica en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide
    Anna Pàmies Corts
    Sección de Reumatología. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tarragona
  - **16.14-16.21** Potencial terapéutico de los derivados de la vitamina B3 como agentes antiinflamatorios en artritis reumatoide
    Carlos Pérez Sánchez
    Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- **16.21-16.46** Macrófagos sinoviales, un mundo en expansión
  Stefano Alivernini
  Unidad de Reumatología. Fondazione Policlinico Unniversitario A. Gemelli IRCCS-Università Cattolica del Sacro Cuore. Roma, Italia
- **16.46-17.05** Discusión

15.35-17.05 MESA. ARTROPATÍAS MICROCRISTALINAS AUDITORIO 3

Coordinador: César Díaz Torné

Moderadores: César Díaz Torné
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
Enrique Raya Alvárez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

- **15.35-15.55** Gota y tratamiento reductor de la uricemia: cuándo empezarlo y cómo acabarlo
  Fernando Pérez Ruiz
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya
- **15.55-16.02** Presentación oral de trabajo seleccionado. La hepatoquina RBP4: un vínculo entre las enfermedades metabólicas y la inflamación articular
  Andrés Pazos Pérez
  Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela. Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña
- **16.02-16.22** Cristales de calcio básico y artropatía...¿Qué debemos saber?
  Hang Korng Ea
  Servicio de Reumatología. Hôpital Lariboisière. París, Francia
- **16.22-16.29** Presentación oral de trabajo seleccionado. Avanzando en el conocimiento de la mujer con gota: un estudio transversal de 192.000 pacientes hospitalizados con gota de 2005 a 2015
  Enrique Rodríguez Sosa
  Universidad Miguel Hernández. Elche, Alicante
- **16.29-16.49** La dieta y la gota: ¿realidad o leyenda?
  Lucía Silva Fernández
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma, Illes Balears
- **16.49-17.05** Discusión

15.35-16.35 MESA SER-AMGEN. MANEJO DEL PACIENTE PSORIÁSICO: ¿LAS COMORBILIDADES CARDIOMETABÓLICAS DEBERÍAN INTEGRARSE MÁS EN NUESTRA TOMA DE DECISIONES? SALA MADRID

Moderadoras: Eva Galíndez Agirregoikoa
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, Vizcaya
Beatriz Joven Ibáñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Otubre. Madrid

- **15.35-15.50** Estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad psoriásica
  José Ramón González Juanatey
  Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña
- **15.50-16.05** ¿En qué medida los tratamientos actuales para la artritis psoriásica impactan las comorbilidades cardiometabólicas de nuestros pacientes?
  Nuria Barbarroja Puerto
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- **16.05-16.20** ¿Qué nos dicen las guías sobre cómo deberíamos manejar nuestros pacientes con artritis psoriásica y comorbilidades asociadas a riesgo cardiovascular?
  Rubén Queiro Silva
  Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo
- **16.20-16.35** Discusión

15.35-16.35 TALLER. CAPILAROSCOPIA SALA BRUSELAS 2

Sergi Heredia Martín
Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona

Francisco Javier Toyos Sáenz de Miera
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

15.35-16.35 FÓRMATE CON GEFISER. QUÉ HACER CON LA FIBROMIALGIA TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderador: Josep Blanch i Rubió
Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona

Ponente: Cayetano Alegre de Miquel
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Dexeus - Grupo Quirónsalud. Barcelona

15.35-16.35 PRESENTACIÓN DE NOVEDADES DEL PORTAL TYR BMS SALA PARÍS 2

16.35-17.05 SESIÓN PIPELINE JANSSEN (LAB). PRESENTE Y FUTURO EN REUMATOLOGÍA, JANSSEN TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderador: Manuel Moreno Ramos
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Ponente: Cynthia Novella Rubio
Medical Affairs Therapeutic Area Leader. Janssen

17.10-18.00 SIMPOSIO SATÉLITE ABBVIE (LAB). RETOS CLÍNICOS DEL REUMATÓLOG@ EN EL MANEJO DE LA AR, APS Y ESPAAX AUDITORIO 2

18.10-19.00 SIMPOSIO SATÉLITE JANSSEN (LAB). ROMPIENDO LO ESTABLECIDO EN ARTRITIS PSORIÁSICA AUDITORIO 3

18.30 PRIMERA CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE LA SER
AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

19.00 SEGUNDA CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE LA SER
AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Sociedad Española de Reumatología

Sociedad Española de Reumatología

Viernes 12 de mayo

programa científico

XLIX Congreso Nacional de la SER

• Sevilla •

9-12 | 05 | 23

VIERNES 12 DE MAYO

08.00-09.00 CAFÉS CON EL EXPERTO, REUNIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO Y DE ESPECIAL INTERÉS DE LA SER Y FÓRMATE CON...

08.00-09.00 CAFÉ CON EL EXPERTO. VACUNAS EN EL ENFERMO REUMÁTICO AUDITORIO 3

Moderadora: Hildegarda Godoy Tundidor
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Ponente: Azucena Hernández Sanz
Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Toledo

08.00-09.00 CAFÉ CON EL EXPERTO. ÚLCERAS DIGITALES COMPLEJAS AUDITORIO 2

Moderador: Sergi Heredia Martín
Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona

Ponente: Mercedes Freire González
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

08.00-09.00 FÓRMATE CON EASSER. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA MUSCULOESQUELÉTICA EN EL LES MEDIANTE TÉCNICAS DE IMAGEN TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderador: Jaime Calvo Alén
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria

Ponente: Patricia Corzo García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ECOSER SALA BRUSELAS 2

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GEACSER SALA PARÍS 2

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GEAPSOSER SALA PARÍS 3

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GRESSER SALA BRUSELAS 1

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE ESPECIAL INTERÉS SERPA SALA PARÍS 1

09.00-09.50 SIMPOSIO SATÉLITE PFIZER (LAB). XELJANZ: UN PRESENTE INNOVADOR BASADO EN LA EXPERIENCIA AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

10.05-11.05 MESAS, CÓMO TRATAR, TERTULIA Y REUMATRIVIAL

10.05-11.05 MESA. RECOMENDACIONES SER AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Coordinador: **Federico Díaz González**

Moderadores: **Jerusalem Calvo Gutiérrez**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Federico Díaz González
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

10.05-10.20 Recomendaciones SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con FAME dirigidos en pacientes con artritis reumatoide
Alejandro Balsa Criado
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

10.20-10.35 Actualización del documento de consenso de la SER sobre el uso de terapia biológica y dirigida en la artritis reumatoide
José María Álvaro-Gracia Álvaro
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

10.35-10.50 Recomendaciones SER sobre tratamiento del síndrome de Behçet
Jenaro Graña Gil
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña
Clara Moriano Morales
Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León

10.50-11.05 Discusión

10.05-11.05 MESA. COMUNICACIONES ORALES II AUDITORIO 2

Moderadores: **Raquel Hernández Sánchez**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

José Vicente Moreno Muelas
Servicio de Reumatología. Reumatek. Barcelona

10.05-10.15 Características del tejido sinovial asociadas a factores de mal pronóstico en las artritis inflamatorias
Ana Belén Azuaga Piñango
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

10.15-10.25 Respuesta a la vacunación para SARS-COV2 en pacientes reumáticos y neurológicos tratados con distintas terapias inmunosupresoras
Raquel Ugena García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. Badalona, Barcelona

10.25-10.35 Precisión de los criterios EULAR/ACR 2017 y los criterios basados en anticuerpos específicos de miositis para clasificar a los pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas
Tatiana Cobo Ibáñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

10.35-10.45 Implementation of a hybrid healthcare model in rheumatic musculoskeletal diseases: final results of the Digireuma Study
Diego Benavent Núñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

10.45-10.55 Prevalencia de hidrosadenitis supurativa en pacientes con espondiloartritis axial
Laura Farrán Ortega
Servicio de Reumatología. Hospital de Palamós. Girona

10.55-11.05 *Machine learning* y el modelo *imbalanced machine learning classification* para fármacos biosimilares y actividad en pacientes con enfermedades reumáticas
David Castro Corredor
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

10.05-11.05 MESA SER-ASTRAZENECA. VITALES, APOSTANDO POR LA SIMPLIFICACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SALA MADRID

Moderadoras: **María Galindo Izquierdo**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
Rocío Redondo Rodríguez
Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga

10.05-10.20 **Hacia una visión integral y colaborativa en la atención del paciente de LES**
José Luis Andréu Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

10.20-10.35 **Herramientas de evaluación en el lupus eritematoso sistémico**
Jaime Calvo Alén
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria

10.35-10.50 **Control del lupus eritematoso sistémico: de la teoría a la práctica**
Esther Ruiz Lucea
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, Vizcaya

10.50-11.05 **Discusión**

10.05-11.05 CÓMO TRATAR. LOS DIFERENTES FENOTIPOS DE LA ARTROSIS Y LA OSTEOPOROSIS EN SITUACIONES ESPECIALES AUDITORIO 3

Moderadoras: **Blanca Estela Hernández Cruz**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Montserrat Romera Baurés
Práctica privada. Barcelona

10.05-10.35 **Los diferentes fenotipos de la artrosis**
Joan Calvet Fontova
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

10.35-11.05 **La osteoporosis en situaciones especiales**
Jordi Fiter Aresté
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma, Illes Balears

10.05-11.05 TERTULIA. RELACIÓN MULTIDISCIPLINAR DE NEUMOPATÍAS EN LAS IMID SALA BRUSELAS 1

Moderadora: **Natalia Mena Vázquez**
Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga

Ponentes: **Paloma García de la Peña Lefebvre**
Servicio de Reumatología. Fundación Investigación Inmunes. Madrid
Laura Martínez Martínez
Servicio de Inmunología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
María Molina Molina
Servicio de Neumología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

10.05-11.05 GAMIFICACIÓN. REUMATRIVIAL TEATRO DE INNOVACIÓN
Leticia del Olmo Pérez
Servicio de Reumatología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

11.05-12.00 EXPOSICIÓN DE *POSTERS*, ESCAPE REUM Y PAUSA CAFÉ

11.05-12.00 EXPOSICIÓN DE *POSTERS* Y PAUSA CAFÉ

11.50-12.00 GAMIFICACIÓN. ESCAPE REUM: FINAL TEATRO DE INNOVACIÓN
Diego Benavent Núñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

12.00-13.30 MESAS, TALLER, TRÁEME TU CASO Y SESIÓN PIPELINE

12.00-13.00 MESA. NUEVAS RECOMENDACIONES EN ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL SALA MADRID

Moderadores: **María Aparicio Espinar**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trías i Pujol. Badalona, Barcelona
Manuel Baturone Castillo
Servicio de Reumatología. Centro de Enfermedades del Aparato Locomotor. Sevilla

12.00-12.25 **Actualización en el manejo de la artritis psoriásica: nuevas guías GRAPPA**
Beatriz Joven Ibáñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

12.25-12.50 **Recomendaciones 2022 ASAS-EULAR para el manejo de la espondiloartritis axial**
Clementina López Medina
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

12.50-13.00 **Discusión**

12.00-13.30 MESA. ARTRITIS REUMATOIDE II. TRATAMIENTO AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Coordinador: **Alejandro Balsa Criado**
Moderadores: **Alejandro Balsa Criado**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid
María Luisa Velloso Feijoo
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

12.00-12.25 **Glucocorticoides en la artritis reumatoide: el bueno, el feo y el malo**
Maarten Boers
Departamento de Epidemiología y Data Science. Amsterdam University Medical Centers. Holanda

12.25-12.46 **Presentaciones orales de trabajos seleccionados**

12.25-12.32 Alteraciones del metiloma de ADN como posibles biomarcadores de diagnóstico y pronóstico en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide
Gracia Mª Martín Núñez
Universidad de Málaga. Ibima Plataforma Bionand

12.32-12.39 Las células T helper foliculares circulantes CD4+CXCR5+PD-1hi están elevadas en pacientes con artritis reumatoide y predicen la respuesta al tratamiento con bloqueantes del TNF o abatacept
Mariela del Carmen Uyaguari Morocho
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

12.39-12.46 Artritis reumatoide difícil de tratar: problemas clínicos en las primeras etapas de la enfermedad
Dalifer Dayanira Freites Núñez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

12.46-13.11 Los inhibidores de las JAK en la artritis reumatoide. De los ensayos clínicos a la práctica clínica centrada en el paciente
Peter Taylor
Servicio de Reumatología. University of Oxford. Reino Unido

13.11-13.30 Discusión

12.00-13.30 MESA. LA MÉDULA ÓSEA Y EL SISTEMA CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS AUDITORIO 3

Coordinador: **Enrique Casado Burgos**
Moderadores: **Enrique Casado Burgos**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona
Rodrigo Ramos Morell
Servicio de Reumatología. Hospital Vithas Sevilla

12.00-12.20 Conexiones celulares en el microambiente de la médula ósea
Jesús Delgado Calle
Departamento de Fisiología y Biología Celular. The Winthrop P Rockefeller Cancer Institute. University of Arkansas for Medical Sciences. EE.UU.

12.20-12.27 Presentación oral de trabajo seleccionado. Factores clínicos de osteoporosis relacionados con TBS en práctica clínica
Vanessa Andrea Navarro Ángeles
Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona

12.27-12.47 Osteoporosis y riesgo de fractura en las anemias y otros trastornos hematológicos
Ana Monegal Brancós
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

12.47-12.54 Presentación oral de trabajo seleccionado. Características de la fractura vertebral en una unidad FLS según el método de identificación
Antonio Naranjo Hernández
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

12.54-13.14 Riesgo cardiovascular de los tratamientos para la osteoporosis
Ramón Mazzucchelli Esteban
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

13.14-13.30 Discusión

12.00-13.00 TALLER. TRATAMIENTO DE REUMATISMO DE PARTES BLANDAS SALA BRUSELAS 2

Miguel Ángel Caracuel Ruiz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

12.00-13.00 TRÁEME TU CASO. VASCULITIS TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderadora: Susana Romero Yuste
Servicio de Reumatología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra
Ponente: Alejandro Olivé Marqués
Práctica privada. Barcelona

13.00-13.30 SESIÓN PIPELINE LILLY (LAB). EL COMPROMISO DE LILLY CON LA REUMATOLOGÍA: AVANZANDO HACIA LA RESOLUCIÓN INMUNE TEATRO DE INNOVACIÓN

Moderador: José Luis Andréu Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid
Ponente: Sebastián Moyano Ferrando
Director Médico de Reumatología. Lilly España

13.35-14.35 CONFERENCIA MAGISTRAL. LO MEJOR DEL AÑO EN INVESTIGACIÓN BÁSICA Y CLÍNICA AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Moderadores: **Sagrario Bustabad Reyes**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife
Marcos Paulino Huertas
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

13.35-14.00 Investigación básica
Benjamín Fernández Gutiérrez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

14.00-14.25 Investigación clínica
José Luis Marenco de la Fuente
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

14.25-14.35 Discusión

13.35-15.35 ALMUERZO DE TRABAJO PLANTA -1

15.35-17.05 MESAS Y TALLERES

15.35-17.05 MESA. ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ASPECTOS RELEVANTES RELACIONADOS CON SU TRATAMIENTO AUDITORIO MANUEL FIGUEROA

Coordinadora: **Delia Reina Sanz**
Moderadoras: **Paula Cejas Cáceres**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Delia Reina Sanz
Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona

15.35-16.00 Progresión radiográfica en espondiloartritis axial: ¿hay datos para priorizar el uso de tratamientos biológicos?
Xavier Juanola Roura
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

16.00-16.21 Presentaciones orales de trabajos seleccionados

16.00-16.07 El análisis transcriptómico de células mononucleares de sangre periférica en pacientes con espondiloartritis axial revela módulos de genes co-expresados que se asocian con el daño radiográfico
Laura Cuesta López
Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. Córdoba

16.07-16.14 Prevalencia de sacroilítis y otros diagnósticos en resonancia magnética de articulaciones sacroiliacas: estudio nacional multicéntrico
Raquel Almodóvar González
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

16.14-16.21 The challenge of identifying difficult-to-treat axial spondyloarthritis in clinical practice
Manuel Juárez García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

16.21-16.46 Importancia de las comorbilidades en el tratamiento de los pacientes con espondiloartritis axial
Anna Moltó Revilla
Servicio de Reumatología. Hôpital Cochin. París, Francia

16.46-17.05 Discusión

15.35-17.05 MESA. IMAGEN AUDITORIO 3

Coordinador: Luis Linares Ferrando
Moderadores: Luis Linares Ferrando
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
María José Madrigal Domínguez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

15.35-15.55 ¿Puede ser útil para el reumatólogo la ecografía pulmonar y de glándulas salivales en las enfermedades autoinmunes sistémicas?
Carlos Antonio Guillén Astete
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

15.55-16.02 Presentación oral de trabajo seleccionado. The OMERACT giant cell arteritis ultrasonography score: a potential useful outcome to assess the risk of relapse during follow-up
Juan Molina Collada
Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

16.02-16.22 ¿En qué nos ayudan las pruebas de imagen en el diagnóstico y evaluación de las vasculitis?
Vicente Aldasoro Cáceres
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

16.22-16.29 Presentación oral de trabajo seleccionado. Identificando descriptores ecográficos para la artritis psoriásica juvenil
María Paz Collado Ramos
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid

16.29-16.49 Nuevos avances en las técnicas de imagen en espondiloartritis. ¿Hay algo más que el edema en las sacroiliacas?
José Antonio Narváez García
Sección de Radiología Musculoesquelética. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

16.49-17.05 Discusión

15.35-16.35 MESA SER-BLISSCARE. UPDATE EN MEDICINA REGENERATIVA APLICADA A LA REUMATOLOGÍA SALA MADRID

Moderadores: Juan Muñoz Ortego
Unidad de Medicina Regenerativa. Servicio de Reumatología. Regenera Medical Center y Centro Médico Teknon. Barcelona
Christian Yaroslav Soleto Kharkovskaya
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Francisco de Asís. Madrid.

15.35-15.50 Evidencia científica con tecnología PRP
David Vázquez Corbacho
Servicio de Reumatología. Unidad de Medicina Regenerativa. DL CLINICS. Granollers, Barcelona

15.50-16.05 Evidencia científica con tecnología híbrida
Alejandro San Martín Álvarez
Servicio de Reumatología. Hospital HLA Vistahermosa. Alicante.

16.05-16.20 Evidencia científica con tecnología celular
Ramón Valls García
Servicio de Reumatologia. Hospital de Palamós. Girona

16.20-16.35 Discusión

15.35-16.35 TALLER. BIOPSIA SINOVIAL SALA BRUSELAS 2

Julio Ramírez García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Clínic de Barcelona

15.35-16.35 TALLER. CRISTALES SALA PARÍS 1

Mariano Andrés Collado
Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis

Eliseo Pascual Gómez
Universidad Miguel Hernández. Alicante

Francisca Sivera Mascaró
Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante

21.00 ACTO DE CLAUSURA

Salida de los autobuses desde los hoteles oficiales a las 20.30 horas.

Sociedad Española de Reumatología

Planos congreso

XLIX Congreso Nacional de la SER

• Sevilla •

9-12 | 05 | 23

Plantas del palacio de congresos

PLANTA 1

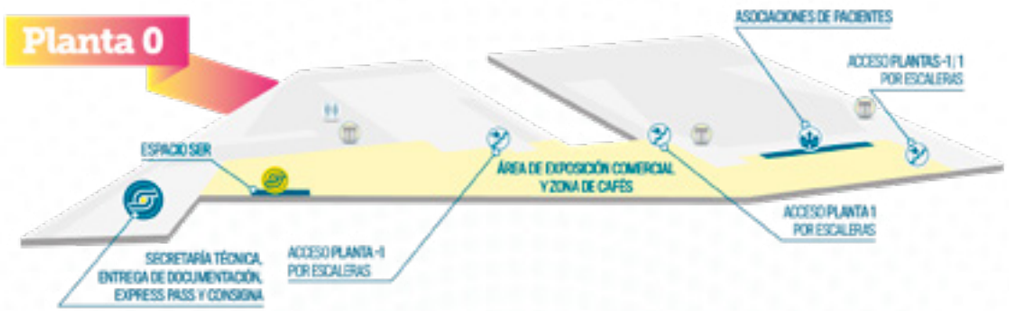
- Auditorio 2
- Auditorio 3
- Sala París 1
- Sala París 2
- Sala París 3
- Sala Bruselas 1
- Sala Bruselas 2
- Sala Madrid
- Aula Lilly
- Sala Unidad de Investigación (UI)
- Área de Ponentes

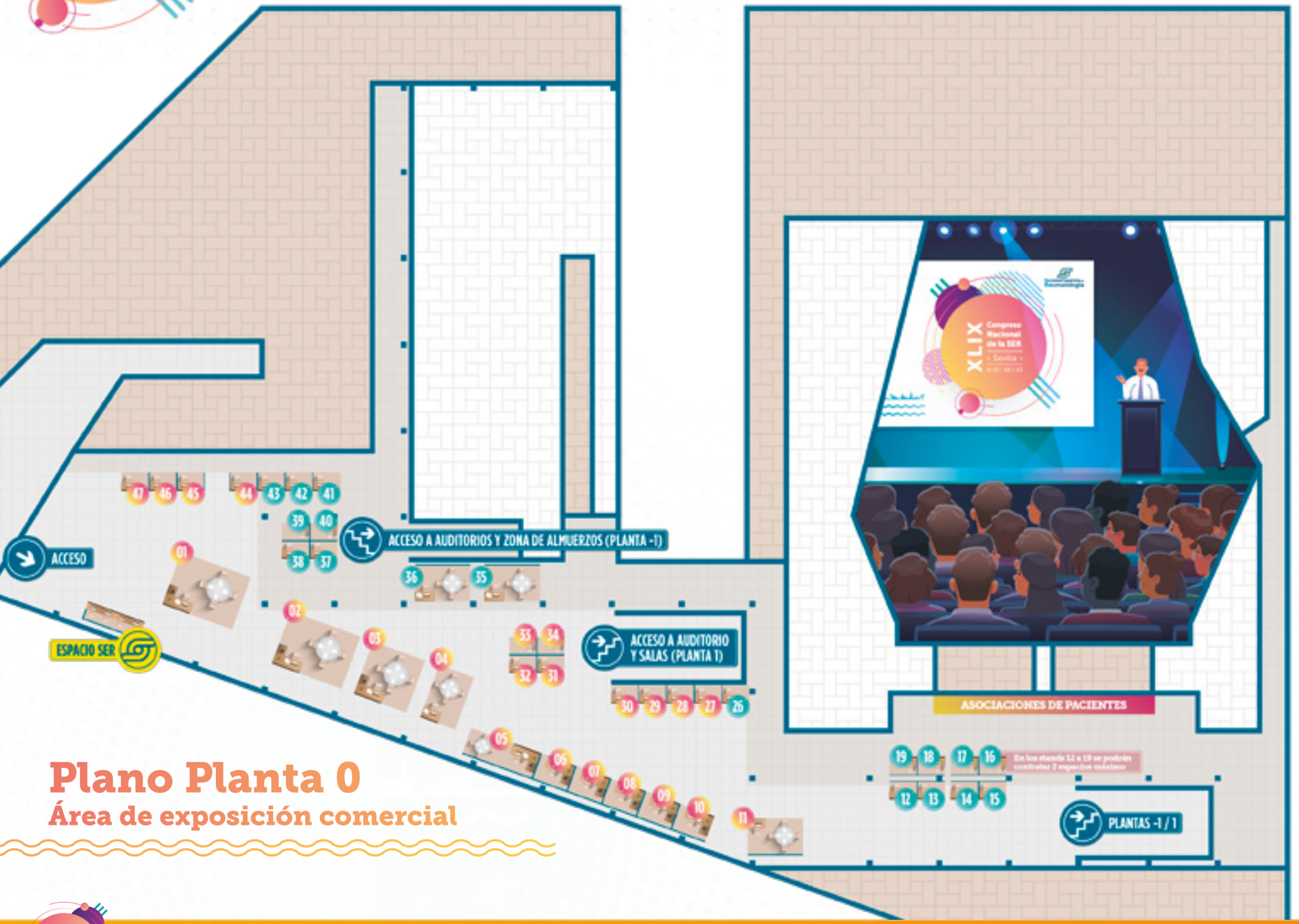
PLANTA 0

- Secretaría Técnica Entrega de Documentación
- *Express Pass* Consigna
- Área de Exposición Comercial
- Espacio SER
- Asociaciones de pacientes
- Zona de cafés

PLANTA -1

- Auditorio Manuel Figueroa
- Teatro de Innovación
- Área de descanso Roche
- Zona de almuerzos
- Zona de *posters*
- Zona de cafés
- Espacio Podcast SER





Plano Planta 0

Área de exposición comercial

Listado Stands

Laboratorio	Número
ABBVIE	2
AMGEN	38+39
ASACPHARMA	44
ASTRAZENECA	5
BIOGEN	42
BLISSCARE	18
BOEHRINGER	29+30
BRISTOL MYERS SQUIBB	37+40
CEEM	19
FRESENIUS KABI	43
GALAPAGOS	6
GEBRO PHARMA	46+47
GEDEON RICHTER	7
GLAXOSMITHKLINE	31+32+33+34
JANSSEN CILAG	3
KERN PHARMA	27
LILLY	1
MEDIMAPS GROUP	13
MERCK SHARP DOHME	8
NORDIC PHARMA	26
NOVARTIS	11
OTSUKA	12
PFIZER	4
RUBIÓ	9
SANOFI AVENTIS	10
STADA	28
THERAMEX	45
UCB	36
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	35
VIFOR PHARMA	41
REUMAFIT (SER)	14+15+16+17

Sociedad Española de Reumatología

Información general

XLIX Congreso Nacional de la SER
• Sevilla •
9-12 | 05 | 23

INFORMACIÓN SESIONES PROGRAMA CIENTÍFICO

CAFÉS CON EL EXPERTO
60 minutos
Encuentros de carácter informal con expertos en las materias que cada una de estas actividades trata. Se celebran a primera hora de la mañana.

REUNIONES DE GRUPOS DE TRABAJO
60 minutos
En el marco del Congreso, tal y como se señala en la normativa de Grupos de Trabajo de la SER, éstos han de celebrar una reunión administrativa.

MESAS REDONDAS
60 ó 90 minutos
Exposición de ponencias organizadas por patologías para dar a conocer las novedades sobre las mismas. En las mesas redondas de 90 minutos también se presentan trabajos originales de los congresistas elegidos como comunicaciones orales, por parte del Comité Científico, por su calidad e interés científico.

CONFERENCIAS MAGISTRALES
60 minutos
Presentación de un tema por un experto con amplios conocimientos y experiencia sobre éste, abordándolo desde varios puntos de vista, definiéndolo y llegando a conclusiones.

MESAS COMPARTIDAS. SER-INDUSTRIA PARTICIPANTE
60 minutos
Colaboración de la Sociedad Española de Reumatología y la industria farmacéutica para la divulgación científica de algún aspecto de interés de la Reumatología. La mesa forma parte del programa científico del Congreso no siendo un espacio destinado a la promoción de productos del laboratorio participante.

TRÁEME TU CASO
60 minutos
Foros de discusión sobre casos clínicos complejos, especiales o llamativos desde el punto de vista docente en la práctica clínica diaria con intercambio de opiniones sobre el diagnóstico, seguimiento y tratamientos de los casos que se planteen.

TALLERES
60 minutos
Actividad para promover la adquisición de habilidades en técnicas que se puedan aplicar a la práctica clínica habitual. Se pretende que sean muy prácticos y han de contar con la participación activa de los asistentes.

CÓMO TRATAR
30 minutos
Espacios enfocados a la práctica clínica habitual en las principales enfermedades reumáticas.

TERTULIAS
60 minutos
Espacios para el debate, coordinados por un experto, que cuenta con la colaboración de otros compañeros de la misma o distinta especialidad, sobre temas de interés para la Reumatología.

FÓRMATE CON...
60 minutos
Actualización o intercambio científico de cuestiones de los grupos de trabajo de la SER que se consideran de interés. El contenido será exclusivamente formativo y se podrán presentar novedades, aspectos relevantes o innovadores de cada área.

GAMIFICACIÓN
Es una técnica de aprendizaje que traslada la mecánica de los juegos al ámbito educativo-profesional con el fin de conseguir mejores resultados, ya sea para absorber mejor algunos conocimientos, mejorar alguna habilidad, o bien recompensar acciones concretas, entre otros muchos objetivos.
Este tipo de aprendizaje gana terreno en las metodologías de formación debido a su carácter lúdico, que facilita la interiorización de conocimientos de una forma más divertida, generando una **experiencia positiva** en el participante.
El modelo de juego realmente funciona porque consigue motivar a los participantes, desarrollando un mayor compromiso de las personas, e incentivando el ánimo de superación. Se utilizan una serie de técnicas mecánicas y dinámicas extrapoladas de los juegos.

Sociedad Española de Reumatología
XLIX Congreso Nacional de la SER • Sevilla • 9-12 | 05 | 23

ESCAPE REUM
La meta de este desafío es conseguir finalizar la aventura en el menor tiempo, explorando conocimientos reumatológicos que se pueden encontrar en los pósteres para resolver los retos en cada etapa. Para ello, se dispondrá de una aplicación digital donde se encontrarán distintas preguntas consecutivas cuyas respuestas deberán encontrarse en la zona de los pósteres. Se recomienda realizarlo en equipos de un máximo de 4 personas, para que puedan discutir hallazgos y compartir conocimientos.

REUMAPALABRA
Su objetivo es fomentar la participación activa de los asistentes al congreso y promover el conocimiento sobre la Reumatología. Consistirá en una primera fase clasificatoria, donde se irá recorriendo el alfabeto con definiciones de términos reumatológicos, de la que saldrán dos finalistas; en la segunda, entre los participantes finalistas se realizará el "rosco" final del que saldrá el ganador.

REUMATRIVIAL
¡Un Trivial en Reumatología! La gran experiencia en los cursos de tutores y residentes nos lleva a proponeros participar a través de grupos por hospitales, siendo un representante de los mismos el que tendrá el mando para responder a las preguntas que irán haciéndose en relación con diferentes categorías de la Reumatología hasta conseguir el mayor número de puntos y de quesitos.

Programa comercial laboratorio (LAB)

SIMPOSIO SATÉLITE (50 minutos)
Espacio exclusivo para los laboratorios. Son éstos los que deciden los participantes y temas de los que tratará, siendo la Sociedad Española de Reumatología completamente ajena al contenido del mismo.

SESIÓN PIPELINE (30 minutos)
En este espacio de innovación las compañías farmacéuticas con un pipeline relevante en el campo de la Reumatología informarán sobre sus avances en investigación, que podrán suponer un paso importante para el futuro del arsenal terapéutico de la especialidad.

ACREDITACIÓN FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

Se ha solicitado la acreditación de los actos científicos del Congreso. Los asistentes que deseen obtener la certificación del Congreso deben cumplir los siguientes requisitos:

1. **Estar inscrito en el Congreso y recoger la documentación correspondiente,** donde se incluirá la tarjeta de control de acreditación. Esta acreditación es imprescindible para el control de asistencia.
2. **Acceder a la sala de conferencia** por la entrada donde se encuentren las azafatas con el lector de FMC. Igualmente, debe abandonarse la sala por la misma puerta.
3. Siempre que se acceda o abandone la sala es necesario hacerlo con la tarjeta visible para que el lector pueda identificarlo, de lo contrario el registro quedaría anulado.
4. **Permanecer en la sala correspondiente el 90% del tiempo establecido en el programa del Congreso y del 100% para la Jornada de Actualización,** necesario para poder obtener la acreditación.

Cumpliendo todos estos requisitos los socios de la SER podrán descargarse el certificado con los créditos obtenidos dentro del portal del socio. Los inscritos que no sean socios deberán solicitarlo al email **formacion@ser.es**

TRASLADOS OFICIALES

MARTES 9 DE MAYO

Aeropuerto de Sevilla a los hoteles oficiales	12.15 - 13.15 - 18.00 19.45 - 21.30
Estación AVE Sevilla a los hoteles oficiales	11.45 - 12.45 - 18.45 19.45 - 20.45
Hoteles oficiales al Palacio de Congresos FIBES 2	15.15
Palacio de Congresos FIBES 2 a los hoteles oficiales	20.15

MIÉRCOLES 10 DE MAYO

Hoteles oficiales al Palacio de Congresos FIBES 2	7.30 - 8.30
Aeropuerto de Sevilla al Palacio de Congresos FIBES 2	09.15
Estación AVE Sevilla al Palacio de Congresos FIBES 2	10.00
Palacio de Congresos FIBES 2 a los hoteles oficiales	Fin Acto de Inauguración

JUEVES 11 DE MAYO

Hoteles oficiales al Palacio de Congresos FIBES 2	07.30 - 08.30
Palacio de Congresos FIBES 2 a los hoteles oficiales	Fin Asamblea SER

VIERNES 12 DE MAYO

Hoteles oficiales al Palacio de Congresos FIBES 2	07.30 - 08.30
Palacio de Congresos FIBES 2 al Aeropuerto de Sevilla	17.15
Palacio de Congresos FIBES 2 a la Estación AVE Sevilla	17.15
Palacio de Congresos FIBES 2 a los hoteles oficiales	17.15
Hoteles Oficiales al Acto de Clausura	20.30

SÁBADO 13 DE MAYO

Hoteles oficiales al Aeropuerto de Sevilla	10.30
Hoteles oficiales a la Estación AVE Sevilla	10.00

HOTELES OFICIALES

MA Sevilla Congresos, Meliá Sevilla, Meliá Lebreros, Sevilla Center, Giralda Center, NH Collection Sevilla, NH Plaza de Armas, Novotel Sevilla y Hesperia Sevilla.

ACTÚA HOY, CAMBIA EL MAÑANA

Tremfya® (guselkumab)

ELEVADA EFICACIA ARTICULAR

El **36%** de los pacientes tratados con **TREMFYA®** c8s alcanzaron **ACR70 a los 2 años**[1]

MEJORA TEMPRANA DEL DOLOR

Alivio significativo del dolor a las 2 semanas[2]

ALIVIO DE SÍNTOMAS AXIALES

Mejoras *vs.* PBO en todas las puntuaciones axiales en la semana 24.[3]
2 años de alivio axial continuo[4]

REDUCCIÓN DEL DAÑO EN LAS ARTICULACIONES

Actualmente, **TREMFYA®** es el **único iIL-23** que **redujo** las tasas de progresión radiográfica las cuales se mantuvieron bajas durante **2 años**[1]

9 DE CADA 10 PACIENTES CON APs SIGUEN EN TRATAMIENTO A LOS 2 AÑOS[1]

ACR: American College of Rheumatology; **PBO:** placebo; **IL:** interleucina; **c8s:** cada 8 semanas; **APs:** artritis psoriásica.

1. McInnes IB, et al. Arthritis Rheumatol 2022; 74(3):475–485; **2.** Nash P, et al. Ann Rheum Dis 2022:81 (suppl 1):POS1070; **3.** Mease PJ, et al. Lancet Rheumatol. 2021: 3(10): e715-e723; **4.** Mease PJ, et al. P1330. Póster presentado en ACR Convergence 2021. 5-9 noviembre 2021. Virtual.

CP-370281 - Febrero 2023

janssen Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Tremfya 100 mg solución inyectable en jeringa precargada. Tremfya 100 mg solución inyectable en pluma precargada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Tremfya 100 mg solución inyectable en jeringa precargada. Cada jeringa precargada contiene 100 mg de guselkumab en 1 ml de solución. Tremfya 100 mg solución inyectable en pluma precargada. Cada pluma precargada contiene 100 mg de guselkumab en 1 ml de solución. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal (Acm) de inmunoglobulina G1 lamda (IgG1λ) completamente humano producido en Células de Ovario de Hámster Chino (CHO) por tecnología del ADN recombinante. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Solución inyectable (inyectable). La solución es transparente y de incolora a color amarillo claro. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Psoriasis en placas. Tremfya está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico. Artritis psoriásica. Tremfya, solo o en combinación con metotrexato (MTX), está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica activa en pacientes adultos que han tenido una respuesta inadecuada o que han sido intolerantes a un tratamiento previo con un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) (ver sección 5.1). **4.2. Posología y forma de administración.** Este medicamento ha de utilizarse bajo la dirección y la supervisión de un médico que tenga experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades para las cuales está indicado. Posología. *Psoriasis en placas.* La dosis recomendada es de 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4, seguida de una dosis de mantenimiento cada 8 semanas (c8s). Se debe considerar la suspensión del tratamiento en los pacientes que no hayan respondido al cabo de 16 semanas de tratamiento. *Artritis psoriásica.* La dosis recomendada es de 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4, seguida de una dosis de mantenimiento cada 8 semanas. Según el criterio clínico, en los pacientes con riesgo de daño articular elevado, se puede considerar una dosis de 100 mg cada 4 semanas (c4s) (ver sección 5.1). Se debe considerar la suspensión del tratamiento en los pacientes que no hayan mostrado respuesta después de 24 semanas de tratamiento. Poblaciones especiales. *Pacientes de edad avanzada (≥ 65 años).* No se precisa un ajuste de dosis (ver sección 5.2). Hay información limitada en pacientes con edad ≥ 65 años e información muy limitada en pacientes de ≥ 75 años (ver sección 5.2). *Insuficiencia renal o hepática.* Tremfya no se ha estudiado en estas poblaciones de pacientes. No se pueden realizar recomendaciones posológicas. Para más información sobre la eliminación de guselkumab, ver sección 5.2. *Población pediátrica.* No se han establecido la seguridad y la eficacia de Tremfya en niños y adolescentes menores de 18 años. No se dispone de datos. Forma de administración. Vía subcutánea. Si es posible, se deben evitar como lugar de inyección las zonas de la piel que presenten psoriasis. Después de haber aprendido correctamente la técnica de la inyección subcutánea, los pacientes podrán inyectar Tremfya si el médico lo considera apropiado. Sin embargo, el médico se debe asegurar de realizar un adecuado seguimiento de los pacientes. Se indicará a los pacientes que se inyecten toda la cantidad de solución según las «Instrucciones de uso» facilitadas en el envase. Para recomendaciones sobre la preparación del medicamento antes de la administración, ver sección 6.6. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad grave al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Infecciones activas clínicamente importantes (p. ej. tuberculosis activa, ver sección 4.4). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Trazabilidad. Con el fin de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, se debe registrar claramente el nombre y el número de lote del medicamento administrado. Infecciones. Guselkumab puede aumentar el riesgo de infección. El tratamiento no se debe iniciar en pacientes con cualquier infección activa clínicamente importante hasta que la infección se resuelva o se trate adecuadamente. Se pedirá a los pacientes tratados con guselkumab que acudan al médico si presentan signos o síntomas de una infección aguda o crónica clínicamente importante. Si un paciente desarrolla una infección clínicamente importante o grave o no responde al tratamiento habitual, el paciente debe ser vigilado atentamente y se interrumpirá el tratamiento hasta que la infección haya sido resuelta. Evaluación de la tuberculosis previa al tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento, se debe comprobar si el paciente padece tuberculosis (TB). En los pacientes tratados con guselkumab se debe vigilar atentamente la presencia de signos y síntomas de TB activa durante y después del tratamiento. Se debe considerar instaurar un tratamiento anti-tuberculoso antes de administrar el tratamiento en pacientes con antecedentes de tuberculosis latente o activa cuando no se pueda confirmar que han recibido un ciclo suficiente de tratamiento. Reacciones de hipersensibilidad. Se han notificado reacciones de hipersensibilidad graves, incluida anafilaxia, en la fase de poscomercialización (ver sección 4.8). Algunas reacciones de hipersensibilidad graves se produjeron varios días después del tratamiento con guselkumab, incluyendo casos de urticaria y disnea. Si se produce una reacción de hipersensibilidad grave, se debe interrumpir de inmediato la administración de guselkumab y se debe instaurar el tratamiento adecuado. Elevaciones de las transaminasas hepáticas. En ensayos clínicos de artritis psoriásica se observó un aumento en la incidencia de elevaciones de las enzimas hepáticas en los pacientes tratados con guselkumab cada 4 semanas (c4s) en comparación con los pacientes tratados con guselkumab c8s o con placebo (ver sección 4.8). Cuando se prescriba guselkumab c4s en artritis psoriásica, se recomienda evaluar las enzimas hepáticas al inicio y posteriormente de acuerdo con el control habitual del paciente. Si se observan aumentos de la alanina aminotransferasa [ALT] o la aspartato aminotransferasa [AST] y se sospecha una lesión hepática inducida por el fármaco, se debe interrumpir temporalmente la administración del tratamiento hasta descartar este diagnóstico. Vacunas. Antes de iniciar el tratamiento, se debe considerar la administración de todas las vacunas adecuadas con arreglo a las directrices de vacunación vigentes. No se deben usar de manera simultánea vacunas de organismos vivos en los pacientes tratados con guselkumab. No se dispone de datos sobre la respuesta a vacunas de organismos vivos o inactivos. Antes de una vacunación con virus vivos o bacterias vivas, se debe retirar el tratamiento durante al menos 12 semanas después de la última dosis y puede ser reinstaurado al menos 2 semanas después de la vacunación. El médico prescriptor debe consultar la ficha técnica de la vacuna específica para información adicional y orientación sobre el uso concomitante de agentes inmunosupresores después de la vacunación. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Interacciones con sustratos del CYP450. En un estudio en Fase 1 de pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave, los cambios en las exposiciones sistémicas (C_{max} y AUC_{inf}) a midazolam, S-warfarina, omeprazol, dextrometorfano y cafeína después de una única dosis de guselkumab no resultaron clínicamente relevantes, lo que indica que son improbables las interacciones entre guselkumab y los sustratos de varias enzimas del CYP (CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 y CYP1A2). No es necesario un ajuste de dosis cuando se administran conjuntamente guselkumab y sustratos del CYP450. Terapia inmunosupresora concomitante o fototerapia. En los ensayos de psoriasis, no se ha evaluado la seguridad ni la eficacia de guselkumab en combinación con fármacos inmunosupresores, incluyendo medicamentos biológicos, o fototerapia. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia.** Mujeres en edad fértil. Las mujeres en edad fértil deben usar métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento y durante al menos 12 semanas después del tratamiento. Embarazo. No hay datos disponibles del uso de guselkumab en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos o indirectos sobre el embarazo, desarrollo embrionario/fetal, parto o el desarrollo posnatal (ver sección 5.3). Como medida de precaución, es preferible evitar la utilización de Tremfya durante el embarazo. Lactancia. Se desconoce si guselkumab se excreta en la leche materna. Se sabe que las IgGs humanas se excretan en la leche materna durante los primeros días tras el nacimiento, y las concentraciones disminuyen poco tiempo después; consecuentemente, no se puede descartar un riesgo para el lactante durante este periodo. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. Ver la información sobre la excreción de guselkumab en la leche de animales (macaco cangrejero) en la sección 5.3. Fertilidad. No se ha evaluado el efecto de guselkumab en la fertilidad en humanos. Los estudios con animales no han indicado efectos perjudiciales directos ni indirectos en la fertilidad (ver sección 5.3). **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Tremfya sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8. Reacciones adversas.** Resumen del perfil de seguridad. La reacción adversa más frecuente fue infección de las vías respiratorias en aproximadamente el 14% de los pacientes en los estudios clínicos de psoriasis y artritis psoriásica. Tabla de reacciones adversas. La Tabla 1 contiene un listado de las reacciones adversas observadas tanto en los estudios clínicos de psoriasis y artritis psoriásica como en la experiencia poscomercialización. Las reacciones adversas se clasifican de acuerdo a la Clasificación por Órganos y sistemas de MedDRA y por orden de frecuencia, empleando la siguiente convención: muy frecuentes (≥ 1/10); frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10); poco frecuentes (≥ 1/1.000 a < 1/100); raras (≥ 1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (< 1/10.000) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Tabla 1: Tabla de reacciones adversas

Clasificación por Órganos y Sistemas	Frecuencia	Reacciones adversas
Infecciones e infestaciones	Muy frecuentes	Infecciones de las vías respiratorias
	Poco frecuentes	Infección por Herpes simple
	Poco frecuentes	Infección por tiña
	Poco frecuentes	Gastroenteritis
Trastornos del sistema inmunológico	Poco frecuentes	Hipersensibilidad
	Poco frecuentes	Anafilaxia
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Dolor de cabeza
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes	Diarrea
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Urticaria
	Poco frecuentes	Erupción cutánea
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Frecuentes	Artralgia
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuentes	Reacciones en el lugar de inyección
Exploraciones complementarias	Frecuentes	Transaminasa elevada
	Poco frecuentes	Recuento de neutrófilos disminuido

Descripción de algunas reacciones adversas. *Transaminasas elevadas.* En dos ensayos clínicos de fase III de artritis psoriásica, durante el periodo controlado con placebo, se notificaron acontecimientos adversos de aumentos de las transaminasas (que incluye ALT elevada, AST elevada, enzima hepática aumentada, transaminasas elevadas, prueba de función hepática anormal, hipertransaminasemia) con más frecuencia en los grupos tratados con guselkumab (8,6% en el grupo tratado c4s y 8,3% en el grupo tratado c8s) que en el grupo de placebo (4,6%). Durante 1 año, se notificaron acontecimientos adversos de elevaciones de las transaminasas (como se indicó anteriormente) en el 12,9% de los pacientes del grupo c4s y en el 11,7% de los pacientes del grupo c8s. Según las evaluaciones analíticas, la mayoría de las elevaciones de las transaminasas (ALT y AST) fueron ≤ 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN). Los aumentos de las transaminasas de > 3 a ≤ 5 veces el LSN y > 5 veces el LSN fueron poco frecuentes y se produjeron con más frecuencia en el grupo de guselkumab c4s que en el de guselkumab c8s (Tabla 2). Se observó un patrón de frecuencia similar por gravedad y por grupo de tratamiento hasta el final del ensayo clínico de fase III de artritis psoriásica de 2 años.

Tabla 2: Frecuencia de pacientes con aumento de las transaminasas después del momento basal en dos ensayos clínicos fase III de artritis psoriásica

	Hasta la semana 24[a]			Hasta 1 año[b]	
	Placebo N=370[c]	guselkumab 100 mg c8s N=373[c]	guselkumab 100 mg c4s N=371[c]	guselkumab 100 mg c8s N=373[c]	guselkumab 100 mg c4s N=371[c]
ALT					
>1 a ≤3 x LSN	30,0%	28,2%	35,0%	33,5%	41,2%
>3 a ≤ 5 x LSN	1,4%	1,1%	2,7%	1,6%	4,6%
>5 x LSN	0,8%	0,8 %	1,1%	1,1%	1,1%
AST					
>1 a ≤3 x LSN	20,0%	18,8%	21,6%	22,8%	27,8%
>3 a ≤ 5 x LSN	0,5%	1,6%	1,6%	2,9%	3,8%
>5 x LSN	1,1%	0,5%	1,6%	0,5%	1,6%

[a] periodo controlado con placebo. [b] no se incluyen los pacientes aleatorizados a placebo en el momento basal y reasignados a guselkumab. [c] número de pacientes con al menos una evaluación después del momento basal para la prueba analítica específica dentro del periodo de tiempo.

En los estudios clínicos de psoriasis, durante 1 año, la frecuencia de las elevaciones de las transaminasas (ALT y AST) para la dosis de guselkumab c8s fue parecida a la observada con la dosis de guselkumab c8s en los estudios clínicos de artritis psoriásica. Durante 5 años, la incidencia de elevación de las transaminasas no se incrementó por año de tratamiento con guselkumab. La mayoría de las elevaciones de las transaminasas fueron ≤ 3 x LSN. En la mayoría de los casos, la elevación de las transaminasas fue temporal y no hizo necesaria la interrupción del tratamiento. *Recuento de neutrófilos disminuido.* En dos ensayos clínicos de fase III de artritis psoriásica, durante el periodo controlado con placebo se notificó el acontecimiento adverso de disminución del recuento de neutrófilos con mayor frecuencia en el grupo tratado con guselkumab (0,9%) que en el grupo tratado con placebo (0%). Durante 1 año, el acontecimiento adverso de disminución del recuento de neutrófilos se notificó en el 0,9% de los pacientes tratados con guselkumab. En la mayoría de los casos, la disminución del recuento de neutrófilos en sangre fue leve, transitoria, no se asoció a infecciones y no obligó a interrumpir el tratamiento. *Gastroenteritis.* En dos ensayos clínicos de psoriasis en fase III durante el periodo controlado con placebo, la gastroenteritis fue más frecuente en el grupo de guselkumab (1,1%) que en el grupo de placebo (0,7%). Hasta la semana 264, el 5,8% de todos los pacientes tratados con guselkumab notificaron gastroenteritis. Las reacciones adversas de gastroenteritis no fueron graves y no obligaron a interrumpir el tratamiento con guselkumab durante el periodo de 264 semanas. Las tasas de gastroenteritis observadas en los ensayos clínicos de artritis psoriásica durante el periodo controlado con placebo fueron similares a las observadas en los estudios clínicos de psoriasis. *Reacciones en el lugar de inyección.* En dos ensayos clínicos de psoriasis en fase III de 48 semanas, el 0,7% de las inyecciones de guselkumab y el 0,3% de las inyecciones de placebo se asociaron con reacciones en el lugar de inyección. Hasta la semana 264, el 0,4% de las inyecciones con guselkumab fueron asociadas con reacciones en el lugar de inyección. Las reacciones en el lugar de la inyección fueron generalmente de gravedad leve a moderada; ninguna fue grave y una motivó la interrupción del tratamiento con guselkumab. En dos ensayos clínicos de fase III de artritis psoriásica hasta la semana 24, el número de sujetos que notificaron una o más reacciones en el lugar de inyección fue bajo y ligeramente mayor en los grupos de guselkumab que en el grupo de placebo; 5 (1,3%) sujetos del grupo de guselkumab c8s, 4 (1,1%) del grupo de guselkumab c4s y 1 (0,3%) sujeto del grupo de placebo. Un sujeto suspendió guselkumab por una reacción en el lugar de inyección durante el periodo controlado con placebo de los ensayos clínicos en artritis psoriásica. Durante 1 año, el porcentaje de pacientes que notificaron 1 o más reacciones en el lugar de inyección fue del 1,6% y del 2,4% en los grupos de guselkumab c8s y c4s, respectivamente. En general, la tasa de inyecciones asociadas a reacciones en el lugar de inyección observadas en los ensayos clínicos en artritis psoriásica durante el periodo controlado con placebo fue similar a las observadas en los ensayos clínicos de psoriasis. *Inmunogenicidad.* La inmunogenicidad de guselkumab fue evaluada mediante un inmunoensayo sensible y farmacotolerancia.. En el análisis conjunto del fase II y fase III en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, el 5% (n=145) de los pacientes tratados con guselkumab desarrollaron anticuerpos antifármaco durante un periodo de hasta 52 semanas de tratamiento. De los pacientes que desarrollaron anticuerpos antifármaco, aproximadamente el 8% (n=12) tenían anticuerpos clasificados como neutralizantes, lo que equivale al 0,4% de todos los pacientes tratados con guselkumab. En el análisis conjunto de los fase III realizados en pacientes con psoriasis, aproximadamente el 15% de los pacientes tratados con guselkumab desarrollaron anticuerpos antifármaco durante un periodo de hasta 264 semanas de tratamiento. De los pacientes que desarrollaron anticuerpos antifármaco, aproximadamente el 5% tenían anticuerpos que se clasificaron como neutralizantes, lo que equivale al 0,76% de todos los pacientes tratados con guselkumab. Los anticuerpos antifármaco no se asociaron con una menor eficacia ni con el desarrollo de reacciones en el lugar de inyección. Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: https://www.notificaram.es. **4.9. Sobredosis.** En los ensayos clínicos se han administrado dosis intravenosas únicas de guselkumab de hasta 987 mg (10 mg/kg) a voluntarios sanos y dosis subcutáneas únicas de guselkumab de hasta 300 mg a pacientes con psoriasis en placas sin toxicidad limitante de la dosis. En caso de sobredosis, se debe vigilar al paciente en busca de signos o síntomas de reacciones adversas y administrar el tratamiento sintomático apropiado inmediatamente. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Inmunosupresores, inhibidores de la interleucina, código ATC: L04AC16. Mecanismo de acción. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal (Acm) IgG1λ humano que se une selectivamente a la proteína interleucina 23 (IL-23) con gran especificidad y afinidad. La IL-23 es una citocina que participa en las respuestas inflamatorias e inmunitarias. Al impedir la unión de la IL-23 a su receptor, guselkumab inhibe la señalización celular dependiente de IL-23 y la liberación de citocinas proinflamatorias. La concentración de IL-23 está elevada en la piel de los pacientes con psoriasis en placas. Se ha demostrado en modelos *in vitro* que guselkumab inhibe la bioactividad de la IL-23 bloqueando su interacción con el receptor de IL-23 de la superficie celular, lo que altera la señalización, la activación y las cascadas de citocinas mediadas por la IL-23. Guselkumab ejerce su efecto clínico en la psoriasis en placas y la artritis psoriásica mediante el bloqueo de la vía de la citocina IL-23. Efectos farmacodinámicos. En un estudio en fase I, el tratamiento con guselkumab redujo la expresión de los genes de la vía de IL-23/Th17 y los perfiles de expresión de los genes asociados a la psoriasis, tal como demostraron análisis de ARNm obtenidos de biopsias cutáneas de lesiones de pacientes con psoriasis en placas en la semana 12 en comparación con el momento basal. En el mismo estudio en fase I, el tratamiento con guselkumab mejoró las mediciones histológicas de la psoriasis en la semana 12, incluyendo reducción del grosor de la epidermis y de la densidad de linfocitos T. Además, se observó una disminución de las concentraciones séricas de IL-17A, IL-17F e IL-22 en los pacientes tratados con guselkumab, en comparación con placebo, en los estudios en fase II y fase III de psoriasis en placas. Estos resultados son consistentes con el beneficio clínico observado del tratamiento con guselkumab en la psoriasis en placas. En los pacientes con artritis psoriásica que participaron en los estudios de fase III, las concentraciones séricas de la proteína C reactiva de la fase aguda, el amiloide A sérico, la IL-6 y las citocinas efectoras del Th17, IL-17A, IL-17F e IL-22 estaban elevadas en el momento basal. Guselkumab redujo las concentraciones de estas proteínas en las 4 semanas siguientes al inicio del tratamiento. Guselkumab redujo aún más las concentraciones de estas proteínas en semana 24 en comparación con el momento basal y también con el placebo. Eficacia clínica y seguridad. *Psoriasis en placas.* La eficacia y la seguridad de guselkumab fueron evaluadas en tres estudios en fase III, aleatorizados, doble ciego y controlados con medicación activa en pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave que eran candidatos a fototerapia o tratamiento sistémico. *VOYAGE 1 y VOYAGE 2.* En dos estudios (VOYAGE 1 y VOYAGE 2) se evaluó la eficacia y la seguridad de guselkumab comparado con placebo y adalimumab en 1829 pacientes adultos. Los pacientes aleatorizados al grupo de guselkumab (N = 825) recibieron 100 mg en las semanas 0 y 4, y luego cada 8 semanas (c8s) hasta la Semana 48 (VOYAGE 1) y la Semana 20 (VOYAGE 2). Los pacientes aleatorizados al grupo de adalimumab (N = 582) recibieron 80 mg en la Semana 0 y 40 mg en la Semana 1, y seguido de 40 mg cada 2 semanas (c2s) hasta la Semana 48 (VOYAGE 1) y la Semana 23 (VOYAGE 2). En ambos estudios, los pacientes aleatorizados al grupo de placebo (N = 422) recibieron guselkumab 100 mg en las Semanas 16 y 20 y luego c8s. En VOYAGE 1, todos los pacientes, incluyendo aquellos aleatorizados a recibir adalimumab en la Semana 0, empezaron a recibir guselkumab de forma abierta c8s en la semana 52. En VOYAGE 2, los pacientes aleatorizados a recibir guselkumab en la Semana 0 que alcanzaron una respuesta según el Índice de Gravedad y Área afectada de Psoriasis 90 (Psoriasis Area and Severity Index 90, PASI 90) en la semana 28 se volvieron a aleatorizar para continuar con guselkumab c8s (tratamiento de mantenimiento) o recibir placebo (retirada del tratamiento). Los pacientes con retirada del tratamiento reiniciaron guselkumab (administrado en el momento de retratamiento, 4 semanas después y luego c8s) cuando presentaron una pérdida de al menos el 50% de su mejoría en la respuesta PASI en la Semana 28. Los pacientes aleatorizados a recibir adalimumab en la Semana 0 que no habían logrado una respuesta PASI 90 recibieron guselkumab en las Semanas 28, 32 y luego c8s. En VOYAGE 2, todos los pacientes comenzaron a recibir guselkumab de forma abierta c8s en la Semana 76. Las características basales de la enfermedad fueron uniformes en las poblaciones de VOYAGE 1 y 2, con una mediana de Superficie Corporal Afectada (Body Surface Area, BSA) del 22% y 24%, una mediana de puntuación basal del PASI de 19 en ambos estudios, una mediana de puntuación basal del Índice de Calidad de Vida en Dermatología (Dermatology Quality of Life Index, DLQI) de 14 y 14,5, una puntuación basal en la Evaluación Global del Investigador (Investigator Global Assessment, IGA) de gravedad en el 25% y 23% de los pacientes, y antecedentes de artritis psoriásica en el 19% y 18% de los pacientes, respectivamente. De todos los pacientes incluidos en VOYAGE 1 y 2, el 32% y el 29% no habían recibido anteriormente tratamiento biológico ni sistémico convencional, el 54% y el 57% habían recibido previamente fototerapia y el 62% y 64% habían recibido previamente tratamiento sistémico convencional, respectivamente. En ambos estudios, el 21% había recibido previamente tratamiento biológico, incluyendo un 11% que había recibido al menos un fármaco contra el factor de necrosis tumoral alfa (TNFα) y aproximadamente el 10% había recibido un fármaco anti-IL-12/IL-23. La eficacia de guselkumab se evaluó con respecto a la enfermedad cutánea global, la enfermedad regional (cuero cabelludo, manos y pies, y uñas), la calidad de vida y los resultados comunicados por los pacientes. Las variables primarias de VOYAGE 1 y 2 fueron el porcentaje de pacientes que consiguieron una puntuación de IGA de desaparición de las lesiones o lesiones mínimas (IGA 0/1) y una respuesta PASI 90 en la semana 16 en comparación con placebo (ver Tabla 3). *Enfermedad cutánea global.* El tratamiento con guselkumab mejoró significativamente las medidas de la actividad de la enfermedad en comparación con placebo y adalimumab en la semana 16 y en comparación con adalimumab en las semanas 24 y 48. Los resultados de eficacia esenciales de las variables primarias y las variables secundarias principales de los estudios se muestran a continuación en la Tabla 3.

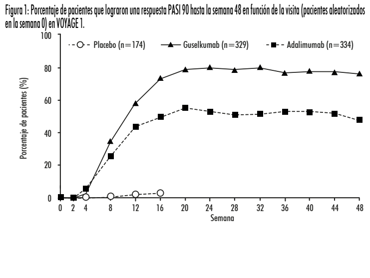
Tabla 3: Resumen de las respuestas clínicas en VOYAGE 1 y VOYAGE 2

	Número de pacientes (%)					
	VOYAGE 1			VOYAGE 2		
	Placebo (N = 174)	guselkumab (N = 329)	adalimumab (N = 334)	Placebo (N = 248)	guselkumab (N = 496)	adalimumab (N = 248)
Semana 16						
PASI 75	10 (5,7)	300 (91,2)[a]	244 (73,1)[b]	20 (8,1)	428 (86,3)[a]	170 (68,5)[b]
PASI 90	5 (2,9)	241 (73,3)[c]	166 (49,7)[b]	6 (2,4)	347 (70,0)[c]	116 (46,8)[b]
PASI 100	1 (0,6)	123 (37,4)[a]	57 (17,1)[d]	2 (0,8)	169 (34,1)[a]	51 (20,6)[d]
IGA 0/1	12 (6,9)	280 (85,1)[c]	220 (65,9)[b]	21 (8,5)	417 (84,1)[c]	168 (67,7)[b]
IGA 0	2 (1,1)	157 (47,7)[a]	88 (26,3)[d]	2 (0,8)	215 (43,3)[a]	71 (28,6)[d]
Semana 24						
PASI 75	-	300 (91,2)	241 (72,2)[e]	-	442 (89,1)	176 (71,0)[e]
PASI 90	-	264 (80,2)	177 (53,0)[b]	-	373 (75,2)	136 (54,8)[b]
PASI 100	-	146 (44,4)	83 (24,9)[e]	-	219 (44,2)	66 (26,6)[e]
IGA 0/1	-	277 (84,2)	206 (61,7)[b]	-	414 (83,5)	161 (64,9)[b]
IGA 0	-	173 (52,6)	98 (29,3)[b]	-	257 (51,8)	78 (31,5)[b]
Semana 48						
PASI 75	-	289 (87,8)	209 (62,6)[e]	-	-	-
PASI 90	-	251 (76,3)	160 (47,9)[b]	-	-	-
PASI 100	-	156 (47,4)	78 (23,4)[e]	-	-	-
IGA 0/1	-	265 (80,5)	185 (55,4)[b]	-	-	-
IGA 0	-	166 (50,5)	86 (25,7)[b]	-	-	-

[a] p < 0,001 para la comparación entre guselkumab y placebo. [b] p < 0,001 para la comparación entre guselkumab y adalimumab en las variables secundarias principales. [c] p < 0,001 para las comparaciones entre guselkumab y placebo en las variables principales. [d] no se realizaron comparaciones entre guselkumab y adalimumab. [e] p < 0,001 para la comparación entre guselkumab y adalimumab.

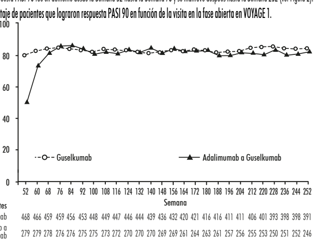
Respuesta a lo largo del tiempo. Guselkumab demostró eficacia de manera rápida, con una mejoría porcentual significativamente mayor del PASI en comparación con placebo ya en la Semana 2 (p < 0,001). El porcentaje de pacientes que consiguieron una respuesta PASI 90 fue numéricamente mayor con guselkumab que con adalimumab a partir de la Semana 8; la diferencia fue máxima en la semana 20 (VOYAGE 1 y 2) y se mantuvo hasta la semana 48 (VOYAGE 1) (ver Figura 1).

Figura 1: Porcentaje de pacientes que lograron una respuesta PASI 90 hasta la semana 48 en función de la visita (pacientes aleatorizados en la semana 0) en VOYAGE 1.



En VOYAGE 1, para los pacientes que habían recibido tratamiento continuado con guselkumab, se mantuvo la tasa de respuesta PASI 90 desde la Semana 52 hasta la Semana 252. Para los pacientes aleatorizados a adalimumab en la Semana 0 que fueron reasignados al grupo de guselkumab en la Semana 52, la tasa de respuesta PASI 90 fue en aumento desde la Semana 52 hasta la Semana 76 y se mantuvo después hasta la Semana 252 (ver Figura 2).

Figura 2: Porcentaje de pacientes que lograron respuesta PASI 90 en función de la visita en la fase abierta en VOYAGE 1.



La eficacia y la seguridad de guselkumab fueron demostradas, con independencia de la edad, sexo, raza, peso corporal, localización de las placas, intensidad basal del PASI, artritis psoriásica concomitante y tratamiento previo con un fármaco biológico. Guselkumab resultó eficaz en pacientes no tratados previamente con fármacos sistémicos convencionales, no tratados previamente con fármacos biológicos y tratados anteriormente con medicamentos biológicos. En VOYAGE 2, el 88,6% de los pacientes que recibían tratamiento de mantenimiento con guselkumab en la Semana 48 presentaron una respuesta PASI 90, en comparación con el 36,8% de los pacientes que suspendieron el tratamiento en la Semana 28 (p < 0,001). La pérdida de la respuesta PASI 90 se advirtió ya a las 4 semanas tras la retirada del tratamiento con guselkumab con una mediana del tiempo transcurrido hasta la pérdida de la respuesta PASI 90 de 15 semanas aproximadamente. Entre los pacientes a los que se les retiró el tratamiento y que posteriormente reiniciaron guselkumab, el 80% recuperó una respuesta PASI 90 en la evaluación realizada 20 semanas después del comienzo del retratamiento. En VOYAGE 2, de los 112 pacientes aleatorizados a adalimumab que no consiguieron una respuesta PASI 90 en la Semana 28, el 66% y el 76% alcanzaron una respuesta PASI 90 después de 20 y 44 semanas de tratamiento con guselkumab, respectivamente. Además, entre los 95 pacientes aleatorizados a guselkumab que no lograron una respuesta PASI 90 en la Semana 28, el 36% y el 41% lograron una respuesta PASI 90 con 20 y 44 semanas adicionales de tratamiento continuado con guselkumab, respectivamente. No se observaron nuevos hallazgos de seguridad en los pacientes que cambiaron de adalimumab a guselkumab. *Enfermedad regional.* En VOYAGE 1 y 2 se observaron mejorías significativas de la psoriasis en el cuero cabelludo, manos y pies, y uñas (medidas con la Evaluación global por el investigador específica del cuero cabelludo [ss-IGA], la Evaluación global de las manos y/o pies por el médico [hf-PGA], la Evaluación global de las uñas por el médico [f-PGA] y el Índice de intensidad de la psoriasis ungueal [NAPSI], respectivamente) en los pacientes tratados con guselkumab en comparación con los tratados con placebo en la Semana 16 (p < 0,001, Tabla 4). Guselkumab demostró superioridad frente a adalimumab en la psoriasis del cuero cabelludo y en la psoriasis de manos y pies en la Semana 24 (VOYAGE 1 y 2) y la Semana 48 (VOYAGE 1) (p ≤ 0,001, excepto para psoriasis en pie y mano en la Semana 24 [VOYAGE 2] y Semana 48 [VOYAGE 1], p < 0,05).

Tabla 4: Resumen de las respuestas de enfermedad regional en VOYAGE 1 y VOYAGE 2

	VOYAGE 1			VOYAGE 2		
	Placebo	guselkumab	adalimumab	Placebo	guselkumab	adalimumab
ss-IGA (N)[a]	145	277	286	202	408	194
ss-IGA 0/1[b], n (%)						
Semana 16	21 (14,5)	231 (83,4)[c]	201 (70,3)[d]	22 (10,9)	329 (80,6)[c]	130 (67,0)[d]
hf-PGA (N)[a]	43	90	95	63	114	56
hf-PGA 0/1[b], n (%)						
Semana 16	6 (14,0)	66 (73,3)[e]	53 (55,8)[d]	9 (14,3)	88 (77,2)[e]	40 (71,4)[d]
f-PGA (N)[a]	88	174	173	123	246	124
f-PGA 0/1, n (%)						
Semana 16	14 (15,9)	68 (39,1)[e]	88 (50,9)[d]	18 (14,6)	128 (52,0)[e]	74 (59,7)[d]
NAPSI (N)[a]	99	194	191	140	280	140
Mejoría porcentual, media (DE)						
Semana 16	-0,9 (57,9)	34,4 (42,4)[e]	38,0 (53,9)[d]	1,8 (53,8)	39,6 (45,6)[e]	46,9 (48,1)[d]

[a] Incluye únicamente los pacientes con una puntuación ≥ 2 en ss-IGA, f-PGA, hf-PGA en el momento basal o una puntuación basal en NAPSI > 0. [b] Incluye solo los pacientes con una mejoría de grado ≥ 2 en ss-IGA y/o hf-PGA con respecto al momento basal. [c] p < 0,001 para la comparación entre guselkumab y placebo en la variable secundaria principal. [d] no se realizaron comparaciones entre guselkumab y adalimumab. [e] p < 0,001 para la comparación entre guselkumab y placebo.

Calidad de vida relacionada con la salud/ Resultados comunicados por los pacientes. En VOYAGE 1 y 2 se observaron mejorías significativamente superiores de la calidad de vida relacionada con la salud, medida con el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), y de los síntomas (prurito, dolor, escozor, quemazón y tirantez de la piel) y signos (sequedad de la piel, agrietamiento, descamación, exfoliación o desprendimiento, enrojecimiento y hemorragia) de psoriasis comunicados por los pacientes, medidos con el Diario de síntomas y signos de psoriasis (Psoriasis Symptoms and Signs Diary, PSSD), en los pacientes tratados con guselkumab comparado con los tratados con placebo en la semana 16 (Tabla 5). Los signos de mejoría de los resultados comunicados por los pacientes se mantuvieron hasta la semana 24 (VOYAGE 1 y 2) y la semana 48 (VOYAGE 1). En VOYAGE 1, en los pacientes que recibieron tratamiento continuo con guselkumab, estas mejoras se mantuvieron durante la fase abierta hasta la Semana 252 (Tabla 6).

Tabla 5: Resumen de los resultados comunicados por los pacientes en la semana 16 en VOYAGE 1 y VOYAGE 2

	VOYAGE 1			VOYAGE 2		
	Placebo	guselkumab	adalimumab	Placebo	guselkumab	adalimumab
DLQI, pacientes con puntuación basal	170	322	328	248	495	247
Variación con respecto al valor basal, media (desviación estándar)						
Semana 16	-0,6 (6,4)	-11,2 (7,2)[c]	-9,3 (7,8)[b]	-2,6 (6,9)	-11,3 (6,8)[c]	-9,7 (6,8)[b]
PSSD Puntuación de los síntomas, pacientes con puntuación basal > 0	129	248	273	198	410	200
Puntuación de los síntomas = 0, n (%)						
Semana 16	1 (0,8)	67 (27,0)[a]	45 (16,5)[b]	0	112 (27,3)[a]	30 (15,0)[b]
PSSD Puntuación de los signos, pacientes con puntuación basal > 0	129	248	274	198	411	201
Puntuación de los signos = 0, n (%)						
Semana 16	0	50 (20,2)[a]	32 (11,7)[b]	0	86 (20,9)[a]	21 (10,4)[b]

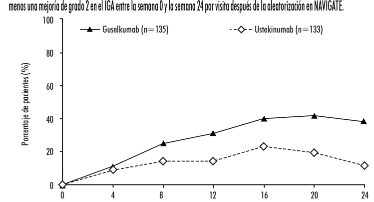
[a] p < 0,001 para la comparación entre guselkumab y placebo. [b] no se hicieron comparaciones entre guselkumab y adalimumab. [c] p < 0,001 para la comparación entre guselkumab y placebo en las variables secundarias principales.

Tabla 6: Resumen de los resultados comunicados por los pacientes en la fase abierta en VOYAGE 1

	guselkumab			adalimumab-guselkumab		
	Semana 76	Semana 156	Semana 252	Semana 76	Semana 156	Semana 252
Puntuación **DLQI** basal > 1, n	445	420	374	264	255	235
Pacientes con DLQI 0/1	337 (75,7%)	308 (73,3%)	272 (72,7%)	198 (75,0%)	190 (74,5%)	174 (74,0%)
PSSD Puntuación de los síntomas, pacientes con puntuación basal > 0	347	327	297	227	218	200
Puntuación de los síntomas = 0, n (%)	136 (39,2%)	130 (39,8%)	126 (42,4%)	99 (43,6%)	96 (44,0%)	96 (48,0%)
PSSD Puntuación de los signos, pacientes con puntuación basal > 0	347	327	297	228	219	201
Puntuación de los signos = 0, n (%)	102 (29,4%)	94 (28,7%)	98 (33,0%)	71 (31,1%)	69 (31,5%)	76 (37,8%)

En VOYAGE 2, los pacientes tratados con guselkumab experimentaron una mejoría significativamente superior en comparación con placebo con respecto al momento basal de la calidad de vida relacionada con la salud, la ansiedad y la depresión, y las mediciones de limitación en el trabajo en la Semana 16, según el Cuestionario de Salud (Short Form,SF)-36, la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) y el Cuestionario de Limitaciones en el Trabajo (Work Limitations Questionnaire, WLQ), respectivamente. Las mejorías del SF-36, la HADS y el WLQ se mantuvieron hasta la semana 48 y en la fase abierta hasta la Semana 252 entre los pacientes aleatorizados a recibir tratamiento de mantenimiento en la Semana 28. *NAVIGATE.* El estudio NAVIGATE evaluó la eficacia de guselkumab en pacientes que habían tenido una respuesta inadecuada (es decir, no habían conseguido una respuesta de «desaparición de las lesiones» o «lesiones mínimas», definida como IGA ≥ 2) a ustekinumab en la Semana 16. Todos los pacientes (N = 871) recibieron ustekinumab en régimen abierto (45 mg ≤ 100 kg y 90 mg > 100 kg) en las Semanas 0 y 4. En la Semana 16, 268 pacientes con una puntuación en IGA ≥ 2 fueron aleatorizados para continuar el tratamiento con ustekinumab (N = 133) c12s o iniciar el tratamiento con guselkumab (N = 135) en las Semanas 16, 20 y c8s posteriormente. Las características basales de los pacientes aleatorizados eran semejantes a las observadas en VOYAGE 1 y 2. Después de la aleatorización, la variable principal fue el número de visitas posteriores a la aleatorización entre las semanas 12 y 24 en las que los pacientes obtuvieron una puntuación en IGA de 0/1 y experimentaron una mejoría de grado ≥ 2. Los pacientes fueron examinados en cuatro visitas en total con intervalos de cuatro semanas. Entre los pacientes con una respuesta inadecuada a ustekinumab en el momento de la aleatorización, se observó un aumento significativamente superior de la eficacia en los que cambiaron a guselkumab que en los que siguieron el tratamiento con ustekinumab. Entre las semanas 12 y 24 después de la aleatorización, los pacientes tratados con guselkumab alcanzaron una puntuación en IGA de 0/1 y una mejoría de grado ≥ 2 con una frecuencia dos veces mayor que los pacientes tratados con ustekinumab (media de 1,5 versus 0,7 visitas, respectivamente, p < 0,001). Adicionalmente, a las 12 semanas tras la aleatorización, un porcentaje mayor de pacientes tratados con guselkumab que de pacientes tratados con ustekinumab alcanzó una puntuación en IGA de 0/1 y una mejoría de grado ≥ 2 (31,1% versus 14,3%, respectivamente; p = 0,001) y una respuesta PASI 90 (48% versus 23%, respectivamente, p < 0,001). Las diferencias en las tasas de respuesta entre los pacientes tratados con guselkumab y ustekinumab se observaron ya a las 4 semanas tras la aleatorización (11,1% y 9,0%, respectivamente) y alcanzaron un valor máximo 24 semanas tras la aleatorización (ver la Figura 3). No se observaron nuevos hallazgos de seguridad en los pacientes que cambiaron de ustekinumab a guselkumab.

Figura 3: Porcentaje de pacientes que consiguieron una puntuación en IGA de desaparición de las lesiones (0) o lesiones mínimas (1) y al menos una mejoría de grado 2 en el IGA entre la semana 0 y la semana 24 por visita después de la aleatorización en NAVIGATE.



ECLIPSE. La eficacia y la seguridad de guselkumab se investigaron también en un estudio doble ciego en comparación con secukinumab. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir guselkumab (N = 534; 100 mg en las semanas 0 y 4, y posteriormente c8s), o secukinumab (N = 514; 300 mg en las semanas 0, 1, 2, 3 y 4, y posteriormente c4s). La última dosis se administró en la semana 44 en ambos grupos de tratamiento. Las características basales de la enfermedad fueron consistentes con una población con psoriasis en placas de moderada a grave con una mediana de BSA de 20%, una mediana de puntuación PASI de 18, y una puntuación IGA de gravedad para el 24% de los pacientes. Guselkumab fue superior a secukinumab, según se determinó mediante la variable primaria de la respuesta PASI 90 en la semana 48 (84,5% frente a 70,0%, p < 0,001). Se presentan las tasas comparativas de respuesta PASI en la Tabla 7.

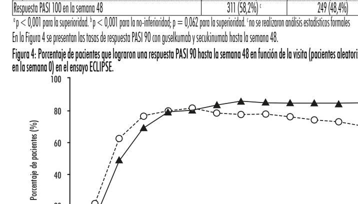
Tabla 7: Tasas de respuesta PASI en el ensayo ECLIPSE

	Número de pacientes (%)	
	guselkumab (N = 534)	secukinumab (N = 514)
Variable primaria		
Respuesta PASI 90 en la semana 48	451 (84,5%)[a]	360 (70,0%)
Variables secundarias principales		
Respuesta PASI 75 en la semana 12 y en la semana 48	452 (84,6%)[b]	412 (80,2%)
Respuesta PASI 75 en la semana 12	477 (89,3%)[c]	471 (91,6%)
Respuesta PASI 90 en la semana 12	369 (69,1%)[c]	391 (76,1%)
Respuesta PASI 100 en la semana 48	311 (58,2%)[c]	249 (48,4%)

[a] p < 0,001 para la superioridad. [b] p < 0,001 para la no-inferioridad; p = 0,062 para la superioridad. [c] no se realizaron análisis estadísticos formales

En la Figura 4 se presentan las tasas de respuesta PASI 90 con guselkumab y secukinumab hasta la semana 48.

Figura 4: Porcentaje de pacientes que lograron una respuesta PASI 90 hasta la semana 48 en función de la visita (pacientes aleatorizados en la semana 0) en el ensayo ECLIPSE.



Artritis psoriásica (APs). Se ha demostrado que guselkumab mejora los signos y síntomas, la función física y la calidad de vida relacionada con la salud, y reduce la velocidad de progresión del daño articular periférico en pacientes adultos con APs activa. *DISCOVER 1 y DISCOVER 2.* Dos ensayos fase III aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo (DISCOVER 1 y DISCOVER 2) evaluaron la eficacia y la seguridad de guselkumab comparado con placebo en pacientes adultos con APs activa (≥ 3 articulaciones inflamadas y ≥ 3 articulaciones dolorosas y una concentración de proteína C reactiva (PCR) ≥ 0,3 mg/dl en DISCOVER 1, y ≥ 5 articulaciones inflamadas y ≥ 5 articulaciones dolorosas y una concentración de PCR ≥ 0,6 mg/dl en DISCOVER 2), a pesar del tratamiento con FARME sintéticos convencionales (sc), apremilast o fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Los pacientes de estos estudios tenían un diagnóstico de APs basado en los criterios de clasificación de la artritis psoriásica [CASPAR]) durante una mediana de 4 años. En ambos estudios se incluyeron pacientes con diferentes subtipos de APs, incluyendo la artritis poliarticular con ausencia de nódulos reumatoides (40%), espondilitis con artritis periférica (30%), artritis periférica asimétrica (23%), afectación interfalángica distal (7%) y artritis mutilante (1%). Más del 65% y del 42% de los pacientes presentaban entesitis y dactilitis en el momento basal, respectivamente, y más del 75% de los pacientes presentaban afectación cutánea psoriásica en ≥ 3% de la superficie corporal. En DISCOVER 1 y DISCOVER 2 se evaluaron 381 y 739 pacientes, respectivamente, que recibieron tratamiento con guselkumab 100 mg administrado en las semanas 0 y 4, seguido de guselkumab 100 mg cada 8 semanas (c8s) o guselkumab 100 mg c4s, o placebo. En la semana 24, los pacientes que recibieron placebo en ambos estudios, fueron reasignados al grupo de guselkumab 100 mg c4s. Aproximadamente el 58% de los pacientes de ambos estudios continuaron con dosis estables de MTX (≤ 25 mg/semana). En ambos estudios, más del 90% de los pacientes habían recibido tratamiento previo con FARMEsc. En DISCOVER 1, el 31% de los pacientes había recibido previamente tratamiento anti-TNFα. En DISCOVER 2, todos los pacientes eran naïve a tratamiento biológico previo. *Signos y síntomas.* El tratamiento con guselkumab provocó mejoras significativas en las mediciones de la actividad de la enfermedad en comparación con el placebo en la semana 24. La variable primaria en ambos estudios era el porcentaje de pacientes que lograban una respuesta ACR (American College of Rheumatology) 20 en la semana 24. Los resultados clave de eficacia se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8: Respuestas clínicas en DISCOVER 1 y DISCOVER 2

	DISCOVER 1			DISCOVER 2		
	Placebo (N=126)	guselkumab 100 mg c8s (N=127)	guselkumab 100 mg c4s (N=128)	Placebo (N=246)	guselkumab 100 mg c8s (N=248)	guselkumab 100 mg c4s (N=245)
Respuesta ACR 20						
Semana 16	25,4%	52,0%[b]	60,2%[b]	33,7%	55,2%[g]	55,9%[c]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	26,7 (15,3; 38.1)	34,8 (23,5; 46,0)	-	21,5 (13,1; 30,0)	22,2 (13;7; 30,7)
Semana 24	22,2%	52,0%[a]	59,4%[a]	32,9%	64,1%[a]	63,7%[a]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	29,8 (18,6; 41,1)	37,1 (26,1; 48,2)	-	31,2 (22,9; 39,5)	30,8 (22,4; 39,1)
Respuesta ACR 50						
Semana 16	12,7%	22,8%[d]	26,6%[c]	9,3%	28,6%[g]	20,8%[c]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	10,2 (1,0; 19.3)	13,9 (4,4; 23,4)	-	19,3 (12,6; 25,9)	11,5 (5,2; 17,7)
Semana 24	8,7%	29,9%[b]	35,9%[b]	14,2%	31,5%[g]	33,1%[c]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	21,4 (12,1; 30,7)	27,2 (17,6; 36,8)	-	17,2 (10,0; 24,4)	18,8 (11,5; 26,1)
Respuesta ACR 70						
Semana 24	5,6%	11,8%[d]	20,3%[b]	4,1%	18,5%[g]	13,1%[c]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	6,4 (-0,3; 13,1)	14,8 (6,9; 22,7)	-	14,5 (9,1; 19,9)	9,0 (4,1; 13,8)
Variación media MC[i] en la DAS28 -PCR con respecto al valor basal						
Semana 24[c]	-0,70	-1,43[b]	-1,61[b]	-0,97	-1,59[b]	-1,62[b]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	-0,73 (-0,98; -0,48)	-0,91 (-1,16; -0,66)	-	-0,61 (-0,80; -0,43)	-0,65 (-0,83; -0,47)
Actividad mínima de la enfermedad						
Semana 24	11,1%	22,8%[f]	30,5%[e]	6,1%	25,0%[e]	18,8%[e]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	11,9 (2,9; 20,9)	19,3 (9,7; 28,9)	-	18,9 (12,8; 25,0)	12,7 (7,0; 18,4)
Pacientes con ≥ 3% BSA e IGA ≥ 2						
	n=78	n=82	n=89	n=183	n=176	n=184
Respuesta IGA[h]						
Semana 24	15,4%	57,3%[b]	75,3%[b]	19,1%	70,5%[b]	68,5%[b]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	42,0 (28.9, 55.1)	60,0 (48.3, 71.8)	-	50,9 (42.2, 59.7)	49,8 (41.2, 58.4)
Respuesta PASI 90						
Semana 16	10,3%	45,1%[e]	52,8%[e]	8,2%	55,1%[e]	53,8%[e]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	34,9 (22,2; 47,6)	42,6 (30,5; 54,8)	-	46,6 (38,4; 54,8)	45,6 (37,6; 53,6)
Semana 24	11,5%	50,0%[e]	62,9%[e]	9,8%	68,8%[e]	60,9%[e]
Diferencia respecto a placebo (IC del 95%)	-	38,6 (25,8; 51,4)	51,7 (39,7; 63,7)	-	58,6 (50,6; 66,6)	51,3 (43,2; 59,3)

[a] p < 0,001 (variable primaria). [b] p < 0,001 (variable secundaria principal). [c] p = 0,006 (variable secundaria principal). [d] estadísticamente no significativo p = 0,086 (variable secundaria principal). [e] p nominal < 0,001. [f] p nominal = 0,012. [g] no analizado formalmente en el procedimiento de análisis jerárquico, p nominal < 0,001 (variable secundaria principal). [h] definido como respuesta IGA de 0 (desaparición de las lesiones) o 1 (lesiones mínimas) y reducción ≥ 2 grados con respecto al momento basal de la puntuación de IGA de la psoriasis. [i] Variación media MC = variación media ajustada por método de mínimos cuadrados

La respuesta clínica se mantuvo hasta la semana 52 según lo evaluado por las tasas de respuesta ACR 20/50/70, DAS28-PCR, actividad mínima de la enfermedad, IGA y PASI 90 en DISCOVER 1 y DISCOVER 2 (ver Tabla 9).

Tabla 9: Respuestas clínicas en DISCOVER 1 y DISCOVER 2 en la semana 52[a]

	DISCOVER 1		DISCOVER 2	
	guselkumab 100 mg c8s	guselkumab 100 mg c4s	guselkumab 100 mg c8s	guselkumab 100 mg c4s
ACR 20				
N[b]	112	124	234	228
% respuesta	67,9%	75,8%	79,1%	75,9%
ACR 50				
N[b]	113	124	234	228
% respuesta	43,4%	55,6%	51,3%	49,1%
ACR 70				
N[b]	114	124	234	228
% respuesta	28,9%	29,8%	29,5%	28,1%
Variación en la DAS28-PCR con respecto al valor basal				
N[c]	112	123	234	227
Media (DE)	-2,03 (1,250)	-1,99 (1,062)	-2,08 (1,121)	-2,11 (1,128)
Actividad mínima de la enfermedad				
N[b]	112	124	234	228
% respuesta	33,9%	40,3%	32,9%	36,8%
Pacientes con ≥ 3% BSA e IGA ≥ 2 en el momento basal				
Respuesta IGA				
N[b]	75	88	170	173
% respuesta	69,3%	83,0%	77,1%	84,4%
PASI 90				
N[b]	75	88	170	173
% respuesta	66,7%	76,1%	77,1%	81,5%

[a] No hubo grupo de placebo después de la semana 24. [b] Pacientes evaluables con un estado de respuesta observado. [c] Pacientes con un cambio observado respecto al valor basal.

La respuesta clínica se mantuvo hasta la semana 100 según lo evaluado por las tasas de respuesta ACR 20/50/70, DAS28-PCR, actividad mínima de la enfermedad, IGA y PASI 90 en DISCOVER 2 (ver Tabla 10).

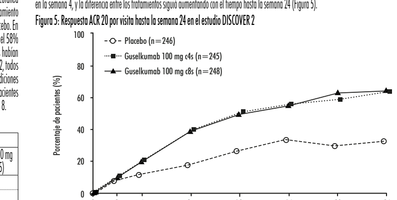
Tabla 10: Respuestas clínicas en DISCOVER 2 en la semana 100[a]

	guselkumab 100 mg c8s	guselkumab 100 mg c4s
ACR 20		
N[b]	223	219
% respuesta	82,1%	84,9%
ACR 50		
N[b]	224	220
% respuesta	60,7%	62,3%
ACR 70		
N[b]	224	220
% respuesta	39,3%	38,6%
Variación en la DAS28-PCR con respecto al valor basal		
N[c]	223	219
Media (DE)	-2,37 (1,215)	-2,36 (1,120)
Actividad mínima de la enfermedad		
N[b]	224	220
% respuesta	44,6%	42,7%
Pacientes con ≥ 3% BSA e IGA ≥ 2 en el momento basal		
Respuesta IGA		
N[b]	165	170
% respuesta	76,4%	82,4%
PASI 90		
N[b]	164	170
% respuesta	75,0%	80,0%

[a] No hubo grupo de placebo después de la semana 24. [b] Pacientes evaluables según respuesta observada. [c] Pacientes con un cambio observado respecto al valor basal.

Respuesta a lo largo del tiempo. En DISCOVER 2, se observó una respuesta ACR 20 en ambos grupos de guselkumab mayor que en el grupo de placebo ya en la semana 4, y la diferencia entre los tratamientos siguió aumentando con el tiempo hasta la semana 24 (Figura 5).

Figura 5: Respuesta ACR 20 por visita hasta la semana 24 en el estudio DISCOVER 2



En DISCOVER 2, para los pacientes que habían recibido tratamiento continuado con guselkumab en la semana 24, se mantuvo la respuesta ACR 20 desde la semana 24 hasta la semana 52 (ver Figura 6). Para los pacientes que habían recibido tratamiento continuado con guselkumab en la semana 52, se mantuvo la respuesta ACR 20 desde la semana 52 hasta la semana 100 (ver Figura 7).

Figura 6: Respuesta ACR 20 por visita desde la semana 24 hasta la semana 52 en el estudio DISCOVER 2.

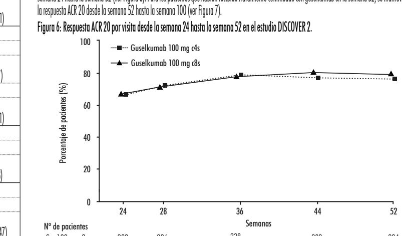
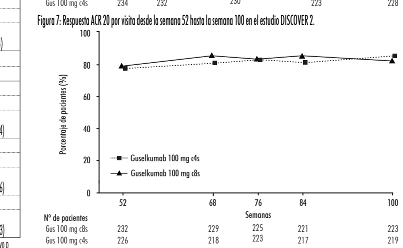


Figura 7: Respuesta ACR 20 por visita desde la semana 52 hasta la semana 100 en el estudio DISCOVER 2.



Las respuestas observadas en los grupos de guselkumab fueron similares con independencia del uso concomitante de FARMEsc, incluido MTX (DISCOVER 1 y 2). Además, el análisis de la edad, el sexo, la raza, el peso corporal y el uso previo de FARMEsc (DISCOVER 1 y 2) y del uso previo de anti-TNFα (DISCOVER 1) no identificó diferencias en la respuesta a guselkumab entre estos subgrupos. En los estudios DISCOVER 1 y 2 se observaron mejorías en todos los componentes de las puntuaciones ACR, incluida la evaluación del dolor por parte del paciente. En la semana 24 en ambos estudios, el porcentaje de pacientes que consiguió una respuesta según los criterios de respuesta en la APs (PsARC) modificados fue mayor en los grupos de guselkumab que en el grupo de placebo. Las respuestas PsARC se mantuvieron desde la semana 24 hasta la semana 52 en DISCOVER 1 y hasta la semana 100 en DISCOVER 2. La dactilitis y la entesitis se evaluaron a partir de los datos agregados de los estudios DISCOVER 1 y 2. En la semana 24, entre los pacientes con dactilitis en el momento basal, el porcentaje de pacientes con resolución de la dactilitis fue mayor en el grupo de guselkumab c8s (59,4%, p nominal < 0,001) y el grupo de guselkumab c4s (63,5%, p = 0,006) comparado con el grupo de placebo (42,2%). En la semana 24, entre los pacientes con entesitis en el momento basal, el porcentaje de pacientes con resolución de la entesitis fue mayor en el grupo de guselkumab c8s (49,6%, p nominal < 0,001) y el grupo de guselkumab c4s (44,9%, p = 0,006) que en el grupo de placebo (29,4%). En la semana 52, se mantuvieron los porcentajes de pacientes con resolución de la dactilitis (81,2% en el grupo c8s y 80,4% en el grupo c4s) y con resolución de la entesitis (62,7% en el grupo c8s y 60,9% en el grupo c4s). En DISCOVER 2, entre los pacientes con dactilitis y entesitis en el momento basal, se mantuvieron los porcentajes de pacientes con resolución de la dactilitis (91,1 % en el grupo c8s y 82,9 % en el grupo c4s) y con resolución de la entesitis (77,5 % en el grupo c8s y 67,7 % en el grupo c4s) en la semana 100. En DISCOVER 1 y 2, los pacientes tratados con guselkumab que tenían espondilitis con artritis periférica como manifestación principal presentaron una mayor mejoría del índice de actividad de la espondilitis anquilosante de Bath (BASDAI) en comparación con el placebo entre el momento basal y la semana 24. La mejoría en el BASDAI se mantuvo desde la semana 24 hasta la semana 52 en DISCOVER 1 y hasta la semana 100 en DISCOVER 2. *Respuesta radiológica.* En el estudio DISCOVER 2, la inhibición de la progresión del daño estructural se midió radiológicamente y se expresó como la variación media con respecto al momento basal de la puntuación de van der Heijde-Sharp (vdH-S) modificada total. En la semana 24, el grupo de guselkumab c4s mostró una progresión radiológica menor estadísticamente significativa y el grupo de guselkumab c8s, una progresión numéricamente inferior que el grupo de placebo (Tabla 11). El beneficio observado con la pauta posológica de guselkumab c4s en la inhibición de la progresión radiológica (menor variación media con respecto al valor basal de la puntuación vdH-S modificada total en el grupo de administración c4s en comparación con el placebo) fue más pronunciado en los pacientes con un valor elevado de proteína C reactiva y un número elevado de articulaciones con erosiones en el momento basal.

Tabla 11: Variación de la puntuación vdH-S modificada total entre el momento basal y la semana 24 en el estudio DISCOVER 2

	N	Variación media MC[c] (IC[d] de 95%) de la puntuación vdH-S modificada entre el momento basal y la semana 24
Placebo	246	0,95 (0,61, 1,29)
guselkumab 100 mg c8s	248	0,52[a] (0,18, 0,86)
guselkumab 100 mg c4s	245	0,29[b] (-0,05, 0,63)

[a] estadísticamente no significativo p = 0,068 (variable secundaria principal). [b] p = 0,006 (variable secundaria principal). [c] Variación mediaMC = variación media por mínimos cuadrados. [d] IC = intervalo de confianza

En la semana 52 y la semana 100, la variación media de la puntuación vdH-S modificada total con respecto al valor basal fue similar en los grupos de guselkumab c8s y c4s (Tabla 12).

Tabla 12: Variación de la puntuación vdH-S modificada total entre el momento basal y la semana 52 y la semana 100 en DISCOVER 2

	N[a]	Variación media (DE[b]) de la puntuación vdH-S modificada total desde el momento basal
Semana 52		
guselkumab 100 mg c8s	235	0,97 (3,623)
guselkumab 100 mg c4s	229	1,07 (3,843)
Semana 100		
guselkumab 100 mg c8s	216	1,50 (4,393)
guselkumab 100 mg c4s	211	1,68 (7,018)

[a] Los pacientes evaluables tienen una variación observada durante el periodo de tiempo especificado. [b] DE = desviación estándar. Nota: ningún grupo de placebo después de la semana 24

Función física y calidad de vida relacionada con la salud. En DISCOVER 1 y 2, los pacientes tratados con guselkumab mostraron una mejoría significativa (p < 0,001) de la función física en comparación con el placebo según el Cuestionario de evaluación de la salud-*Índice de discapacidad* (*HAQ*-DI) en la semana 24. Las mejorías en el HAQ-DI se mantuvieron desde la semana 24 hasta la semana 52 en DISCOVER 1 y hasta la semana 100 en DISCOVER 2. Se observó una mejoría significativamente mayor de la puntuación del resumen del componente físico del SF-36 con respecto al momento basal en los pacientes tratados con guselkumab en comparación con el placebo en la semana 24 en DISCOVER 1 (p < 0,001 en ambos grupos de dosis) y DISCOVER 2 (p = 0,006 en el grupo c4s). En la semana 24 se observó un aumento de la puntuación de la Evaluación funcional para el tratamiento de enfermedades crónicas-Fatiga (FACIT-F) con respecto al valor basal mayor en los pacientes tratados con guselkumab que en los tratados con placebo en ambos estudios. En DISCOVER 2 las mejorías observadas de la calidad de vida relacionada con la salud, determinada mediante el Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI), fueron mayores en los pacientes tratados con guselkumab que en los tratados con placebo en la semana 24. Las mejorías en las puntuaciones relativas al componente físico del SF-36, la FACIT-F y el DLQI se mantuvieron desde la semana 24 hasta la semana 52 en DISCOVER 1 y hasta la semana 100 en DISCOVER 2. Población pediátrica. La Agencia Europea de Medicamentos ha concedido al titular un aplazamiento para presentar los resultados de los ensayos realizados con guselkumab en uno o más grupos de la población pediátrica en la psoriasis en placas y artritis psoriásica (ver la información sobre el uso pediátrico en la sección 4.2). **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** Absorción.Tras una sola inyección subcutánea de 100 mg en personas sanas, guselkumab alcanzó una concentración sérica máxima (C_{max}) media (± DE) de 8,09 ± 3,68 μg/ml aproximadamente 5,5 días tras la dosis. Las concentraciones séricas de guselkumab en estado estacionario se alcanzaron en la Semana 20 tras la administración subcutánea de 100 mg de guselkumab en las semanas 0 y 4, y posteriormente cada 8 semanas. Las concentraciones séricas medias (± DE) en estado de estacionario de guselkumab en dos estudios en fase III en pacientes con psoriasis en placas fueron de 1,15 ± 0,73 μg/ml y 1,23 ± 0,84 μg/ml. La farmacocinética de guselkumab en pacientes con artritis psoriásica fue similar a la observada en pacientes con psoriasis. Tras la administración subcutánea de 100 mg de guselkumab en las semanas 0, 4 y cada 8 semanas a partir de entonces, la concentración sérica mínima media en estado estacionario de guselkumab también fue de aproximadamente 1,2 mcg/ml. Tras la administración subcutánea de 100 mg de guselkumab cada 4 semanas, la concentración sérica mínima media en estado estacionario de guselkumab fue de aproximadamente 3,8 mcg/ml. Se estimó que la biodisponibilidad absoluta de guselkumab después de una sola inyección subcutánea de 100 mg fue de un 49% en personas sanas. Distribución. El volumen de distribución medio durante la fase terminal (V_z) después de una sola administración intravenosa a personas sanas osciló entre 7 y 10 litros en los estudios. Biotransformación. No se ha caracterizado la vía exacta a través de la cual se metaboliza guselkumab. Como anticuerpo monoclonal de IgG humano, cabe esperar que guselkumab se degrade en pequeños péptidos y aminoácidos a través de vías catabólicas de la misma manera que la IgG endógena. Eliminación. El aclaramiento sistémico (CL) medio tras una sola administración intravenosa a personas sanas osciló entre 0,288 y 0,479 l/día en los estudios. La semivida ($t_{1/2}$) media de guselkumab fue de aproximadamente 17 días en personas sanas y de 15 a 18 días en pacientes con psoriasis en placas en los estudios. Los análisis de farmacocinética poblacional indicaron que el uso concomitante de AINEs, corticosteroides orales y FARMEsc como metotrexato, no afectaba el aclaramiento de guselkumab. Linealidad/no linealidad. La exposición sistémica a guselkumab (C_{max} y AUC) aumentó de una manera aproximadamente proporcional a la dosis tras una sola inyección subcutánea en dosis de 10 mg a 300 mg en personas sanas o pacientes con psoriasis en placas. Pacientes de edad avanzada. No se han realizado estudios específicos en pacientes de edad avanzada. De los 1384 pacientes con psoriasis en placas tratados con guselkumab en estudios clínicos de fase III e incluidos en el análisis farmacocinético poblacional, 70 pacientes tenían 65 o más años de edad, incluyendo cuatro de 75 o más años de edad. De los 746 pacientes con artritis psoriásica expuestos a guselkumab en estudios clínicos en fase III, un total de 38 pacientes tenían 65 años o más y ninguno tenía 75 años o más. Los análisis de farmacocinética poblacional en pacientes con psoriasis en placas y artritis psoriásica no revelaron cambios evidentes en el CL/F estimado de los pacientes ≥ 65 años con respecto a los pacientes < 65 años, lo que da a entender que no es necesario ajustar la dosis en los pacientes de edad avanzada. Pacientes con insuficiencia renal o hepática. No se han realizado estudios específicos para determinar el efecto de la insuficiencia renal o hepática en la farmacocinética de guselkumab. Se espera que la eliminación renal de guselkumab intacto, un Anticuerpo monoclonal de IgG, sea escasa y de poca importancia; de manera análoga, no se espera que la insuficiencia hepática influya en el aclaramiento de guselkumab ya que los Anticuerpos monoclonales de IgG se eliminan principalmente mediante catabolismo intracelular. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, toxicidad para la reproducción y desarrollo pre y posnatal. En estudios de toxicidad a dosis repetidas con macacos cangrejeros, guselkumab fue bien tolerado por vía intravenosa y subcutánea. Una dosis subcutánea semanal de 50 mg/kg administrada a monos originó valores de exposición (AUC) y C_{max} que fueron al menos 49 veces y > 200 veces superiores, respectivamente, que los medidos en el estudio de farmacocinética clínica con seres humanos. Adicionalmente, no se apreciaron efectos farmacológicos adversos de seguridad cardiovascular o inmunotoxicidad durante la realización de los estudios de toxicidad a dosis repetidas o en un estudio de farmacología dirigido a la seguridad cardiovascular con macacos cangrejeros. No se observaron cambios preneoplásicos en las evaluaciones de histopatología de los animales tratados durante un periodo de hasta 24 semanas, ni después del periodo de recuperación de 12 semanas en el que el principio activo era detectable en suero. No se han realizado estudios de mutagenicidad o carcinogenicidad con guselkumab. Guselkumab no pudo ser detectado en la leche materna de macacos cangrejeros tras ser medido a los 28 días tras el parto. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Histidina. Monoclorhidrato de histidina monohidratado. Polisorbato 80. Sacarosa. Agua para preparaciones inyectables. **6.2. Incompatibilidades.** En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no se debe mezclar con otros. **6.3. Periodo de validez.** 2 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (2 °C-8 °C). No congelar. Conservar la jeringa precargada o la pluma precargada en el embalaje exterior para protegerla de la luz. **6.5. Naturaleza y contenido del envase.** Tremfya 100 mg solución inyectable en jeringa precargada. Solución de 1 ml en una jeringa de vidrio precargada con una aguja fija y un capuchón, acoplado en un guarda-aguja automático. Tremfya está disponible en envases que contienen una jeringa precargada y en envases múltiples conteniendo 2 (2 envases de 1) jeringas precargadas. Puede que no estén comercializados todos los tamaños de envase. Tremfya 100 mg solución inyectable en pluma precargada. Solución de 1 ml en una jeringa de vidrio precargada acoplada en una pluma precargada con un protector de aguja automático. Tremfya está disponible en un envase que contiene una pluma precargada y en un envase múltiple conteniendo 2 (2 envases de 1) plumas precargadas. Puede que no estén comercializados todos los tamaños de envase. **Presentaciones y precios:** Tremfya 100 mg solución inyectable en jeringa precargada: Precio industrial notificado: PVL: 2.536,10 €; PVP: 2.592,01 €; PVP IVA: 2.695,69 €. Tremfya 100 mg solución inyectable en pluma precargada: Precio industrial notificado: PVL: 2.536,10 €; PVP: 2592,01 €; PVP IVA: 2.695,69 €. **Condiciones de prescripción y dispensación:** Con receta médica. Diagnóstico hospitalario. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Después de sacar la jeringa precargada o la pluma precargada de la nevera, mantener la jeringa precargada o la pluma precargada dentro del envase de cartón y dejar que alcance la temperatura ambiente esperando 30 minutos antes de inyectar Tremfya. La jeringa precargada o la pluma precargada no se deben agitar. Antes de utilizarla, se recomienda inspeccionar visualmente la jeringa precargada o la pluma precargada. La solución debe ser transparente y de incolora a color amarillo claro, y puede contener unas pocas partículas pequeñas translúcidas o blancas. Tremfya no se debe usar si la solución está turbia o tiene un color anormal, o contiene partículas grandes. Cada envase contiene un prospecto de «Instrucciones de uso» que describe con detalle la preparación y administración de la jeringa precargada o la pluma precargada. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Janssen-Cilag International NV. Turnhoutseweg 30. B-2340 Beerse. Bélgica. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/17/1234/001 1 jeringa precargada. EU/1/17/1234/002 1 pluma precargada. EU/1/17/1234/003 2 plumas precargadas. EU/1/17/1234/004 2 jeringas precargadas. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 10 Noviembre 2017. Fecha de la última renovación: . **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 07/2022. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos http://www.ema.europa.eu, y en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (http://www.aemps.gob.es/).

Financiación aprobada para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave tras respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a tratamientos sistémicos convencionales o PUVA, restringida al tratamiento en adultos que no hayan respondido a la terapia sistémica convencional y que hayan utilizado previamente un fármaco biológico anti-TNF o en los casos en los que el uso de anti-TNF esté contraindicado. Financiación aprobada para artritis psoriásica en aquellos pacientes que hayan utilizado previamente un fármaco biológico anti-TNF o en los casos en los que el uso de anti-TNF esté contraindicado.

Organizado por:

Fundación Española de Reumatología

Sociedad Española de Reumatología

Programa impreso con la colaboración de:

janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

SECRETARÍA TÉCNICA

INFORMACIÓN GENERAL

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

C/ Marqués del Duero, 5 - 1ª
28001 Madrid
Tel: 91 576 77 99
ser@ser.es
www.ser.es

AGENCIA DE VIAJES

INSCRIPCIONES, RESERVA DE ALOJAMIENTO Y PASAJES

UNIONTOURS

C/ Galileo, 306-308
08028 Barcelona
Tel: 93 419 20 30
uniontours@uniontours.es

SEDE DEL CONGRESO

FIBES II - PALACIO DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS DE SEVILLA

Avda. Alcalde Luis Uruñuela, 1
41020 Sevilla
Tel: 954 47 87 00
www.fibes.es

22/PROG/0104

#SER2023

Sociedad Española de Reumatología

@SEReumatologia

@inforeuma

Sociedad Española de Reumatología