



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



TRABAJOS ACEPTADOS SOLO PARA PUBLICACIÓN

XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Sevilla, 9-12 de mayo de 2023

RC01. ABATACEPT Y RITUXIMAB AFECTAN LA RESPUESTA SEROLÓGICA A LA VACUNA CONTRA SARS-CoV-2

Erardo Ernesto Meriño Ibarra y Lourdes Bartolomé Fandos

Hospital Universitario San Jorge. Huesca.

Introducción: Los pacientes que van a ser tratados con terapia inmunosupresora, idealmente, deben ser vacunados previo al inicio del tratamiento. La respuesta a la vacunación contra el SARS-CoV-2 y su persistencia depende tanto de la producción de anticuerpos (Ac) como de la respuesta celular T. La terapia con abatacept (ABT) y rituximab (RTX) puede afectar la respuesta serológica a la vacunación.

Objetivos: 1. Comparar los pacientes en tratamiento con ABT y RTX y según su sensibilidad/resistencia al SARS-CoV-2. 2. Calcular el tiempo a partir del cual los pacientes con ABT y RTX pierden la respuesta serológica al SARS-CoV-2. 3. Calcular el tiempo entre la perfusión del RTX y la vacunación SARS-CoV-2.

Tabla 1. Características generales de los pacientes según tratamiento recibido

	ABT SC (N = 18)	RTX (N = 8)	Total (N = 26)	p
Sexo mujer, n (%)	18 (75)	8 (100)	26 (100)	0,116
Edad, años (DE)	72,1 (11,6)	63,3 (13,3)	70,4 (12,2)	0,223
Diagnóstico AR, n (%)	24 (100)	6 (75)	30 (100)	0,011
Leucocitos, $\times 10^3$ (DE)	7,1 (2)	6,58 (2,3)	7 (2)	0,529
Linfocitos, $\times 10^3$ (DE)	2,3 (0,7)	1,41 (0,6)	2,1 (0,8)	0,005
Inmunoglobulina G, mg/dL (DE)	1.148 (333)	803 (268)	986 (344)	0,020
T1, días (RI)	232 (188-269)	208 (183-214)	215 (187-260)	0,309
T2, días (RI)	-	133 (92-162)	133 (92-162)	-
Serología, BAU/ml (RI)	2.463 (151-5.680)	5,1 (0,36-149)	431 (26-3.214)	0,003
SARS-CoV-2 resistentes, n (%)	13 (65)	2 (25)	15 (100)	0,043

T1: tiempo desde la última vacuna o infección por SARS-CoV-2 a la extracción de la serología. T2: tiempo desde la última perfusión de RTX a la extracción de la serología. DE: desviación estándar. RI: rango intercuartil.

Tabla 2. Tiempos entre la perfusión de rituximab y la vacunación SARS-CoV-2

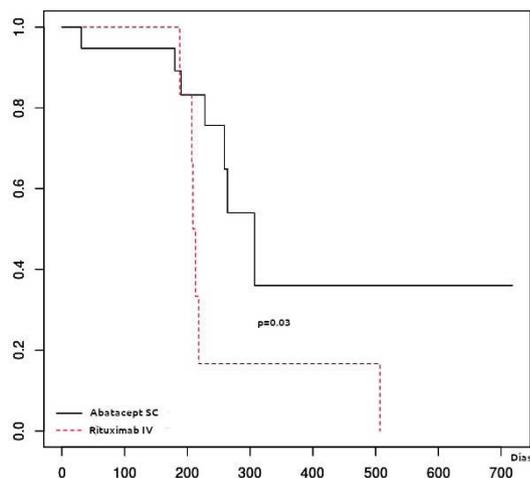
	T1 en días (meses)	T2 en días (meses)	T3 en días (meses)	T4 en días (meses)	Serología (IgG proteína S BAU/mL)	Respuesta serológica SARS-CoV-2*
1	32 (1)	116 (3,8)	92 (3)		0,21	Sensible
2	56 (1,8)	97 (3,2)	95 (3,1)		27,6	Sensible
3	28 (1)	49 (1,6)	33 (1,1)		0,3	Sensible
4	70 (2,3)	96 (3,2)	70 (2,3)		0,7	Sensible
5	76 (2,5)	160 (5,3)	133 (4,4)		0,38	Sensible
6	57 (1,9)	85 (2,8)	120 (4)	132 (4,4)	9,53	Sensible
7	129 (4,3)	150 (5)	139 (4,6)	181 (6)	567,53	Resistente
8	6 (0,2)	27 (0,9)	83 (2,7)		513,8	Resistente

T1, T2, T3, T4: tiempo entre perfusión de RTX y 1ª, 2ª, 3ª y 4ª dosis de la vacuna SARS-CoV-2. *Sensible = Ac antiproteína S del SARS-CoV-2 < 260 BAU/mL y Resistente = Ac antiproteína S del SARS-CoV-2 > 260 BAU/mL.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en la Unidad de Reumatología, en el Hospital Universitario San Jorge de Huesca, en pacientes que han estado en tratamiento con ABT y RTX y que han recibido la vacunación SARS-CoV-2, midiéndose la respuesta serológica y otras variables. Métodos estadísticos: se evaluaron las diferencias significativas entre los grupos de estudio: variables cualitativas con tablas de contingencia 2×2 y prueba de χ^2 de Pearson; variables cuantitativas, y según su distribución (estadístico de Shapiro-Wilk), se utilizaron los estadísticos t-student y U-Mann-Whitney para las diferencias entre medias y medianas, respectivamente. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meier y las diferencias entre las curvas con el estadístico de log-rank. Todos los procedimientos estadísticos se realizarán con el programa estadístico R (paquete R Commander) y se calcularon con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se estudiaron un total de 26 pacientes, de ello 18 en tratamiento con ABT y 8 en tratamiento con RTX, con un predominio del sexo femenino en el 75% y 100% de los casos, respectivamente. No se encontraron diferencias en cuanto al sexo y edad en los grupos estudiados, sin embargo, se encontraron diferencias significativas en las cifras de linfocitos, inmunoglobulinas G y niveles de Ac antiproteína S del SARS-CoV-2 en pacientes tratados con estos fármacos, con cifras superiores en el grupo de ABT. La artritis reumatoide fue el diagnóstico predominante en ambos grupos. El tiempo entre la vacunación o infección por SARS-CoV-2 y la extracción de la serología no fue diferente entre los grupos (tabla 1). Al dividir los grupos anteriores en subgrupos según la sensibilidad/resistencia a la infección por SARS-CoV-2 no encontramos diferencias en las variables estudiadas. La figura muestra la curva de supervivencia de formación de Ac antiproteína S del SARS-CoV-2 en pacientes tratados con RTX y ABT, con diferencias significativas entre las curvas, encontrándose un 50% de pérdida de respuesta alrededor de los 200 y 300 días en casos con RTX y ABT, respectiva-

mente. Finalmente, la vacunación contra el SARS-Cov-2 se reanalizó 6 meses antes de la siguiente perfusión del RTX en todos los casos, excepto en un caso con la dosis de refuerzo (4ª dosis) (tabla 2).



Conclusiones: 1. Los pacientes en tratamiento con RTX muestran menores cifras de linfocitos, inmunoglobulina G y de Ac antiproteína S del SARS-CoV-2 con respecto a los tratados con ABT. 2. La supervivencia de la respuesta serológica contra la infección por SARS-CoV-2 cae más rápidamente en pacientes con RTX que en los tratados con ABT. 3. En los casos con RTX se administró la vacuna anti-SARS-CoV-2 antes de los 6 meses en casi todos los casos.

RC02. GUSELKUMAB. EFICACIA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y/O PSORIASIS

Mª de Nazaret Roldán Ruiz¹, M.B. Cívico Ruiz², A. Pérez Gil² y R. Hernández Sánchez¹

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.
²Unidad de Dermatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción y objetivos: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, poligénica e inmunomediada. Se asocia a múltiples comorbilidades, siendo la artritis psoriásica (Aps) la más frecuente. El guselkumab es un inhibidor selectivo frente a la subunidad p19 de la IL-23 aprobado para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de guselkumab en pacientes con psoriasis y/o artritis psoriásica en práctica clínica habitual.

Métodos: Presentamos un estudio observacional y retrospectivo de 16 pacientes con psoriasis y/o artritis psoriásica en tratamiento con guselkumab de la consulta conjunta de Dermatología y Reumatología entre diciembre 2019 y enero 2022. Describimos las características demográficas, la historia de la enfermedad y gravedad al inicio de tratamiento. Analizamos la respuesta al tratamiento mediante PASI, DLQI, DAPSA y ASDAS al inicio y en las semanas 12, 24 y 36. Revisamos también los acontecimientos adversos reportados durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes, un 37,5% de varones y un 62,5% de mujeres, de edad media de 53,75 años. 14 de ellos presentaban psoriasis en placas, 1 psoriasis inversa y 1 psoriasis pustulosa, con 24,44 años de media de evolución de la enfermedad. El PASI medio basal de los pacientes fue de 9,72, alcanzando el total de ellos un PASI ≤ 4 a las 36 semanas (fig. 1), siendo similar a estudios previos en práctica habitual, donde se consigue PASI medio absoluto a la semana 36 < 1¹. El DLQI medio basal fue de 14,93, descendiendo a 8,18 a la semana 12 y a 3,13 a la semana 36. Por tanto, la disminución de la gravedad de la psoriasis cursa de manera paralela a la mejoría de la calidad de vida de los pacientes¹. Con respecto a la muestra, 10 pacientes presentaban artritis psoriásica activa (3 con afectación axial y articular, 3 poliarticular, y 4 oligoarticular). En cuanto al DAPSA medio

basal de los pacientes previo al inicio de guselkumab fue de 17,28; alcanzando un DAPSA a las 12 semanas de 12,63, y con nuevo descenso a las 24 semanas presentando un DAPSA de 10,95; posteriormente en la semana 36 los pacientes presentan un DAPSA de 11,7 (fig. 2). EL ASDAS medio basal fue de 2,6, descendiendo a 2,26 a la semana 12, y a 2,2 a la semana 36. Por tanto, se objetiva una mejoría a nivel axial y articular, alcanzando los pacientes baja actividad de la enfermedad¹; incluso en el 20% se consigue la remisión de la enfermedad. Con respecto a la muestra estudiada, dos pacientes presentaron buena evolución a nivel cutáneo, pero sin conseguir una mejoría significativa a nivel articular. Solo dos pacientes presentaron efecto adverso, siendo leves y sin causar discontinuidad del tratamiento.

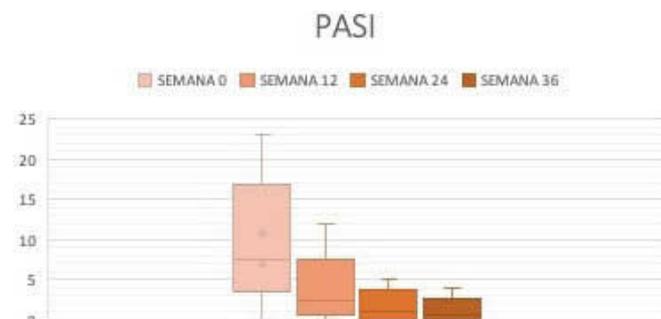


Figura 1. PASI medio basal previo al inicio de guselkumab y a las semanas 12, 24 y 36 tras iniciar el tratamiento.

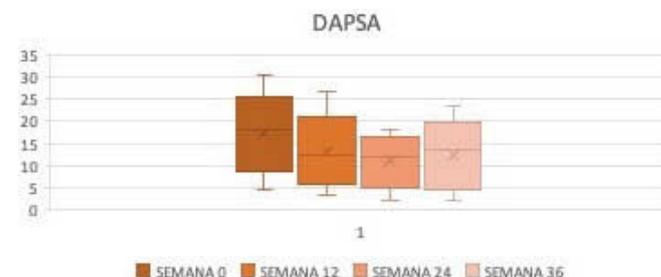


Figura 2. DAPSA medio basal previo al inicio de guselkumab y a las semanas 12, 24 y 36 tras iniciar el tratamiento.

Conclusiones. El guselkumab ha mostrado excelentes resultados en nuestra práctica clínica habitual de la psoriasis y de la artritis psoriásica, mejorando conjuntamente su calidad de vida, con un buen perfil de seguridad. Por lo que puede ser una opción a tener en cuenta en nuestros pacientes con psoriasis y/o artritis psoriásica. Son necesarios estudios a más largo plazo para continuar evaluando la eficacia, seguridad y supervivencia del fármaco en práctica clínica real.

REFERENCIAS

1. Rodríguez Fernández-Freire L, Galán-Gutiérrez M, Armario-Hita JC, Perez-Gil A, Ruiz-Villaverde R. Guselkumab: Short-term effectiveness and safety in real clinical practice. *Dermatol Ther.* 2020;33(3):e13344.

RC03. DESARROLLO DE UN SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN POLO POSTERIOR OCULAR

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

¹Grupo de Patología Musculo-esquelética. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdiSSC). Madrid. ²Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad Politécnica de Madrid. ³Grupo de Investigación en Patología Ocular y Vías Visuales. IdiSSC. Madrid.

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

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

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

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

RC04. PRESIÓN ASISTENCIAL, DERIVACIONES Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA CON ACREDITACIÓN DOCENTE EN ESPAÑA

Marcos Paulino Huertas, Joaquín Anino Fernández, David Castro Corredor, Marina González Peñas, María Dolores Mínguez Sánchez, Marco Aurelio Ramírez Huaranga, Eva Revuelta Evrard, Verónica Salas Manzanedo y Javier Seoane Romero

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: El buen funcionamiento de un servicio de Reumatología depende, entre otros factores, de la presión asistencial a la que se ve sometido (cantidad de pacientes derivados, volumen anual de enfermos vistos en primeras/sucesivas y número de reumatólogos por habitante).

Objetivos: Realizar un mapa nacional de la presión asistencial de los diferentes servicios de Reumatología con acreditación MIR y cómo influye en la producción científica

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que analiza los datos de 48 servicios de Reumatología, disponibles en la plataforma “Hospitales con acreditación docente en Reumatología”. Este portal es accesible, de manera pública, a través de la página web de la SER (hospitalesdocentes.ser.es). Se analizaron aspectos relacionados con el número de reumatólogos por Servicio, población de referencia, enfermos vistos anualmente en primera visita/nuevo o visita sucesiva/visión, pacientes atendidos en el ámbito hospitalario o ambulatorio y publicaciones científicas indexadas en Pubmed en los últimos 5 años.

Resultados: Se valoraron 48 servicios de Reumatología, donde trabajaban 423 reumatólogos que atendían una población de referencia de 20.231.000 personas (42,74% de la población española). Esto supone un reumatólogo por cada 47.000 habitantes. Se realizaron 876.269 consultas, de las que 247.024 fueron primeras visitas (ratios sucesivas/nuevas 2,5). Se llevaron a cabo 4.305 publicaciones indexadas en Pubmed, en los últimos 5 años. El servicio de Reumatología con acreditación docente medio (fig. 1) dispone de 8,82 reumatólogos, y atiende una población de referencia de 421.000 personas. Realiza 18.255 consultas anuales de las que 5146 son nuevas (2.070 visitas por facultativo, de ellas 583 nuevas). En los últimos 5 años, publica 89 artículos referenciados en Pubmed. Si analizamos servicio a servicio (fig. 2), encontramos que los hospitales con mayor presión asistencial (visitas totales año/reumatólogo) son los de Mérida (4.593), Dr. Peset (3.666), San Cecilio (3.400), Donostia (3.316), Santiago (3.084) y Ciudad Real (3.026). En cuanto a los que más pacientes nuevos ven por facultativo destacan Mérida (1.282), San Cecilio (1.148), Arrixaca (1.087), Marina Baja (965) Lozano Blesa (975) y Ciudad Real (933). ¿En qué áreas se deriva más? (fig. 3). Si presuponemos que, por norma general, cada nueva visita corresponde a un habitante del área, el porcentaje de la población de referencia que es derivada anualmente alcanza el 3,5% en Arrixaca, el 3% en Bellvitge, el 2,8% en Mérida y Ciudad Real, el 2,1% en Marina Baja y el 2% en el Hospital del Mar. De media, los servicios con mayor presión asistencial realizaron 39 publicaciones en los últimos 5 años en PubMed por 110 publicaciones los que menos carga de pacientes soportan (2,82 veces menos).

¿CÓMO ES EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA MEDIO CON MIR?



Figura 1. Servicio de Reumatología medio con acreditación MIR.



Figura 2. Mapa de presión asistencial reumatología en España.

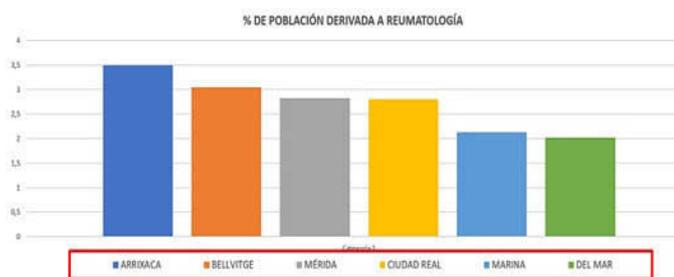


Figura 3. ¿En qué lugares de España se deriva más al reumatólogo?

Conclusiones: La presión asistencial es muy variable entre los servicios de las diferentes autonomías, de diferentes provincias de una comunidad autónoma e incluso dentro de la misma ciudad. Los hospitales que más carga global soportan son Mérida, Dr. Peset, San Cecilio, Donostia, Santiago y Ciudad Real. A los que más derivan Arrivaca, Bellvitge, Mérida, Ciudad Real, Marina Baja y el Hospital del Mar. Como era de esperar, los hospitales más sobrecargados publican casi 3 veces menos que los menos exigidos en este aspecto. Identificar zonas de "estrés asistencial" en Reumatología puede ayudar a aportar recursos y diseñar estrategias para mejorar su situación.

RC05. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR SOSPECHA DE OSTEOPOROSIS, Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUIDO A LA GUÍA DE LA SEIOMM DEL 2022

Gregorio Santos Soler¹, J.A. Bernal², J.M. Senabre-Gallego², C Raya-Santos², J. Carlos Cortes-Quiroz², J. Rosas², M. Lorente³, A. Pons³, L. Pons³, C. Cano³, X. Barber⁴ y Grupo AIRE-MB

¹Centro de Especialidades de Foietes. Benidorm. ²Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁴CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: En una consulta de Reumatología, se atienden pacientes con diagnóstico y/o tratamiento por osteoporosis, que presentan diferentes perfiles clínicos. En este trabajo trataremos de exponer esos diferentes perfiles y su tratamiento, teniendo como referencia la Guía de la SEIOMM (Riancho JA. Rev Osteoporos Metab Miner. 2022;14(1):13-33).

Métodos: Se recogieron datos (octubre a diciembre del 2022) epidemiológicos (edad, sexo), factores de riesgo de osteoporosis incluidos en el FRAX, presencia de fracturas por fragilidad (Kanis JA. Osteoporos Int. 2001;12:417-27), incidentes (de menos de 2 años desde su origen) o prevalentes (ocurridas hace más de 2 años), así como los resultados de

Tabla RC05

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo bajo
Nº	48	87	10	18
Mujer (%)	79%	75%	100%	78%
Edad media (años)	72,42	71,57	69	65
< 65a (%)	19%	24%	40%	56%
	≥ 2 Fx V 56%	1 Fx fragilidad 77%	DMO columna < -2,5 DMO CF > -2 Sin Fx < 65a	
	1 FxV o cadera y DMO < -3 23%	DMO < -2,5 17%		
	DMO < -3,5 11,49%	DMO baja con facts de riesgo 5,75%		
Factores de riesgo (%)				
Menopausia precoz	4%	10,35%	12,5%	0
Neoplasias	17%	17,24%	12,5%	28%
Tabaco/Alcohol	18%/8%	10%/6%	12,5%/12,5%	25%/5,6%
Antec materno de fract de cadera	12,5%	12,64%	10%	11%
Caídas en el presente año	29%	29,89%	12,5%	22%
Hiperparatiroidismo 1º	4%	1%	0	0
Tratamiento con corticoides	17%	4,6%	12,5%	5,6%
Fracturas osteoporóticas (%)	91,67%	78,16%	12,5%	0
Fx incidentes	65%	59%	12,5%	3 traumáticas
Metástasis óseas	4%	3,5%	0	0
Fx incidentes con Fx previa	65,52%	8%	0	0
Fx Op múltiples	58%	3,5%	0	0
Resultados densitometría DXA				
nº	43/51	65/87	10/10	7/18
DMO ≤ -3,5	30,23%	0	0	0
DMO > -3,5 a ≤ -2,5	32,56%	43%	0	0
DMO > -2,5 a ≤ -1,5	30,23%	44,62%	100%	14,29%
DMO normal	6,98%	12,31%	0	85,71%
DMO no disponible	6,25%	25,29%	0%	61,11%
FRAX para Fx principal				
nº	38/51	58/87	8/10	5/18
¡ < 5 (riesgo bajo)	23,68%	25,86%	37,5%	80%
≥ 5 y < 7,5 (riesgo intermedio)	15,79%	15,52%	12,5%	20%
≥ 7,5 (riesgo alto)	60,53%	58,62%	50%	0
FRAX para Fx de cadera				
< 3	50%	53,45%	75%	100%
≥ 3	50%	46,55%	25%	0
Tratamiento				
Ninguno	10,42%	13,79%	60%	38,89%
PTH	14,58%a	11,49%	0	0
DNS	45,83%	37,93%	10%	22,22%
ZOL	20,83%	10,35%	10%	16,67%
BF VO	14,58%	26,44%	20%	22,22%

Incluyendo tratados previamente con PTH: 18,75%.

FRAX y DMO. Considerando como de riesgo elevado de fractura un FRAX® con DMO ≥ 3% para fractura de cadera y ≥ 7,5% para fractura principal (vértebral, húmero proximal y antebrazo) (A. Naranjo Hernández *et al.* Reumatol Clin. 2019;15(4):188-210). El resultado de la DMO se definió como de osteoporosis (Ts < -2,5), osteopenia (Ts -1- -2,5) o normal (Ts > -1) (Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. World Health Organ Tech Rep Ser.1994;843:1-129,9).

Resultados: Se atendió a 163 pacientes, 127 (77,91%) eran mujeres. En la tabla se recogen diferentes datos. Entre los pacientes con muy alto riesgo de fractura vemos que solo el 15% de los pacientes con muy alto riesgo de fractura seguían tratamiento con osteoformadores. El 69%, seguían tratamiento parenteral, pero el 10% no seguían tratamiento alguno. Entre los pacientes con riesgo alto estos porcentajes fueron del 11,5%, 59,77% y 14% respectivamente.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes tenían un riesgo de fractura alto o muy alto: 82,82%. Este riesgo se deriva principalmente de la edad de los pacientes (72 años) y de la presencia de fracturas por fragilidad (92% en el grupo con muy alto riesgo, y 78% entre los de alto riesgo). La prevalencia de la presencia de un resultado de osteoporosis densitométrica (63% en el grupo con muy alto riesgo, y 43% entre los de alto riesgo) y de riesgo significativo para fracturas mediante el índice FRAX (60% para fractura principal y 50% para cadera), tiene lógicamente, una distribución concordante con las definiciones de riesgo de fractura osteoporótica de la Guía de la SEIOMM del 2020. Sin embargo, vemos que solo un porcentaje limitado de los pacientes de muy alto (19%) o alto (11,5%) riesgo de fractura, reciben y siguen el mejor tratamiento: osteoformador, que se refleja en el algoritmo de la SEIOMM. Factores que pueden condicionar esta actitud serían: coste económico para el paciente: el 19 y 24% de los pacientes con riesgo muy alto y alto, respectivamente tienen menos de 65 años. Dificultad para administrarse un tratamiento subcutáneo diario... especialmente si tenemos tratamientos eficaces y seguros más cómodos. Contraindicación para la teriparatida (neoplasia o HPT1º): 26/135 19,26%. El riesgo, valorado mediante FRAX, elevado para fractura de cadera, donde pueden considerarse las ventajas de los bisfosfonatos o del denosumab frente a la teriparatida.

RC06. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN REUMATOLOGÍA

Marta Serrano Warleta, Aliuska Palomeque Vargas, Rosa Manzo, Marina Tortosa Cabañas, Carlos Guillén Astete, Boris Blanco Cáceres y Mónica Vázquez Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

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

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

Resultados: Se incluyeron los registros de 462 actuaciones médicas en la agenda de ecografía a lo largo de 6 meses. Incluyendo las solicitudes dobles (211 exploraciones bilaterales) fueron revisados los resultados de 673 ecografías realizadas. No se contabilizaron las solicitudes triples ni cuádruples ni las ecografías pulmonares, ecografías de estrés ni elastografías. De las solicitudes realizadas, 118 (25,5%) fueron sobre pacientes con diagnósticos conocidos de enfermedades inflamatorias. La tabla adjunta resume los motivos de solicitud y topografía de la exploración de los estudios realizados. El tiempo de espera y desviación estándar (DE) hasta la realización de la prueba desde su solicitud fue 85,4 DE 54,3 días (0;574) y hasta la reevaluación en consulta fue 37,5 DE 43,4 días (0;217). La correlación diagnóstica de la ecografía y la sospecha clínica se constató en 277 estudios (59,2%), no se demostró en 161 (34,4%) y no aplicaba en el resto. La frecuencia de estudios bilaterales cuyo resultado pudo haberse obtenido con una exploración unilateral fue 37/211 (17,5%). En 72 estudios no se pudo determinar en qué medida la exploración ecográfica modificó la decisión clínica (consulta de revisión no disponible o no aplicable). En 132 estudios (33,8%), el clínico desintensificó/progresó en el tratamiento, en 40 (10,2%) el clínico desintensificó/redujo el tratamiento, en 63 (16,1%) el clínico indicó la salida del circuito de reumatología. Entre aquellos casos en los que la ecografía modificó la decisión clínica, el tiempo entre la solicitud de la prueba y la toma decisión fue 120,1 DE 64,3 días, mientras que en los casos en los que no hubo efecto sobre la decisión clínica fue 160,9 DE 61,3 (p = 0,0031). Valorando solamente las ecografías indicadas en patología inflamatoria los tiempos fueron 66,5 DE 32,5 y 84,3 DE 29,5 días, respectivamente (p = 0,0012).

Conclusiones: Nuestro estudio se limita a identificar asociaciones bivariadas entre la toma de decisiones y el resultado de una prueba complementaria. Los autores reconocemos que las decisiones clínicas se toman considerando toda la información disponible, inclu-

Topografía de la exploración	Bilateralidad	Motivo de la solicitud ecográfica				
		Incertidumbre diagnóstica	Valoración de actividad	Solicitud de procedimiento ecoguiado	Diagnóstico + Procedimiento	Valoración de actividad + Procedimiento
Mano (50%)	Unilateral	45	15	9	24	8
	Bilateral	75	48	-	8	2
Pie (19,4%)	Unilateral	35	13	5	6	2
	Bilateral	23	6	-	1	-
Hombro (11,5%)	Unilateral	26	5	3	14	-
	Bilateral	4	-	-	2	-
Rodilla (4,9%)	Unilateral	8	2	1	5	2
	Bilateral	3	1	-	1	-
Cadera (2,8%)	Unilateral	5	2	3	-	1
	Bilateral	2	-	-	-	-
Glándula salival (4,1%)	Unilateral	2	-	-	-	-
	Bilateral	16	1	-	-	-
Codo (3,8%)	Unilateral	2	2	3	4	1
	Bilateral	5	1	-	-	-
Otras (1,7%)	Unilateral	1	1	2	-	-
	Bilateral	2	2	-	-	-
Vascular (1,7%)	Unilateral	5	3	-	-	-
	Bilateral	-	-	-	-	-
Total de exploraciones		259	102	26	63	16

RC06 Figura. Distribución de la topografía y motivo de las solicitudes de ecografía revisadas.

yendo aquella que provenga de una prueba complementaria específica. La ecografía demuestra ser una prueba útil en la toma de decisiones clínicas y presumiblemente más cuanto menos tiempo transcurre entre su solicitud y su interpretación. Además, la realización de ecografías bilaterales parece justificada en tanto que menos de la quinta parte de solicitudes habría ofrecido el mismo resultado con una exploración unilateral.

RC07. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DE GUSELKUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES COMPLEJOS CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Ana Urruticoechea Arana

Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses.

Introducción: El guselkumab, es un anticuerpo monoclonal totalmente humano, y es el primer inhibidor de la IL23 aprobado para el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) activa en pacientes que no responden o son intolerantes al tratamiento con FAME. El guselkumab demostró ser un tratamiento eficaz y seguro en el programa DISCOVER, pero es necesario ver el comportamiento del fármaco en pacientes de práctica clínica real, con las comorbilidades y complejidades asociadas en los pacientes con APs.

Objetivos: Evaluar la efectividad y tolerabilidad en práctica clínica real de guselkumab en una cohorte de pacientes con diversas comorbilidades y diagnosticados de APs y psoriasis cutánea (Pso).

Métodos: Se ha realizado una recogida de datos, unicéntrica, retrospectiva, no intervencionista de los pacientes tratados con guselkumab, incluyendo un total de 20 pacientes con APs diagnosticada y confirmada por un reumatólogo. Se recogieron datos demográficos, clínicos y datos relacionados con la enfermedad psoriásica y el tratamiento. Se analizó la evolución de la APs y la respuesta del tratamiento mediante DAPSA y la evolución de la Pso y respuesta al tratamiento mediante PASI. En los pacientes con afectación axial, se analizó su evolución y respuesta al tratamiento mediante ASDAS-PCR. El análisis de los datos se realizó mediante el software Graph Path Prism. (GraphPad Software, EE. UU.)

Resultados: Se han incluido un total de 20 pacientes, 70% mujeres, con una mediana de edad de 49 años (rango: 30-84). Patrón periférico el 70% y patrón mixto (periférica-axial) el 30%. Con entesitis el 60% y dactilitis activa el 25% en el momento basal; psoriasis activa el 70% de los pacientes. El 75% de los pacientes tenían algún tipo de comorbilidad asociada y más de la mitad con 2 comorbilidades o más. 4 pacientes han sido diagnosticados de trastorno de ansiedad y/o depresivo; 1 paciente con fibromialgia, 1 con colitis ulcerosa, 1 esclerosis múltiple, 1 VIH y 4 han presentado tuberculosis latente. El índice de masa corporal (IMC) medio de 28,51 kg/m². (tabla). La mitad de los pacientes presentaban sobrepeso y 3 obesidad. Respecto al tratamiento previo: 19 pacientes han pasado al menos por un biológico previo, y la mediana de biológicos previos ha sido de 2 (siendo el rango de 0-6). Con terapia combinada actual: 5 pacientes tratados con guselkumab llevan asociado un FAME (4 metotrexate y 1 con leflunomida). La evolución del DAPSA fue de 20,1 en el momento basal, 10,6 a las 12 semanas, 6,8 en semana 24 y 4,5 al año de tratamiento. (fig.). La evolución del ASDAS fue de 3,4 en el momento basal, 2,4 a las 12 semanas, 1,9 en semana 24 y 2,0 al año de tratamiento. La evolución del PASI fue de 5,9 en el momento basal, 1,3 a las 12 semanas, 0,7 en semana 24 y 0,4 al año de tratamiento. El 40% de pacientes presentan resolución completa de la entesitis en la semana 12, y el 50% en la semana 24. De la cohorte estudiada, 1 paciente discontinuó el tratamiento por decisión propia y otro por fallo secundario al tratamiento. Ningún paciente ha discontinuado hasta la fecha actual por motivos de seguridad.

Tabla 1. Características basales	Pacientes (n= 20)
Mujeres, n(%)	14 (70%)
Edad, mediana(rango)	49 (30-84)
IMC kg/m ² (mediana, rango)	28,51 (19,27 - 40,39)
Pacientes Bx previo, n (%)	19 (95%)
Pacientes naïve	1 (5%)
Mediana de biológicos previos	2 (0-6)
FAME concomitante, n(%)	5 (25%)
Pacientes con comorbilidades, n(%)	15 (75%)
Pacientes con PSO, n(%)	16 (80%)
PSO, PASI media	5,9 ± 0.73
PSA, DAPSA media	20,14 ± 1.37

Características de los pacientes.

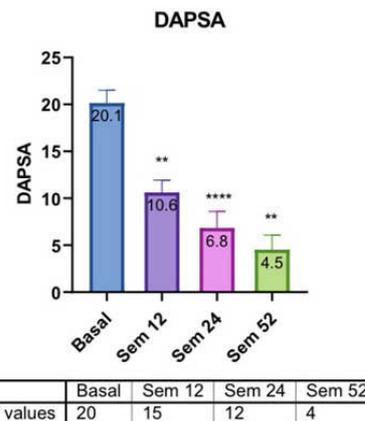


Figura 1.

DAPSA.

Conclusiones: El guselkumab demuestra efectividad a nivel articular, tanto periférico como axial, en una compleja cohorte de pacientes de vida real. El guselkumab demuestra un adecuado perfil de seguridad, sin acontecimientos adversos de interés.

RC08. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO QUE DESARROLLARON EFECTOS ADVERSOS INMUNORRELACIONADOS REUMÁTICOS

María del Carmen López González, Natividad Martínez Banaclocha, Montserrat García Araque, Yoel Montoyo Pujol y Mariano Andrés Collado

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Introducción: Los inhibidores de los puntos de control inmunitario (IPs), al activar el sistema inmunitario (en concreto, las células T), favorecen la reacción de este contra las células tumorales. Sin embargo, paralelamente, pueden desencadenarse fenómenos autoinmunes, conocidos como efectos adversos inmunorrelacionados (EAir) (PMID 33902919, 29442540), y manifestarse en cualquier órgano o tejido. Las manifestaciones reumáticas más frecuentes son la artritis inflamatoria, la polimialgia reumática y la miositis, pero también se han descrito

Tabla RC08

Tipo de tumor	Fármaco	Manifestaciones reumáticas	Anticuerpos	Tratamiento	Desenlace
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pulmón	Pembrolizumab	Artritis inflamatoria	ANA	No recibieron tratamiento activo por Reumatología	Interrupción de inmunoterapia por progresión
9 (42,9)	8 (38,1)	7 (33,3)	8 (38,1)	10 (47,6)	10 (47,6)
Melanoma	Nivolumab	Xerostomía	Anticentrómero	Glucocorticoides	Interrupción de inmunoterapia por EARir grave
4 (19,0)	7 (33,3)	5 (23,8)	1 (4,8)	8 (38,1)	4 (19,0)
Linfoma Hodgkin	Nivolumab + Ipilimumab	Polimialgia-like	Factor reumatoide	Hidroxiclороquina	Continúan inmunoterapia actualmente
2 (9,5)	3 (14,3)	5 (23,8)	1 (4,8)	3 (14,3)	4 (19,0)
Riñón	Atezolizumab	Miositis	Anti-CCP	Pilocarpina	Completaron pauta de inmunoterapia
2 (9,5)	3 (14,3)	4 (19,0)	1 (4,8)	2 (9,5)	2 (9,5)
Esófago		Fenómeno de Raynaud	TIF1-gamma	AINE	Pérdida de seguimiento por cambio de centro
1 (4,8)		1 (4,8)	1 (4,8)	2 (9,5)	1 (4,8)
Vejiga				Infliximab	
1 (4,8)				1 (4,8)	
Mesotelioma				Vasodilatadores	
1 (4,8)				1 (4,8)	

casos de síndrome seco, vasculitis, sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica (PMID 32403289). A día de hoy, todavía se necesitan más datos sobre su frecuencia y caracterización.

Objetivos: Evaluar prospectivamente la incidencia de EAir reumáticos durante el tratamiento con IPIs, así como, las características clínicas, el tratamiento requerido y los resultados.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y prospectivo en el Hospital General Universitario Dr. Balmis, liderado por el departamento de oncología con la participación de varias especialidades, para evaluar la aparición de EAir en pacientes que iniciaron IPIs entre enero de 2019 y abril de 2022. Los participantes fueron seguidos de forma rutinaria en las consultas de oncología para detectar EAir mediante evaluaciones clínicas y de laboratorio preestablecidas. En cuanto a los síntomas reumáticos, los EAir se estudiaron mediante la revisión de la historia clínica y se evaluaron presencialmente en las consultas externas de Reumatología aquéllos con un grado de afectación ≥ 2, según las directrices de la guía de práctica de la American Society of Clinical Oncology (ASCO). En este estudio, se presentan la incidencia -con un intervalo de confianza (IC) del 95%- y la caracterización de los EAir reumáticos acontecidos.

Resultados: De 181 pacientes, 21 (11,6%, IC95%: 7,7-17,1%) desarrollaron EAir reumáticos, 13 hombres (61,9%) con una mediana de edad de 62,3 años (p25-75 51,8-75,0). La mediana de tiempo transcurrido desde el inicio de los IPIs hasta el desarrollo de los EAir reumáticos fue de 85 días (p25-75 51,5-165). Los estudios analíticos de autoinmunidad fueron positivos en el 69,2% de los casos disponibles (9/13), pero todos a títulos bajos (tabla). Según las directrices de la ASCO, la mayoría de los pacientes presentaron una toxicidad de grado 1-2, pero 3 (14,3%) pacientes presentaron manifestaciones graves (grado 3): 1 (4,8%) caso de artritis inflamatoria, 1 (4,8%) de xerostomía y 1 (4,8%) de fenómeno de Raynaud con úlceras. 9 (42,9%) pacientes presentaban también EAir concurrentes de distintos tipos. Los EAir reumáticos se resolvieron con éxito, aunque en algunos casos fue necesario administrar infliximab y vasodilatadores intravenosos. Mientras que la suspensión de los IPIs se debió sobre todo a la progresión de la neoplasia (47,6%), en 3 casos (14,3%) se debió a manifestaciones reumáticas de grado 3. 7 (33,3%) pacientes fallecieron durante el seguimiento debido a la enfermedad oncológica, ningún caso debido a toxicidad reumática.

Conclusiones: Mediante un estudio prospectivo y multidisciplinar, estimamos una prevalencia de aparición de EAir reumáticos del 11,6% en pacientes en tratamiento con IPIs. La mayoría se presentaron con afectación leve o moderada, aunque también se observaron casos graves. Así pues, es esencial un enfoque coordinado con los oncólogos para los pacientes tratados con IPIs con riesgo de desarrollar EAir.

RC09. EVALUACIÓN DE LA INMUNOGENICIDAD Y EFICACIA DE LA VACUNA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

Jerusalem Calvo Gutiérrez¹, M. Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Desiree Ruíz-Vilchez^{1,2}, Rafaela Ortega Castro^{1,2,3}, Eva Iglesias⁴, Montserrat Romero^{1,2,3}, Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

¹UGC de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Instituto de investigación Biomédica de Córdoba. ³Universidad de Córdoba.

⁴UGC de Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Los datos de inmunogenicidad y la eficacia de las vacunas frente a COVID-19 en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas (EIC) son inciertas y posiblemente inferiores a las observadas en la población general, pero el potencial de COVID-19 grave en esta población aconseja su uso.

Objetivos: Determinar la tasa de seroconversión y eficacia tras la pauta completa de vacunación frente a SARS-CoV-2 en pacientes con EIC en tratamiento con FAMEb, así como evaluar la tasa de infección tras la vacunación y adherencia a las pautas de vacunación.

Métodos: Diseño: estudio observacional prospectivo unicéntrico de 114 pacientes con EIC del HURS de Córdoba, que han recibido vacunación completa para SARS-CoV-2 en el año 2021 (sin haber padecido previamente la enfermedad COVID-19) según las guías nacionales con un seguimiento de 12 meses tras la vacunación. A todos ellos se les realizó dos determinaciones de anticuerpos de tipo IgG específicos contra la proteína trimérica espicular de SARS-CoV-2 (2021 y 2022). Estableciéndose que un título de Ac menor de 260 BAU/ml se considera orientativo e indicativo de una pobre respuesta a la vacunación. En cada paciente se recogió información relativa a la EIC, tipo de FAMEb, de vacuna administrada, tratamientos concomitantes, efectos adversos e infección tras vacunación.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes (edad media 50 años 67,5% mujeres). El 36% de los pacientes tenían AR, 12,3% SpA, 9,6% APso, 28,9% EII y 13,2% otras EIC. El 16,7% estaban en tratamiento con rituximab, 36,8% antiTNF, 9,6% tocilizumab, 7% abatacept, 4,5% anti-JAK y 6,1% otros tratamientos. 19,3% solo FAME sintéticos. Se detectaron anticuerpos anti-SARS-CoV-2 y actividad neutralizante en el 80% de los participantes del estudio. Los pacientes tratados con rituximab mostraron de forma significativa una mayor ausencia de seroconversión (73,7 vs. 5,3%, p < 0,001) (fig. 1), así como un riesgo 58 veces mayor de no seroconversión en comparación con los pacientes con sin FAMEb (OR: 58,80 IC (8,86-120,4) p < 0,001. Curiosamente, observamos que el metotrexate por sí solo también disminuye la seroconversión de forma significativa (reducción media del título de Ac -654,6

(IC95% -1127,7 a -181,4, p = 0,007). Además, observamos una interacción significativa entre el tipo de biológico y el uso concomitante de metotrexate, de manera que la reducción en el título de anticuerpos se potencia con la combinación de metotrexate y anti-TNF, anti-IL 6, rituximab y otros FAMESb (fig. 2). Solo 18,9% presentó efectos adversos leves tras la administración de la vacuna. 17,5% presentó infección por covid-19 durante el último año de seguimiento, siendo más frecuente en el grupo vacunado con Astrazéneca, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Ningún paciente experimentó un brote de enfermedad (2 paciente mostraron progresión de su EPID de base). En relación a la adherencia a la vacunación, algo más de la mitad (56,14%) tiene al menos 4 dosis administradas.

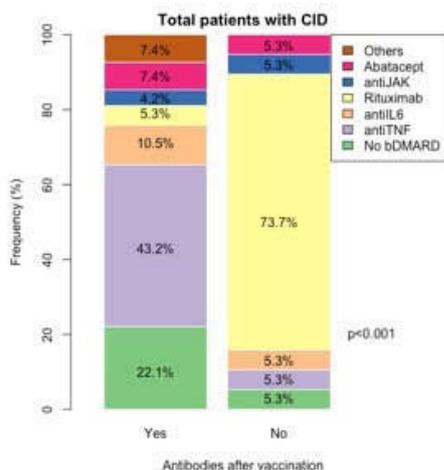


Figura 1 Muestra cómo el uso de rituximab se asocia de forma significativa a no desarrollar anticuerpos.

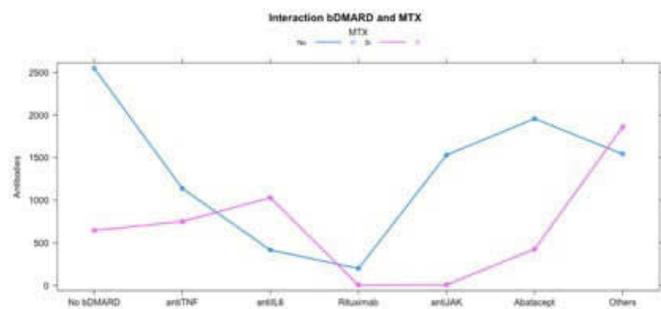


Figura 2. Representa la interacción entre el fármaco biológico y el uso de metotrexate en relación al nivel de anticuerpos.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que las vacunas de ARNm frente a SARS-CoV-2 producen seroconversión en la mayoría de los pacientes con EIC, excepto en el caso de los pacientes con rituximab. No se encontraron efectos adversos graves o reactivación de la EIC. A pesar del pequeño número de pacientes incluidos, este estudio sugiere la necesidad de revacunación y uso de otras estrategias de vacunación en el grupo de pacientes tratados con rituximab y en los que tomen metotrexato.

RC10. SIETE AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LOS CHECKPOINTS INHIBITORS. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

Clara Molina Almela, Amalia Rueda, Maria Dolores Pastor Cubillo, Juan José Lerma, Jorge Juan Fragió Gil, Isabel Balaguer Trull, Pablo Martínez Calabuig, Laura Salvador Maicas y Cristina Campos Fernández

Servicio de Reumatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Los checkpoints inhibitors (ICPI) son fármacos en auge dado los buenos resultados que presentan ante tumores irreseca- bles. Se están empleando tres dianas terapéuticas anti-CTLA-4, anti-PD-1 y anti-PD-L1 para lo cual hay siete fármacos diferentes aprobados por la EMA. Los eventos adversos más frecuentes afectan a la piel, sistema endocrino, gastrointestinal y pulmón, pero hay un número nada desdeñable de eventos adversos reumatológicos. ¿Qué hemos aprendido en este tiempo sobre los mismos?

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo sobre los pacientes con eventos adversos reumatológicos que fueron remitidos al servicio de reumatología de nuestro hospital. Los datos se han obtenido a partir de la revisión de las historias clínicas. Se recogen los datos de 20 pacientes (PAC) con tumores irreseca- bles por metástasis múltiples en los que se ha administrado inmunoterapia a lo largo de 7 años de seguimiento (2015 hasta la actualidad), 13 hombres y 7 mujeres con cáncer de pulmón, melanoma, renal y colon. 8 pacientes con nivolumab (NVL), 9 con pembrolizumab (PMB), 2 con durvalumab (DRV) y 1 con atezolizumab(ATZ). El periodo de tratamiento fue PMB 15,7m (5-60), NVL 39M (10-62), DRV 11, ATZ 8. Los eventos adversos reumatológicos inmunomediados (EA) presentados fueron: 6 conectivopatías (2 lupus, 1 Behçet, 1 Sjögren, 1 preesclerodermia anticentrómero+, 1 overlap esclerodermia/polimiositis), 14 artritis (3 artritis psoriásica, 3 artritis reumatoide (AR) FR+, 6 AR seronegativa, 2 AR ANA+). PMB: 6 PAC presentaron EA durante el primer mes tras el inicio de ICPI. Estos EA respondieron al tratamiento (TTO) reumatológico (metotrexato (MTX), AINE y prednisona (PDN). El EA no obligó a la suspensión de ICPI.3 PAC presentaron poca respuesta al tratamiento de los cuales 2 han sido *exitus*. 2 PAC presentaron EA tras 12 m de tratamiento y 1 tras 48m, con buena respuesta al tratamiento oncológico y retirada del ICPI por remisión completa. Con NVL los resultados son similares presentando la mayoría de los EA entre 1 y 6 meses tras el inicio del tratamiento. 2 PAC presentaron los EA a largo plazo (15 y 34m). Ambos dos con buena respuesta tumoral pudiéndose en el último suspender ICPI por remisión completa. Tras 7 años de seguimiento sobreviven 13 de los 20 PAC. La tasa de respuesta total o parcial al tratamiento es buena (11 buena respuesta y 6 parcial). 5 PAC presentaban previamente enfermedad reumática de los cuales solo 1 empeoró con el ICPI. En este grupo se encontraban los 3 no respondedores.

Conclusiones: Presentar un EA reumatológico durante el tratamiento con ICPI es de buen pronóstico augurando una buena respuesta al tratamiento oncológico. La mayoría de los EA aparecen pronto tras el inicio de ICPI, responden bien al tratamiento reumatológico y no obligan a la suspensión del ICPI. Los pacientes que presentaron EA de inicio tardío tenían mejor respuesta al tratamiento antitumoral permitiendo en algún caso la suspensión por remisión completa. En nuestra serie los pacientes con enfermedad reumatológica previa no presentaron empeoramiento de su enfermedad con el ICPI pero fueron el grupo de peor respuesta.

RC11. FENÓMENO DE RAYNAUD COMPARATIVA ENTRE UNA COHORTE PEDIÁTRICA Y ADULTA

Anahy María Brandy García¹, Carmen Ordás Calvo¹, Marta Loredó¹, Edilia García Fernández¹, Elisa García Fanjul¹, Senén González¹, Sara Bueno Pardov² Javier González², Nuria Fernández González² y Jesús Babio Herranz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón.

Introducción: La prevalencia del fenómeno de Raynaud (FRy) es muy variable, en general se estima entre el 3-5% de la población general, con una incidencia anual de 0,25%, siendo la mayoría FRy primarios. En niños es menos frecuente aun, la estimación de su prevalencia real es difícil, la gran frecuencia de acrocianosis como respuesta fisiológica actúa como principal factor confusor.

Objetivos y métodos: En este último año hemos observado un aumento de las primeras consultas por FRy en población pediátrica, por lo que hemos querido analizar esta cohorte comparando con lo ocurrido en la población adulta. Se revisaron los pacientes que acudieron como primera consulta desde marzo 2021 hasta junio 2022 tanto en la consulta de reumatología pediátrica como en adultos. Se recogieron variables clínicas y analíticas dentro de las que se incluyó: hemograma, bioquímica completa, TSH, calcidiol, inmunología y serologías, incluyendo SARS-CoV-2. Además, a todos los pacientes con FRy se realizó capilaroscopia.

Resultados: En población pediátrica: Durante el periodo de estudio se vieron 50 primeras consultas de las cuales 10 consultaron por FRy. Nueve de los 10 pacientes fueron niñas, con una medida de edad de 13 ± 2 años. Todos describían las 3 fases de coloración, y solo 3 (30%) referían otros síntomas asociados. Dentro de las pruebas complementarias encontramos en todos los pacientes déficit moderado de calcidiol (16,5 ± 4,3 ng/mL). En la inmunología el 40% presentaron ANA positivos (3/4 patrón homogéneo y 1/4 patrón moteado). De estos, 3 presentaron ENA positivos. El resto de los estudios, incluyendo capilaroscopia fueron normales. Como diagnósticos finales: una preesclerodermia, una esclerosis sistémica difusa y los demás FRy primario sin signos de alarma. En población adulta: durante el periodo de estudio se vieron 660 primeras consultas de las cuales 6 fueron por FRy. Cinco de los 6 pacientes fueron mujeres, con una media de edad de 48 ± 20 años. Todos describían las 3 fases de coloración y ninguno presentaba síntomas asociados. Dentro de las pruebas complementarias: en la inmunología el 50% presentaron ANA positivos (2/3 homogéneo y 1/3 moteado); de estos ninguno ENA positivos. Ninguno presentó linfopenia, hipocomplementemia ni FR positivos. Ninguna capilaroscopia presentó alteraciones, aunque en 2 pacientes presentaban patrón inespecífico. Exceptuando esas 2 capilaroscopias que coinciden con ANA 1/160 y que se está haciendo seguimiento, el resto 4/6 fueron diagnosticados de FRy primario. Como la prevalencia en adultos parece baja, revisamos los pacientes citados en la agenda de capilaroscopia, 96 pacientes valoradas entre las fechas antes mencionados, de los cuales además de los 6 citados anteriormente, otros 16 pacientes realizaron capilaroscopia por FRy a estudio. Todos ellos presentaron capilaroscopia normal y su diagnóstico final fue FRy primario. La prevalencia en pediatría es de 20% y en adultos 0,9%. En ambos casos, el FRy primario es el diagnóstico más frecuente; aunque la asociación con conectivopatía es más frecuente en niños, 3% y 0% respectivamente.

Conclusiones: La prevalencia en este año de seguimiento fue mayor en población pediátrica que en adulta. Fue más frecuente la asociación de síntomas en pediatría, así como el diagnóstico final de conectivopatías. En el manejo inicial del FRy hay diferencias entre ambas poblaciones, sospechando déficit de calcidiol o causa infecciosa en niños pero no en adultos.

RC12. VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA AFECTACIÓN ENTESÍTICA MEDIANTE EL ÍNDICE MASEI EN PACIENTES CON SÍNDROME SAPHO

África Andreu Suárez y Boris Anthony Blanco Cáceres

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

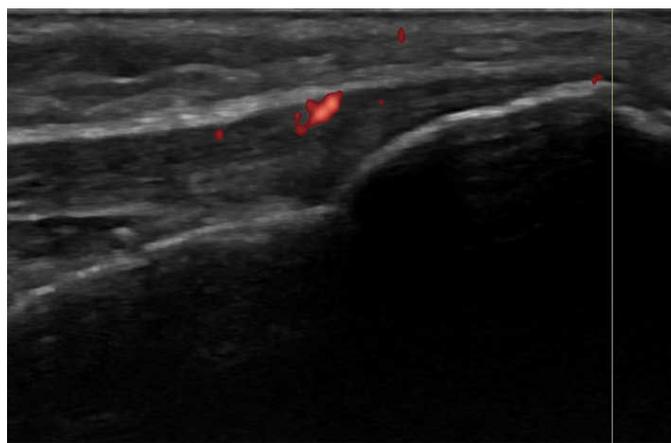
Introducción: El síndrome SAPHO es una entidad con una baja prevalencia (< 1/10.000 habitantes)¹. Dentro de las manifestaciones

musculoesqueléticas se ha descrito la afectación entesítica, por lo que junto a las manifestaciones axiales hace que el síndrome SAPHO se considere por muchos autores como parte de las espondiloartropatías. La valoración ecográfica de las entesis es más sensible y específica que la exploración física, y uno de los índices más utilizados para su valoración es el MASEI². Explora de forma bilateral seis entesis (tríceps, cuádriceps, rotuliano proximal y distal, Aquiles y fascia plantar), realizando una valoración de las seis lesiones elementales definidas por OMERACT y estudio Doppler. De este modo se puede valorar tanto actividad inflamatoria como daño estructural³. Hay estudios ecográficos sobre el compromiso entésico en SAPHO, demostrando patología a ese nivel aunque los pacientes no fueran sintomáticos (4), sin embargo no hay ningún índice ecográfico de entesitis que esté validado en esta enfermedad.

Objetivos: Describir los hallazgos ecográficos encontrados al explorar las entesis de pacientes Síndrome SAPHO utilizando el índice MASEI.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal y unicéntrico realizado en el Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal (Madrid, España). Dada la escasa prevalencia del síndrome de SAPHO, se realizó un muestreo de conveniencia y se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de SAPHO en seguimiento activo en nuestras consultas.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes (78,6% mujeres), con una edad media de 52,41 (± 9,4) años en el momento del estudio. El 64,3% eran fumadores al momento del estudio, y un 21,4% exfumadores. EL IMC medio fue de 26,08 (± 5,58). La edad media al diagnóstico fue de 50 (± 10,63) años. En cuanto a la clínica al momento de la exploración, la media de entesis dolorosas fue de 1,14 (± 1,61) y no se halló ninguna entesis tumefacta. El 28,6% de los pacientes estaba diagnosticado de afectación entesítica clínica previa. La puntuación media de BASDAI fue 5,38 (± 1,77) (enfermedad activa). La puntuación media del MASEI fue de 19 (± 12,05), positivo en el 42,9%. De esta puntuación, únicamente se halló una media de 1,71 (± 2,27) puntos en el estudio Doppler. La afectación según entesis explorada se describe en la tabla. La mayor afectación se encontró en la entesis del rotuliano distal (6 ± 3,78) (fig.).



Exploración de entesis de tendón rotuliano distal.

Conclusiones: En los pacientes con Síndrome SAPHO en seguimiento en nuestro hospital, existen alteraciones ecográficas a nivel

Tabla RC12

Puntuación MASEI desglosada por entesis

Entesis	Tríceps		Cuádriceps		Rotuliano proximal		Rotuliano distal		Aquiles		Fascia plantar	
Media (± DE)	1,43 ± 2,24		2,57 ± 3,23		3,43 ± 3,08		6,00 ± 3,78		3,07 ± 2,61		2,14 ± 2,71	
Dcho.	Izdo.	Dcho.	Izdo.	Dcho.	Izdo.	Dcho.	Izdo.	Dcho.	Izdo.	Dcho.	Izdo.	Izdo.
	0,5 ± 0,52	0,93 ± 2,065	1,29 ± 1,68	1,29 ± 1,64	1,86 ± 1,70	1,57 ± 1,83	2,07 ± 1,00	3,93 ± 3,13	1,50 ± 1,16	1,57 ± 1,70	1,07 ± 1,54	1,07 ± 1,54

de las entesis valoradas mediante índice MASEI. Hay una clara predominancia de alteraciones estructurales con respecto a lesiones activas (Doppler).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nguyen MT, Borchers A, Selmi C, Naguwa SM, Cheema G, Gershwin ME. The SAPHO Syndrome. *Semin Arthritis Rheum*. 1 de diciembre de 2012;42(3):254-65.
2. Mata Arnaiz M.C, de Miguel Mendieta E. Utilidad de la ecografía en la evaluación de las entesis periféricas en las espondiloartritis. *Reumatología Clínica*. 2014;10:113-9.
3. Macía-Villa C, Falcao S, Medina J, De Miguel E. Ultrasonography of entheses in psoriatic arthritis: a descriptive and reliability analysis of elemental lesions and power Doppler subtypes. *Scand J Rheumatol*. 2019 Nov;48(6):454-9.
4. Queiro R, Alonso S, Alperi M, *et al*. Enteseal ultrasound abnormalities in patients with SAPHO syndrome. *Clin Rheumatol*. 2012;31:913-9.

RC13. FORMACIÓN EN ESPONDILOARTRITIS A ATENCIÓN PRIMARIA PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Marina Soledad Moreno García

Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción: El dolor lumbar es una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria (AP). Según el estudio EPISER la prevalencia de lumbalgia de características inflamatorias es del 0,8%. Las espondiloartritis tienen un impacto sociosanitario importante de aquí la importancia de un diagnóstico precoz. Sin embargo, el retraso diagnóstico sigue siendo un desafío en la práctica clínica.

Objetivos: Para evitar ese tiempo de retraso en nuestra área de salud se impartieron sesiones formativas Reumatología-AP con el objetivo de mejorar su formación en espondiloartritis y artritis psoriásica. Estableciendo una vía rápida de derivación en pacientes con sospecha de dichas patologías para un diagnóstico precoz.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes derivados a consulta de Reumatología del Hospital Reina Sofía de Tudela, tras sesión formativa en 3 Centros de Salud del Área, con sospecha de lumbalgia inflamatoria o artropatía psoriásica. Se incluyeron todos los pacientes remitidos al Servicio de Reumatología del Hospital Reina Sofía de Tudela desde enero de 2022 hasta diciembre de 2022, desde los 3 centros de Salud del área adscritos al estudio (CS Cascante, CS Tudela Este, CS Valtierra) con dicha sospecha diagnóstica. Se impartieron sesiones formativas en los centros de salud, así como se indicó la manera de derivación de los pacientes con sospecha de lumbalgia inflamatoria o artralgiás en pacientes con psoriasis, para lo que se utilizó el Pure 4. Se recogieron datos de la derivación de AP: analíticos (FR, PCR), radiográficos, Pure 4. También se registraron datos de consulta de reumatología: analítica, Pruebas complementarias (RMN), diagnóstico final.

Resultados: Se recogieron 24 pacientes derivados desde AP. De ellos 7 (29,2%) eran hombres y 17 (70,8%) mujeres, con una media de edad de 48 años. Dos de los pacientes no acudieron a la consulta para resultados, y una no se realizó RMN por embarazo. Los motivos de derivación de estos pacientes fueron: artralgiás en paciente con psoriasis 2 (8,3%), dolor glúteo 2(8,3%), dorsalgia 1 (4,1%), gonalgia 1 (4,1%), lumbalgia 17 (70,8%), y lumbalgia y talalgia 1(4,1%). Con un tiempo de espera hasta visita con reumatólogo: Media 21 días. (63 días-6 días). Con respecto a las pruebas que se recomendaban solicitar en AP: un 75% de los pacientes llegaron con radiografía, un 79,2% tenían analítica con FR y PCR. En cambio, un 29,2% llegaron con resultado de HLA 27, dato no recomendado solicitarlo en la derivación rápida a Reumatología. En consulta de Reumatología se le solicitó RMN a un 54,2% de los pacientes derivados. Un 8,3% de los pacientes derivados fueron diagnosticados de espondiloartritis no

radiográfica según criterios ASAS. El tiempo de evolución hasta visita en nuestro servicio fue de 6 meses y 2 años respectivamente. **Conclusiones:** Tras las sesiones formativas los compañeros de AP se consiguió diagnosticar de manera precoz a dos pacientes. Es importante resaltar la necesidad de diseñar estrategias de formación, sensibilización y colaboración entre AP y Reumatología para identificar y derivar ágilmente a nuestras consultas de Reumatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido-Cumbrera M, *et al*. Atlas of axial spondyloarthritis in Spain 2017: Study design and population. *Reumatol Clin*. 2019;15(3):127-32.
2. García Emilio Ignacio, *et al*. Estándares de calidad en Atención Primaria para pacientes con espondiloartritis axial. Una revisión de la literatura. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15(3):143-16.

RC14. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL SECUKINUMAB EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Uxue Astigarraga Urquia¹, Marta López i Gómez², Irene Piñeiro¹, Libe Ibarrola Paino¹, Javier Mendizabal¹, Guillen Sada Urmeneta¹, Natividad del Val del Amo¹, Inmaculada Paniagua Zudaire¹, Laura Garrido Courel¹, Loreto Horcada¹, Ricardo Gutiérrez¹ y Concepción Fito Manteca¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital Universitario de Álava.

Introducción: El secukinumab (SEC) es un anticuerpo monoclonal humano (IgG1) dirigido contra la IL-17A, una citoquina proinflamatoria implicada en la patogénesis de la artritis psoriásica (APs) y la espondiloartritis axial (EspAax). Además, ya es bien sabido que la proteína C reactiva (PCR) es un importante biomarcador inflamatorio y que podría utilizarse como variable de su eficacia. Más recientemente, se ha publicado que el cociente neutrófilo-linfocito (NLR), un biomarcador inflamatorio, podría predecir la aparición de eventos cardiovasculares (CV). En este estudio, se evalúa la eficacia y la seguridad del SEC con escalas convencionales y no convencionales en pacientes con espondiloartritis.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo del SEC en pacientes con EspAax y APs en la práctica clínica habitual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo y longitudinal unicéntrico incluyendo pacientes diagnosticados de EspAax cumpliendo los criterios de clasificación ASAS y APs cumpliendo los criterios de clasificación CASPAR. Entre 2016 y 2022, se incluyeron en el estudio un total de 90 pacientes tratados con SEC en el servicio de reumatología del Hospital Universitario de Navarra. Todos los pacientes incluidos iniciaron el tratamiento con SEC al menos 1 año antes de la extracción de los datos. En el grupo EspAax se analizaron la proteína C reactiva (PCR), la escala de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (ASDAS), la escala analógica visual (EVA) del paciente y el cociente neutrófilo-linfocito (NLR). En el grupo de APs se evaluaron la EVA, la PCR y el NLR. En ambos grupos se analizaron las variables al inicio, a los 12 y a los 24 meses. La seguridad se evaluó analizando las infecciones o neoplasias intercurrentes que requirieron la interrupción del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (46 con EspAax y 44 con APs), el 50% de los cuales eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 44,5 años (DE 11,1), mientras que la edad media al inicio del SEC fue de 51,6 (DE 11,4). La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del SEC fue de 5 años (IQR 2-11). El 92,2% recibían tratamiento con uno o más fármacos biológicos antes de la SEC, con una mediana de 2 (IQR 0-5). La media de PCR antes de iniciar la SEC fue de 9 mg/L (DE 17,6), EVA de 7 (DE 2) y NLR de 1,9 (DE 1). Se observó una mejoría estadísticamente significativa en ambas pato-

logías en la EVA a los 12 y 24 meses de tratamiento (p 0,008 y 0,012 respectivamente) y en la PCR a los 24 meses (p 0,049), pero no a los 12 meses (tabla). En cuanto al NLR, no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos. En el ASDAS en EspAax, el 4,34% mostró una gran mejoría, mientras que el 26% mostró una mejoría clínica. Por último, ninguna característica basal incluida en el análisis mostró una asociación significativa con el rendimiento de la SEC en las variables analizadas. Ninguno de nuestros pacientes presentó infecciones, reacciones adversas graves, infecciones o neoplasias durante el uso de SEC que requiriesen la suspensión del fármaco.

Características basales, PCR, EVA y NLT de los pacientes

	EspAax (n = 46)	APs (n = 44)	Total (n = 90)
Mujer	23 (51,1%)	22 (51,2%)	45(50%)
Hipertensión	10 (21,7%)	15 (34,1%)	25 (27,8%)
Dislipemia	16 (34,8%)	20 (46,5%)	36 (40,4%)
Diabetes mellitus	5 (10,9%)	7 (15,9%)	12 (13,3%)
Índice de masa corporal	27,7 (SD5,1)	29 (SD7,2)	28,4 (SD6,4)
Tabaco	17 (37,8%)	15 (34,1%)	32 (36%)
Alcohol	2 (4,4%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)
Enfermedad CV	8 (17,4%)	5 (11,6%)	13 (14,6%)
Enfermedad cerebrovascular	2 (4,3%)	3 (7%)	5 (5,6%)
Depresión	5 (10,9%)	1 (2,3%)	6 (6,7%)
Insuficiencia renal	1 (2,2%)	1 (2,3%)	2 (2,2%)
Insuficiencia hepática	3 (6,7%)	3 (7,1%)	6 (6,9%)
Fármacos modificadores de la enfermedad previos			
Metotrexato	14 (30,4%)	31 (70,5%)	45 (50%)
Sulfasalacina	1 (2,2%)	1 (2,3%)	2 (2,2%)
Leflunomida	5% (10,9%)	16 (36,4%)	21 (23,3%)
Biológicos previos, mediana (IQR)	1 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-2)
Glucocorticoides	8 (18,2%)	21 (47,7%)	29 (33%)
PCR			
12 meses	-4,7 (DE 13,3)	-4,6 (DE 17,6)	-4,6 (DE 15,2)
24 meses	1,6 (DE 7,9)	-8,4 (DE 21,4)	-2,8 (DE 15,9) p 0,049
EVA			
12 meses	-3,2 (DE 2,5)	-0,6 (DE 3,4)	-2,1 (DE 3,1). p 0,008
24 meses	-6,6 (DE 2,3)	-2,6 (DE 1,5)	-4,6 (DE 2,8) p 0,012
NLR			
12 meses	-0,0 (DE 0,8)	-0,4 (DE 1)	-0,2 (DE 0,9) p 0,123
24 meses	-0,2 (DE 1,6)	-0,2 (DE 0,9)	-0,2 (DE 1,3) p 0,864

Conclusiones: En nuestra cohorte, la SEC demostró ser eficaz en pacientes con EspAax y APs, mostrando mejoras estadísticamente significativas en la EVA a los 12 y 24 meses y en la PCR a los 24 meses. El perfil de seguridad de SEC fue coherente con el perfil de seguridad bien establecido de este fármaco.

RC15. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Uxue Astigarraga Urquia¹, Marta López I Gómez², Libe Ibarrola Paino¹, Irene Piñeiro¹, Guillen Sada Urmeneta¹, Javier Mendizabal¹, Natividad Del Val del Amo¹, Laura Garrido Courel¹, Inmaculada Paniagua Zudaire¹, Ricardo Gutiérrez¹, Loreto Horcada¹ y Concepción Fito Manteca¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital Universitario de Álava.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una forma de espondiloartritis asociada a psoriasis. La afectación articular puede ser tanto axial como periférica. Pueden tener síntomas y signos de

inflamación articular y vertebral. El secukinumab (SEC) es un anticuerpo monoclonal inhibidor de la interleucina 17A, una citoquina proinflamatoria implicada en la patogénesis de la artritis psoriásica. En este trabajo se presenta la experiencia del SEC en pacientes con APs, en un centro hospitalario terciario.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad del tratamiento SEC en la práctica clínica en pacientes con APs.

Métodos: Realizamos un análisis descriptivo, retrospectivo, de pacientes con diagnóstico de APs según criterios CASPAR. Para ello, se recogieron los datos de las historias clínicas de 34 pacientes tratados con SEC entre 2016 y 2022 en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Navarra. Para evaluar la eficacia se evaluó la escala visual del dolor (EVA), proteína C reactiva (PCR) y ratio neutrófilo-linfocito (NLR) al inicio del tratamiento, a los 12 y 24 meses. La seguridad se evaluó analizando infecciones intercurrentes o neoplasias que hubieran motivado la suspensión del fármaco. El análisis estadístico se realizó con STATA 15.

Resultados: Se analizan 44 pacientes con APs, 22 (51,2%) eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 46,1 años (DE10,4) y la edad media al inicio de SEC de 53,4 años (DE 9,9). La mediana de tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del SEC fue de 7 años (IQR 6-1). En la cohorte analizada 31 (70,5%) pacientes habían realizado tratamiento previo con metotrexato (MTX) y 21 (47,7%) recibieron tratamiento inicial con glucocorticoides (tabla). La media de anti-TNF previos al SEC fue de 2,1(DE 1,3). Al inicio, 34 pacientes (77,3%) estaban en tratamiento con SEC a dosis de 150 mg y 10 pacientes (22,7%) a dosis de 300 mg cada 4 semanas. Se observó mejoría estadísticamente significativa en el EVA a los 12 y 24 meses (0,6 y DE3,4 con p 0,008 y 2,6 y DE 1,5 con p 0,012 respectivamente) y PCR a los 24 meses (8,4 y DE 21,4 con p 0,049). No se observó asociación significativa con el NRL. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mejoría de EVA y PCR al analizar por características basales de la población. Ningún paciente presentó infecciones ni neoplasias que requirieran la suspensión del fármaco. No se detectó asociación entre la interrupción del fármaco y el desarrollo de síndrome metabólico.

Características basales y EVA, PCR y NLR a los 12 y 24 meses en pacientes con APs tratados con SEC

	APs (n = 44)
Mujer	22 (51,2%)
Hipertensión	15 (34,1%)
Dislipemia	20 (46,5%)
Diabetes mellitus	7 (15,9%)
Índice de masa corporal	29 (DE 7,2)
Tabaco	15 (34,1%)
Alcohol	0 (0,0%)
Enfermedad CV	5 (11,6%)
Enfermedad cerebrovascular	3 (7%)
Depresión	1 (2,3%)
Insuficiencia renal	1 (2,3%)
Insuficiencia hepática	3 (7,1%)
Onicopatía	11 (25%)
Pustulosis palmoplantar	5 (11,4%)
Dactilitis	9 (20,5%)
PCR	
12 meses	-4,6 (DE 17,6)
24 meses	-8,4 (DE 21,4)
EVA	
12 meses	-0,6 (DE 3,4)
24 meses	-2,6 (DE 1,5)
NLR	
12 meses	-0,4 (DE 1)
24 meses	-0,2 (DE 0,9)

Conclusiones: En nuestra cohorte, SEC presentó una mejoría estadísticamente significativa en la escala EVA a los 12 y 24 meses y PCR a los 24 meses. SEC parece ser un fármaco seguro ya que ninguno de nuestros pacientes presentó reacciones adversas graves, infecciones ni neoplasias durante su uso.

RC16. LA UTILIDAD DEL 18F-FDG PET-TC DE CUERPO ENTERO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUROSARCOIDOSIS

Alba Herrero Morant¹, Lara Sánchez-Bilbao¹, Íñigo González-Mazón¹, David Martínez-López², Carmen Álvarez-Reguera¹, José Luis Martín-Varillas³, Raúl Fernández-Ramón¹ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ³Reumatología. Hospital de Laredo.

Introducción: La neurosarcoidosis (NS) es una de las manifestaciones más graves de la sarcoidosis. El diagnóstico de la NS es difícil, ya que las características clínicas y los hallazgos en las imágenes del sistema nervioso suelen ser inespecíficos y no es frecuente realizar biopsias del sistema nervioso central. La tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada con flúor-18 fluorodesoxiglucosa (18F-FDG PET-TC) se está convirtiendo en una potente herramienta para la evaluación de la sarcoidosis. Los datos sobre el papel del 18F-FDG PET-TC en la NS son escasos.

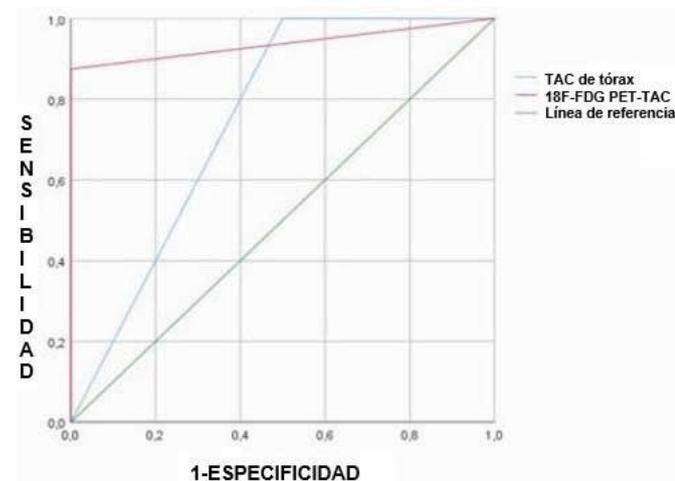
Objetivos: Evaluar la utilidad del 18F-FDG PET-TC en pacientes con sospecha de NS.

Métodos: Se evaluaron los pacientes diagnosticados de sarcoidosis en un hospital universitario del norte de España, entre enero de 1999 y diciembre de 2019. La sarcoidosis se diagnosticó según los criterios de la ATS/ERS/WASOG de la siguiente manera: presentación clínica y radiológica compatible, confirmación histopatológica y exclusión de otras enfermedades granulomatosas. La NS se diagnosticó según el Grupo de Consenso del Consorcio de NS (1). Se compararon las curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC) de la tomografía computarizada (TC) de tórax y el 18F-FDG PET-TC.

Estudios complementarios en 30 pacientes con sospecha de neurosarcoidosis en el periodo 1999-2019 en un hospital universitario del norte de España

Investigación auxiliar	Con 18F-FDG PET-TC (n = 10; 33,4%)	Sin 18F-FDG PET-TC (n = 20; 66,6%)	Total (n = 30; 100%)
Pruebas de laboratorio, n ^o /n ^o evaluados (%)			
ECA > 70 U/L	3/9 (33,3)	9/13 (60)	12/24 (50)
PCR > 0,5 mg/dL	3/10 (30)	8/10 (80)	11/20 (55)
VSG > 20 mm/h	5/10 (50)	7/15 (46,7)	12/25 (48)
CD4/CD8 > 3,5	1/2 (50)	0/1 (0)	1/3 (33,4)
Estudios de imagen sugestivos de sarcoidosis, n ^o /n ^o evaluados (%)			
Radiografía de tórax	8/10 (80)	16/20 (80)	24/30 (80)
TAC de tórax	9/10 (90)	16/20 (80)	25/30 (83,4)
Gammagrafía	6/9 (66,7)	10/18 (55,6)	16/27 (59,3)

18F-FDG PET-TC: tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada con flúor-18 fluorodesoxiglucosa, ECA: enzima convertidora de angiotensina, PCR: proteína C reactiva, TC: tomografía computarizada, VSG: velocidad de sedimentación globular.



Curva Receiver Operating Characteristic (ROC) del TC de tórax y el 18F-FDG PET-TC.

Resultados: Se sospechó NS en 30 (19 mujeres/11 hombres) pacientes de un total de 384 (7,8%) (edad media; 55,0 ± 15,8 años). Las manifestaciones neurológicas subyacentes fueron cefalea crónica (n = 13; 43,4%), neuropatía periférica (n = 6; 20%), neuropatía craneal (n = 5; 16,7%), anomalías de la médula espinal (n = 3; 10%) y meningitis aséptica (n = 3; 10%). Los resultados de los estudios complementarios se describen en la tabla. Se realizó 18F-FDG PET-TC en 10 (33,4%) pacientes. El 18F-FDG PET-TC fue anormal en 9 (90%) pacientes. Se encontraron anomalías sugestivas de NS en 7 (70%) pacientes. Estas se localizaban en los ganglios linfáticos (n = 7, 100%), la glándula parótida (n = 1, 14,3%) y el hueso (n = 1, 14,3%). Otras anomalías se encontraron en 2 (20%) pacientes en cuerdas vocales (n = 1, 50%) y recto (n = 1, 50%). Solo 1 (10%) paciente no presentaba anomalías en el 18F-FDG PET-TC. Todos los pacientes (n = 2, 100%) en los que la radiografía de tórax y el TC de tórax fueron negativos, presentaron hallazgos patológicos sugestivos de NS en el 18F-FDG PET-TC. Tras el 18F-FDG PET-TC, todos los pacientes con anomalías accesibles sugestivas de sarcoidosis fueron sometidos a biopsia en ganglio linfático (n = 5, 71,4%), glándula parótida (n = 1, 14,3%) y piel (n = 1, 14,3%). En todos ellos se encontraron granulomas no necrotizantes. Se comparó la capacidad diagnóstica del 18F-FDG PET-TC y del TC de tórax (fig.). El 18F-FDG PET-TC presentó un área bajo la curva (AUC) (0,94 [IC95%: 0,78-1]) superior a la del TC de tórax (0,75 [IC95%: 0,28-1]).

Conclusiones: El 18F-FDG PET-TC parece ser una herramienta útil en la evaluación de pacientes con sospecha de NS, especialmente cuando el TC de tórax es negativo o no concluyente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stern BJ, et al. JAMA Neurol. 2018;75:1546-53.

RC17. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y LA EFICACIA DEL CAMBIO DE BELIMUMAB ENDOVENOSO A SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

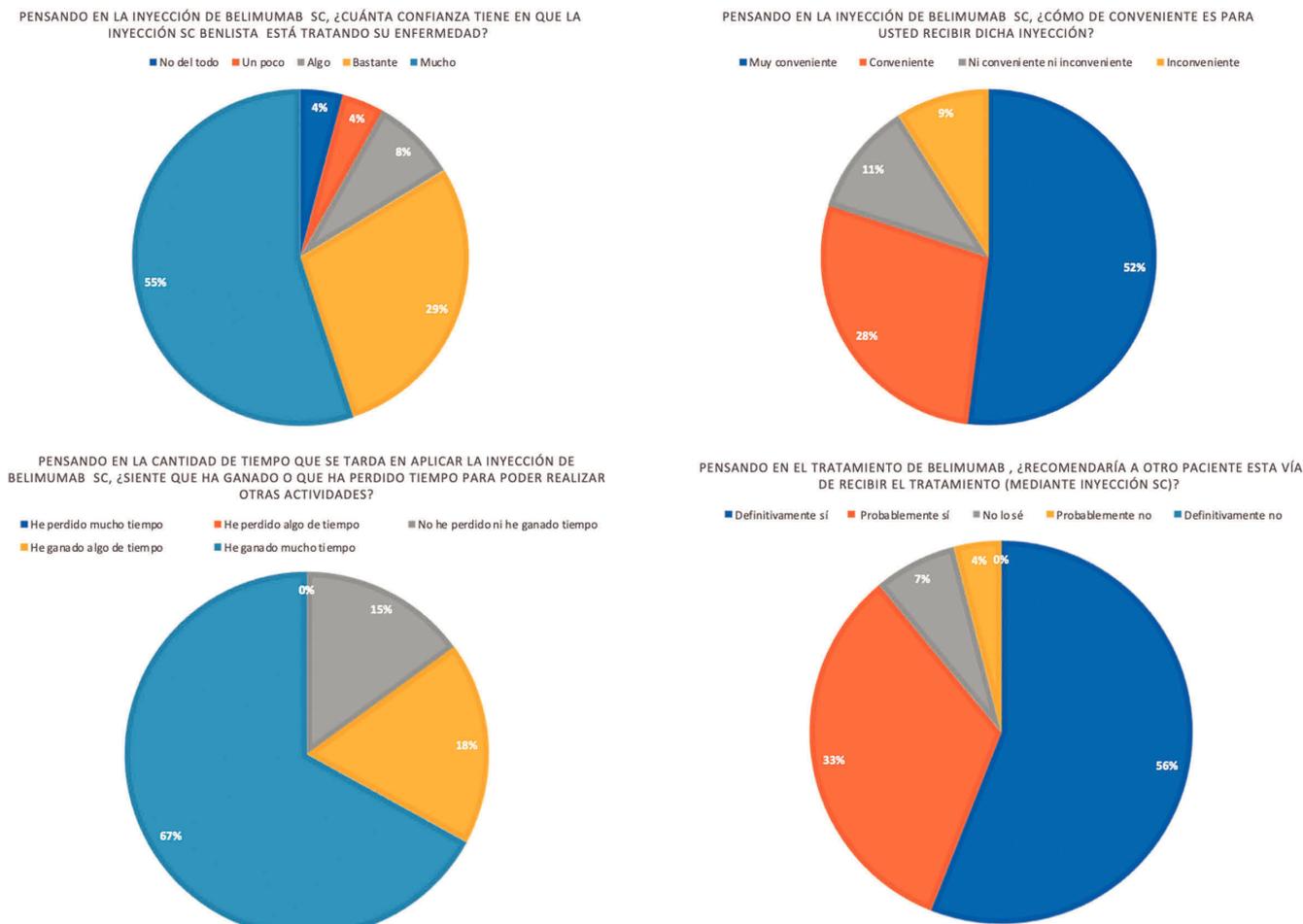
Beatriz Frade Sosa¹, T.C. Salman-Monte², J. Narváez³, I. Peralta⁴, S. Sandoval⁵, B. Magallares⁶, S. Heredia⁷, N. Sapena¹, A. Riveros-Frutos⁴, A. Olivé⁴, H. Corominas⁶, J. Cortés-Hernández⁵ y J.A. Gómez-Puerta¹ en representación del Grupo de Trabajo Capicat-MAS de la Societat Catalana de Reumatologia

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servicio de Reumatología, Hospital del Mar/Parc de Salut Mar-IMIM. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona.

Introducción: En 2017, belimumab (BEL) fue aprobado en por vía subcutánea (SC)¹. Si bien la efectividad clínica de la terapia SC está comprobada en ensayos clínicos, la efectividad tras el paso de endovenoso (EV) a SC y la satisfacción de los pacientes en práctica clínica diaria es menos conocida y no ha sido tan estudiada². Durante la pandemia de la COVID-19, el seguimiento y tratamiento de los pacientes se vio significativamente afectado, incluida la administración de terapias biológicas EV. En algunos casos fue necesario cambiar de EV a SC, incluida la terapia con BEL.

Objetivos: Evaluar en la práctica clínica diaria la satisfacción a la terapia con BEL SC en pacientes tratados previamente con BEL EV. Nuestra hipótesis era que BEL SC en pacientes con LES tratados previamente con BEL EV tendría una eficacia similar y conferiría una mayor satisfacción.

Método: Estudio observacional, multicéntrico, realizado en 7 centros de referencia de Cataluña. Criterios de inclusión: Pacientes con LES estable (EULAR/ACR 2019) en tratamiento con BEL SC y uso previo de BEL EV (al menos 3 meses de tratamiento con BEL EV antes del cambio).



RC17 Figura. RASQ-SC modificado para el tratamiento con belimumab.

Dado que no existen herramientas bien validadas para la satisfacción con el tratamiento con BEL SC, utilizamos el RASQ-SC, validado en pacientes con linfoma que cambiaron de tratamiento con rituximab EV a tratamiento SC3, modificado para el tratamiento con BEL.

Características clínicas y demográficas

Demográfico	
Edad en el momento de inclusión (años), n (%)	45,9 (12,5)
Mujer, n (%)	23 (85,2)
Raza, n (%)	
Caucásico	22 (81,5)
Mestizo	4 (14,8)
Magrebí	1 (3,7)
Fumador actual, n (%)	10 (37)
Características de la enfermedad	
Edad al diagnóstico (años), media (DE)	28,8 (13,4)
SLICC en el momento de inclusión, media (DE)	0,67 (0,88)
Manifestaciones acumuladas, n (%)	
Fiebre	10 (37)
Manifestaciones cutáneas	
Eritema malar	17 (63)
Lupus discoide	4 (14,8)
Lupus tumidus	1 (3,7)
Lupus cutáneo agudo	11 (40,7)
Úlceras	17 (63,0)
Alopecia	6 (22,2)
Articular	
Artralgia	27 (100)
Artritis	26 (96,3)
Renal	
Proteinuria	3 (11,1)
Serositis	
Pericarditis	4 (14,8)
Pleuritis	11 (40,7)

Neurológicas	
Mielitis	1 (3,7)
Estado confusional agudo	1 (3,7)
Hematológicas	
Leucopenia	18 (66,7)
Linfopenia	15 (55,6)
Trombopenia	2 (7,4)
Inmunológicas	
ANA	27 (100)
Anti-DNAdc	25 (92,6)
Anti-Sm	10 (37)
Anticoagulante lúpico	5 (18,5)
aCL	4 (14,8)
Anti-B2GP1	4 (14,8)
C3 bajo	21 (77,8)
C4 bajo	20 (74,1)
Características en el momento de la administración del último belimumab EV	
Tiempo de evolución de la enfermedad (meses), media (de)	153,4 (114,6)
SLEDAI, media (de)	2,96 (2,4)
Tratamiento con glucocorticoides, n (%)	19 (70,4)
Equivalente de Prednisona (mg/d), media (DE)	4,8 (6,3)
Remisión clínica, n (%)	19 (70,4)
Remisión serológica, n (%)	10 (37)
Remisión completa, n (%)	8 (29,6)
Tiempo de tratamiento con BEL EV en el momento del cambio a BEL SC (meses), media (DE)	26,35 (21,3)
Última visita con belimumab SC	
Tiempo desde el cambio (meses), media (DE)	30,9 (7,8)
SLEDAI, media (DE)	1,82 (2,02)
Tratamiento con glucocorticoides, n (%)	17 (63)
Equivalente de prednisona (mg/d), media (DE)	3,57 (2,34)
Remisión clínica, n (%)	20 (74,1)
Remisión serológica, n (%)	14 (51,9)
Remisión completa, n (%)	12 (44,4)

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes. Las características demográficas y generales se resumen en la tabla. El tiempo medio transcurrido desde el tratamiento con BEL EV hasta el cambio a SC fue de 26 meses (de 21). El 84% de los pacientes manifestó confianza en el BEL SC. El 80% consideró que el tratamiento con BEL SC era cómodo o muy cómodo. El 85% consideró que había ganado tiempo con el cambio. El 89% recomendaría la inyección SC a otros pacientes (fig.). La actividad de la enfermedad (media SLEDAI) y las tasas de remisión se mantuvieron estables tras el cambio. Los pacientes no necesitaron dosis más altas de glucocorticoides tras el cambio (tabla). No se notificaron nuevos efectos secundarios importantes.

Conclusiones: La satisfacción general, la satisfacción con la vía de administración y la satisfacción con el tiempo necesario para recibir BEL fueron mayores para el tratamiento con BEL SC. La estrategia de cambio a SC es una alternativa razonable para los pacientes de BEL.

RC18. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA SUBCUTÁNEA

Elisa García Fanjul, Anahy Maria Brandy-García, Marta Loredó Martínez, Carmen Amelia Ordás Calvo, María Edilia García Fernández, Senén González Suárez y Jesús Babio Herraiz

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción: En pacientes con osteoporosis, la teriparatida administrada cada 24 horas durante al menos 2 años, es uno de los fármacos utilizados como osteoformador. La adherencia a este tratamiento es fundamental para la recuperación de hueso en estos pacientes.

Objetivos y métodos: Analizar la adherencia de nuestros pacientes al tratamiento pautado e identificar los motivos más comunes de la falta de adherencia y los factores que afecten más a la misma. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de osteoporosis en tratamiento con teriparatida de inicio, desde el 1 de diciembre de 2021 al 1 de diciembre de 2022. El muestreo fue consecutivo, todos los pacientes pasaron por la consulta de enfermería para recibir educación sanitaria sobre autoadministración del fármaco y hábitos de vida saludables con respecto a la osteoporosis. A todos se les realizó una entrevista telefónica en la que se les pasó una encuesta *ad hoc* junto con los test de Morisky-Green y el de Batalla adaptado a la osteoporosis. Se recogió ingesta de calcio (considerando escasa a ≤ 1 ración de lácteos/día y adecuada a ≥ 3 raciones de lácteos/día) y el ejercicio que realizan (< 30 minutos/día sería insuficiente y ≥ 60 min/día, suficiente).

Resultados: Se recogieron 29 pacientes con una media de edad de 71 ± 8 años, de los que el 86,2% ($n = 25$) fueron mujeres. El IMC medio fue de $25,3 \pm 5,2$. El 58,6% presentaban polifarmacia. En cuanto a las variables relacionadas con la osteoporosis: el 34,5% son fumadores y el 13,8% refieren tomar alcohol. 14 pacientes habían recibido tratamiento antiosteoporótico previamente (12 bifosfonatos y 2 denosumab). La media de fracturas previas fue de 2 ± 2 , no presentaron ninguna 2 pacientes. La localización más frecuente fue en vertebra (48,3%) seguida del radio (24,1%). Respecto a la ingesta de calcio previo a la primera consulta, 12 pacientes la reconocen como escasa (41,4%); en la entrevista poseducación disminuye al 13,8% (4 pacientes). En cuanto al ejercicio físico, un 34,5% lo reconocen como insuficiente en la primera consulta, siendo un 24,1% los que lo refieren así en la entrevista telefónica posterior a la educación. En cuanto a las variables relacionadas con la administración del fármaco: 25 pacientes usan el dispositivo con cartucho integrado en la pluma. La duración media del tratamiento en el momento de este estudio fue de 6 ± 3 meses. La administración corre a cargo del propio paciente en un 79,3%. Los test de Morisky-Green y Batalla reflejan que el 93,1% ($n = 27$) son adherentes.

Conclusiones: La adherencia a la teriparatida pautada en los pacientes de nuestra cohorte es muy buena (93,1%). Solo se detectó un

paciente que no seguía con el tratamiento (ya no lo había iniciado por decisión propia). Los pacientes reconocen haber tenido una buena formación en la consulta de enfermería de reumatología, se confirma con la mejoría de la ingesta de calcio (en el 27,6%) y aumento de ejercicio (en el 10,4%). A destacar, que las únicas incidencias que se les han presentado han sido cuando han tenido que recurrir, por diferentes motivos, a profesionales sanitarios ajenos a la reumatología para la administración.

RC19. EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS TRATADOS CON DENOSUMAB

Dolors Grados Cànovas¹, Dolors Madrid¹ y Ángela Zumel-Marne²

¹Servicios de Reumatología y Enfermería. Consorci Sanitari Anoia. Hospital Universitari d'Igualada. ²Fundació Sanitaria d'Igualada. Universitat d'Alacant. Vicente del Raspeig. Alicante.

Introducción: En diciembre de 2019 se inició una nueva infección provocada por un coronavirus llamado SARS-CoV-2. Al ser una enfermedad contagiosa, fue acompañada de un confinamiento que dificultó las consultas habituales en los centros hospitalarios. Denosumab es un anticuerpo monoclonal, con una posología subcutánea semestral, que aunque puede administrarse en casa, en los pacientes de más edad se suele administrar en ABS o enfermería de reumatología.

Objetivos: Describir epidemiológicamente los pacientes en tratamiento actual con denosumab y evaluar si durante el confinamiento y el post confinamiento pudieron seguir el tratamiento.

Métodos: Estudio observacional transversal con recogida prospectiva de datos. Inclusión de pacientes de forma consecutiva, durante el período diciembre 2021-mayo 2022. Se incluyeron pacientes en tratamiento con denosumab iniciado durante o antes del 2019 que acudían a consulta de enfermería de reumatología a administrarse el tratamiento.

Resultados: Se han analizado datos de 74 pacientes: 71 mujeres (96%) y 3 hombres (4%). Edad media: 77,31 años (61-93). Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial: 28 pacientes (38%), diabetes *mellitus*: 8 pacientes (11%), tratamiento inmunosupresor: 9 pacientes (12%), antecedentes neoplasia: 16 pacientes (22%), antecedentes de fractura: 34 pacientes (43%), uso glucocorticoides: 17 pacientes (23%). Los pacientes llevaban una media de 5 años (rango 2-8 años) en tratamiento con denosumab. Doce pacientes (16%) tuvieron COVID y de estos solo 1 precisó ingreso. Durante el periodo estudiado 62 pacientes (84%) siguieron el tratamiento correctamente y 12 pacientes (16%) tuvieron dificultades; de estos: 3 pacientes se saltaron 1 dosis, cuatro pacientes atrasaron más de 2 meses la administración de denosumab y 5 pacientes atrasaron menos de 2 meses el tratamiento. Nueve pacientes expresaron que el retraso o salto de dosis fue por imposibilidad para la administración (en 4 de ellos por COVID positivos). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p 0,006$) al comparar la dificultad para realizar el tratamiento correctamente y ser COVID positivo. En el período estudiado 4 pacientes presentaron fracturas: 2 vertebrales, 1 fémur y un carpo; ninguno había discontinuado el tratamiento. De estos, tres pacientes estaban en tratamiento con glucocorticoides y uno de ellos padeció COVID.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes (84%) pudieron mantener el tratamiento de forma correcta, recibiendo el tratamiento en casa, ABS o consulta de enfermería de reumatología. Solo uno precisó ingreso por COVID. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre haber tenido COVID y haber discontinuado el tratamiento. No se han podido analizar las pérdidas de tratamiento ni los *exitus*. Cuatro pacientes han presentado fracturas pese no haber discontinuado el tratamiento, encontrando como punto en común el uso de glucocorticoides por enfermedad reumatológica concomitante.

Tabla RC20

Tabla 1. Características demográficas, clínica y tratamiento

Casos	Edad dx LES (años)	Edad dx LESNP (años)	Tiempo entre dx LES y LESNP	Clínica Neurológica inicial	Otras manifestaciones	Tto brote LESNP	TtoA	SLESNP
1	22,2	23,4	1 año	ACVA hemisférico izquierdo con hemiparesia derecha y afasia motora. Hemianopsia homónima derecha	GN mesangial, monoartritis, leucopenia, anemia	CSF + PD mg/kg	AZA, HCQ, belimumab, IG	Hemiparesia derecha y afasia motora residual. Hemianopsia homónima derecha
2	13,3	16	2 años y 9 meses	Mononeuropatía múltiple sensitivo-motora axonal.	GN proliferativa difusa. Eritema malar. Artritis. Aftas orales. Fiebre	CSF + PD mg/kg	MMF, HCQ	Hipoestesia residual en cara lateral de pierna derecha
3	15,1	24,2	9 años	Brote psicótico, epilepsia, deterioro cognitivo	Artritis, alopecia, síndrome nefrótico con IR	CSF + PD mg/kg	AZA, HCQ	Afasia residual, epilepsia, deterioro cognitivo
4	44,4	44,5	1 mes	Depresión más psicosis catatónica	Sd. antifosfolípido secundario. Trombosis de seno transversal derecho. Poliartritis, eritema malar. Depresión	CSF + MPD 1g iv	MMF, HCQ	Depresión
5	29,5	34,9	6 años	Sd. de Devic. mielitis lúpica (paraplejía EEII, vejiga neurógena, y neuritis óptica con disminución AV)	Nefritis lúpica	CSF + IG + MPD	Sin tto	Paraparesia grave + ceguera
6	27,9	28,9	1 año	Mielitis transversa. Espasticidad residual en EEII	GN tipo IV, Miositis en relación a LES vs. corticoides	CSF	Sin tto	Espasticidad residual EEII y vejiga espástica
7	30,6	31,2	8 meses	Trastorno psicótico atípico	Paniculitis glútea, poliartralgias, F. Raynaud	PD mg/kg, Olanzapina+ Haloperidol	HQ	No

SLESNP: secuelas de LESNP, Tto: tratamiento, TtoA: tratamiento actual, dx: diagnóstico, ACVA: accidente cerebrovascular agudo, GN: glomerulonefritis, CSF: ciclofosfamida, PD: prednisona, AZA: azatioprina, HCQ: hidroxicloroquina, MMF: micofenolato mofetilo, MPD: metilprednisolona, IR: insuficiencia renal, AV: agudeza visual, EEII: extremidades inferiores.

Tabla RC20

Tabla 2: Características analíticas

ANA	DNA	C3 y/o C4	ENA	aCL	B2GP	AL	CP
DA	P (título DA)	Disminuido C3: 39, C4:10	N	N	N	N	LP
1/320	> 600	DA	Ribosomal, histonas positivo	P	1,02	N	LP
1/1280	N	DA	N	N	N	P	LP
1/1280	> 600	Disminuido C3 C3: 54, C4:19	RNP+, nucleosomas +, histona +, DFS70 +	P	N	P	PP
1/1280	P 129	DA	N	N	DA	N	LP
1/1280	P (título DA)	Disminuido C3:26, C4: 4,2	Anti-SM +	P	DA	DA	PP
1/160	N	Normal	N	DA	DA	DA	DA

ANA: anticuerpos antinucleares, ENA: anticuerpos nucleares extraíbles, aCL: anticuerpos anticardiolipina, B2GP: beta 2 glicoproteína, AL: anticoagulante lúpico, CP: citopenias, LP: leucopenia, pancitopenia, DA: dato ausente, P: positivo, N: negativo.

RC20. SERIE DE CASOS: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON AFECTACIÓN NEUROPSIQUIÁTRICA GRAVE

Lina El Kadaoui El Ouariachi, Nerea Alcorta Lorenzo, César Antonio Egües Dubuc, Luis María López Domínguez, Jorge Jesús Cancio Fanlo, Olga Maíz Alonso, Esther Uriarte Isacelaya y Joaquín María Belzunegui Otano

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) con frecuencia (4,3%) muestran síntomas de afectación del sistema nervioso (SN), denominado LES neuropsiquiátrico (LESNP). Las manifestaciones clínicas son diversas y tienen un amplio espectro de gravedad y pronóstico. Los pacientes con LESNP pueden presentar síntomas inespecíficos, como cefalea y deterioro cognitivo, pero también experimentan complicaciones graves, como pérdida de memoria, convulsiones y accidente cerebrovascular. Dada la baja incidencia del LESNP interesa revisar los pacientes que hemos tenido en nuestro servicio a lo largo de estos años.

Objetivos: Revisar las históricas clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Donostia con LESNP grave entre los años 1992 a 2023.

Métodos: Se revisaron 250 historias clínicas informatizadas y en papel. Se recogieron las variables demográficas, clínicas, analíticas, tratamientos durante el ingreso hospitalario y actual, secuelas neurológicas y mortalidad. Se presentan las variables cualitativas mediante valor absoluto y su frecuencia; las variables cuantitativas se presentan mediante la mediana.

Resultados: Se encontraron un total de 7 pacientes (100% mujeres) con una mediana de edad de 27,6 años al diagnóstico de LES y una mediana

de edad de 28,9 años al de diagnóstico de LESNP. Un paciente presentó afectación neurológica grave como debut del LES (depresión más psicosis catatónica). Cuatro pacientes presentaron LESNP durante el primer año tras el diagnóstico de LES. Seis quedaron con secuelas neurológicas. En la tabla 1 se muestran las características demográficas, clínica y tratamiento; y en la tabla 2 se muestran las características analíticas. **Conclusiones:** En un 57% de nuestros casos (4/7) LESNP se desarrolló durante el primer año tras el diagnóstico. LESNP es una complicación grave con una alta tasa de secuelas graves a pesar de tratamiento. Un 71% (5/7) presentaron positividad para anticuerpos anti-DNA.

RC21. MALIGNANCY IN THE UPADACITINIB CLINICAL TRIAL PROGRAMS FOR RHEUMATOID ARTHRITIS, PSORIATIC ARTHRITIS, AND ANKYLOSING SPONDYLITIS

Ana Medina¹, Andrea Rubbert-Roth¹, Adriana Kakehasi², Tsutomu Takeuchi³, Marc Schmalzing⁴, Hannah Palac⁵, Jianzhong Liu⁵, Samuel I. Anyanwu⁵, Ralph Lippe⁶ and Jeffrey R. Curtis⁷

¹Division of Rheumatology. Cantonal Clinic St Gallen. St Gallen. Switzerland. ²Federal University of Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Belo Horizonte. Brazil. ³Keio University School of Medicine. Tokyo. and ⁴Saitama Medical University. Saitama. Japan. ⁵University Hospital Wuerzburg. Wuerzburg. Germany. ⁶AbbVie Inc. North Chicago. IL. USA. ⁷Division of Rheumatology. University of Alabama at Birmingham. Birmingham. AL. USA.

Introduction and objectives: Increased risk of malignancies has been associated with chronic inflammation, as well as immunosup-

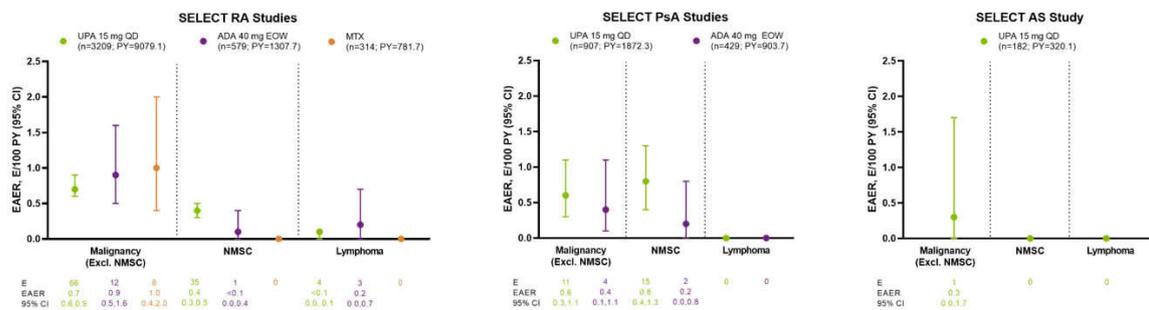
Table: Patient Baseline Characteristics Across RA, PsA, and AS by Malignancy Event Status

Parameter, n (%) ^a	RA			PsA		AS
	UPA 15 mg QD n = 3118	ADA 40 mg EOW n = 569	MTX n = 306	UPA 15 mg QD n = 886	ADA 40 mg EOW n = 423	UPA 15 mg QD n = 181
No Malignancy						
Age (years), mean (SD)	54.1 (12.0)	53.9 (11.6)	53.2 (12.9)	51.2 (12.0)	51.2 (12.1)	45.2 (12.5)
Sex (female)	2520 (80.8)	465 (81.7)	235 (76.8)	470 (53.0)	217 (51.3)	128 (70.7)
BMI (kg/m ²), mean (SD)	29.1 (6.7)	29.5 (7.1)	28.0 (6.4)	30.6 (6.9)	30.7 (7.3)	26.7 (5.0)
Baseline CRP, mean (SD)	17.9 (21.8)	19.7 (23.0)	20.9 (21.6)	11.2 (16.7)	11.0 (15.5)	10.0 (11.7)
Tobacco/nicotine use (current + former)	1179 (37.8)	192 (33.7)	115 (37.6)	375 (42.3)	161 (38.1)	99 (54.7)
Alcohol use (current + former)	1089 (34.9)	196 (34.4)	100 (32.7)	451 (50.9)	206 (48.7)	131 (72.4)
Previous malignancy	30 (1.0)	4 (0.7)	2 (0.7)	10 (1.1)	2 (0.5)	3 (1.7)
Any history of oral contraceptive/hormone replacement therapy	260 (8.3)	46 (8.1)	19 (6.2)	42 (4.7)	19 (4.5)	9 (5.0)
Malignancy Excl. NMSC						
	UPA 15 mg QD n = 64	ADA 40 mg EOW n = 10	MTX n = 8	UPA 15 mg QD n = 11	ADA 40 mg EOW n = 4	UPA 15 mg QD n = 1
Age (years), mean (SD)	63.1 (8.2)	66.0 (10.4)	60.4 (9.6)	64.5 (9.8)	63.5 (6.5)	60.0 (N/A)
Sex (female)	43 (67.2)	5 (50.0)	5 (62.5)	3 (27.3)	3 (75.0)	1 (100.0)
BMI (kg/m ²), mean (SD)	28.3 (7.1)	28.5 (6.8)	29.6 (5.2)	34.5 (7.3)	27.7 (5.1)	31.6 (N/A)
Baseline CRP, mean (SD)	14.0 (12.5)	20.1 (15.7)	31.2 (35.3)	11.2 (8.9)	4.6 (2.8)	6.3 (N/A)
Tobacco/nicotine use (current + former)	28 (43.8)	7 (70.0)	5 (62.5)	5 (45.5)	2 (50.0)	1 (100.0)
Alcohol use (current + former)	27 (42.2)	5 (50.0)	4 (50.0)	9 (81.8)	2 (50.0)	1 (100.0)
Previous malignancy	1 (1.6)	0	0	0	0	0
Any history of oral contraceptive/hormone replacement therapy	2 (3.1)	1 (10.0)	0	0	0	0

ADA, adalimumab; AS, ankylosing spondylitis; BMI, body mass index; CRP, C-reactive protein; EOW, every other week; MTX, methotrexate; N/A, not applicable; NMSC, non-melanoma skin cancer; PsA, psoriatic arthritis; QD, once daily; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib.
^aData presented as n (%) unless indicated.

RC21 Figure 1

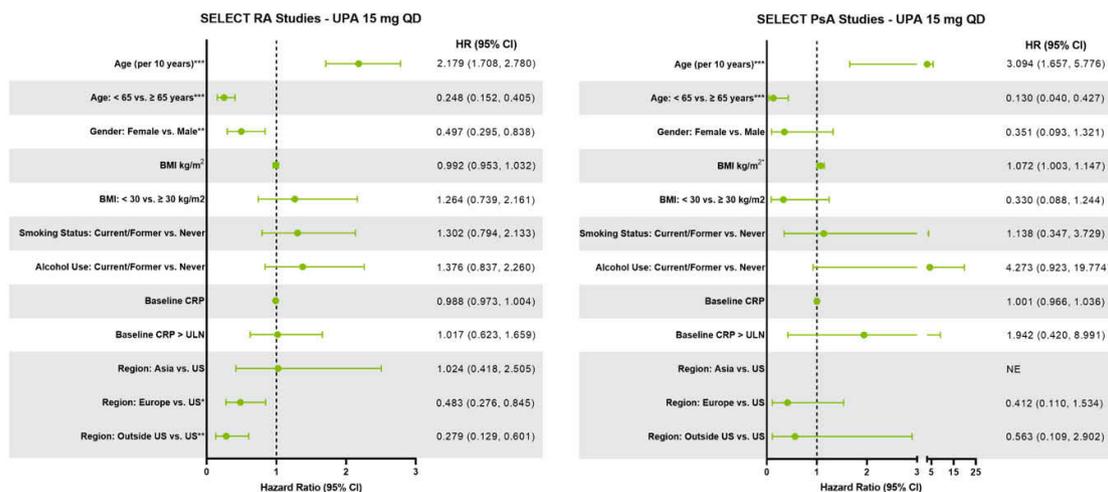
Figure 1. Treatment-Emergent Adverse Events by Malignancy Type in Patients Treated with Upadacitinib Across RA, PsA, and AS



ADA, adalimumab; AS, ankylosing spondylitis; CI, confidence interval; E, event; EAER, exposure-adjusted event rate; EOW, every other week; MTX, methotrexate; NMSC, non-melanoma skin cancer; QD, once daily; PsA, psoriatic arthritis; PY, patient year; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib.

RC21 Figure 2

Figure 2. Risk Factors for Malignancy Excluding NMSC in RA and PsA Patients Treated with Upadacitinib 15 mg^d



BMI, body mass index; CI, confidence interval; CRP, C-reactive protein; HR, hazard ratio; NE, not estimable (due to zero events); NMSC, non-melanoma skin cancer; QD, once daily; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; ULN, upper limit of normal; UPA, upadacitinib.

^dHazard ratios were generated using univariable Cox proportional hazard models for the time from the first dose to first malignancy excluding NMSC event.
^eP < .05; **P < .01; ***P < .001.

RC21 Figure 3

pressive and immunomodulatory therapies. The objective of this analysis is to describe events of malignancy in patients with rheumatoid arthritis (RA), psoriatic arthritis (PsA), or ankylosing spondylitis (AS) from the SELECT clinical trial programs for upadacitinib (UPA), a Janus kinase inhibitor, versus active comparators (adalimumab 40 mg [ADA] and methotrexate [MTX]).

Methods: Safety data (cut-off: 30 June 2021) from 9 phase 3 UPA trials were compiled for RA (6 trials), PsA (2 trials), and AS (1 trial; phase 2b/3). Treatment-emergent adverse events (TEAEs; onset on or after first dose and \leq 30 days after last dose for UPA 15 mg [approved dose for rheumatological indications] and MTX or \leq 70 days after last dose for ADA) of malignancy were summarized for RA (pooled UPA15, ADA [SELECT-COMPARE study only], and MTX [SELECT-EARLY study only]), PsA (pooled UPA15 and ADA [SELECT-PsA 1 study only]), and AS (UPA15). TEAEs are reported as exposure-adjusted event rates (EAERs; events/100 patient years [E/100 PY]). Age-gender adjusted standard incidence ratios (SIR) were calculated for RA, due to a sufficient number of reports, using the SEER database for the general population. Univariable Cox proportional hazards regression models were used to assess the impact of known risk factors on rates of malignancy excluding non-melanoma skin cancer (NMSC) in RA and PsA in the UPA15 treatment groups.

Results: Across RA, PsA, and AS, a total of 4,298 patients received \geq 1 dose of UPA15 (RA, n = 3,209; PsA, n = 907; AS, n = 182), totaling 11,271.5 PY of exposure (Figure 1; baseline characteristics provided in Table). In RA, event rates of malignancy excluding NMSC were similar between UPA15, ADA, and MTX; rates of NMSC were higher with UPA15 compared to ADA and MTX (Figure 1). The most common types of malignancy excluding NMSC were breast cancer and lung cancer. The age-gender adjusted SIR (95%CI) for malignancy excluding NMSC in RA was 1.0 (0.80-1.24) for UPA15. In PsA, rates of NMSC and malignancy excluding NMSC were similar between UPA15 and ADA. In AS, a single event of malignancy excluding NMSC was reported with UPA15. Lymphoma was infrequent in RA, with no events in PsA or AS. In the univariable regression models for UPA15, being older, male, and in the US compared to other regions were associated with increased risk of malignancy excluding NMSC in patients with RA, while being older and having higher BMI were associated with increased risk in patients with PsA (Figure 2).

Conclusions: Event rates of malignancy excluding NMSC were generally similar between UPA15, ADA, and MTX and consistent across RA, PsA, and AS. NMSC was more frequent in patients receiving UPA15 than ADA or MTX. Due to low rates of malignancy, findings from the univariable regression models will need to be confirmed in future studies.

RC22. EVOLUCIÓN Y SEGURIDAD DE 167 EMBARAZOS EN PACIENTES CON ARTRITIS CRÓNICA O ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA: RESULTADOS DE UN REGISTRO LOCAL

Rocío Gallego Campuzano¹, J. Rosas¹, J.C. Cortés-Quiroz¹, C. Raya-Santos¹, A. Pons-Bas¹, J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, J.A. Bernal¹, L. Pons-Canet¹, X. Barber², J.A. García-Gómez² y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa. ²CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Los riesgos durante el embarazo aumentan entre las pacientes con artritis crónica (AC) y enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

Objetivos: Conocer la evolución de los embarazos en pacientes con AC o EAS, y la influencia en la seguridad entre el primer embarazo y los siguientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de la evolución de los embarazos atendidos en nuestro centro conjuntamente por Reumatología y

Ginecología, en pacientes con AC o EAS. Se recogieron las siguientes variables: datos generales del paciente, diagnóstico, comorbilidad, número de embarazos y abortos previos, tratamientos recibidos y complicaciones durante el embarazo y el parto, peso del recién nacido y semana de nacimiento, y comparación entre AC vs. EAS.

Resultados: Se incluyeron 167 embarazos de 96 pacientes. Globalmente, la edad media en el momento del diagnóstico fue: 30 (DE: 8) años; con AC en 22 (23%) pacientes (AR: 10 [45%]), espondilitis anquilosante: 8 [36%], artritis psoriásica: 3 [14%], reumatismo palindrómico: 1 [5%] o EAS: 74 (67%) pacientes (LES: 31 [42%], síndrome antifosfolípido primario/SAF: 31 [42%]), síndrome de Sjögren: 4 [5%], Otros: 8 [11%]). Comorbilidades: hipertensión: 7 (7%), diabetes: 4 (4%), hipercolesterolemia: 7 (7%), fumador y exfumador: 12 (13%) y 15 (16%), trombosis previa: 2 (2%). Sesenta y cuatro (67%) pacientes han tenido un embarazo anterior. Durante el primer embarazo asistido de nuestro grupo, la edad media fue de 31 (DE: 8) años, con una duración media de 32 (11) semanas. El 52% de 90 pacientes presentó alguna complicación: Aborto: 22 (24%) pacientes, ruptura prematura de membranas: 4 (18%), hipertensión: 3 (14%), diabetes: 3 (14%), infección: 2 (9%), preeclampsia: 1 (5%), bloqueo AV de primer grado: 1 (5%) y otros: 4 (18%). En 47 embarazos, el peso medio al nacer fue de 3 kg (0,47 g) y en 7 (15%) menos de 2,5 kg. Se realizó cesárea en 10 de 54 embarazos (19%). Los pacientes con EAS en comparación con los pacientes con AC eran significativamente mayores en el momento del diagnóstico (32 [6] años frente a 27 [11], p = 0,046), aumento de la prematuridad (semana media 31 [12] frente a 36 [9], p = 0,035) y el peso medio al nacer fue menor (2,9 kg [0,52] vs. 3,2 kg [0,24], p = 0,0001). Siete niños tenían bajo peso (media: 2,07 kg [0,18]) en comparación con ningún niño en el grupo AC. No se observaron diferencias en edad gestacional, número de abortos, comorbilidad, semana del parto o número de cesáreas. Los pacientes con LES en comparación con SAF, tienen una edad al diagnóstico significativamente menor (30,6 [6] vs. 34 [4,6] años, p = 0,018) y menor peso medio al nacer (2,89 kg [0,52] vs. 3,08 kg [0,56], p = 0,037). No se observaron diferencias en edad gestacional, número de abortos, comorbilidad, semana del parto o número de cesáreas. En 28 pacientes con SAF, 7 (25%) recibieron 100 mg de aspirina al día y 21 (75%) se asociaron con heparina de bajo peso molecular.

Conclusiones: 1. Aproximadamente la mitad de los pacientes con AC o EAS experimentan alguna complicación durante el embarazo. 2. La prevalencia global de aborto fue del 24%, sin diferencias entre los grupos. 3. Los hijos de madres con EAS tenían significativamente mayor prematuridad y menor peso al nacer. 4. Entre los pacientes con LES, a excepción de menor peso al nacer, no se detectaron diferencias con respecto a los pacientes con SAF.

RC23. ESTUDIO CLÍNICO Y SEROLÓGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

Marta García Arteche², J.M. Sequí-Sabater^{1,2,3}, R. Roldán Molina^{1,2,3}, R. Granados^{1,2,3}, S. Dans-Caballero^{1,2,3}, R. Ortega-Castro^{1,2,3}, P. Font-Ugalde^{2,3}, J. Calvo-Gutiérrez^{1,2,3}, A. Escudero-Contreras^{1,2,3} y M.A. Aguirre Zamorano^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Departamento de Ciencias médicas y quirúrgicas. Universidad de Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: Las miopatías inflamatorias autoinmunes (MII) son enfermedades, caracterizadas por inflamación y debilidad muscular. Presentan una incidencia entre 1 y 19 casos/millón habitantes/año.

Objetivos: Describir las características, evolución y tratamiento de un registro de pacientes con MII del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal de 54 pacientes diagnosticados de MII, 10 pacientes con MII juveniles y 44 pacientes adultos, diagnosticados desde 1994 hasta 2022. Se incluyen pacientes con los siguientes subtipos: polimiositis (PM), dermatomiositis (DM), dermatomiositis juvenil (DMJ), dermatomiositis amiofálica (DMA), síndrome antisintetasa (SAS) y síndrome de solapamiento con miositis (SSM). Los datos fueron recogidos, procesados y analizados con el programa IBM, SPSS v.25.

Resultados: 10 pacientes tenían MII juveniles, 7 niños y 3 niñas, con una edad de inicio de 8,7 ± 4,13 años y evolución de 5,30 ± 2,90 años. La DM fue el subtipo más frecuente (9 pacientes). 2 pacientes presentaron neumopatía intersticial, 2 presentaron manifestaciones gastrointestinales, 4 de ellos úlceras y 3 de ellos, calcinosis. Pruebas complementarias: a todos los pacientes que se les realizó RMN muscular, presentando alteraciones en 7. Se realizó electromiograma (EMG) en 9 pacientes, presentando todas alteraciones características. La biopsia muscular se realizó en 7 (70%) casos, detectando alteracio-

nes en 7 pacientes. La elevación de CPK, alcanzó un máximo de 599,7 ± 1.241,89 U/mL. 4 pacientes presentaron anticuerpos específicos de miopatías y en uno de ellos se hallaron anticuerpos asociados a MII. Tratamiento: 9 pacientes se trataron con corticoides, con dosis máximas de 126 ± 210,33 mg, 5 pacientes fueron tratados con pulsos de corticoides. Ningún paciente presentó neoplasias. El 90% consiguieron la remisión clínica. 2 pacientes sufrieron recaídas tras 3 y 6 años de diagnóstico. Ninguno de los pacientes falleció. La población adulta comprendía 44 pacientes: 15 hombres (34,1%) y 29 mujeres (65,9%) con una edad media de 55,93 ± 15,67 años y tiempo medio de evolución de 9,61 ± 7,390 años. Los subtipos de MII fueron: DM (52,3%), SAS (29,5%), PM (13,6%) y DMA (4,5%). En la mitad de los individuos se observó debilidad muscular proximal y patrón hipomiopático en 7 casos (15,9%). La RMN se realizó en 12 pacientes (27,3%), con anomalías en 4 (33,3%). Se realizó EMG en 26 pacientes (59,1%), con patrón miopático en 17 estudios (65,4%). De 10 biopsias musculares realizadas (22,7%), 7 (77,8%) mostraron alteraciones. La CPK se elevó en el

Tabla 1: Características epidemiológicas, afectación sistémica y sintomatología de los distintos subgrupos.

	< 16 años (n=10)	> 16 años (n=44)	P*	Odds Ratio (95% IC)	P ⁺
Sexo (H/M)	7 (70%) / 3 (30%)	15 (34,1%) / 29 (65,9%)	0.07	4.5 (1.01-20)	0.04
Asociación a EAS	1(10%)	3(6.8%)	0.57	0.65 (0.06-7.083)	0.73
Articular	0	17 (38.6%)	0.02		
Muscular	10 (100%)	29 (65.9%)	0.04	0.00 (0.00-)	0.99
Cutáneo	10 (100%)	33 (75%)	0.10	0.00 (0.00-)	0.99
Calcinosis	3 (30%)	0	0.005		
Fotosensibilidad	2 (20%)	7 (15.9%)	0.66	0.75(0.13-4.34)	0.75
Raynaud	0	8 (18.2%)	0.32		
Úlceras	4 (40%)	1 (2.3%)	0.003	7.1 (0.00-0.36)	0.00
Afect. Cardíaca	0	6 (13.6%)	0.58		
Afect. Pulmonar	2(20%)	21 (47.7%)	0.16	3.6 (0.69-19.18)	0.12
Gastrointestinal	2(20%)	16 (36.4%)	0.46	2.28 (0.43-12.10)	0.33
Remisión	9 (90%)	37 (84.1%)	1	0.58 (0.06-5.39)	0.63
Recaída	2 (20%)	20 (45.5%)	0.17	3.33 (0.6-17.51)	0.15
Neoplasias	0	9 (20.5%)	0.18		
Exitus	0	4 (9.1%)	1		

*Significación estadística basada en el test Ji-Cuadrado o test de Fisher

+Significación estadística para Odds Ratio

Tabla 2: Pruebas complementarias realizadas en ambos subgrupos.

Pruebas Complementarias	< 16 años (n=10)	>16 años (n=44)	P*	Odds Ratio (95% IC)	P ⁺
RFA elevados	3(30%)	33 (75%)	0,11	7 (1.53-31.84)	0.01
CPK elevada	9 (90%)	28 (63.6%)	0.14	0.19 (0.02-1.67)	0.13
FR	0	4(9.1%)	1		
Anti-CCP	0	2(4.5%)	1		
ANA+	7 (70%)	33 (75%)	0.70	1.2 (0.28-5.84)	0.74
Anti-Ro	0	12(27.3%)	0.09		
Anti-Jo1	0	15 (34.1%)	0.04		
Anti-PL7	0	1 (2.3%)	1		
Anti-MDA5	1(10%)	1(2.3%)	0.33	0.20 (0.12-3.66)	0.28
Anti-Mi2	1(10%)	4(9.1%)	1	0.9 (0.09-9.04)	0.92
Anti-TIF1-G	2(20%)	5(11.4%)	0.60	0.51 (0.08-3.12)	0.46
Anti-NXP2	1(10%)	0	0.18		
Anti-PmScl	1 (10%)	2(4.5%)	0.46	0.42 (0.03-5.25)	0.50
Capilaroscopia alterada	6 (60%)	15 (34.09%)	0.30	3.7 (0.49-28.38)	0.20
RMN alterada	7 (70%)	4 (9.09%)	0.19	0.21 (0.03-1.30)	0.09
EMG Miopático	9 (90%)	17 (38.6%)	0.07	0.00 (0.00-)	0.99
Biopsia Muscular	7 (70%)	7 (30.8%)	0.47	0.00 (0.00-)	0.99

*Significación estadística basada en el test Ji-Cuadrado o test de Fisher

+Significación estadística para Odds Ratio

Tabla 3. Tratamiento realizado en los subgrupos estudiados

Tratamientos	< 16 años (n=10)	>16 años (n=44)	P*	Odds Ratio (95% IC)	P*
Corticoides	7 (70%)	41 (93.2%)	0.07	5.85 (0.97-35.07)	0.53
Hidroxicloroquina	4(40%)	19 (43.2%)	1	1.14 (0.28-4.61)	0.85
Azatioprina	1 (10%)	10 (22.7%)	0.66	2.6 (0.29-23.48)	0.38
Ciclofosfamida	0	8 (18.2%)	0.32		
Metotrexato	5 (50%)	13 (29.5%)	0.27	0.41 (0.10-1.69)	0.22
Leflunomida	0	3 (6.8%)	1		
Micofenolato	4 (40%)	10 (22.7%)	0.42	0.44 (0.10-1.87)	0.26
Rituximab	0	10 (22.7%)	0.17		
Inmunoglobulinas	6 (60%)	4 (9.1%)	0.001	0.67 (0.13-0.34)	0.001

*Significación estadística basada en el test Ji-Cuadrado o test de Fisher

+Significación estadística para Odds Ratio

Tabla 4: Neoplasias y serología relacionada con cada uno.

N.º Paciente	Tipo de Neoplasia	Anticuerpos
1	Digestiva (Adenocarcinoma de cardias)	Ac anti - TIFI-G
2	Digestiva (Adenocarcinoma de colon)	Ac anti - MI2
3	Neoplasia digestiva (Adenocarcinoma intestinal)	Ac anti - nucleares (ANA)
4	Mama	Ac anti - PM-Scl
5	Mama	Ac anti - TIFI-G
6	Ginecológica	Negativo
7	Pulmón	Negativo
8	Pulmón	Ac anti - TIFI-G
9	Neuroendocrina	Ac anti - Jo1 Ac anti - Ro

63,6% de los pacientes, con un máximo de 1.992,16 ± 3.217,59 U/L. Se detectaron anticuerpos específicos en el 56,8% de los individuos y anticuerpos asociados en el 31,8%. Tratamiento: 41 pacientes (93,2%) fueron tratados con corticoesteroides, con dosis máxima de 81,14 ± 173,17 mg. En 7 individuos (15,9%) se administraron pulsos de corticoides. En 9 pacientes (20,5%), la MII se asoció a neoplasia. 37 pacientes (84,1%) alcanzaron remisión clínica y 20 (45,5%) recayeron. 4 pacientes (9,1%) fallecieron con una edad media de 61,75 ± 14,79 años, 3 por neoplasias y 1 por infección.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes alcanzaron la remisión clínica, pero en el grupo de adultos, el 45% presentó recaídas, frente a solo el 20% de los pacientes pediátricos. No se produjeron fallecimientos ni neoplasias en las MII juveniles.

RC24. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PRESENCIA DE PORPHYROMONAS GINGIVALIS EN LA FLORA ORAL

María Sánchez Wonenburger¹, Ignacio González Fernández¹, Pablo Castro-Santamaría¹, José Luis Puga Guzmán¹, Alba Mata Ojeros¹, Irene Álvarez Losada¹, Verónica Busto¹, Raquel Dos Santos¹, Eva Perez-Pampín^{1,2}, Jose Ramón Maneiro¹, Antonio Mera Varela^{1,2,3} y Juan Ruiz³

¹Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ²Reumatología. Facultade de Medicina de Santiago de Compostela. ³Reumatología. Instituto de Investigación de Santiago de Compostela.

Introducción: Se ha demostrado que la enfermedad periodontal y los diversos gérmenes implicados en ella pueden jugar un papel importante en el desarrollo de la artritis reumatoide (AR) y en el mantenimiento de su actividad. Particularmente, *Porphyromonas gingivalis* (Pg), bacteria gram negativa anaeróbica, produce las proteasas extracelulares arginina-gingipaína y petidyl-arginin deiminasa que contribuyen a la destrucción oral del periodonto pero también promueven la citrulinación de péptidos, induciendo la for-

mación de anticuerpos antipéptidos citrulinados que se han puesto en relación con el inicio de la artritis reumatoide, su gravedad y su perpetuación^{1,2}. El propósito del presente trabajo es caracterizar pacientes con AR que son portadores de Pg en la cavidad oral.

Métodos: Se ha analizado la flora oral mediante PCR semicuantitativa para 5 gérmenes implicados en la enfermedad periodontal, que incluye la Pg (Peiropoc-Genspeed biotect) en 236 pacientes con AR y 84 controles sanos, obtenidos de una consulta de reumatismos de partes blandas: 172 mujeres y 63 hombres, con edad media de 57,69 años. Se han realizado análisis de correspondencias mediante test de Pearson para las diferentes variables no paramétricas y test de Mann-Whitney para variables continuas.

Resultados: Se detectó la presencia de Pg en 80 pacientes con AR (34%) y en 28 controles (33,7%). La edad media de los portadores era algo superior respecto a los no portadores (62,04; p > 0,05) y la mayoría eran mujeres (72,5%). Entre los fumadores, el 22,5% eran portadores de Pg, mientras que en el grupo control lo eran el 10,8% (p = 0,16). La actividad media, medida con DAS28, fue de 2,05 en portadores y de 2,66 en no portadores, sin diferencias estadísticamente significativas (p = 0,84). La PCR media en portadores fue de 0,47 y en el global de AR de 1,08 (p = 0,61) y la VSG media de 13,37 en portadores y 16,83 en no portadores (p = 0,11). Entre los portadores, el 58,75% presentaban FR, mientras que en no portadores lo presentaban el 70%. Los anti-CCP fueron positivos en el 55% de los portadores de Pg y en el 72% de los no portadores (p = 0,009). Respecto a la capacidad funcional medida por HAQ, esta fue de 0,245 en los portadores vs. 0,442 en no portadores (p > 0,05). Curiosamente, en la totalidad de los casos donde se identificó la presencia de Pg, también se detectaron otras bacterias capaces de producir enfermedad periodontal, especialmente *Tanerella forsythia*.

Conclusiones: La presencia de *Porphyromonas gingivalis* es más frecuente en paciente mayores y fumadores con AR. La Pg en la flora oral de pacientes con AR no parece contribuir a una mayor gravedad de la enfermedad, en cuanto a capacidad funcional o actividad, así como en sus parámetros de medida. Destaca la observación de que siempre que se ha detectado Pg existe una coinfección por otros gérmenes implicados en la enfermedad periodontal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Esberg A, Johansson L, Johansson I, Dahlqvist SR. Oral microbiota identifies patients in early onset Rheumatoid Arthritis. Microorganisms. 2021;9:1657.
2. König MF, Paracha AS, Moni M, et al. Defining the role of Porphyromonas gingivalis peptidyl-arginin-deiminase in rheumatoid arthritis through the study of PPAD biology. Ann Rheum Dis. 2015;74:2054-61.

RC25. EL USO DE TERAPIA BIOLÓGICA FRENTE A ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL DE DÍA A LO LARGO DEL TIEMPO. UNA HISTORIA DESCRIPTIVA

María Sánchez Wonenburger¹, Ignacio González Fernández¹, Pablo Castro-Santamaría¹, José Luis Puga Guzmán¹, Alba Mata Ojeros¹, Irene Álvarez Losada¹, Verónica Busto¹, Raquel Dos Santos¹, Eva Pérez-Pampín^{1,2}, Jose Ramón Maneiro¹, Antonio Mera Varela^{1,2,3} y Juan Ruiz³

¹Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ²Reumatología. Facultade de Medicina de Santiago de Compostela. ³Reumatología. Instituto de Investigación de Santiago de Compostela.

Introducción: Siguiendo las guías de práctica clínica establecidas^{1,2}, el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) se basa en el uso de FAME convencionales inicialmente, y de terapia biológica en caso de refractariedad.

Objetivos: Describir y evaluar los resultados obtenidos del uso de terapias biológicas en un servicio de Reumatología en los últimos 20 años.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de nuestro registro de terapias biológicas en los últimos 20 años. De 876 pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento biológico, 480 padecían AR (54,79%), y el 54,03% eran mujeres. En la base de datos utilizada, la actividad de la enfermedad se registró mediante el DAS28 y la capacidad funcional a través del HAQ. Se utilizó estadística descriptiva para expresar los datos obtenidos, comparándose DAS28 y HAQ solo en la primera línea de tratamiento. Mediante un modelo longitudinal de efectos aleatorios se calculó el DAS28 entre 2009 y 2020. Se utilizó el test de Kruskal-Wallis y el de Dunn ajustado por el método de Sidak para analizar las variaciones de DAS28 y HAQ entre la visita inicial y la final, la supervivencia en pacientes a tratamiento biológico, definida como los años entre el inicio y la retirada del biológico de primera línea, y las diferencias en DAS28 entre el tratamiento con MTX + biológico, LFN + biológico, y biológico en monoterapia. Para el análisis de datos se utilizó STATA 17.

Resultados: La terapia biológica más frecuente fue etanercept, mientras que abatacept y certolizumab fueron las menos empleadas. Se utilizó terapia combinada con corticoides a dosis bajas en el 40,3% de los casos, y en el 83% metotrexato o leflunomida de forma concomitante. La efectividad, medida con el DAS28, fue mayor en los pacientes con tocilizumab (tener en cuenta su influencia sobre la VSG) y menor en aquellos con rituximab y abatacept (FIG.), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. Respecto al HAQ, la terapia más efectiva fue infliximab y tocilizumab fue la de menor efectividad. Comparando terapia biológica con o sin FAMEs convencionales concomitantes, la mediana de DAS28 fue de 3,9 en terapia biológica

combinada y de 3,4 en monoterapia, condicionado por el uso de tocilizumab, sin haber diferencias significativas. La terapia biológica con mayor supervivencia fue ADA, mientras que RTX, CER y GOL fueron los tratamientos con menor supervivencia (tabla).

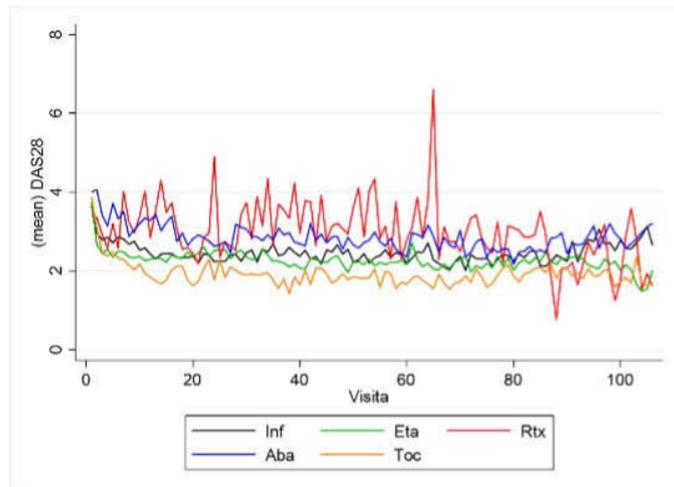


Figura 1. Comparación de DAS28 entre terapias biológicas.

Conclusiones: No se han encontrado grandes diferencias en cuanto a efectividad entre las terapias biológicas empleadas. La elección de un biológico u otro dependerá de la fecha de su autorización a través del tiempo y del perfil del paciente. No parece que haya diferencias en efectividad con o sin el uso concomitante de FAME convencionales. En el caso del tocilizumab, la efectividad debe medirse mediante el cálculo de HAQ, debido a su influencia en la estimación de DAS28. El fármaco que ha demostrado una mayor supervivencia es ADA.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Smolen J, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. Ann Rheum Dis. 2023;82:3-18.
2. de Castro CT, et al. Real-world effectiveness of biological therapy in patients with rheumatoid arthritis: Systematic review and meta-analysis. Front Pharmacol. 2022;13:927179.

RC26. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA SOMETIDOS A BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pablo Castro Santamaría, Ignacio González Fernández, Alba Mata Ojeros, José Luis Puga Guzmán, María Sánchez Wonenburger, Irene Álvarez Losada, Verónica Busto Hermida, José Ramón Maneiro, Eva Pérez-Pampín, Raquel Dos Santos y Antonio Mera Varela

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica de causa multifactorial. Su incidencia es variable según el área geográfica estudiada. Una de sus manifestaciones más graves incluye la afectación renal, presentándose mayor-

Stats	S_INF	S_ETA	S_ADA	S_RTX	S_ABA	S_TOC	S_GOL	S_CER
N	143	159	114	69	58	70	10	38
p25	1.030556	1.016667	1.011111	.738889	.9	.7527778	.2472222	.3333333
p50	2.547222	3.597222	3.704167	2.65	3.643055	3.6	1.334722	1.169444
p75	6.541667	9.291667	10.12778	5.219444	7.266667	6.977778	8.736111	3.583333

RC25 Figura 2. Supervivencia de los diferentes biológicos.

mente en forma de nefritis lúpica (NL). La NL afecta en torno a un 40% de los pacientes con LES, de los cuales desarrollan enfermedad renal crónica (ERC) alrededor de un 20%. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz en este tipo de pacientes para evitar la pérdida de la función renal. Para ello, el *gold standard* continúa siendo la biopsia renal percutánea (BRP). La correcta interpretación anatómopatológica permite identificar la clase histológica de NL y determinar la gravedad de la enfermedad. Esto es imprescindible para definir el pronóstico y orientar el manejo terapéutico en cada caso¹. El tratamiento de la NL se basa en la combinación de glucocorticoides con agentes inmunosupresores tales como el micofenolato de mofetilo (MMF) o la ciclofosfamida (CYC) y tratamientos biológicos como el belimumab (BEL) y el rituximab (RTX) [2].

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes con NL sometidos a BRP en nuestro medio, así como la respuesta a los distintos tratamientos de inducción de la remisión prescritos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de LES en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela sometidos a BRP en los últimos 5 años (agosto de 2017-agosto de 2022). El análisis estadístico se realizó mediante el software informático SPSS y Excel. Para el contraste de hipótesis utilizamos la prueba de t-Student y Wilcoxon según el tipo de distribución que presentaron las variables a estudio (paramétricas o no paramétricas).

Resultados: Las características de los 18 pacientes diagnosticados de LES y sometidos a BRP se reflejan en la [tabla]. 3 de ellos no presentaban diagnóstico anatómopatológico de NL (2 de ellos fueron diagnosticados de glomeruloesclerosis focal y segmentaria y el otro de nefropatía IgM). Se ha encontrado mejoría significativa a los 6 meses de tratamiento en los siguientes parámetros de actividad [fig.]: anti-DNA ($p < 0,01$), C3 ($p < 0,01$), C4 ($p < 0,01$), PCR ($p < 0,05$), VSG ($p < 0,05$), hemáties en orina ($p < 0,05$), cociente proteínas/creatinina ($p < 0,01$) y SLEDAI ($p < 0,03$). No se ha encontrado significación estadística en los valores de leucocitos en orina ($p = 0,051$), leucocitos en sangre ($p = 0,93$) y linfocitos ($p = 0,31$). Tampoco se

han encontrado diferencias en los valores estudiados según el tipo de tratamiento de inducción recibido (MMF o CYC).

Conclusiones: El estudio no ha encontrado diferencias entre los pacientes de nuestro centro diagnosticados de NL en los que se practica BRP con respecto a lo publicado en la literatura, en cuanto a los parámetros clínico-analíticos y a los resultados del tratamiento de inducción. Es importante plantear un diagnóstico diferencial extenso en los pacientes con LES con afectación renal, ya que existen diferentes entidades que pueden simular una NL.

Descripción de nuestra cohorte de pacientes sometidos a BRP

Edad al diagnóstico (media, DE)	46,66 (15,90)
Sexo	
Mujeres	13 (72,2%)
Factores de riesgo cardiovascular	
Hipertensión arterial	6 (33,3%)
Dislipemia	3 (16,7%)
Diabetes mellitus tipo 2	1 (5,6%)
Diagnóstico previo de NL	1 (5,6%)
Tratamiento en el momento de la biopsia	
Prednisona	11 (61,1%)
Dosis de prednisona [Me (p25-p75)]	10 (5-20)
Resultados de biopsia renal	
Biopsia positiva para NL	16 (88,8%)
Clase III	3 (16,7%)
Clase IV	10 (55,6%)
Clase V	2 (11,1%)
Positiva pero sin categorizar	1 (5,6%)
Negativa	2 (10,2%)
Tratamiento de inducción	
Prednisona	15 (83,3%)
Dosis de prednisona [Me (p25-p75)]	40 (30-60)
Ciclofosfamida	7 (38,9%)
Micofenolato de mofetilo	8 (44,4%)
Pérdida de seguimiento	1 (5,6%)

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de Enfermedades Reumáticas, 2.ª ed. Editorial Médica Panamericana, 2022.
2. Anders HJ, Saxena R, Zhao MH, *et al.* Lupus nephritis. Nature Rev Dis Primers. 2020;6(1):7.



* Variables con distribución no paramétrica en las que se utiliza la mediana como medida comparativa.

RC26 Figura. Cambios clínicos y analíticos con el tratamiento de inducción para nefritis lúpica.

RC27. DESARROLLO DE OSTEOMALACIA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: ¿ES FRECUENTE?

Chafik Alejandro Chacur Kiss, Anastasia Mocritcaia, Helena Flórez, Ana Monegal, Nuria Guañabens y Pilar Peris

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El desarrollo de osteoporosis (OP) es una complicación conocida de la cirugía bariátrica (CB), especialmente tras procedimientos que incluyen técnicas malabsortivas. El aumento creciente de la obesidad en la población, y por tanto de la CB, ha ocasionado que varias sociedades nacionales e internacionales hayan elaborado recomendaciones dirigidas al manejo de la OP en estos pacientes. Sin embargo, la CB también puede asociarse al desarrollo de otro tipo de enfermedad ósea, la osteomalacia (OM), siendo crucial un correcto diagnóstico diferencial entre estas dos entidades ya que su abordaje terapéutico es distinto.

Objetivos: Analizar la prevalencia de OM y las principales características clínicas de los sujetos con CB remitidos al Servicio de Reumatología para tratamiento de OP.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 46 sujetos, entre 42 y 77 años, remitidos al Servicio de Reumatología para valorar la necesidad de tratamiento contra la OP. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas, analizando el tipo de CB (restrictiva: banda gástrica y gastrectomía en manga; malabsortiva: *bypass* gástrico en Y de Roux [RYGB] y derivación biliopancreática con cruce duodenal), tiempo desde la cirugía, tratamientos previos, datos antropométricos, hallazgos clínicos, analíticos, radiológicos y densitométricos. La OM se diagnosticó por biopsia ósea y/o por los criterios de Bingham y Fitzpatrick¹ (que incluye dos de los siguientes criterios: hipocalcemia, hipofosfatemia, aumento de fosfatasa alcalina total [FAT] o radiología sugestiva).

Resultados: 5 de los 46 pacientes (10,8%) tenían criterios compatibles con OM (2 confirmados por biopsia ósea). Todos eran caucásicos (la mayoría mujeres [4/5]), sometidos a cirugía malabsortiva (principalmente RYGB) realizada de 4 a 23 años antes de la visita. Todos presentaban aumento de los valores de FAT (algunos con aumento progresivo de la FAT de 1 a 3 años previos a la visita). La mayoría (4/5) presentaba valores bajos de calcio y vitamina D. Los valores de hormona paratiroidea (PTH) eran altos en todos los sujetos. La gammagrafía ósea mostró un patrón compatible con OM en todos los sujetos evaluados y la densitometría ósea valores compatibles con OP en la mayoría (4/5) de ellos. Tres individuos desarrollaron fracturas/seudofracturas después de la CB. La adherencia a los suplementos de calcio y vitamina D era baja en 3 individuos. Dos pacientes precisaron dosis de calcio > 3 g/día y/o administración parenteral de vitamina D para alcanzar concentraciones de vitamina D > 30 ng/ml y PTH durante el seguimiento. Cabe destacar que ningún sujeto fue derivado al Servicio de Reumatología con sospecha clínica de OM.

De los 41 sujetos restantes, 28 (68%) presentaban OP densitométrica y 18 (45%) desarrollaron fracturas (principalmente vertebrales) tras la CB; un sujeto desarrolló un hiperparatiroidismo primario/terciario que precisó tratamiento quirúrgico. Nuevamente, la cirugía malabsortiva fue el procedimiento quirúrgico más frecuente.

Conclusiones: Alrededor del 10% de los sujetos con CB remitidos para tratamiento de OP puede tener una OM. Los valores séricos elevados de FAT deberían alertar sobre esta posibilidad, ya que requiere un abordaje terapéutico específico, con necesidad por parte de algunos pacientes de dosis altas de calcio y administración parenteral de vitamina D.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bingham CT, Fitzpatrick LA. Non-invasive testing in the diagnosis of osteomalacia. *Am J Med.* 1993;95(5):519-23.

RC28. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA EVOLUCIÓN DEL DOLOR Y DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA FRACTURA VERTEBRAL SINTOMÁTICA

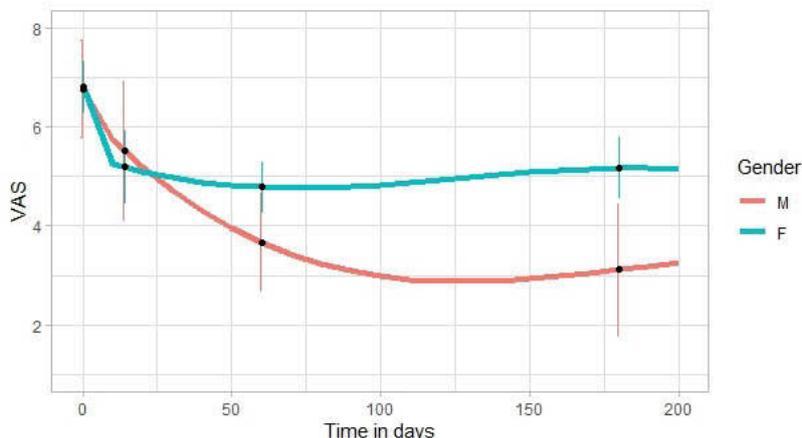
Pilar Peris Bernal, J. Blasco, A. Monegal, H. Florez, N. Guañabens y J.L Carrasco

Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicios de Reumatología. Radiodiagnóstico y Departamento de Fundamentos Clínicos. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

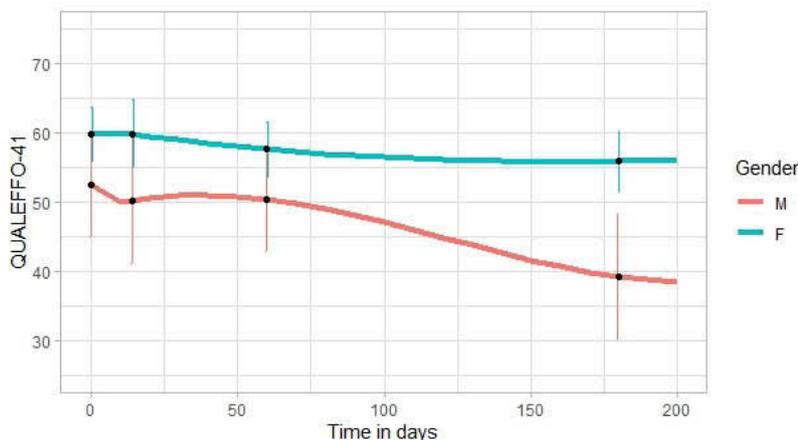
Introducción: Previamente, en un ensayo clínico aleatorizado que comparaba el efecto analgésico de la vertebroplastia (VP) vs. tratamiento conservador (TC) en pacientes con fractura vertebral (FV) sintomática, observamos el desarrollo de dolor vertebral crónico en el 23% de los pacientes, independientemente del tipo de tratamiento realizado¹. El objetivo de este estudio ha sido analizar la influencia del género en evolución del dolor y de la calidad de vida tras el desarrollo de una/s FV sintomática.

Métodos: En un ensayo previo aleatorizado y controlado se incluyeron 125 pacientes (27 H, 91 M) con FV osteoporótica sintomática (EVA ≥ 4) reciente (con edema en RMN). Todos recibieron tratamiento analgésico y antiosteoporótico estandarizado. Se evaluó la calidad de vida (mediante Qualeffo-41) y el dolor (mediante EVA) basal, a las 2 semanas y a los 2 y 6 meses. En este estudio se compara la evolución del dolor y de la calidad de vida tras realizar TC o VP según el género del paciente, analizando factores como la edad, tiempo de evolución, tipo de tratamiento recibido (TC o VP), EVA basal, número (total y recientes) de FV, FV incidentes, T-score lumbar y femoral, tratamiento analgésico y tipo de tratamiento antiosteoporótico, entre otros.

Resultados: De los 125 pacientes aleatorizados 118 (27 H y 91 M) completaron 6 meses de seguimiento. Basalmente, no se observaron diferencias en relación con la edad (H: 74,8 ± 11,2 vs. M:73,2 ±



RC28 Figura 1. Evolución del EVA en función del género (azul mujer; rojo hombre).



RC28 Figura 2. Evolución Qualeffo-41 en función del género.

8,7 años), tiempo de evolución, número de FV (H:3,8 ± 2,4 vs. M: 3,1 ± 2,4), tipo de tratamiento (VP, H:59%, M:45%), T-score lumbar o femoral, EVA basal (H:6,8 ± 2,1 vs. M:6,78 ± 2,2) o Qualeffo basal (H: 52,2 ± 24,4 vs. M:59,7 ± 20,6). Se observó una clara diferencia en la evolución del dolor y de la calidad de vida en función del género del paciente, con mejor evolución en los hombres (fig.); estas diferencias fueron significativas a partir de los 2 meses de evolución, e independientes del tipo de tratamiento realizado, similar en ambos grupos de pacientes, y de las FV incidentes durante el seguimiento (H: 18,5 vs. M: 12,1%).

Conclusiones: La evolución del dolor y de la calidad de vida tras una fractura vertebral sintomática difiere en función del género del paciente, con peor evolución en las mujeres, independientemente del tipo de tratamiento realizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco J, et al. JBMR. 2012;27:1159-66.

RC29. SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS

Deseada Palma Sánchez, Marta Mayor González, Elena Peñas Martínez, Ana Haro Martínez y María José Moreno Martínez

Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: Las enfermedades reumáticas inflamatorias (ERI) presentan características comunes como inflamación, dolor, cronicidad y discapacidad en mayor o menor medida. Estos aspectos se asocian con frecuencia con los principales trastornos emocionales como estrés, ansiedad y depresión. El modelo biopsicosocial examina cómo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales juegan un papel en los modelos de salud y enfermedad. Sin embargo, los aspectos sociales generalmente se han descuidado tanto en la práctica clínica como en la investigación sobre enfermedades reumáticas. La soledad, definida como la experiencia emocional dolorosa de una disparidad entre el contacto social real y el deseado, puede ser uno de los aspectos menos analizado del dominio social. Se asocia con una autoevaluación negativa de la salud y se relaciona con otros problemas sociales como la falta de apoyo, la invalidación y el aislamiento. Por otra parte, se sabe que la percepción y la expresión de la soledad, así como su afrontamiento van a variar dependiendo del trasfondo cultural. El impacto de la soledad en las enfermedades reumáticas y viceversa ha sido escasamente estudiado, no teniendo datos en la población española. De ahí, la importancia de este estudio.

Objetivos: Analizar el nivel de aislamiento social que presentan los pacientes con diagnóstico de ERI mediante el cuestionario de apoyo social DUKE. Determinar el nivel de soledad que presentan los pacientes con diagnóstico de ERI mediante la escala de la soledad de

UCLA. Analizar los factores asociados al aislamiento social y la soledad en estos pacientes.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes de 18 años o más, con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) según criterios ACR/EULAR 2010 y Espondiloartritis (EspA) según criterios ASAS 2009. Los criterios de exclusión fueron la presencia de complicaciones graves de la enfermedad, enfermedades comórbidas que requirieran hospitalización y estados mentales graves que afectaran gravemente la cognición causados por trastornos como la demencia, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Se recogieron variables sociodemográficas, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento. El nivel de soledad se evaluó mediante la escala UCLA (grado moderado de soledad: 20-30 y grave < 20) y el nivel de aislamiento social mediante el cuestionario de apoyo social DUKE (aislamiento social < 32).

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes (35 con AR y 33 con EspA). La características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad y tratamiento se incluyen en la tabla. El 29,4% de los pacientes presentaban un grado de soledad moderado o severo y un 14,7% tenían percepción de aislamiento social. No se encontró asociación significativa entre diagnóstico, actividad de la enfermedad, duración de la misma, EVA de la enfermedad, uso de terapia biológica, actividad laboral, estado civil, nivel de estudios y el grado de soledad que presentaban los pacientes.

Características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad y tratamiento

Mujer, n (%)	48 (70,6)
Edad, media ± DE	56,21 ± 11,41
Estado civil, n (%)	
Casado	53 (77,9)
Nivel de estudios, n (%)	
Básico	38 (55,9)
Medio	21 (30,9)
Superior	9 (13,2)
Actividad laboral, n (%)	
Inactivo	34 (50)
Actividad enfermedad, n (%)	
Activa	34 (50)
Tomas corticoides, n (%)	46 (67,6)
Tratamiento biológico, n (%)	40 (58,8)
Duración enfermedad en meses, mediana	120
EVA enfermedad, media ± DE	4,82 ± 2,42
VSG, mediana	12
PCR (mg/dl), mediana	0,61
Puntuación escala UCLA, media ± DE	32,47 ± 7,50
Grado de soledad, n (%)	
Moderado	16 (23,5)
Grave	4 (5,9)
Puntuación cuestionario DUKE, media ± DE	43,56 ± 10,36

Conclusiones: Cerca de un tercio de los pacientes con ERI presentan un grado de soledad moderado o severo por lo que los reumatólogos deben valorarlo para detectar aquellos pacientes que van a precisar apoyo profesional.

RC30. PAPEL DE LA SINOVITIS GRADO I A NIVEL ECOGRÁFICO EN PACIENTES CON ARTRALGIAS DE PROBABLE ETIOLOGÍA INFLAMATORIA

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La ecografía musculoesquelética es usada frecuentemente en reumatología para la evaluación articular en pacientes con síntomas sospechosos de artralgias inflamatorias. La sinovitis grado I es un hallazgo frecuente en individuos sanos, pero hay pocos estudios dirigidos a dilucidar su papel en el estudio preclínico de enfermedades reumáticas.

Objetivos: Evaluar la relación entre la sinovitis grado I (EULAR-OMERACT combined score) y el diagnóstico de artropatía inflamatoria un año después de la exploración ecográfica inicial.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se seleccionaron a los pacientes con sospecha de artralgias inflamatorias derivados a una unidad especializada en ecografía del departamento de reumatología en un hospital terciario de la comunidad de Madrid desde julio de 2018 a diciembre de 2021. Se incluyeron 135 pacientes que mostraron sinovitis grado I y se excluyeron aquellos con sinovitis grado 0, II o III (en escalas de grises y Doppler). Los datos recogidos fueron edad, sexo, perfil inmunológico, reactantes de fase aguda (RFA) y examen físico previo a la ecografía, así como el diagnóstico realizado por un reumatólogo un año después de la misma. Para investigar la relación entre cada uno de los datos recogidos y el diagnóstico de artropatía inflamatoria se realizó análisis estadístico utilizando test paramétricos y no paramétricos.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 55,42 años y un 55,6% eran mujeres. Al inicio, la exploración física reveló una media de 2 articulaciones dolorosas y ninguna tumefacta. 18 pacientes (13,3%) tenían un diagnóstico previo de psoriasis y 6 (4,4%) de enfermedad inflamatoria intestinal. Después de un año del hallazgo de sinovitis grado I, 46 pacientes (34,1%) evolucionaron a artropatía inflamatoria: 15 (32,6%) a artritis psoriásica, 8 (17,4%) a artritis reumatoide, 8 (17,4%) a artritis indiferenciada, 4 a espondiloartropatías, 4 a artritis por cristales de pirofosfato cálcico, 3 a artritis reactiva, 2 a esclerosis sistémica, 1 a síndrome de Sjögren y 1 a polimialgia reumática. 89 pacientes (65,9%) no fueron diagnosticados de artropatía inflamatoria después de un año de seguimiento. Dentro del grupo de pacientes con artropatía inflamatoria, 7 pacientes tenían factor reumatoide positivo, 6 anticuerpos anti-CCP positivos y 13 ANA positivos. En cuanto a los pacientes sin diagnóstico final de artropatía inflamatoria, 3 pacientes tenían factor reumatoide positivo, 10 ANA positivos y ninguno tenía anti-CCP positivos. Comparando el

perfil inmunológico con la prueba de Fisher, hay una asociación estadísticamente significativa entre el FR, anti-CCP y ANA y el desarrollo de una artropatía inflamatoria en el plazo de un año. No se encontró asociación estadística con HLAB27 y Cw6 o con los datos demográficos descritos.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones y posibles sesgos estadísticos, nuestros resultados muestran un porcentaje notablemente llamativo de pacientes que evolucionan a artropatía inflamatoria mostrando únicamente sinovitis grado I en la ecografía realizada un año antes del diagnóstico. En nuestra cohorte, la positividad para FR, anti-CCP y ANA demostraron asociación estadística de progresión a artropatía inflamatoria. Aunque son necesarios más estudios, aquellos pacientes con sinovitis ecográfica grado I con estos hallazgos de laboratorio se podrían beneficiar de un seguimiento más estrecho con el fin de establecer un diagnóstico precoz de la enfermedad.

RC31. EFECTIVIDAD DE LA VITAMINA D EN LA REDUCCIÓN DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO INDUCIDO POR INHIBIDORES DE LA AROMATASA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Claudia Alejandra Pereda Testa¹ y María Betina Nishishinya²

¹Reumatología. Hospital HLA Mediterráneo. Almería. ²Instituto Traumatológico Dr. Cugat. Hospital Quirón. Barcelona.

Introducción El dolor articular, muscular, la tendinitis o la alodinia son algunos signos y síntomas reportados por pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama, tratadas con inhibidores de la aromatasa (IA), y remitidas a consulta de reumatología. Estas manifestaciones son muy limitantes y suelen aparecer temprano durante el tratamiento. Su fisiopatología es desconocida. Se postula podría resultar de una combinación de bajos niveles de estrógenos y otros factores como el estatus de vitamina D.

Objetivos: Evaluar la efectividad de los suplementos de vitamina D (VD) en la reducción del dolor musculoesquelético inducido por IAs.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática, consultas en EMBASE, Cochrane Library y MEDLINE hasta noviembre 2022. Idiomas inglés o español. Criterios de inclusión: 1. Pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama y positividad al receptor hormonal con indicación de tratamiento adyuvante con AI. 2. Dolor musculoesquelético asociado a IAs (AIMSS). 3. Suplementos de colecalciferol o calcidiol con cualquier dosis o vía de administración. 4. Estudios controlados aleatorizados.

Resultados: De 185 artículos, se incluyeron cuatro estudios, que se publicaron entre 2011 a 2017. Una población total de 540 mujeres. La duración de los estudios fue entre 24 y 52 semanas. Las dosis de VD fue variable, 600-4.000 UI/d, a 30-50.000 UI/semana. El estudio

Tabla RC31

Autor	Intervenciones	Resultados	P
Khan 2017 ¹ n = 160	G1: 30.000UI vit D3/oral/semana G2: placebo/oral/semana Cointervención 1.200 mg Ca + 600 UI D3 (G1 y 2) Duración: 24 semanas	HAQ-II CPI-Mod BPI intensit. BPI interfer.	NS
Niravath 2019 ² n = 204	G1: 50.000UI vit D3/oral/semanas × 12 semanas/2000 UI/oral/semana × 40 semanas G2: 800 UI/oral/día. Cointervención 600 mg Ca/día (G1 y G2) Duración: 52 semanas.	HAQ II Grip strength	NS
Shapiro 2016 ³ n = 116	G1: 4.000 UI vitD3/oral/día G2: 600 UI/vit D3/oral/día Duración: 24 semanas	WOMAC AUSCAN Stiffness	NS
Rastelli 2011 ⁴ n = 60	Población estratificada según niveles séricos de vitamina D. G1: (20-29 ng/ml) 50.000 IU/sem × 8 sem/mensualmente por cuatro meses Placebo G2: (10-19 ng/ml) 50.000 IU/sem × 16 sem y luego mensualmente por dos meses Placebo Duración: 24 semanas	FIQ BPI worst pain BPI average pain BPI pain severity	0,004 0,04 0,006 0,04

de Niravath es de prevención del dolor. El dolor no mostró diferencia entre los grupos en tres estudios, solo el estudio de Rastelli mostró mejoría del dolor en el grupo de la intervención a los dos meses (tabla). Limitaciones: 1. Estudios realizados a mediano plazo. 2. Faltan datos basales de 25OHD de los pacientes. 3. Heterogeneidad de dosis y tipos de VD. 4-Heterogeneidad de medidas de resultados de dolor entre los estudios, no se pudo realizar metaanálisis.

Conclusiones: Solo un estudio mostró reducción de AIMSS (dolor) en los dos primeros meses de administración de VD exclusivamente en pacientes con niveles de deficiencia inicial⁴. No hay evidencia suficiente para recomendar el empleo de vitamina D en el tratamiento de AIMSS, en pacientes con IAs. Faltan más estudios con diseños robustos, con variables bien definidas y a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan QJ, Kimler BF, Reddy PS, *et al.* Randomized trial of vitamin D3 to prevent worsening of musculoskeletal symptoms in women with breast cancer receiving adjuvant letrozole. The VITAL trial. *Breast cancer research and treatment*, 2017;166(2):491-500.
2. Niravath P, Hilsenbeck SG, Wang T, *et al.* Randomized controlled trial of high-dose versus standard-dose vitamin D3 for prevention of aromatase inhibitor-induced arthralgia. *Breast cancer research and treatment*, 2019;177(2):427-35.
3. Shapiro AC, Adlis SA, Robien K, *et al.* Randomized, blinded trial of Vitamin D3 for treating aromatase inhibitor-associated musculoskeletal symptoms (AIMSS). *Breast Cancer Res Treat*. DOI 10.1007/s10549-016-3710-6.
4. Rastelli A, Taylor ME, Gao F, *et al.* Vitamin D and aromatase inhibitor-induced musculoskeletal symptoms (AIMSS): a phase II, double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;129:107-16.

RC32. UTILIDAD DE ADENOSIN DEAMINASA (ADA) EN LÍQUIDO SINOVIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

José Antonio Bernal Vidal¹, Juan Carlos Cortés-Quiroz¹, Javier Ena², Carmen Raya-Santos¹, Rocío Gallego-Campuzano¹, Ana Pons-Bas¹, Lara Pons-Canet¹, Maruan Shalabi³, José Miguel Senabre-Gallego¹, Gregorio Santos Soler¹ y Jose Rosas¹

¹Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Medicina interna. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Introducción: La determinación de adenosin deaminasa (ADA) es conocida para el diagnóstico de tuberculosis en líquidos biológicos, incluido el líquido sinovial (LS). En algunos estudios se ha demostrado que el ADA en LS durante un episodio de artritis en pacientes con artritis reumatoide, artritis cristalina o artritis séptica es mayor que en la artrosis. El objetivo es evaluar la utilidad de medir ADA en LS en pacientes con derrame articular para el diagnóstico de artropatías inflamatorias.

Métodos: Se incluyeron de forma retrospectiva todos los LS analizados en un centro en el 2022. Se recogieron datos de recuento celular, ADA y diagnóstico del médico tratante. Los criterios de exclusión fueron: bursas, hemartros y prótesis. En cuanto al análisis estadístico se utilizó la t-Student para comparación de medias de ADA en los distintos grupos.

Resultados: Se registraron 170 LS, sin embargo 17 fueron excluidos por lo que solo se incluyeron en el análisis 153. Se clasificaron según el diagnóstico del médico tratante (*gold standard*) en: 95 enfermedades inflamatorias (15 espondiloartritis, 9 artritis reumatoide, 21 gotas, 10 artritis por cristales de pirofosfato cálcico, 25 artritis inespecíficas, 2 polimialgia reumática y 13 artritis séptica) y 58 enfermedades no inflamatorias (44 artrosis, 9 meniscopatías,

2 osteonecrosis, 2 traumáticos y 1 quiste de Baker). Los niveles de ADA en LS fueron mayores en enfermedades inflamatorias (incluyendo artritis séptica) (media 40,37 UI/L, DE 55,89) comparando con enfermedades no inflamatorias (19,36, DE 12,20) (p < 0,05). También hay diferencias significativas si se compara con artropatías inflamatorias sin incluir la artritis séptica (35,28, DE 77,55) (p < 0,05). Además, los pacientes con artritis séptica (72,43, DE 5,78) tenían niveles más altos de ADA en LS si se comparan con otras artropatías inflamatorias (35,28, DE 77,55) (p < 0,05). Por consenso cuando el recuento de leucocitos en LS es mayor de 2.000/μL se considera inflamatorio. Cuando el recuento de leucocitos es mayor de 2.000/μL (n = 104, media ADA 40,26, DE 54,28) el nivel de ADA en LS es significativamente más alto que cuando tiene < 2.000/μL (n = 49, 15,72, DE 12,62) (p < 0,05). En nuestro centro un nivel de ADA en LS superior 30 UI/L se considera positivo. Utilizando como *gold standard* el diagnóstico del médico tratante, se ha estimado la utilidad del ADA en LS para diagnóstico de artropatías inflamatorias en pacientes con derrame sinovial: sensibilidad (S) 40% (30,7-50,1), especificidad (E) 89,7%, (79,2-95,2), valor predictivo positivo (VPP) 86,4% (73,3-93,6) y el valor predictivo negativo (VPN) 47,7% (38,6-57). También se ha calculado para diagnóstico de artritis séptica en pacientes con artropatías inflamatorias: S 69,2% (42,4-87,3), E 64,6% (53,8-74,1), VPP 23,75% (13-39,2%) y VPN 93% (83,3-97,2).

Conclusiones: El ADA en LS es más alto en artropatías inflamatorias (incluyendo artritis séptica o no) comparado con artropatías mecánicas. Además, en artritis séptica es mayor comparado con otras artropatías inflamatorias. Sin embargo, comparando con el *gold standard* el nivel de ADA en LS no obtiene buenos resultados salvo en E (89,7%) y VPP (86,4%) para diagnóstico de artropatías inflamatorias y VPN (93%) para diagnóstico de artritis séptica. Estos datos son limitados dado el bajo número de artritis sépticas (13). El estudio se ampliará y además se calcularán niveles de ADA umbral para diagnóstico/sospecha de artropatías inflamatorias y artritis séptica.

RC33. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y MEDIDA DE LA CIRCUNFERENCIA DE CINTURA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE UN CENTRO HOSPITALARIO

Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Perez González, Esther Monleón Acosta, Juan Moreno Morales, Fernando José Rodríguez Martínez, Maria Rosario Oliva Ruiz, Edgar Soriano Navarro, Ana Uceda Galiano, José María Andreu Ubero, Josefa León Navarro, Francisco Pedrero Martínez y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica que tiene un efecto indirecto en la composición corporal por la activación de citocinas proinflamatorias, con disminución de la masa magra y aumento de la adiposidad¹. De forma tradicional se ha empleado el índice de masa corporal (IMC) para clasificar la obesidad, sin embargo este método no mide la composición corporal y existe un subdiagnóstico de obesidad en AR con su empleo². La circunferencia de cintura (CC) es una medida de obesidad central relacionada con el aumento de incidencia de factores de riesgo cardiovascular cuando en hombres es mayor a 102 cm y en mujeres superior a 88 cm³.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de obesidad mediante el IMC y la medida de CC de una muestra de pacientes con AR de un mismo centro hospitalario.

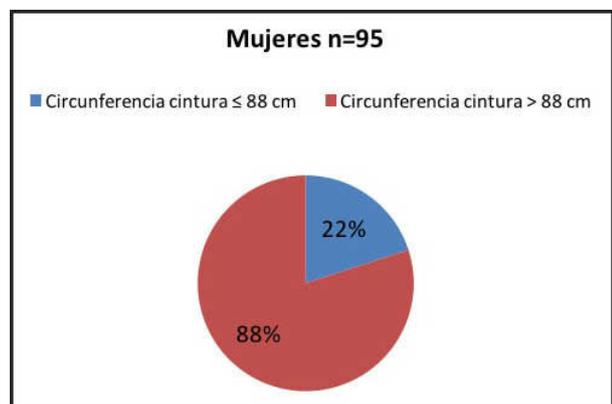
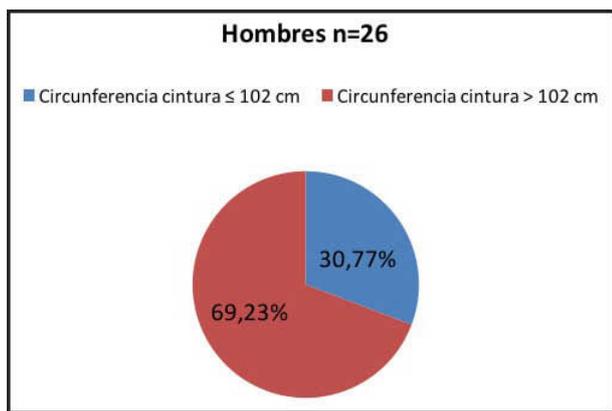
Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de un solo centro. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de reumatología con diagnóstico de AR que estuvieran en tratamiento con fármacos biológicos. Se recogieron

datos entre el 1 de junio de 2022 y el 1 de enero de 2023. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, talla (m), peso (kg) y CC (cm) Se midieron en la consulta de enfermería las variables antropométricas. Para medir la CC se utilizó una cinta antropométrica, tomando como referencia en los pacientes la altura del ombligo. Se realizó el cálculo del IMC y se empleó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para categorizar a los pacientes con sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9 kg/m²) y obesidad (IMC > 30 kg/m²). Se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas, incluyendo la media y desviación típica (DT) de las variables cuantitativas continuas (IMC y CC).

Resultados: De los 245 pacientes con artritis reumatoide recogidos en el estudio, se completaron los datos de 121 pacientes, de los cuales 95 eran mujeres (78,5%) y 26 hombres(21,5%). De los 121 pacientes con AR, el 73,2% presentaban un IMC por encima de los valores de normo peso: 48 pacientes (39,6%) tenían obesidad y 41 pacientes (33,6%) sobrepeso. La obesidad fue predominante en varones con AR, el 57% de los hombres mostraron un IMC igual o mayor a 30 y solo 2 varones con AR de la muestra tenían un IMC considerado como normo peso. En mujeres, el 69,47% mostraron un IMC por encima de los valores de normo peso, siendo el 33,68% de las mujeres obesas. En cuanto a la medida de CC, el 69,23% de los hombres y el 88% de las mujeres presentaron valores por encima de los recomendados (figs.).

Análisis descriptivo

N = 121	AR
Edad (media ± DT; min-máx)	57,31 ± 13,01(18,00-81,63)
Sexo	95 mujeres (78,5%) 26 hombres (21,5%)
IMC total muestra (media ± DT; min-máx)	28,75 ± 5,82 (18,00-42,24)
IMC (media ± DT; min-máx)	
Hombres	30,74 ± 4,95 (21,19-42,24)
Mujeres	28,20 ± 5,95 (18,00-40,67)



Conclusiones: En este trabajo el 76% de los pacientes presenta la medida de CC por encima de los valores recomendados y el 40,49% de los pacientes tienen obesidad según el IMC. La medida de la CC

puede ser un método indirecto y no invasivo que aporta información sobre la distribución de la adiposidad en los pacientes con AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker JF, *et al.* Sarcopenic obesity in rheumatoid arthritis: prevalence and impact on physical functioning. *Rheumatology*. 2022.
2. Tello-Winniczuk N, *et al.* Desempeño del índice de masa corporal para el diagnóstico de obesidad por medio de absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA) en pacientes con artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2017.
3. Seo DC, *et al.* Is waist circumference ≥ 102/88 cm better than body mass index ≥ 30 to predict hypertension and diabetes development regardless of gender, age group, and race/ethnicity? Meta-analysis. 2017

RC34. SÍNDROME SAPHO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL REGISTRO SAPHO-SORCOM

Boris Anthony Blanco Cáceres¹, África Andreu-Suárez¹, Marta Valero¹, Diego Benavent², María Sanz³, José Campos Esteban³, Olga Rusinovich³, Juan Molina Collada⁴, Patricia Castro⁵, Vega Jovani⁶, María Jesús Montesa⁷, Eva Tomero Muriel⁸, Álvaro García Martos⁹, Raquel Almodóvar¹⁰ y Fernando Lozano Morillo¹¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Tajo. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Madrid. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

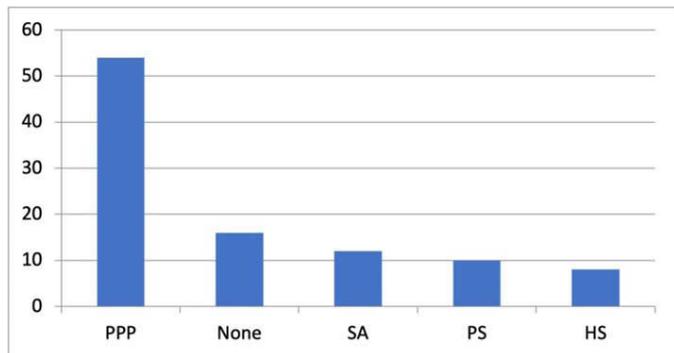
Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) es una enfermedad rara (< 1/10.000) que se caracteriza por presentar afectación cutánea (AC) y musculoesquelética (AM) (1). La AC más común es la pustulosis palmoplantar (PPP), seguida de acné severo (SA). Las AM son diversas pudiendo afectar la pared torácica, columna vertebral, articulación temporomandibular, sacroiliaca y las articulaciones periféricas². Es considerado como parte de las espondiloartropatías, sin embargo, no se ha encontrado una relación significativa con HLA-B27¹. Para el tratamiento se han utilizado tradicionalmente AINE, fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y bifosfonatos. Además, a lo largo de los últimos años se están utilizando con mayor frecuencia nuevas terapias como apremilast, FAME biológicos y antiJAK³.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y terapéuticas de los pacientes con síndrome SAPHO.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado en servicios de Reumatología de varios hospitales de España. Se incluyeron a pacientes con diagnóstico de síndrome SAPHO.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes (76% mujeres), con una edad media de 48,56 (± 12,28) años. El 36,2% y el 23,4% eran fumadores y exfumadores, respectivamente. El 18% tenía HTA, 28% DL y 8% DM. Respecto a la AM, la región más afectada fue la pared torácica anterior (74%, 37/50), seguida del compromiso periférico (56%, 22/50), columna vertebral (34%, 17/50) y sacroiliacas (26%, 13/50). El 24% presentó entesitis, el 6% dactilitis. La AC más frecuente fue la PPP 54% (27/50) (fig.). Manifestaciones cutáneas en el síndrome SAPHO. Al diagnóstico los pacientes presentaron elevación leve de reactantes de fase aguda, PCR: 11,13 mg/L (± 17,34) y VSG: 21,21 (± 24,56). El HLA-B27 fue positivo en el 12% (6). Las pruebas de imagen más utilizadas en el diagnóstico y seguimiento fueron la radiografía simple (90%), RMN (76%),

gammagrafía ósea (72%) y TC (52%). La prueba menos utilizada fue la ecografía, utilizada en 17 pacientes (34%). El tratamiento se basó mayoritariamente en AINE, el 94% de los pacientes lo recibieron en algún momento. El 60% (30/50) recibió FAMEsc (principalmente metotrexato). El 50% (25/50) recibió FAMEb y 9 pacientes recibieron más de dos FAMEb durante todo el seguimiento (tabla). Distribución de los FAMEb utilizados en primera línea. El curso de la enfermedad fue en su mayoría recurrente (55,1%) con períodos asintomáticos entre los brotes, la enfermedad se hizo crónica en el 34,7%. Cerca de la mitad de los pacientes (44%) presentan actividad actual de su enfermedad.



Manifestaciones cutáneas en el síndrome SAPHO.

bDMARD	N	% (out of all patients)	% (out of all biologics)
Adalimumab	12	24	48
Infliximab	4	8	16
Etanercept	3	6	12
Ustekinumab	2	4	8
Secukinumab	1	2	4
Anakinra	1	2	4
Apremilast	1	2	4
Cartolizumab-pegol	1	2	4
Total	25	50	100

Distribución de los FAMEb.

Conclusiones: Nuestra cohorte presentó predominio del compromiso axial similar a otras series. En nuestra serie el compromiso periférico se presentó en un porcentaje importante. La afección cutánea más frecuente fue la PPP. La mitad de los pacientes de nuestra cohorte requirieron FAMEb, siendo los anti-TNF los más utilizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Heldmann F, Kiltz U, Baraliakos X, Braun J. [SAPHO syndrome]. Z Rheumatol. 2014;73(8):729-41.
- Hayem G, Bouchaud-Chabot A, Benali K, Roux S, Palazzo E, Silbermann-Hoffman O, et al. SAPHO syndrome: a long-term follow-up study of 120 cases. Semin Arthritis Rheum. 1999;29(3):159-71.
- Daoussis D, Konstantopoulou G, Kraniotis P, Sakkas L, Liossis S-N. Biologics in SAPHO syndrome: A systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2019;48(4):618-25.

RC35. COMORBILIDADES ASOCIADAS EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA CONSULTA CONJUNTA DE DERMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

Javier Bastidas Vinuesa¹, M. Bordoy¹, A. Darder¹, A. Vila², R. Taberner², I. Ros¹, R. Faré¹, L. López¹, S. Hernández¹ y A. Juan¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Introducción: La consulta conjunta Derma-Reuma de pacientes con enfermedad psoriásica ayuda en el diagnóstico precoz y en el con-

senso de tratamiento entre las 2 especialidades, mejorando la detección de comorbilidades asociadas, que pueden incidir en el pronóstico y la esfera psicológica del paciente.

Objetivos: Describir las características clínicas y comorbilidades de los pacientes con artritis psoriásica (Aps) que se han visitado en la consulta Derma-Reuma del HUSLL desde 2014 al 2022.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de un total de 238 pacientes vistos al menos una vez en la consulta conjunta. De estos se seleccionaron 136 que cumplían criterios Caspar de Aps. Se recogieron variables clínicas: edad, sexo, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC) y presencia o no de comorbilidades: síndrome metabólico, hiperuricemia, Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y osteoporosis. Se llevaron a cabo análisis estadístico para determinar la prevalencia de estas comorbilidades.

Resultados: De los 136 pacientes seleccionados, el 46,3% (63) fueron hombres y 53,7% (73) mujeres con una edad media de 51,3 años (DE 12,14), y un IMC medio de 29,02 (DE 5,89). El 24,3% (33) eran fumadores. El 35,3% (48) provenían de Dermatología y el 64,7% (88) de Reumatología. La edad media de diagnóstico de psoriasis cutánea fue de 36,8 años y de APs 44,76 años, con una diferencia de diagnóstico de 7,96 años. La artropatía periférica fue la más frecuente 52,9% (72) seguida de la mixta 28,7% (39). En las comorbilidades se encontró una prevalencia de síndrome metabólico del 30,9% (42), el 23,5% tenían hiperuricemia (32), el 6,6% (9) osteoporosis, y el 2,9% (4) antecedente de fractura patológica. El 5,1% de pacientes se había diagnosticado también de EII, 3 (2,2%) de enfermedad de Crohn y 4 (2,9%) de colitis ulcerosa.

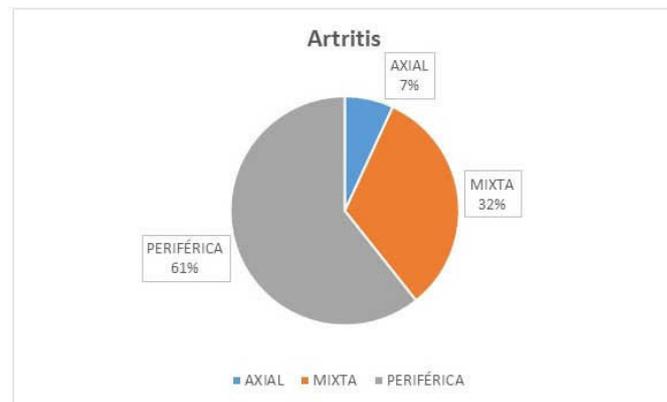


Figura 2: tipos de artritis en los pacientes que acuden a la consulta conjunta derma-reuma del HUSLL.

Patología digestiva		
	pacientes	porcentaje
EII	7	5,1%
CU	4	2,9%
EC	3	2,2%
No	129	94,8%
total	136	100%

Tabla1: incidencia de EII en los pacientes que acuden a la consulta conjunta derma-reuma del HUSLL.

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos una incidencia similar de APs en hombres que en mujeres (46,3%- vs. 53,7% respectivamente), con una media de edad de 51,3 años. La diferencia entre el diagnóstico de psoriasis cutánea y APs fue de 7,96 años a favor de la primera, resultados similares de estudios publicados¹. La artritis periférica fue la más frecuente seguida de la mixta. Se encontró una incidencia de síndrome metabólico y tabaquismo del 30,9% y 24,3% respectivamente, datos similares a la literatura y con asociación mayor que en aquellos pacientes que padecen únicamente psoriasis cutánea. Finalmente la asociación entre EII y APs ha sido demostrada en innumerables estudios, dentro de nuestra población se encontró una prevalencia de 5,1%, similar a la prevalencia en otros estudios².

BIBLIOGRAFÍA

1. EPISER 2016 study. descriptive analysis of fieldwork and characteristics of the sample.
2. Association of Psoriasis With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Dermatol. 2018.

RC36. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 381 PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN SEGUIMIENTO POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE DERMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

Celia Azabal Pérez¹, Juan Manuel Morón Ocaña², Amalia Pérez Gil² y Raquel Hernández Sánchez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Es conocida la asociación entre psoriasis (Pso) y artritis psoriásica (APs). La afectación cutánea frecuentemente precede a la articular. La prevalencia de APs es hasta un 30% en pacientes con Pso. Las guías recomiendan atención multidisciplinar¹⁻³ para mejorar el manejo y disminuir la morbimortalidad. Consecuentemente se creó esta unidad de Dermatología y Reumatología.

Objetivos: Análisis descriptivo de pacientes con Pso y/o APs en seguimiento por la unidad multidisciplinar de Reumatología y Dermatología del Área Sur de Sevilla.

Métodos: Estudio descriptivo observacional prospectivo de una cohorte de 381 pacientes con Pso y/o APs en seguimiento por la unidad Reumatología-Dermatología del Hospital de Valme. Se recogen variables sociodemográficas, antropométricas y de estilo de vida; comorbilidades; tipo de presentación; tiempo de evolución; índices de actividad y calidad de vida; y tratamientos recibidos. Se utiliza el estadístico chi² para determinar asociación entre determinadas variables.

Resultados: La prevalencia por sexos es similar (hombres 51,6%; mujeres 48,4%). La edad media es 51,34 ± 12,92%. La mediana del tiempo de evolución es 23,07 años (P₂₅-P₇₅ 11,07; 33,07). Un 36,3% son hipertensos; 42,6% dislipémicos y 36,8% fumadores. El 70,8% de los pacientes proceden de Dermatología. La prevalencia de APs es del 44,3%, predominando la forma oligoarticular (36,3%). No hay diferencias significativas por sexo en APs (p = 0,756); en Pso hay diferencias en el tipo gotas, predominando en mujeres (3,9 vs. 0,5%; p = 0,045). Actualmente, de los pacientes con afectación articular periférica, 45,3% presentan baja actividad y 16% están en remisión según DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis). En formas axiales, 27,9% no tienen actividad y 11,6% presenta muy alta actividad según ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). La mayoría tienen psoriasis leve; mediana del PASI (Psoriasis Area Severity Index) de 4 (P₂₅-P₇₅ 1;8). El 93,9% han recibido tratamiento con FAMEsc, destacando metotrexato (72,8%). El 59,8% han recibido FAMEb, siendo los antiTNF los más frecuentes, predominando adalimumab en su forma biosimilar (34,3%). A continuación, fármacos antiIL23 (26% guselkumab; 12% ustekinumab; 6,5% risankizumab; 2,3% tildrakizumab), seguidos de fármacos antiIL17 (8,3% secukinumab; 6% ixekinumab). En último lugar, tofacitinib y upadacitinib.

Conclusiones: los datos recogidos reflejan fehacientemente las características epidemiológicas de la Pso y APs descritas en la literatura previa. Permite visualizar la evolución de los pacientes y los efectos de las terapias farmacológicas. Como novedad, muestra la visión multidisciplinar de nuestra unidad, pudiendo aportar bases para mejorar la práctica clínica, y ser de utilidad para futuros análisis.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies:2015 update. Ann Rheum Dis. 2016.

		Recuento	%
FAMEsc		357	93,9%
TIPO FAMEsc	Metotrexato	160	73,8
	Leflunomida	13	6
	Sulfasalazina	13	6
	Ciclosporina	15	6,9
	Acitretinoina	1	0,5
	Apremilast	0	0,0
	Dimetilfulmarato	14	6,5
	Azatioprina	1	0,5
FAMEb			
TIPO FAMEb	Adalimumab bio	74	34,3
	Guselkumab	26	12
	Ustekinumab	22	10,2
	Secukinumab	18	8,3

Tratamientos.

		Recuento	%
SEXO	Hombre	196	51,6
	Mujer	184	48,4
PROCEDENCIA	Dermatología	269	70,8
	Reumatología	74	19,5
	Otros	37	9,7%
FUMADOR		140	36,8%
DIABETES		46	12,1%
DISLIPEMIA		162	42,6%
HIPERTENSIÓN		138	36,3%

Variables sociodemográficas y comorbilidades.

	Mínimo	Máximo	Percentiles		
			25	Mediana	75
Nº FAMEsc previos	0	4	1	1	2
Nº FAMEb previos	0	7	0	1	2

Líneas de tratamiento previas.

2. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015. Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheumatol. 2016.
3. Torre Alonso JC, Díaz del Campo Fontecha P, Almodóvar R, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento y uso de terapias sistémicas biológicas y no biológicas en artritis psoriásica. Reumatol Clín (Engl Ed).2018;14(5):254-68.

RC37. EL VIAJE DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA EN LATINO AMÉRICA (FIBROJOURNEY)

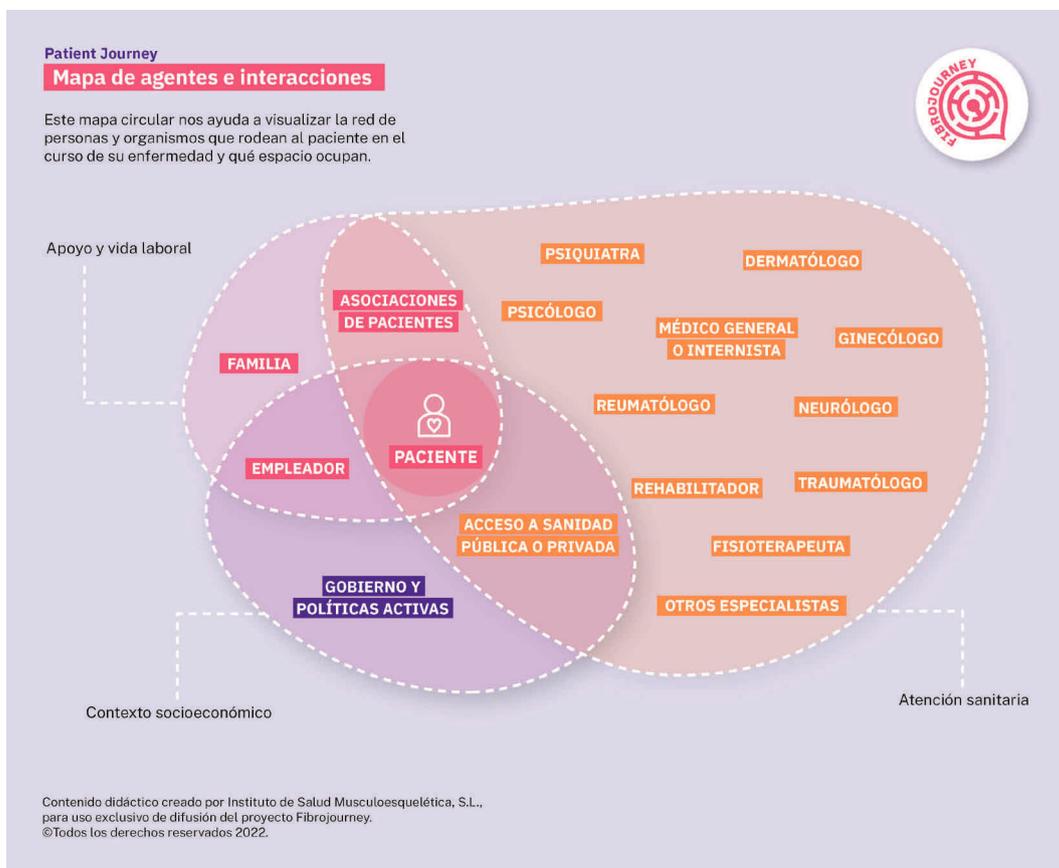
María Teresa Otón Sánchez¹, Osvaldo Daniel Messina², Daniel Gerardo Fernández Ávila³, Manuel Robles San Román⁴, Marina Pérez⁵, Loreto Carmona¹ y Grupo Fibrojourney LATAM

¹Instituto de Salud Musculoesquelética (Inmusc). Madrid.

²Investigaciones Reumatológicas y Osteológicas SRL IRO; Servicio de Reumatología. Hospital Argerich. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.

³Unidad de Reumatología. Hospital Universitario San Ignacio. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. ⁴Centro Médico de Toluca, Metepec, Estado de México. ⁵Pontia Design. Berlín. Alemania.

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica caracterizada por dolor crónico, con una prevalencia entre el 0,5% y el 5,0%, que afecta a las mujeres entre 2 y 7 veces más que a los hombres. Se caracteriza por un dolor crónico generalizado al que se suman otros síntomas inespecíficos, como alteraciones del sueño, fatiga, rigidez articular, problemas de concentración, cefaleas o migrañas, parestesias y vejiga o intestino irritable, entre otros. Se sabe mucho sobre la FM, incluidas sus posibles causas, los mecanismos del dolor implicados, el pronóstico a largo plazo y hasta los tratamientos que son eficaces y los que no. Sin embargo, la amplia gama de profesionales sanitarios a los que acuden las personas con



RC37 Figura. Mapa de interacciones.

FM destaca en general por tener un conocimiento limitado o sesgado de la enfermedad y de las opciones de manejo.

Objetivos: Explorar el viaje o experiencia de las personas con FM en países latinoamericanos con objeto de identificar problemas en la atención sanitaria y otros ámbitos que puedan ser resolubles.

Métodos: Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico y de análisis de contenido a través de grupos focales y metodología de viaje del paciente (Ux). Se llevaron a cabo 9 grupos focales virtuales con pacientes de FM y profesionales sanitarios en Argentina, México y Colombia reclutados a partir de informantes clave y redes sociales.

Resultados: Participaron 43 personas (33 eran clínicos y 10 pacientes). Los agentes que interaccionan con el paciente en su viaje de la enfermedad se encuentran en tres esferas: la de la atención sanitaria (múltiples especialistas médicos y otros profesionales), la del apoyo y vida laboral (que incluye a las asociaciones de pacientes) y la del contexto socioeconómico (fig.). La línea del viaje presenta dos grandes tramos, dos bucles y una línea discontinua delgada. Los dos grandes tramos representan el tiempo que va desde los primeros síntomas hasta la visita médica (caracterizado por automedicación y negación) y el tiempo desde el diagnóstico hasta el seguimiento (caracterizado por altas expectativas y contactos múltiples para realizar cambios de vida que no se llegan a realizar). Los dos bucles incluyen 1º sucesión de diagnósticos y tratamientos erróneos y derivaciones a especialistas y 2º) nuevos síntomas cada cierto tiempo, visitas a especialistas, dudas diagnósticas e impaciencia. Muy pocos pacientes logran llegar a la fase final de autonomía, si bien se identificaron acciones factibles para llegar a ella.

Conclusiones: El viaje de una persona con FM en Latinoamérica está lleno de obstáculos y bucles; es importante poner en marcha acciones para que todos los agentes implicados entiendan que el automanejo, la meta deseada, solo se puede lograr con el acceso a recursos de forma precoz y profesional.

RC38. OBESIDAD EN PACIENTES CON FRACTURAS VERTEBRALES POR FRAGILIDAD: ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS?

Johanna Sacramento Hernández, N. Montesino D.M. Montesa y C.B. González.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Introducción: La osteoporosis es la patología responsable de la mayoría de fracturas óseas después de los 50 años. Actualmente afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y a casi 3 millones de españoles, siendo las mujeres las más afectadas¹. Su principal complicación es la fractura por fragilidad; solo en el 2019 se contabilizaron alrededor de 285.000 fracturas en España, lo que conlleva a un incremento de morbilidad por el grado de discapacidad y baja calidad de vida que provocan, incrementando la mortalidad prematura y el gasto sanitario^{1,2}. Entre los factores de riesgo evitables de fractura destacan el tabaco³ y el alcohol⁴. Tradicionalmente se ha reconocido el bajo peso como un factor de riesgo⁵, pero recientemente se ha visto que, a medida que aumenta el índice de masa corporal (IMC), el riesgo de fractura vertebral disminuye en los hombres pero no en las mujeres, lo que sugiere posibles diferencias de género en la relación del IMC con el riesgo de fractura vertebral⁶.

Objetivos: Describir las diferencias de IMC entre géneros en pacientes que han sufrido una fractura vertebral por fragilidad durante el año previo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, y unicéntrico. Se incluyen de manera consecutiva a pacientes ≥ 50 años atendidos desde enero 2017 hasta diciembre de 2023 que inician seguimiento en la Fracture Liaison Service (FLS) del centro por fractura vertebral por fragilidad reciente (durante el último año).

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes, 85,38% mujeres, con una edad media de 71,96 (± 9,03) años. El tiempo medio desde que acon-

tece la fractura hasta la valoración fue de 152,12 (± 82,08) días. Se encontraron más varones (fig. 1) que mujeres (fig. 2) con IMC insuficiente (< 18,5) pero con cifras similares entre géneros. La mayoría de los pacientes, concretamente el 64% de los hombres y el 68% de las mujeres, tenían sobrepeso u obesidad.

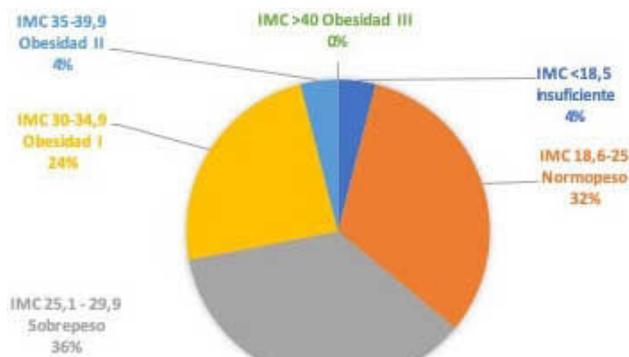


GRÁFICO 1: IMC EN HOMBRES

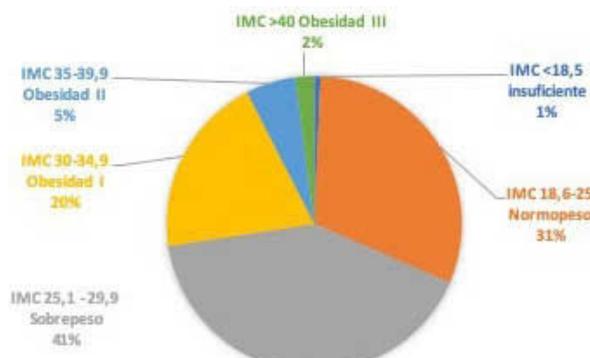


GRÁFICO 2: IMC EN MUJERES

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con fracturas vertebrales se encontró mayoritariamente un IMC de sobrepeso u obesidad entre ambos géneros.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kanis JA, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, McCloskey EV, Willers C, Borgström F. SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. Arch Osteoporos. 2021;16(1):82.
2. Naranjo A, Prieto-Alhambra D, Sánchez-Martín J, Pérez-Mitru A, Brosa M. Cost-Effectiveness Analysis of Fracture Liaison Services Compared with Standard of Care in the Secondary Prevention of Fragility Fractures in Spain. Clinicoecon Outcomes Res. 2022;14:249-264.
3. Ward D, Klesges RC. A meta-analysis of the effects of cigarette smoking on bone mineral density. Calcif Tissue Int. 2001;68(5):259-70.
4. Pasco JA, Anderson KB, Hyde NK, Williams LJ, Rufus-Membere P, Holloway-Kew KL. High Alcohol Intake in Older Men and the Probability of Osteoporotic Fracture According to the FRAX Algorithm. Nutrients. 2021;13(9):2955.
5. Naranjo Hernández A, Díaz Del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP, Arboleya Rodríguez L, Casado Burgos E, Castañeda S, Fiter Aresté J, Gifre L, Gómez Vaquero C, Candelas Rodríguez G, Francisco Hernández FM, Guañabens Gay N. Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on Osteoporosis. Reumatol Clin (Engl Ed). 2019;15(4):188-210.
6. Kaze AD, Rosen HN, Paik JM. A meta-analysis of the association between body mass index and risk of vertebral fracture. Osteoporos Int. 2018;29(1):31-9.

RC39. RELEVANCIA DE LOS RATIOS NEÚTRÓFILO-LINFOCITO Y PLAQUETA-LINFOCITO COMO MARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

María Alonso de Francisco¹, Carlota Navarro¹, Marina Pavía¹, Natalia de la Torre¹, Olga Rusinovich², Pablo Navarro¹, María Machattou¹, Mónica Fernández-Castro¹, Hildegarda Godoy¹, Carmen Barbadillo¹, Carolina Merino¹, Blanca García Magallón¹, Jesús Sanz¹, Luis Fernando Villa¹, Carlos Isasi¹, José Luis Andréu¹ y Jose Campos¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Objetivos: Determinar la asociación entre los NLR (*neutrophil-to-lymphocyte ratio*) y PLR (*platelet-to-lymphocyte ratio*) elevados y el diagnóstico de artritis reumatoide (AR) en pacientes con artritis de reciente comienzo, así como con diversos factores implicados en el diagnóstico inicial, evaluando la capacidad para predecir mayor gravedad en la evolución posterior.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo de una cohorte de 209 casos, atendidos en una consulta monográfica de artritis de reciente comienzo entre enero de 2021 y diciembre de 2022. Se excluyeron del estudio aquellos que no presentaron artritis, así como los diagnosticados previamente de enfermedad reumática y/o tratados. Se registraron los NLR y PLR al inicio del seguimiento (tomando como punto de corte la media del límite superior de normalidad para hombres y mujeres), variables demográficas (edad, sexo), analíticas (proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación (VSG)), inmunológicas (factor reumatoide (FR), anticuerpos antipéptido cítrico citrulinado (ACCP)), clínicas (número de articulaciones dolorosas y tumefactas (NAD y NAT) iniciales y al año) y diagnóstica (diagnóstico de AR o no al seguimiento). Realizamos análisis descriptivo de las variables analíticas e inmunológicas, y se compararon los NLR y PLR con el resto de variables mediante el test de chi-cuadrado. Se consideraron significativos valores de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes: 30 hombres (23,62%) y 97 mujeres (76,38%), con edad media de 56 años (DE 14,28). La mediana de los NLR fue de 1,96 (DE 2,07), con un NLR > 2,81 en 33 casos (26%); la mediana de los PLR fue 125 (DE 78,71), con un PLR > 160,9 en 40 casos (31,5%). Se objetivó PCR y VSG elevadas en 34 (26,7%) y 62 (48,8%) casos respectivamente, así como FR y ACCP a título positivo en 48 (37,8%) y 42 (33,1%) casos. 71 (55,9%) y 45 (35,4%) casos presentaron un NAD y NAT mayor o igual a 3 al diagnóstico respectivamente; al año de seguimiento, estos recuentos estaban presentes en 19 (14,9%) y 12 (9,4%) casos. 52 de los casos (40,9%) fueron diagnosticados de AR. Entre otros diagnósticos, se hallaron espondiloartropatías (n = 17), artritis seronegativas (n = 11), lupus eritematoso sistémico (n = 6), síndrome de Sjögren (n = 5), reumatismo palindrómico (n = 6) y polimialgia reumática (n = 8). Al comparar con chi-cuadrado los cocientes NLR y PLR con el resto de variables, no se halló asociación significativa entre los NLR y PLR elevados y el diagnóstico de AR. Tampoco se encontró asociación entre los NLR y PLR de hombres y mujeres, o según la presencia de FR y ACCP; persistiendo la ausencia de diferencias analizando por separado el grupo de casos con AR. Se obtuvo asociación significativa entre los NLR y PLR elevados y RFA elevados al inicio en el total de casos; también entre un NLR elevado y un NAD igual o mayor a 3 al diagnóstico. Esta última asociación no se evidenció con el PLR; tampoco al comparar ambos cocientes con el NAT al inicio, o recuento de NAD y NAT al año.

Conclusiones: La alteración de los cocientes NLR y PLR sugiere utilidad como marcador de inflamación sistémica equiparable a los reactantes de fase aguda. En este estudio únicamente se encontró relación entre los índices y los marcadores clásicos de inflamación, así como con un mayor número de articulaciones dolorosas iniciales. Dichos cocientes no fueron útiles para diferenciar los casos con artritis de reciente comienzo que fueron diagnosticados posteriormente de AR.

RC40. EFICACIA, SUPERVIVENCIA Y COSTE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO DE BIOLÓGICO ORIGINAL A BIOSIMILAR EN PRACTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA INFLAMATORIA

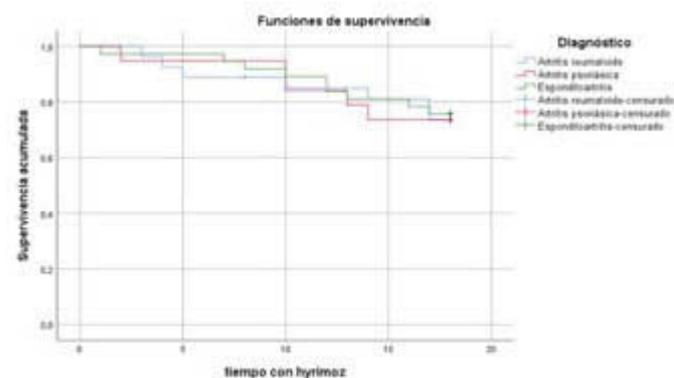
Fernando Montero de Espinosa Paniaga^{1,2,3}, Jerusalem Calvo Gutiérrez^{1,2,3}, M^a Carmen Ábalos Aguilera^{2,3}, Desiré Vílchez Ruiz^{2,3}, Rafaela Ortega Castro^{1,2,3}, Marta Rojas Giménez^{1,2,3}, Lourdes Ladehesa Pineda^{1,2,3}, Clementina López Medina^{1,2,3} y Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3}

¹Universidad de Córdoba. ²UGC de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Instituto de investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: Actualmente, existe un amplio arsenal terapéutico para tratar las enfermedades reumáticas, entre los que se encuentran los fármacos biológicos, que se utilizan como tratamiento de segunda línea para lograr su remisión. El adalimumab es un anti-TNF alfa, administrado vía subcutánea en patologías como la artritis reumatoide o las espondiloartritis, cuyo fármaco original es Humira®. Sin embargo, el vencimiento de su patente dio lugar al desarrollo de biosimilares, como el Hyrimoz®. En la actualidad, se cuestiona aún su uso, por dudas acerca de la supervivencia de los pacientes a largo plazo con respecto a los pacientes que recibieron el original; a pesar de contar con una farmacovigilancia estricta.

Objetivos: a) Analizar la tasa de retención a largo plazo (18 meses) del biosimilar (Hyrimoz®) y observar variables predictoras de supervivencia del fármaco. b) Valorar la eficiencia del tratamiento con el biosimilar con respecto al biológico original y comparar el coste-efectividad de ambos.

Métodos: Es un estudio observacional, analítico, de cohortes y ambispectivo. Se recogieron datos de historias clínicas sobre duración de tratamiento, efectos adversos, coste directo del biosimilar e indirecto, teniendo en cuenta pruebas complementarias, consultas médicas, tratamientos adyuvantes y urgencias; estos mismos datos se recogieron de los últimos 18 meses de tratamiento con el biológico original para poder compararlos con el mismo período del tratamiento con biosimilar. Se estimó el IC al 95%, con contrastes bilaterales. Para la supervivencia, se utilizó Kaplan-Meier y se hizo una regresión de Cox. Se evaluó el coste-efectividad, mediante los test t de Wilcoxon y t de Student para medidas apareadas.



Supervivencia del biosimilar según patología.

Resultados: Se incluyeron un total de 86 pacientes tratados con fármaco original y que posteriormente cambiaron a biosimilar (27 con artritis reumatoide, 37 con espondiloartritis y 19 con artritis psoriásica). En el análisis de supervivencia no se observaron diferencias en la tasa de retención según diagnóstico, con resultados no significativos según log-rank (fig.). Se pudo observar en el modelo multivariante final, que el efecto placebo, la remisión previa con Humira y mayor edad, se asocian a menor riesgo de suspensión del fármaco, mientras que el efecto adverso es el tipo de suspensión más asociado a suspensión. Se tuvo en cuenta la presencia o no de reac-

ciones adversas, al ser factor de confusión. Con respecto al análisis de coste-efectividad (teniendo en cuenta tanto costes directos como indirectos) se observó que el uso del biosimilar (Hyrimoz) resultó en un ahorro medio de 5.173,33€ (IC95% 4.881,41-5.465,25€; p < 0,001) por paciente en comparación con el fármaco original Humira®.

Conclusiones: Se puede concluir que el biosimilar es más coste-efectivo con respecto a la terapia original (adalimumab), suponiendo un ahorro considerable en costes directos e indirectos. Habría que tener en cuenta un sesgo, la pandemia por COVID-19, reduciendo la presencialidad de la atención sanitaria desde entonces, afectando en el estudio a la etapa de biosimilar. No se observaron diferencias significativas en la remisión con Humira® e Hyrimoz®.

RC41. SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LAS JAKINASAS EN LOS PACIENTES QUE NO SIGUEN LAS RECOMENDACIONES DE USO DEL PHARMACOVIGILANCE RISK ASSESSMENT COMMITTEE (PRAC)

Carolina Pérez García, Emma Beltrán Catalán, Luciano Polino, Ana Pros Simón, Tárek Salman Monte, Irene Carrión y Jordi Monfort Faure

Servicio de Reumatología. UEC de Malalties Immunitaries. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La aparición de los inhibidores de JAKinasas (JAK inh) ha supuesto una nueva vía de tratamiento en las enfermedades inmunomediadas, pero también la aparición de efectos adversos diferentes a los esperados con el uso de biológicos. El 11 de noviembre de 2022 el Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC), con sus recomendaciones sobre el uso de JAK inh, supone una restricción a su uso. Por ello, hemos evaluado el uso y efectos adversos de los pacientes en tratamiento con JAK inh en la cohorte de nuestro centro.

Objetivos: Valorar diferencias en los efectos adversos en aquellos pacientes que, según las indicaciones de PAC, el uso debería ser desaconsejado: mayores 65 años, fumadores, antecedentes de neoplasia y eventos cardiovasculares mayores (MACE), respecto a los que no los presentan.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se han incluido todos los pacientes en tratamiento con JAK inh desde 1 enero 2022 a 31 diciembre de 2022, ya sea en tratamiento previo o de inicio. Se han recogido las siguientes variables: Enfermedad, años de evolución, FAMEc previos, FAMEb previos, tipo de JAK inh, meses de tratamiento con JAK inh, factores de riesgo incluidos en PRAC: Edad, tabaquismo activo, HTA, DM, MACE, TVP/TEP y cáncer. Se han recogido los eventos adversos y catalogados en leves (no requieren ingresos) o graves (ingreso o *exitus*). Estudio estadístico se realizó comparación de medias numéricas con t de Student, las variables no paramétricas con U de Mann-Whitney y una regresión logística multinomial.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes, las características se definen en la tabla 1. El tiempo medio de uso se JAK inh fue 21,5 ± 15,3 meses, El 33,4% fueron refractarios a ≥ 3 dianas terapéuticas. El 11% (8/71) habían realizado un JAK inh previo (4 tofacitinib/4 baricitinib). En la tabla 2 se recogió el n° y % de pacientes que no cumplen las recomendaciones realizadas por PRAC. El 50,7% (36/71) presentaron algún evento adverso (EA). Se describieron 42 EA: el más frecuente fue la infección respiratoria leve. 6 (14,2%) se consideraron graves, fueron causa de ingreso hospitalario (TEP/TVP, Diverticulitis perforada, prostatitis, carcinoma urotelial, COVID-19) y 1 paciente fue *exitus* por una gangrena de Fournier posquirúrgica, en la que previamente se había retirado el JAK inh 1 semana antes, para la intervención programa. La tabla 3 recoge los EA. Al realizar el análisis multivariante, ningún factor incluido en las recomendaciones del PRAC influye en los efectos adversos. Se analizó también según la edad ≥ 65 años, encontrando que estos llevaban más tiempo en tratamiento con JAK inh y usábamos menos dosis de MTX, pero ninguna diferencia en los EA.

Tabla 1: Características de los pacientes en tratamiento con JAK inh

N	71	
Mujer, n (%)	54 (75,0)	
Diagnóstico	AR	58 (80,6)
	Poliartrosis seronegativa	8 (11,1)
	EA	3 (4,2)
	EII	2 (2,8)
Edad (años)	57,4 ± 13,7	
Evolución (años)	13,2 ± 9,1	
IMC (kg/m ²)	26,4 ± 5,5	
Monoterapia	Sí	49 (68,1)
	No	22 (30,6)
FAME cs previo	0	1 (1,4)
	1	69 (95,8)
	2	1 (1,4)
Nº de FAME b/FAME sd previo	0	16 (22,2)
	1	32 (44,4)
	2	8 (11,1)
	3	6 (8,3)
	4	3 (4,2)
	5	1 (1,4)
	6	1 (1,4)
	7	2 (2,8)
	8	1 (1,4)
	9	1 (1,4)
MTX previo	No (dosis = 0)	10 (13,9)
	sí	61 (84,7)
Dosis MTX (mg)	17,0 ± 5,1	

Tabla 2: Características de las recomendaciones de PRAC en pacientes con JAK inh

Tipo de JAK inh n (%)	Baricitinib 2 mg	5 (7)
	Baricitinib 4 mg	31 (43,6)
	Tofacitinib 5 mg	13 (18,3)
	Upadacitinib 15 mg	22 (30,9)
MESES JAK (meses)	21,5 ± 15,3	
Mayor 65 años n (%)	24 (33,8)	
Fumador, n (%)	16 (22,2)	
HTA, n (%)	22 (30,6)	
Diabetes, n (%)	8 (11,1)	
MAES, n (%)	4 (5,6)	
Cáncer, n (%)	4 (7,0)	

Tabla 3. Eventos adversos

Evento adverso n = 42 (%)	Leves	36 (85,7)
	Graves	5 (11,9)
Tipo EA n = 42 (%)	Exitus	1 (2,3)
	Infección respiratoria	13 (30,9)
	COVID-19	12 (28,5)
	Herpes zoster	1 (2,3)
	Otras infecciones	7 (16,6)
	Otros	9 (21,4)

Conclusiones: En nuestra serie, un número no despreciable de pacientes no cumplirían las recomendaciones de PRAC, sobre todo edad y tabaquismo, pero, aun así, ninguna de esas variables se ha identificado como un factor predisponente para presentar un evento adverso.

RC42. FRACTURAS PREVIAS, OSTEOPOROSIS Y CAÍDAS ¿ESTABAN PREVENIDOS?

Belén Miguel Ibáñez¹, A. González Ramírez², S. Pastor Navarro¹, M. Ibáñez Martínez¹, C. Chacón Vélez¹, O. Martínez González¹, A. Turrión Nieves¹, S. Gómez Castro¹, C. Hidalgo Calleja¹, C. Montilla Morales¹, J.F. Blanco Blanco³ y C. Pablos Hernández²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Servicio de Geriátria. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ³Servicio de Traumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: La osteoporosis es un problema de primer orden en una población cada vez más envejecida. Las caídas en ancianos constituyen un síndrome geriátrico grave con importantes secuelas. Las fracturas asociadas a ambos procesos en la tercera edad generan

altos costes y morbimortalidad. El tratamiento adecuado de la osteoporosis y la prevención de las caídas son pilares fundamentales para salvaguardar el bienestar de los mayores.

Objetivos: Analizar las características clínicas, las circunstancias de la fractura de cadera, fracturas previas y tratamientos antiosteoporóticos en 138 pacientes ancianos hospitalizados por fractura de cadera entre los meses de agosto a diciembre de 2022 en la Unidad de Geriátria-Traumatología.

Métodos: Se realiza estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo recogiendo índices geriátricos, características demográficas y clínicas de 138 pacientes entre 66 y 99 años que sufrieron fractura de cadera entre agosto y diciembre de 2022.

Resultados: En el momento de la fractura de cadera los pacientes tenían una edad media de 86,95 años en un intervalo de 66 a los 99 años con predominio de mujeres frente a hombres (104/34). Durante el ingreso se realizó una valoración geriátrica integral de la situación previa a la fractura. A nivel funcional (tabla 1) el índice de Barthel revela que 102 tenían dependencia leve en actividades de la vida diaria. En el ámbito instrumental 25 pacientes obtuvieron una puntuación ≥ 5 sobre 8. Con la fractura de cadera 133 pacientes recibieron fisioterapia hospitalaria y 66 pacientes precisaron intervención social para la recuperación posterior. Todas las fracturas de cadera fueron consecuencia de traumatismos de bajo impacto. 102 pacientes habían sufrido caídas en el último año. Sin embargo, atendiendo a la escala de Downton, todos (138) tenían al menos un factor de riesgo para las mismas de los recogidos en la tabla 2. Hasta la fractura de cadera, 74 pacientes habían sufrido alguna fractura previa por mecanismos de bajo impacto. La localización más frecuente fue en miembro inferior (35). En la tabla 2 se detallan los tipos de fractura, debe tenerse en cuenta que en 21 casos se encontró más de una fractura previa. Ningún paciente fracturado previo se encontraba en seguimiento por reumatología. 15 de los 74 pacientes fracturados previos tenían o habían tenido tratamiento antirresortivo con bifosfonatos (11), denosumab (2) o denosumab tras bifosfonatos (2). Ninguno había recibido tratamiento osteoformador. Todos los pacientes recibieron tratamiento antiosteoporótico en prevención secundaria al alta con denosumab (94), bifosfonatos (38) o teriparatida (6) previo descarte de situaciones recogidas en la tabla 1 que podían desaconsejar su uso.

Conclusiones: La osteoporosis se encuentra infradiagnosticada e infratratada en nuestra provincia. Las fracturas previas muchas veces no reciben tratamiento, implicando nuevas fracturas que comprometen la calidad e independencia en la vida del paciente, siendo la de cadera la que implica mayor morbimortalidad. Las caídas poseen un papel determinante en las fracturas en la población anciana. Su prevención primaria y el tratamiento osteoporótico adecuado deben ser prioritarios para el cuidado de la tercera edad.

Tabla 1. Demografía, situación basal y comorbilidades previas a fractura de cadera

Demografía	Sexo(mujer/hombre)	104 (75,36%)/34 (24,63%)
	Edad media	86,95 años
		66-79 años: 20/14,49%
		80-89 años: 63/45,65%
		90-99 años: 55/39,85%
Situación basal previa	Barthel	Total < 20 puntos: 8/5,79%
		Grave, de 20 -35 puntos: 15/10,86%
		Moderada, 40-55 puntos: 13/9,42%
		Leve, ≥ 60 puntos: 102/73,91%
	Lawton Brody	No contestan: 2/1,44%
		0-1: 71/51,44%
	2-4: 40/28,98%	
	≥ 5: 25/18,11%	
	Katz	No contestan: 2/1,44%
		A-B: 56/40,57%
		C-D-E: 52/37,68%
		F-G: 28/20,28%
Situación clínica previa	Filtrado glomerular renal < 30 ml/min/m ² :	44/31,88%
	Malabsorción digestiva:	21/15,21%
	Antecedente de radiación:	5/3,62%

Tabla 2. Fracturas, caídas, osteoporosis y tratamientos

Fractura de cadera: 138/100%		
Tipos	Condiciones	Tratamiento alta:138/100%
Intracapsular: 69/50%	Traumatismo bajo impacto: 138/100%	Denosumab: 94/68,11%
Extracapsular: 58/42%	Fisioterapia	Bifosfonatos: 38/27,53%
Otras: 11/7,97%	hospitalaria: 133/96,37%	
	Intervención social: 66/47,82%	Teriparatida:6/4,34%
Caídas previas: 102/73,91%		
Factores de riesgo: 138/100%	Polimedicación: 83/60,14%	
	Alteración sensorial: 77/55,79%	
	Alteración de la marcha: 94/68,11%	
Fracturas previas: 74/53,62%		
Tipo	Tratamiento antirresortivo: 15/20,27%	
Miembro superior: 27	Bifosfonatos: 11/73,33%	
Miembro inferior: 35	Denosumab: 2/13,33%	
Vertebrales: 23	Denosumab tras bifosfonatos: 2/13,33%	
Más de una fractura: 21		

RC43. PERSIGUIENDO LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

María Luisa Velloso Feijoo, Rosalía Martínez Pérez y Jose Luis Marengo de la Fuente

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HTP) es una manifestación grave que puede ocurrir en algunas enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Su comienzo suele ser silente, por lo que se recomienda una búsqueda activa para detectarla, sobre todo en las EAS donde es más frecuente (en torno a 10-15% en esclerosis sistémica); y aunque generalmente suele clasificarse como tipo 1 (hipertensión arterial pulmonar), puede haber otros fenotipos. La creación de equipos multidisciplinares puede ayudar al diagnóstico precoz, seguimiento y manejo terapéutico. Presentamos una serie de casos de pacientes con HTP diagnosticados en los últimos dos años, coincidiendo con la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar en nuestro hospital.

Métodos: Se creó una base de datos para el registro de los pacientes con EAS e HTP cuando se constituyó el grupo de trabajo de HTP de nuestro hospital (junio 2020). Se recogieron variables demográficas, clínicas y terapéuticas; así como parámetros relacionados con el diagnóstico y estratificación de riesgo de la HTP.

Resultados: Se diagnosticaron 7 pacientes con una edad media actual de 61,71 ± 12,03 años y edad media al inicio de síntomas de 58,85 ±

11,73 años. Seis de los siete pacientes eran mujeres. Cuatro pacientes tenían esclerosis sistémica, 2 lupus eritematoso sistémico y 1 síndrome de Sjögren. Cinco pacientes tenían comorbilidad: 5 HTA, 3 DM y 2 dislipemia. Tres pacientes tenían cardiopatía previa y 2 neumopatía previa. En cuanto a la clasificación de la HTP: 3 se consideraron grupo 1; 2 grupo 2 y 2 grupo 5. Cuatro pacientes tenían disnea en clase funcional III al diagnóstico, 2 clase funcional II y 1 clase funcional I. La mediana del ProBNP basal fue de 796 ng/L (mín 404, máx. 7.957). Los hallazgos ecocardiográficos fueron: FEVI preservada en todos, derrame pericárdico en 4 pacientes y dilatación de aurícula D en 2 pacientes. En la tabla 1 se reflejan los principales valores del estudio hemodinámico. Los parámetros relacionados con test de la marcha y pruebas funcionales respiratorias se muestran en la tabla 2. En la estratificación de riesgo de mortalidad al año: 2 pacientes tenían riesgo bajo, 3 intermedio y 2 intermedio-alto. En cuanto al tratamiento, de los 3 pacientes grupo 1: dos están en triple terapia con tadalafilo, ambrisentán y selexipag (riesgo intermedio-alto y 1 en monoterapia con tadalafilo (riesgo bajo). La media de tiempo en tratamiento es de 1,73 ± 0,15 años. Solo en 2 pacientes tenemos datos hemodinámicos tras tratamiento, constatando estabilidad en uno de ellos (43) y mejoría en el otro (baja de 52 a 38); y en ninguno de los dos ha habido progresión clínica.

Conclusiones: La puesta en marcha del grupo de trabajo en nuestro hospital ha supuesto una mayor concienciación y formación de los profesionales sobre esta patología; además de una mayor agilidad en la realización de pruebas complementarias y en la instauración de tratamiento. Esto ha dado lugar a un aumento en la detección de HTP en nuestra Unidad donde hasta ahora los casos eran anecdóticos y el diagnóstico generalmente era en fases muy avanzadas. Por otro lado ha servido de ayuda para identificar áreas de mejora. De nuestra serie destacamos el hecho de que la HTP en las EAS aunque predominantemente tiene fenotipo de grupo 1, puede ser secundaria a patología cardíaca o incluso multifactorial, lo que condiciona la actitud terapéutica.

RC44. PRINCIPALES CAMBIOS DE TRATAMIENTO EN LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE DERMATOLOGÍA-REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Montserrat Bordoy Pastor, J. Bastidas, A. Darder, I. Ros, A. Vila, R. Taberner, L. López, S. Hernández, R. Faré y A. Juan

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Introducción: Existe un amplio abanico de tratamientos para el manejo de la artritis psoriásica (APs), gracias a la aparición de nue-

Tabla RC43

Tabla 1

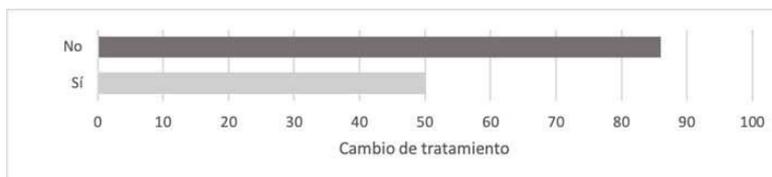
Paciente	Diagnóstico	PAPm	PEC	RVP	Definición HTP	Grupo
1	LES	33	12	7	Precapilar	5
2	ES limitada	32	20	4	Combinada	2
3	ES limitada	43	10	10	Precapilar	1
4	ES limitada	25	12	4	Precapilar	1
5	S Sjögren	52	11	16	Precapilar	1
6	ES limitada	36	17	4	Combinada	5
7	LES	36	18	5	Combinada	2

Tabla RC43

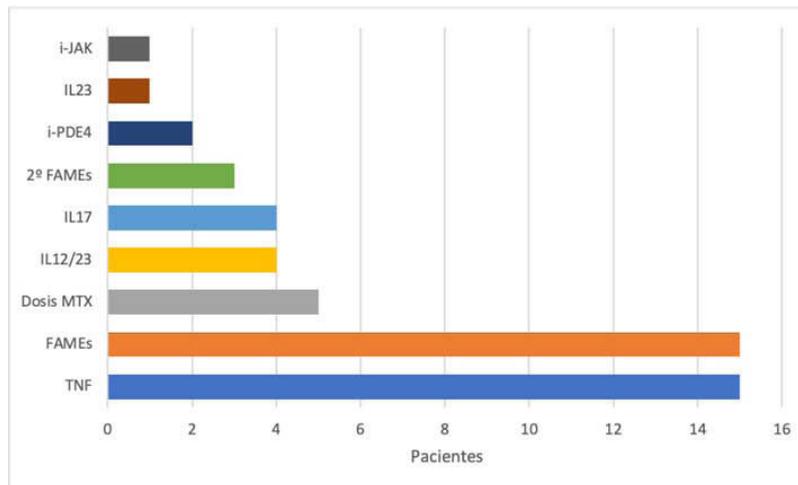
Tabla 2

Paciente	Sat O2 basal (%)	DLCO basal (%)	CVF basal	T6MM basal distancia	T6MM basal saturación final
1	96	17	92	330	87
2	98	190	62	219	79
3	95	45	66	442	82
4	100	80	102	596	99
5	97	48	79	378	94
6	99	52	81	720	60
7	99	*	*	*	*

*Imposibilidad para realizar pruebas funcionales respiratorias y T6MM.



RC44 Figura 1. Número de casos en los que se cambió el tratamiento.



RC44 Figura 2. Cambios de tratamiento realizados.

vos fármacos en la última década. La valoración de forma multidisciplinar entre dermatólogos y reumatólogos permite la optimización del tratamiento sistémico en pacientes con APs, con el objetivo de lograr la remisión sostenida de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Evaluar cuáles fueron los cambios terapéuticos realizados de forma multidisciplinar en la consulta Dermatología (DMT)-Reumatología (RMT) de nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de los pacientes con artritis psoriásica que acudieron a la consulta DMT-RMT del año 2014 al 2022. Se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo) y datos clínicos (diagnóstico de artritis psoriásica, cambio de tratamiento, fármacos utilizados). Del total de pacientes que acudieron a la consulta se seleccionaron aquellos con diagnóstico de artritis psoriásica y se analizó si tras la valoración conjunta se realizaron cambios en el tratamiento sistémico, así como cuáles fueron estos cambios en cada paciente.

Resultados: Del total de 238 pacientes valorados en la consulta DMT-RMT un 57% (136 pacientes) fueron diagnosticados de APs (63 hombres [46,32%] y 73 mujeres [53,68%]). De estos pacientes, el 64,71% fue derivado por RMT y el 35,29% por DMT. La edad media de los pacientes con APs fue 51,29 años (DE ± 12,23) y la edad media de aparición de la artritis fue de 44,76 años (DE ± 12,73). Se realizaron cambios en el tratamiento sistémico en un 36,23% (50 pacientes) de las visitas (fig. 1). Estos cambios fueron: en un 30% a Anti-TNF, en un 30% se inició un FAMEs (metotrexate, leflunomida), se aumentó la dosis de metotrexate en un 10% de los pacientes, se cambió a IL12/23 en un 8%, a IL17 en un 8%, se asoció un segundo FAMEs en un 6% de los casos, se cambió a apremilast en un 4%, a IL23 en un 2% y a i-JAK en un 2% (fig. 2). En un 26,47% de los pacientes con APs (36 pacientes) se realizaron cambios en el tratamiento tópico.

Conclusiones: El cambio de tratamiento más frecuente en los pacientes con APs que acudían a esta consulta fue a Anti-TNF y FAMEs (metotrexate, leflunomida) en idéntica proporción. El segundo cambio más frecuente fue aumentar la dosis de metotrexate, seguido del inicio de IL12/13 e IL17.

RC45. TABAQUISMO Y ALCOHOL EN FRACTURAS VERTEBRALES POR FRAGILIDAD: ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS?.

Nahir Angelina Montesino Delgado, J. Sacramento, M. Montesa y B. González

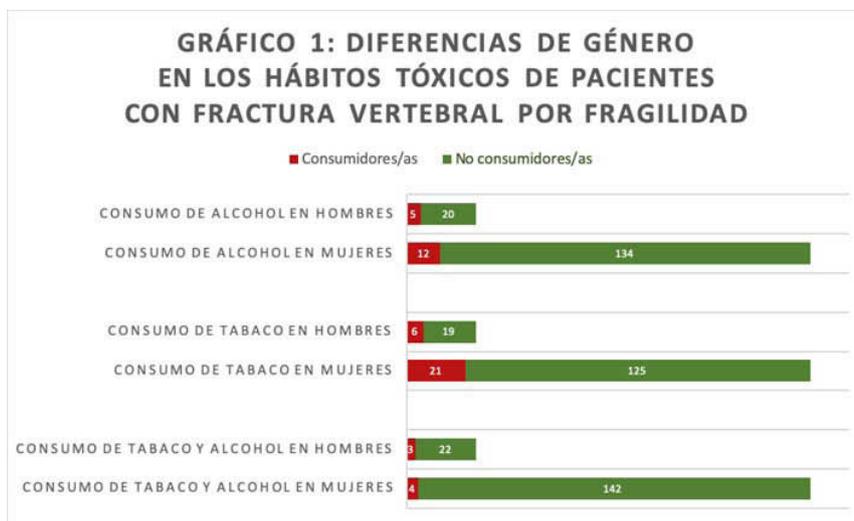
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Introducción: La osteoporosis es la patología responsable de la mayor parte de fracturas óseas después de los 50 años, solo en el 2019 se contabilizaron 285.000 fracturas en España, lo que conlleva a un incremento de los índices de morbilidad por el grado de discapacidad y baja calidad de vida que provocan, incrementando la mortalidad prematura y el gasto sanitario¹. Entre los factores de riesgo es bien sabido que los fumadores tienen el doble de riesgo de presentar una fractura que los no fumadores^{2,3}. Además, también hay una asociación positiva entre el consumo de alcohol habitual y el riesgo de desarrollar osteoporosis⁴, así como un incremento del riesgo de fractura mayor osteoporótica en pacientes que consumen tres o más unidades de alcohol al día⁵. Sin embargo, no hay estudios que evidencien si hay diferencias de sexos entre el consumo de estos tóxicos en pacientes que ya han sufrido una fractura vertebral por fragilidad.

Objetivos: Examinar si hay diferencias de género en los hábitos tóxicos, tanto tabaquismo como consumo de alcohol, en pacientes que han sufrido una fractura vertebral por fragilidad durante el año previo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, y unicéntrico. Se incluyen de manera consecutiva a pacientes ≥ 50 años atendidos desde enero 2017 hasta diciembre de 2023 que inician seguimiento en la Fracture Liaison Service (FLS) del centro por fractura vertebral por fragilidad reciente (durante el último año).

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes, 85,38% mujeres, con una edad media de 71,96 (± 9,03) años. El tiempo medio desde que acontece la fractura hasta la valoración fue de 152,12 (± 82,08) días. El 15,79% de los pacientes eran fumadores, 9,94% consumían alcohol (los hombres considerándolo a dosis > 20 g/día y las mujeres a > 10 g/día) y eran consumidores de ambos tóxicos el 7% de la muestra (fig.). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el hábito tabáquico ($\chi^2 = 1,48$, p-valor de



RC45 Figura

0,22, significativo si $p > 0,05$) ni en el consumo de alcohol ($\chi^2 = 3,30$, p -valor de 0,07). Sin embargo, sí que se obtuvo diferencias estadísticamente significativas cuando hombres y mujeres consumían ambos tóxicos ($\chi^2 = 4,66$, p -valor de 0,03).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con fracturas vertebrales por fragilidad los hombres tenían más probabilidades que las mujeres de ser fumadores y consumidores de alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kanis JA, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, McCloskey EV, Willers C, Borgström F. SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. Arch Osteoporos. 2021;16(1):82.
2. Wu ZJ, Zhao P, Liu B, Yuan ZC. Effect of Cigarette Smoking on Risk of Hip Fracture in Men: A Meta-Analysis of 14 Prospective Cohort Studies. PLoS One. 2016;11(12):e0168990.
3. Ampelas DG. Current and former smokers and hip fractures. J Frailty Sarcopenia Falls. 2018;3(3):148-54.
4. Cheraghi Z, Doosti-Irani A, Almasi-Hashiani A, Baigi V, Mansournia N, Etminan M, Mansournia MA. The effect of alcohol on osteoporosis: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2019;197:197-202.
5. Pasco JA, Anderson KB, Hyde NK, Williams LJ, Rufus-Membere P, Holloway-Kew KL. High Alcohol Intake in Older Men and the Probability of Osteoporotic Fracture According to the FRAX Algorithm. Nutrients. 2021;13(9):2955.

RC46. ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN VIDA REAL. SEGUIMIENTO A 4 AÑOS

Lorena Pérez Albaladejo¹, María Ramírez de la Torre¹, Luis Sarabia de Ardanaz¹, Francisco Javier Godoy Navarrete¹, Zahra Echei Fhafah¹ e Isabel Añón Oñate¹

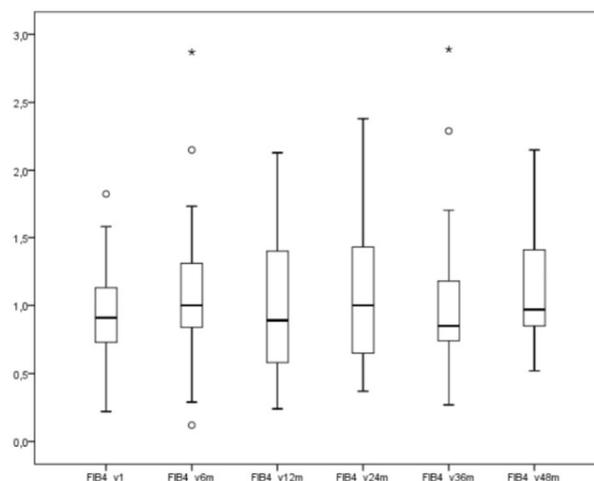
Complejo Hospitalario Universitario de Jaén.

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) es la enfermedad hepática crónica más común en países desarrollados. En pacientes con artritis psoriásica (APs) el vínculo común con esta enfermedad es el síndrome metabólico, originando un estado de inflamación que hace que exista un recambio de tejido hepático por tejido conectivo. Fármacos como metotrexato (MTX), considerados hepatotóxicos debemos utilizarlos con precaución en pacientes con riesgo de EHGNA pudiendo llegar a aumentar el desarrollo de enfermedad hepática.

Objetivos: Evaluar si el tratamiento con MTX en pacientes con APs aumenta el riesgo de desarrollar EHGNA.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo con pacientes con APs en tratamiento con MTX para evaluar la existencia de EHGNA mediante el índice serológico FIB-4. Se incluyeron 44 pacientes con APs en tratamiento con MTX en seguimiento durante 4 años. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas (hábito tabáquico, consumo de alcohol, índice de masa corporal (IMC), hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia), índices de actividad (DAPSA) y el índice FIB-4 (edad, plaquetas y transaminasas). Se realizó evaluación basal, a los 6, 12, 24, 36 y a los 48 meses.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes (18 mujeres y 26 hombres) con edad media 50,7 años \pm 11,9 y una media de IMC de 28,34 kg/m². Las características basales del estudio son: 4,5% consumían alcohol, 20,5% eran fumadores, 40,9% hipertensos, 18,2% diabéticos, 40,9% hipercolesterolemia y el 15,9% hipertrigliceridemia. El 100% de los pacientes presentaban artritis psoriásica periférica, el 2,3% axial y el 18,2% dactilitis. El 79,5% de los pacientes tenía actividad moderada según DAPSA 21,1 al inicio del tratamiento (tabla 1). Los resultados del test de Friedman indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las diferentes mediciones de los valores del FIB-4 ($p = 0,203$). En la tabla 2, se muestra la evolución de estos valores. Se puede apreciar una tendencia ascendente a lo largo del tiempo, que luego se estabiliza. En cuanto a la evolución de la clasificación de FIB-4 a lo largo del tiempo (basal, a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses) del tratamiento con MTX no presenta diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,375$) (fig.).



Evolución de la clasificación de FIB-4 a lo largo del tiempo.

Tabla 1. Características basales

	Media	Desviación típica
Edad (años)	50,7	11,96
IMC (kg/m ²)	28,34	4,95
ALT (U/L)	25,36	16,09
AST (U/L)	23,02	11,67
GGT (U/L)	36,81	26,84
FA (U/L)	83,79	26,27
Colesterol total (mg/dl)	189,5	50,53
Triglicéridos (mg/dl)	122,4	57,2
Plaquetas (μL)	284.754	76.762
Glucosa (mg/dl)	103,6	40,9
PCR (mg/L)	14,06	24,84
Nº articulaciones dolorosas	3,86	3,28
Nº articulaciones tumefactas	2,39	2,14
EVAp	6,28	1,43
DAPSA	21,11	7,62
Dosis MTX basal (mg/semana)	11,13	2,18

Índice de masa corporal (IMC), alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), gamma glutamiltransferasa (GGT), fosfatasa alcalina (FA), unidades por litro (U/L), miligramos por decilitro (mg/dl), miligramos por litro (mg/L), número (Nº), escala visual analógica paciente (EVAp), *disease activity for psoriatic arthritis* (DAPSA) y metotrexato (MTX).

Tabla 2. FIB-4 a lo largo del tiempo

	Media	Desviación típica	p
FIB-4 basal	0,95	0,41	
FIB-4 a 6 meses	1,13	0,67	0,688
FIB-4 a 12 meses	1	0,54	NP
FIB-4 a 24 meses	1,1	0,55	0,219
FIB-4 a 36 meses	1,1	0,65	0,289
FIB-4 a 48 meses	1,14	0,51	0,375

No procede el cálculo del test estadístico porque la estructura de la tabla no lo permite (NP).

Checklist

Aspectos a tratar por el médico en el tratamiento con Metotrexato



Al inicio del tratamiento

- * Aspectos propios del fármaco
 - Elección de vía de administración
 - Tiempo previsto para notar el efecto
- * Toxicidad
 - Necesidad de monitorización
 - Uso de ácido fólico concomitante
- * Otras indicaciones generales
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Embarazo

Durante el seguimiento

- * Confirmar dosis y pauta actuales
- * Evaluación global de la adherencia (Análisis de los aspectos comentados para mejorar la adherencia si fuese necesario)
 - Viajes
 - Eventos adversos
 - Dudas de administración
 - Otros
- * Reevaluar dosis y vía de administración
 - Ajuste de dosis
- * Prevención de efectos adversos
 - Toma de ácido fólico
 - Evaluación de los controles analíticos
- * Repaso del tratamiento concomitante para evaluar posibles interacciones
- * Contabilizar tiempo desde el inicio del tratamiento
- * Análisis de aspectos modificables
 - Abandono del tabaco
 - Consumo de alcohol
- * Evaluación de ansiedad y depresión
- * Dudas pendientes



Ofrecer (si existe posibilidad), el método de contacto con el servicio para la solución de posibles eventualidades.

RC47 Figura 1. Guion consulta.

Conclusiones: El tratamiento con MTX en pacientes con APs no parece predisponer a un mayor riesgo de desarrollar EHGNA.

RC47. EL METOTREXATO: USO, EXPERIENCIA, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

María Teresa Otón Sánchez¹, Loreto Carmona Ortells¹ y Jose Luis Andreu Sánchez²

¹InMusc (Instituto de Salud Musculoesquelética). Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

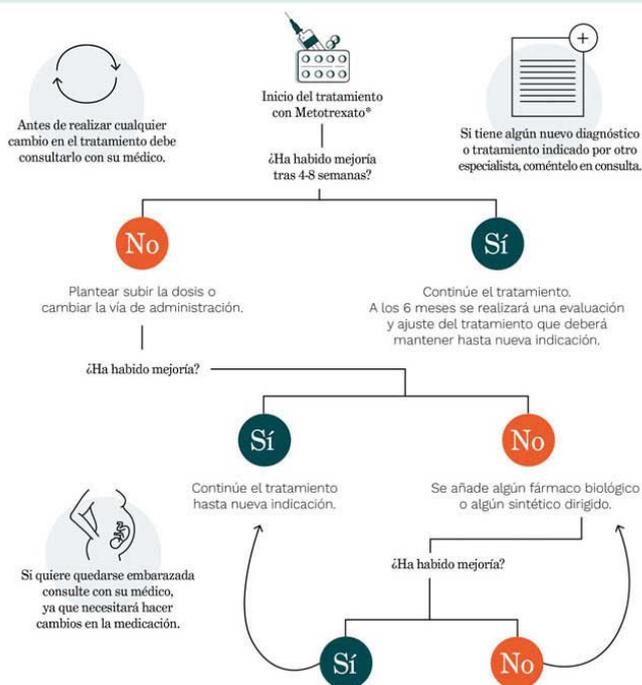
Introducción: El metotrexato (MTX) es el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) más utilizado en reumatología, por su efectividad para el control sintomático, el retraso en el daño articular, su bajo coste y su buen perfil de seguridad. Sin embargo, la adherencia y persistencia del MTX es muy variable, hasta el punto de que tras un año de la prescripción, la mitad de los pacientes con artritis reumatoide lo interrumpen. El objetivo general de este trabajo es conocer las necesidades no cubiertas de los pacientes con enfermedades reumáticas en referencia al tratamiento con MTX y sugerir posibles soluciones.

Métodos: Estudio de métodos mixtos que incluyó: una revisión sistemática de la eficacia y seguridad del MTX subcutáneo, así como su adherencia, un estudio cualitativo con tres grupos focales con pacientes con diversas enfermedades reumáticas en las que se usa MTX para investigar las barreras y facilitadores de la adherencia al MTX y una encuesta *online* para corroborar la validez de estos resultados. La información recabada se utilizó para diseñar materiales de apoyo cocreados con pacientes.

Tratamiento con Metotrexato

¿Qué puedo esperar de mi tratamiento?

Si nota mejoría en la inflamación, dolor y calidad de vida, es que el tratamiento está siendo efectivo para usted. Todo tratamiento requiere de un tiempo determinado para realizar su efecto sobre la enfermedad. En el caso del Metotrexato, la respuesta al tratamiento comienza a las 4 u 8 semanas. Si tras este tiempo no ha notado una mejoría, su médico cambiará la estrategia para encontrar el tratamiento adecuado.



*Además del tratamiento con MTX puede necesitar otros tratamientos complementarios como los corticoides.

RC47 Figura 2. Itinerario.

Metotrexato

Pautas / Recomendaciones generales

- Administración oral 1 vez a la semana. Se tomarán todos los comprimidos en el mismo día.
- Se debe evitar abuso de alcohol y realizar un consumo moderado de cafeína.
- Los pacientes sometidos a terapia deben ser sometidos a una supervisión adecuada y regular.

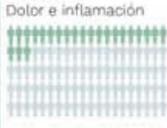
Respuesta al tratamiento



Se puede esperar tras unas 4-8 semanas.

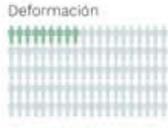
Eficacia

Dolor e inflamación



Reducción de dolor e inflamación en **23 de 100 pacientes.**

Deformación



9 de 100 pacientes no empeoran radiográficamente.

Calidad de vida



39 de 100 pacientes consiguen realizar tareas diarias al menos un 20% mejor que antes.

Contraindicaciones

No apto para pacientes con infecciones graves, agudas o crónicas, como tuberculosis, VIH u otros síndromes de inmunodeficiencia.

Fertilidad, embarazo y lactancia

El metotrexato está contraindicado durante el embarazo.

El embarazo durante el tratamiento y hasta seis meses después supone el riesgo de efectos nocivos para el desarrollo del bebé.

Puede disminuir la fertilidad (tanto en hombres como en mujeres), aunque estos efectos parecen ser reversibles tras la interrupción del tratamiento en la mayoría de los casos.

Se debe interrumpir la lactancia antes y durante la administración.

Fuentes

https://www.cochrane.org/CD000957/MUSKEL_methotrexate-for-treating-rheumatoid-arthritis
<https://www.medicines.org.uk/emc/product/5443/smpe#COMPOSITION>

Efectos adversos

10 de cada 100 personas

- Boca inflamada, dolorida y/o presencia de úlceras bucales
- Náuseas
- Pérdida de apetito
- Indigestión y dolor abdominal
- Pruebas de función hepática anormales

1 de cada 100 personas

- Diarrea
- Leucopenia
- Anemia
- Recuento bajo de plaquetas

- Dolor de cabeza
- Fatiga
- Somnolencia
- Neumonía
- Alveolitis

- Exantema
- Eritema
- Prurito

RC47 Figura 3. Hoja información metotrexato.

Resultados: Encontramos que el MTX subcutáneo presenta un perfil de seguridad y eficacia adecuado, con un nivel de adherencia variable, aunque la falta de un criterio estandarizado para la medida de adherencia dificulta su valoración. Los grupos focales permitieron identificar barreras: 1) relacionadas con el medicamento, 2) relativas a la relación médico-paciente, 3) del entorno social y 4) relacionadas con aspectos prácticos de la administración del fármaco. En todo caso era posible identificar soluciones para ayudar a mejorar la adherencia, incluyendo la información de calidad, especialmente sobre los eventos adversos, el papel del entorno y la toma de decisiones compartida. La encuesta online corroboró las barreras identificadas y permitió concluir, entre otros, que los pacientes en tratamiento con MTX por enfermedades reumáticas autoinmunes demandan información escrita o en línea de mejor calidad que la que se ofrece actualmente en sus clínicas y orientación sobre opciones y pasos en el camino de su tratamiento a largo plazo.

Conclusiones: Los pacientes demandan información del MTX de calidad y relevante para su día a día, que ayuden a la toma de deci-

siones compartidas y a entender el tratamiento a largo plazo y los problemas que pueda traer. En las figuras anexas se ofrecen materiales que pueden ayudar en este sentido.

RC48. EVENTOS ADVERSOS REUMATOLÓGICOS EN PACIENTES CON INMUNOTERAPIA

Íñigo González Mazón, Carmen Secada-Gómez, Adrián Martín-Secada y Ricardo Blanco

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Los eventos adversos inmunomediados (irAEs) reumatológicos se observan en aproximadamente el 10% de los pacientes en tratamiento con inhibidores de los *checkpoints* inmunológicos (ICIs). El aumento de estos tratamientos oncológicos en los últimos años hace que estos eventos sean cada vez más frecuentes y los reumatólogos deben conocer el amplio espectro de presentaciones clínicas, así como el manejo de los mismos.

Tabla RC48

	Artralgia	Artritis	PMR	Dactilitis	Vasculitis
n	10	12	2	1	1
Fármaco ICI (n)	Pembrolizumab (6), nivolumab (3), atezolizumab (1), ipilimumab (1)	Pembrolizumab (6), nivolumab (3), atezolizumab (1), ipilimumab (1), CT (1)	Avelumab (1), pembrolizumab (1)	EC (1)	Nivolumab (1)
Monoterapia (n)	9	10 ± 1 (EC)	2	0 ± 1 (EC)	1
Combinado (n)	1	1 ± 1 (EC)	0	0 ± 1 (EC)	0
Neoplasia (n)	Pulmón (6), melanoma (3), colon (1)	Pulmón (4), melanoma (3), riñón (3), gástrico (1), esófago (1)	Vejiga (1), colon (1)	Esófago (1)	Pulmón (1)
Tiempo hasta irAE (media semanas ± DE)	30,0 ± 27,1	20,8 ± 16,1	9,5 ± 0,7	10 ± 0	24 ± 0
Enfermedad autoinmune previa (n)	0	Psoriasis (1) Artritis psoriásica (1)	0	0	0
Autoanticuerpos (n)	Antitiroglobulina (2) Antiperoxidasa tiroidea (1)	ANA (2), FR (1), ACPA (1), anti-Scf70 (1), anti-Ro52 (1)	0	ANA (1)	Anti-β2GPI (1)
PCR mg/dl (media ± DE)	0,5 ± 0,3	8 ± 6,9	5,7 ± 5,6	0,2 ± 0	0,4 ± 0
Tratamiento de IrAE (n)	AINE (7)	AINE (2), GC (12), infiltración GC(1)	GC (2)	AINE, Infiltración GC	Retirada ICI
Retirada ICI (n)	0	Temporal (2), Definitiva (2)	0	0	Temporal (1)
Otras irAEs (n)	Tiroides (5), rash (3), colitis (1), neumonitis (1)	Tiroides (5), colitis (2), esofagitis (1), hepatitis (1), psoriasis (1), vitiligo (1)	Tiroides (1)	Tiroides (1)	Colitis (1)

Objetivos: Estudiar los diferentes irAEs reumatológicos en una cohorte de un hospital universitario.

Métodos: Es una cohorte de 26 pacientes de un único centro de pacientes que han desarrollado cualquier tipo de irAE reumatológica tras al menos una dosis de ICI (anti PD-1, anti PD-L1 o anti CTLA-4) entre enero 2016 y diciembre 2022. Analizamos los diferentes tipos de neoplasia, parámetros analíticos (incluyendo inmunoterapia), irAEs concomitantes y su tratamiento.

Resultados: En tabla se resumen la frecuencia de las diferentes irAEs reumatológicas. Se observaron artritis (n = 12), artralgiyas inflamatorias (10), polimialgia reumática (PMR) (2), dactilitis (1) y vasculitis (1), las cuales aparecieron tras un tiempo medio de 27,9 ± 21,9 semanas de tratamiento. En el grupo de artritis, 8 pacientes presentaron un patrón tipo artritis reumatoide, 3 un patrón tipo artritis psoriásica (APs) (1 paciente hizo un brote de APs diagnosticada previamente, 1 paciente tenía antecedente de psoriasis y 1 paciente hizo artritis con dactilitis) y 1 un paciente hizo un primer episodio de gota (confirmado por MOLP). Los 2 pacientes con PMR cumplían criterios EULAR/ACR, incluyendo bursitis subdeltoidea bilateral y tenosinovitis bicipital confirmado por ecografía. El paciente con vasculitis presentó una inflamación de la aorta torácica y TSA confirmado por PET tras 24 semanas de tratamiento, lo cual desapareció en un PET de control tras retirada temporal de nivolumab, el cual pudo reintroducirse posteriormente sin nuevos episodios de vasculitis. Los 2 pacientes que tenían diagnóstico de una enfermedad autoinmune previa (psoriasis y APs) tuvieron un brote de su enfermedad. En todos los pacientes se hicieron pruebas inmunológicas. Ninguno de los pacientes con artralgiyas (n = 10) tuvo positividad para anticuerpos reumatológicos. 2 pacientes con artritis presentaron ANA+ y 1 paciente presentó positividad para FR, ACPA, anti-Scl70 y anti-Ro52 sin manifestaciones de esclerodermia o afectación pulmonar. 15 pacientes recibieron tratamiento con corticoides (2 de ellos en forma de infiltración local) y 10 pacientes recibieron AINE. Ningún paciente recibió cs/bFAMES para el tratamiento de las irAE reumatológicas y en 5 pacientes fue necesaria la suspensión del tratamiento con ICIs. La mayoría de los pacientes presentaron otros irAEs no reumatológicos asociados, siendo especialmente frecuente la afectación tiroidea (n = 12, 46,2%).

Conclusiones: En este estudio, la artritis fue el irAE reumatológico más frecuente. El tiempo medio de tratamiento hasta la aparición de un irAE reumatológico fue de 27,9 ± 21,9 semanas y la mayoría de los pacientes tuvieron otros irAEs asociados.

RC49. SALUD EMOCIONAL, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

Sandra Ros Abarca¹, Raquel Almodóvar², Ricardo Ruiz-Villaverde³, Marta García-Bustínduy⁴, Blanca Madrid⁵, Santiago Alfonso⁶, Emilio Monte⁷, Nuria Gálvez⁸, Paola Morán⁹ y Miquel Ribera¹⁰

¹Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Hospital Fundación Alcorcón. ³Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Acción Psoriasis. Barcelona. ⁷Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁸Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁹Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. Leganés. ¹⁰Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La artropatía psoriásica es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y su abordaje debe contar con la participación del propio paciente. El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de personas con psoriasis cutánea y artropatía psoriásica residentes en España sobre la gestión emocional de la enfermedad, detectar necesidades no

cubiertas e identificar estrategias para paliar sus consecuencias en la salud emocional.

Métodos: Un cuestionario estructurado en formato electrónico con preguntas cerradas, elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales (reumatología, dermatología, psicología, enfermería, farmacia hospitalaria y atención primaria), enviado a través de canales digitales por la asociación de pacientes Acción Psoriasis a sus socios y seguidores. Se abordaron aspectos de salud emocional y reproductiva, implicaciones sociolaborales y la utilización de recursos relacionados con el manejo emocional de la psoriasis y la atención psicológica. Se indagó por las preguntas formuladas por profesionales sanitarios a los pacientes en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento y las sensaciones de los pacientes durante la visita médica. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas recogidas.

Resultados: Se analizaron 746 cuestionarios (69,6% mujeres; edad mediana de 46 años). El 87,1% de los pacientes consideró que la psoriasis afectó a su estado de ánimo, el 71,2% a su carácter, el 74,9% a su autoestima y el 52,1% a su vida social. Al 75,6% le causó ansiedad, al 75,9% tristeza/depresión, al 78,1% estrés, al 71,1% alteraciones del sueño. El 59,5% de los encuestados consideró no tener suficiente información sobre el manejo emocional de la psoriasis. El 73,6% de los encuestados contestó no haber recibido ningún material informativo relacionado con la psoriasis y el 86,2% no haber recibido recomendaciones acerca de cómo afrontar su malestar emocional.

Conclusiones: En general, los pacientes consideraron que la psoriasis y la artropatía psoriásica tiene una elevada repercusión en su bienestar y su calidad de vida, mostrando una importante afectación en el área emocional e incluso en el área reproductiva y sin embargo valoraron que esta afectación no se tuvo suficientemente en cuenta por parte de los profesionales sanitarios, probablemente por falta de formación, tiempo de visita y otros recursos en Salud Mental.

RC50. TELEFORMACIÓN UTILIZANDO UNA PLATAFORMA DE VIDEOCONFERENCIA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y FOMENTAR LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA: EXPERIENCIA DE 7 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

Guillermo González Arribas, Diego Dios Santos, Carmen San José Méndez, Bruno de Aspe de la Iglesia, Antonio Atanes Sandoval, Francisco Blanco García, Mercedes Freire González, Jenaro Graña Gil, Carlos López Fernández, Ana Lois Iglesias, Natividad Oreiro Villar, Jose Antonio Pinto Tasende, Clara Ventín Rodríguez, María Teresa Silva Díaz, Begoña Carballal Platas y Francisco Javier de Toro Santos

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: La videoconferencia proporciona una nueva manera sencilla de conectar a los profesionales sanitarios más allá de las salas de sesiones. Es una situación cada vez más frecuente en nuestro ámbito profesional y una manera sencilla de resolver la comunicación entre reumatólogos de un mismo servicio que trabajamos en diferentes consultas dispuestas en varios centros con la dificultad de coincidir en una misma sala de sesiones para compartir o debatir problemas. Además, permite al equipo médico conectarse con un experto en un tema de otro servicio o centro sin necesidad de desplazarse. Presentamos los resultados de una actividad formativa desarrollada en nuestro servicio mediante una plataforma de videoconferencia a lo largo de 7 años.

Objetivos: Resolver el problema de comunicación, formación continuada e interacción entre profesionales de nuestro servicio de reumatología que trabajamos en diferentes artilugios asistenciales usando una plataforma de teleconferencia.

Métodos: En nuestra área sanitaria tenemos que atender varias consultas y artilugios asistenciales en varios hospitales y centros de espe-

cialidades que provoca la dispersión de los profesionales. Desde noviembre de 2015 utilizamos una plataforma de teleconferencia para facilitar la comunicación, las actividades docentes y formativas de forma complementaria a las presenciales que hacemos en el servicio. Las sesiones mediante videoconferencias las iniciamos con una periodicidad de una a la semana hasta hacerlas diarias con la pandemia del Covid. En la actualidad hacemos 4 mediante teleformación y una presencial semanal. Utilizamos el ordenador, tableta o móvil. Comienzan a las 8:15 y con una duración de 30 minutos para permitir debate posterior hasta las 9:00 h. Los temas son encargados con anterioridad (revisiones de artículos, conclusiones de congresos, presentación de casos problema, sesiones con profesionales de otros servicios y de otros hospitales). El ponente comparte la pantalla del ordenador con los demás para mostrar una presentación y debatir los puntos claves mediante un debate posterior o chat. La videoconferencia puede grabarse para repasar las sesiones en el futuro o hacerlas llegar a otras personas que no pudieron asistir.

Temática	Porcentaje
Reumatología clínica: guías, fisiopatología, clínica, metrología, técnicas complementarias, tratamientos	54,2%
Reumatología básica y aplicada, inmunología básica	16,3%
Metodología de la investigación y revisiones bibliográficas	14,3%
Gestión interna y seguridad de pacientes	8,2%
Resolución de casos clínicos	3,1%
Otros: nuevas tecnologías, inteligencia artificial, bioética	3,9%

Resultados: Se han realizado de forma semanal, ininterrumpida, excepto en los períodos de vacaciones una sesión semanal. En total, desde noviembre de 2015 hasta diciembre de 2019 se han realizado un total de 369 sesiones, con una media de 14 médicos asistentes por sesión. El 24,8% de los ponentes eran de otros servicio u hospitales. En la época Covid se realizaron un total de 69 sesiones que representan

el 18,7% de todas las hechas en estos 7 años. Una encuesta anónima entre los asistentes apunta que la videoconferencia es una buena alternativa como herramienta docente-formativa (4,4 sobre 5 puntos), y con 4,25 el interés de las sesiones realizadas. La temática ofertada en las diferentes sesiones queda reflejada en la tabla.

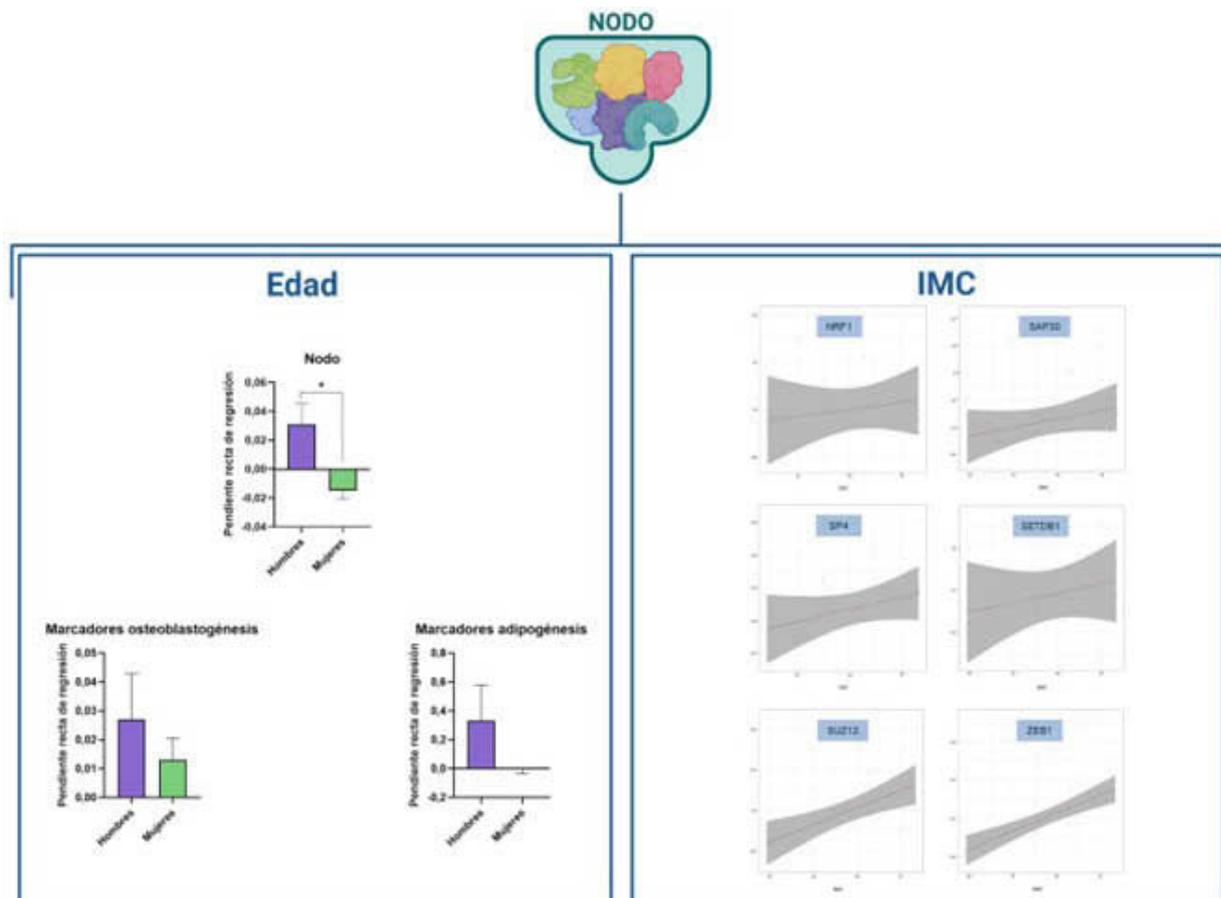
Conclusiones: Las plataformas de videoconferencia resuelven de forma sencilla los problemas de comunicación derivados de la dispersión de los profesionales sanitarios y facilitan la formación y docencia en una unidad docentes. Además, facilita las sesiones con expertos en un tema de otro servicio o centro sin necesidad de desplazarse. La pandemia del COVID-19 facilitó el despegue del número de sesiones mediante teleconferencia. El nivel de satisfacción de los médicos es alto.

RC51. ALTERACIONES ÓSEAS: UN NUEVO NODO DE FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN IMPLICADO EN LA ADIPOSIDAD ÓSEA

Ana Alonso Pérez, Maria Guillan-Fresco, Eloi Franco-Trepas, Maria Piñeiro-Ramil, Miriam López-Fagundez, Andrés Pazos-Perez, Verónica López, Alberto Jorge-Mora y Rodolfo Gómez

Grupo de Patología Musculoesquelética. Laboratorio 18. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña.

La adiposidad ósea se ha asociado a una mala calidad ósea, y, por tanto, a un aumento de la fragilidad ósea. Esta condición se ha encontrado en situaciones fisiopatológicas como el envejecimiento o la osteoporosis. No solo en patologías típicamente relacionadas con un catabolismo óseo, la adiposidad ósea se encuentra también alterada en patologías reumáticas crónicas como la artritis reumatoide. La ruptura del equilibrio adipogénesis-osteoblastogénesis a



RC51 Figura. Un nodo de factores de transcripción se ha relacionado con la adiposidad ósea.

favor de la diferenciación adipocítica es uno de los factores clave de la adiposidad ósea patológica. Este balance está regulado por factores de transcripción (FTx) cuya actividad está regulada epigenéticamente, principalmente a través de la metilación del ADN. De hecho se han propuesto los FTx se han propuesto como dianas terapéuticas o marcadores de enfermedad. En trabajos previos del grupo se han identificado FTx potencialmente relacionados con la osteoblastogénesis y, por tanto, con el balance osteoblasto-adipocito. Los objetivos de este trabajo son: (1) Estudiar la expresión de los FTx relacionados con los cambios de metilación en hueso y cuerpo de Hoffa. (2) Estudiar la relación de los FTx en situaciones con la adiposidad ósea alterada. La expresión de FTx en muestras de hueso y Hoffa se determinó por RT-qPCR, y se correlacionó con la expresión de genes marcadores osteoblastogénicos y adipogénicos. Seguidamente se relacionó su expresión en hueso con situaciones fisiológicas donde se encuentra alterada la adiposidad ósea como el envejecimiento o un aumento de la adiposidad corporal. Se identificaron los FTx NRF1, SAP30, SETDB1, SP4, SUZ12 y ZEB1 como potencialmente regulador del equilibrio de diferenciación osteoblasto-adipocítica ($p < 0,05$, $r > 0,5$). En muestras óseas humanas se identificaron diferencias relacionadas con el sexo en su expresión durante el envejecimiento, y se correlacionó su expresión con un aumento del índice de masa corporal (IMC) ($p < 0,05$) (fig.). El nodo de FTx formado por NRF1, SAP30, SETDB1, SP4, SUZ12 y ZEB1 se ha relacionado con el envejecimiento y la obesidad y, por tanto, con la adiposidad ósea.

RC52. ESTUDIO DE RESPUESTA VACUNAL Y SEROCONVERSIÓN COVID EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

Arturo Llobell Uriel, J. Calvet, S. García-Cirera, E. Costa, A. García-Pinilla, C. Galisteo y J. Gratacós

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

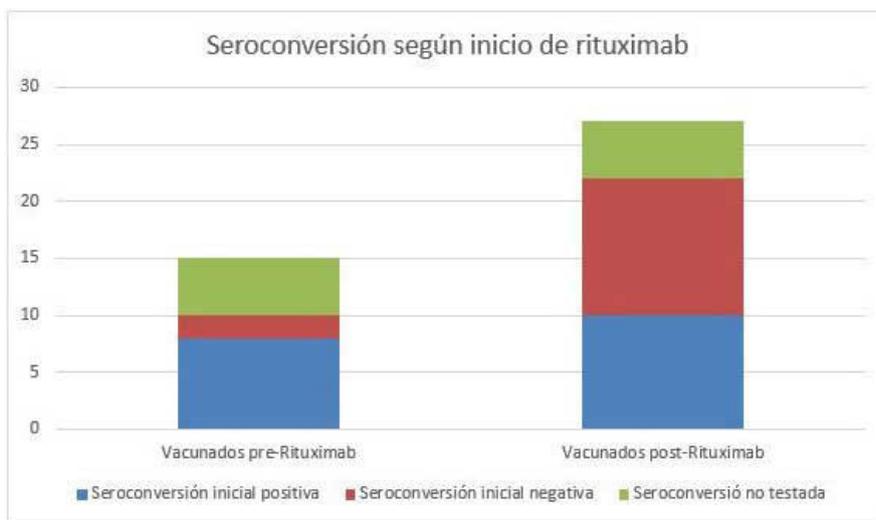
Introducción: El rituximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD-20, con efecto en linfocitos B e inmunidad humoral, es un fármaco con amplio uso en patologías autoinmunes y reumatológicas refractarias. Este tratamiento afecta la respuesta vacunal al alterar la síntesis de inmunoglobulinas y la memoria inmunológica, por lo que los pacientes presentan un mayor riesgo de morbimortalidad por infecciones, y peores tasas de respuesta vacunal. En el caso de la infección por SARS-CoV-2, se ha comprobado una mayor mortalidad en este tipo de pacientes, así como menor proporción de respuesta a la vacuna.

Objetivos: Analizar la respuesta vacunal frente a SARS-CoV-2 en pacientes con patologías reumatológicas tratados con rituximab, analizando la respuesta tras una cuarta dosis, el tratamiento con tixagevimab/cilgavimab (Evusheld), y/o si ha sufrido la infección.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes del Servicio de Reumatología del Hospital Parc Taulí, que han recibido rituximab para el tratamiento de su patología autoinmune, que ha realizado la pauta de vacunación frente a SARS-CoV-2, además de tratamiento con Evusheld en algunos de ellos y en los que se han cuantificado los títulos de anticuerpos antiproteína S de SARS-CoV-2 (respuesta vacunal) y la positividad frente a anticuerpos antiproteína N de la nucleocápside de SARS-CoV-2 (respuesta a infección) en al menos una ocasión.

Resultados: De los 42 pacientes que recibieron rituximab, 38 de ellos realizaron la pauta de vacunación completa (primera dosis, booster y tercera dosis). 15 pacientes recibieron la vacuna previa al inicio del rituximab: 7 mostraron seroconversión (47%). De los 15, 9 presentaron infección por COVID: 3 infección moderada o grave (33%, ninguno con pauta completa de vacunación, y 2 con estudio de seroconversión, negativa), y 6 infección asintomática o leve (66%, 4 con estudio de seroconversión, positiva en los 4). 27 pacientes recibieron la vacuna tras el inicio del rituximab, estudiándose la respuesta vacunal en 22 de ellos: 8 con respuesta vacunal (36%). De estos 22, 18 presentaron infección por COVID: 8 con infección moderada o grave (44%, 7 con estudio de seroconversión, con respuesta negativa), y 10 con infección asintomática o leve (56%, 8 con estudio de seroconversión, positiva en solo 2 de ellos) (figs. 1 y 2). Se hizo seguimiento de seroconversión en 19 de los 27 pacientes que recibieron vacuna posrituximab (5 recibieron una cuarta dosis y 12 recibieron Evusheld previo a la segunda determinación de anticuerpos): 13 pacientes (68%) positivaron la respuesta de anticuerpos frente a vacuna (3 además, con respuesta a infección), 3 mantuvieron la positividad (16%), 3 mantuvieron la negatividad (16%, de estos 3, 2 con enfermedad grave, ninguno tratado con Evusheld) (fig. 3).

Conclusiones: La respuesta serológica a la vacuna del SARS-COV-2 está afectada por el efecto en los linfocitos B y la inmunidad humoral en los pacientes que reciben rituximab, con seroconversión en menor proporción en aquellos vacunados durante el tratamiento frente a los vacunados previamente. Así mismo, estos pacientes vacunados tras recibir rituximab presentan riesgo aumentado de sufrir una infección COVID grave o muy grave, sobre todo en aquellos con seroconversión negativa. Finalmente, la administración de una cuarta dosis de vacuna o el tratamiento con Evusheld favorecen la seroconversión en posteriores determinaciones en pacientes seronegativos y evitan infección de mayor gravedad.



RC52 Figura 1. Seroconversión según inicio de rituximab respecto a vacuna COVID.

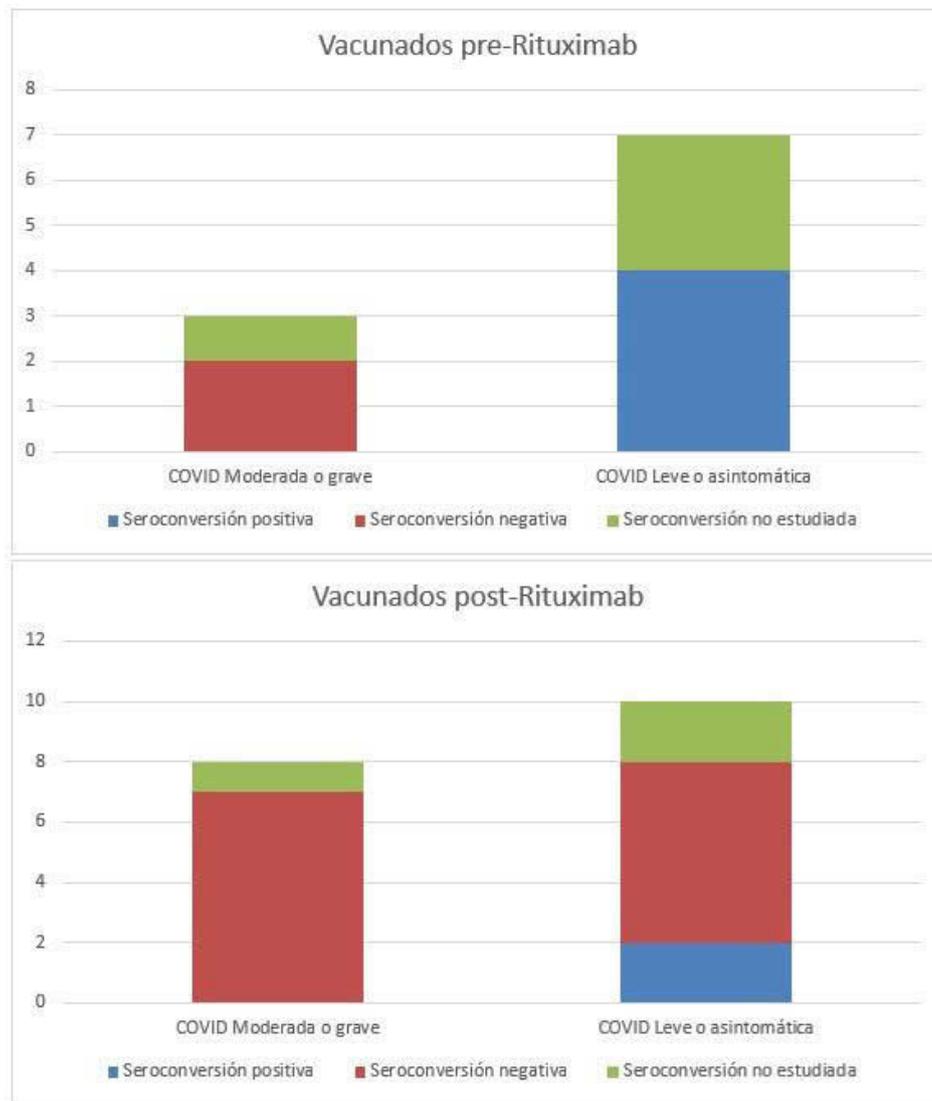


Figura 2. Gravedad de infección COVID y seroconversión según inicio de rituximab respecto a vacuna COVID.

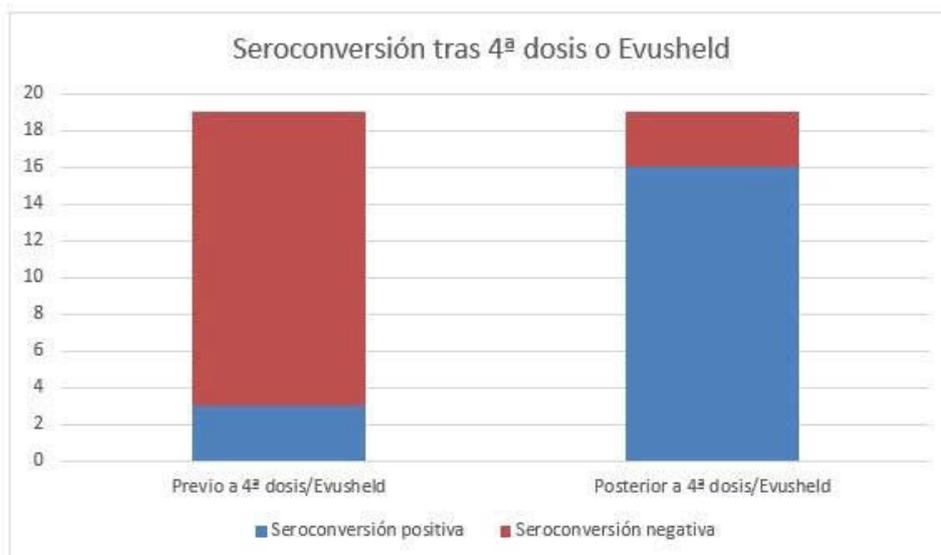


Figura 3. Seroconversión tras 4ª dosis de vacuna o tratamiento con Evusheld.

RC53. ACEPTACIÓN DE LA TERAPIA MULTICOMPONENTE EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Alba García Pinilla¹, A. Álvarez-Costa², J. Calvet¹, A. Berenguer-Llgero³, C. Orellana¹, N. Noemí¹, S. García-Cirera¹, E. Costa¹, A. Llobell¹, M. Cabanilles¹ y J. Gratacós¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT). (UAB). Sabadell.

²Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT).

(UAB). Sabadell. ³Departamento Bioestadístico y Bioinformático de Reumatología. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT). Sabadell.

Introducción: La fibromialgia (FM) es una entidad crónica muy prevalente, afecta entre el 2% y el 4% de la población, llegando hasta el 20% en algunas series. Comporta una gran comorbilidad, pudiendo llegar a afectar a múltiples niveles (esfera emocional, mental y actividad física), hasta ser incapacitante en un 10-25% de los pacientes. 1) Su multidimensionalidad hace que sea una patología compleja de abordar, no disponiendo actualmente de un tratamiento específico y requiriendo la colaboración de diferentes disciplinas sanitarias. Consecuentemente, en los últimos años, se están poniendo en valor los beneficios de intervenciones multicomponentes combinando diferentes terapias. 2) Un hospital cercano a nuestro territorio (Hospital Universitario Vall d'Hebron) ha aplicado un programa multicomponente con éxito.

Objetivos: Evaluar la aceptación de un programa de terapia multicomponente en pacientes con Fibromialgia en nuestra área sanitaria.

Métodos: Estudio piloto longitudinal iniciado en mayo del 2022 dónde se incluyeron 10 pacientes de un Hospital Universitario de tercer nivel. Se realizaron los siguientes cuestionarios antes y después de la realización del programa: Escala Visual Analógica (EVA) para el dolor y la fatiga, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) y Índice Combinado de Afectación en pacientes con Fibromialgia (ICAF). El último índice se utilizó para formar grupos de terapia equilibrados según algoritmos creados a partir de los diferentes aspectos evaluados (físico, emocional, afrontamiento pasivo, afrontamiento activo y total). El programa de terapia multicomponente se compuso de 4 módulos (terapia cognitivo conductual, educación en neurociencia del dolor, ejercicio físico terapéutico y entrenamiento de *mindfulness*) y se realizó por una profesional en fisioterapia y psicología. Se presenta un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Se estudiaron un total de 10 mujeres con edades entre 44 y 58 años. De forma relevante, destacamos que las 10 pacientes incluidas completaron el 93% de las sesiones del programa; lo que significa un elevado grado de cumplimiento. Al evaluar las variables descriptivas antes y después de aplicar la terapia multicomponente, no se observaron cambios estadísticamente significativos en los cuestionarios FIQ, EVA para el dolor y la fatiga y el TSK, pero sí que se observó una mejoría estadísticamente significativa ($p = 0,02$) en las respuestas del PHQ-9 (mejoría de 2,5 puntos) y del IPAQ (aumento significativo en el número de METs semanales) de las pacientes con FM antes y después del programa multicomponente. Además de mejorar también la capacidad de afrontamiento activo (ICAF4) de manera estadísticamente significativa (p -valor = 0,001, 1,1 puntos), aunque no el valor del ICAF total (tabla).

Conclusiones: El programa de terapia multicomponente ha evidenciado un alto grado de aceptación y seguimiento, mejorando las puntuaciones de los cuestionarios PHQ-9 e IPAQ y la capacidad de afrontamiento activa de las pacientes con fibromialgia.

Descripción de las variables analizadas pre y postterapia multicomponente

	Puntuaciones iniciales	Diferencias pre y post terapia multicomponente	p
FIQ	79,91 (56,16, 92,80)	0,22 [-5,87, 6,32]	0,93183
PHQ-9	21,50 (14,00, 25,00)	-2,46 [-4,94, 0,02]	0,021705
IPAQ	423,00 (0,00, 1152,00)	994,58 [-17,20, 2006,37]	0,022684
ICAF total	36,38 (26,60, 45,71)	0,98 [-2,85, 4,81]	0,55479
ICAF 1	13,75 (11,00, 15,50)	-0,16 [-1,12, 0,81]	0,70389
ICAF 2	24,50 (14,20, 34,00)	2,62 [-1,09, 6,33]	0,10195
ICAF 3	6,45 (4,30, 7,10)	-0,34 [-0,78, 0,09]	0,068848
ICAF4	6,90 (6,40, 8,60)	1,12 [0,32, 1,91]	0,0011884

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9. IPAQ: International Physical Activity Questionnaire; evaluado por METs. ICAF total: índice combinado de afectación en pacientes con fibromialgia. ICAF1: aspecto físico. ICAF2: aspecto emocional. ICAF3: capacidad de afrontamiento pasivo. ICAF4: capacidad de afrontamiento activo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Gutiérrez B, Jover Jover JA. Fibromialgia. Otros síndromes dolorosos generalizados. PDR. SER 2019.
2. Serrat M. et al. Phys Ther. 2021;101(12):pzab200.

RC54. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL TIPO DE PACIENTE QUE SE PUEDA BENEFICIAR MÁS DEL ESCALADO DE DOSIS CON SECUKINUMAB?

Uxue Astigarraga Urquia¹, Marta López i Gómez², Irene Piñeiro¹, Libe Ibarrola Paino¹, Javier Mendizábal¹, Guillen Sada Urmeneta¹, Natividad del Val del Amo¹, Inmaculada Paniagua Zudaire¹, Laura Garrido Courel¹, Loreto Horcada¹, Ricardo Gutiérrez¹ y Concepción Fito Manteca¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital Universitario de Álava.

Introducción: El secukinumab (SEC) es un fármaco biológico inhibidor de la IL17 con dos dosis aprobadas en la espondiloartritis axial (EspAax), 150 mg y 300 mg. La aprobación en ficha técnica de la dosis de 300 mg en EspAax se obtuvo en el estudio MEASURE 3 donde se mostró la eficacia de la dosis de 300 mg de SEC para el control de la EspAax sin diferencias en la seguridad con la dosis de 150 mg.

Objetivos: Describir el perfil de paciente con EspAax que obtiene mayor beneficio del escalado de dosis de 150 a 300 mg de SEC.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional longitudinal retrospectivo en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de EspAax que cumplían la clasificación ASAS. Se incluyeron en el estudio 42 pacientes tratados con SEC entre 2016 y 2022 en el servicio de reumatología de un hospital terciario, un único centro. Se dividieron los grupos según aquellos que con dosis de 150mg se controlan, aquellos que requieren escalado a 300 mg y sí que se controlan, y aquellos que requieren escalado a dosis de 300 mg y no se controlan.

Resultados: Se analizaron 42 pacientes con EspAax que iniciaron tratamiento con SEC a dosis de 150 mg mensual. Los 42 pacientes se dividieron en 3 grupos: aquellos que con dosis de 150 mg se controlan (17 pacientes), aquellos que requieren escalado a 300 mg y sí que se controlan (14 pacientes), y aquellos que requieren escalado a dosis de 300 mg y no se controlan (11 pacientes). La mediana de meses de tratamiento con SEC en cada uno de los grupos fue de 30,8 (IQR 14,9-39,0), 28,0 (IQR 13,5- 39,2), 12,0 (IQR 6,6-20,1). Se objetivó una tendencia a realizar un cambio más precoz a otra línea de tratamiento una vez ya se ha escalado la dosis a 300 mg. La edad al diagnóstico y al inicio del tratamiento fue similar en ambos grupos. Además, se analizaron las características de síndrome metabólico, comorbilidades asociadas y características basales de la enfermedad, sin embargo no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres grupos (tabla). Se objetivó que el número de biológicos previos era ligeramente superior en el grupo que pese al escalado no se controló.

Tabla 1: características basales separadas por grupos

Dependiente: dosis	Control 150 mg (17 pacientes)	Control 300 mg (14 pacientes)	No control con 300 mg (11 pacientes)	p
Nº biológicos previos (IQR)	1,0 (1,0 a 2,0)	1,0 (1,0 a 2,2)	2,0 (1,0 a 3,0)	
Mujer	10	8	5	
Meses tratamiento con SEC, mediana (IQR)	30,8 (14,9-39)	28 (13,5-39,2)	12 (6,6-20,1)	
Fumador	6 (35,3)	7 (43,8)	4 (33,3)	0,978
OH	0 (0,0)	2 (12,5)	0 (0,0)	0,164
DLP	5 (29,4)	4 (25,0)	7 (53,8)	0,226
IMC, media (DE)	29,3 (5,7)	27,3 (4,4)	27,0 (5,7)	0,734
HTA	4 (23,5)	4 (25,0)	2 (15,4)	0,802
DM	3 (17,6)	2 (12,5)	0 (0,0)	0,296
EPOC	0 (0,0)	1 (6,2)	0 (0,0)	0,384
EPIC	0 (0,0)	1 (6,2)	0 (0,0)	0,384
HLA-B27	6 (46,2)	10 (66,7)	7 (58,3)	0,548
Entesitis	1 (5,9)	2 (12,5)	4 (30,8)	0,159
Ungueal	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,418

Conclusiones: Puesto que el tamaño muestral de nuestra cohorte es muy reducido, no se pueden extraer conclusiones definitivas ni estadísticamente significativas sobre estas variables. No obstante, es una pregunta a estudio muy relevante a analizar en esta área. Es fundamental ampliar el número de pacientes para obtener resultados más concluyentes y poder perfilar que paciente se puede beneficiar más de este escalado.

RC55. HERRAMIENTA PARA UNA MAYOR EFICIENCIA EN LAS CCEE DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Rafael Gómez Gallego, M. Moreno Martínez-Losa, Borja Cámara, Marcos Guerra y J. Gratacós

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Existe un déficit crónico en la atención al paciente reumático exacerbado en los últimos años por el déficit de recursos materiales y de personal. Un análisis detallado de los diferentes procesos que se desarrollan en las consultas externas, permite abordar de qué manera es posible reforzar sus puntos débiles.

Objetivos: Mejorar el rendimiento de las consultas de Reumatología en la situación actual. Diagnosticar la situación actual de las diferentes agendas de consultas externas. Priorizar soluciones para las carencias detectadas. Aumentar la implicación de enfermería en el paciente crónico estable.

Métodos: Se ha evaluado durante un año toda la actividad del servicio. Desglosando la actividad por consultas monográficas de los diferentes reumatismos crónicos, así como consultas generales y consultas de atención primaria. En una segunda intervención durante el mismo periodo se ha evaluado la disponibilidad de enfermería y la

actividad específica que desarrollaba hasta entonces. Consensuando el seguimiento entre visitas médicas de todos aquellos pacientes con reumatismos inflamatorios crónicos con buen control clínico de la enfermedad (40% aproximado de los pacientes en tratamiento con FAME y/o TB) consistente en realizar 1 de cada 3 visitas anuales de estos pacientes. Con los datos obtenidos y con la ayuda de un auditor externo se ha elaborado un instrumento-calculadora para evaluar el impacto que los cambios de agendas y/o la participación de enfermería tienen sobre la gestión de estas consultas.

Resultados: El análisis inicial detectó un déficit en la atención de artritis reumatoide, espondiloartritis y conectivopatías y un sobredimensionamiento de las agendas de soporte a atención primaria. Se hizo una primera intervención consistente en reducir 2 módulos mensuales de atención primaria. Estos se destinaron a la asistencia a conectivopatías y se amplió la oferta de RMT en 4 módulos mensuales que se destinaron a la asistencia a las espondiloartritis. Obteniendo un aumento del 33% en la asistencia a espondiloartritis y un 25% de conectivopatías, pero no se consiguió una gestión adecuada de estos pacientes. En una segunda intervención se implementaron 4 módulos de enfermería semanales (gestión del 33% de las consultas presenciales de pacientes con buen control clínico) con un incremento de más del 22% de pacientes atendidos y aunque no se solucionó definitivamente el problema si se redujo muy significativamente el déficit detectado (fig.).

Conclusiones: El análisis de la gestión de una Consulta Externa ha permitido detectar deficiencias de gestión y mejorar el manejo de nuestros pacientes. El análisis auditado ha permitido desarrollar un instrumento para evaluar el impacto de las medidas propuestas en la gestión de la consulta externa. El proyecto ha permitido demostrar la utilidad e importancia de la participación activa de enfermería en el manejo de nuestros pacientes.

RC56. USO DE UNA PLATAFORMA DIGITAL PARA VISITAS ON-LINE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE UTILIZANDO EL PRO RAPID3

Laura González Hombrado¹, Maria del Carmen Ortega de la O², Ángel Aragón Díez², Marina Salido Olivares³, Virginia Villaverde Garcia⁴ y Eva María Andrés Esteban⁵

¹Hospital Universitario del Tajo. Madrid. ²Hospital Universitario de Getafe. ³Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid. ⁴Hospital Universitario de Móstoles. ⁵Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción: La pandemia de la COVID-19 ha supuesto una modificación de los patrones de relación médico-paciente, favoreciendo las visitas online. Asimismo, el desarrollo de los Patient-Reported Outcomes (PROs) que no requieren la intervención del médico y que tienen una estrecha correlación con la actividad clínica de la artritis reumatoide (AR) pueden ser de gran utilidad en este tipo de visitas.



RC55 Figura. Análisis de introducción de enfermería.

Objetivos: Conocer el uso y aceptación de los pacientes con AR de una visita online no presencial, a través de un entorno digital utilizando la encuesta RAPID3.

Métodos: Los pacientes diagnosticados de AR, fueron incluidos en una plataforma llamada Rheumanet para el acceso mediante usuario y contraseña (<https://www.laconsultacercadeti.com/>). En el momento de la inclusión se recogieron variables demográficas de los pacientes: fecha de nacimiento, sexo, nivel de estudios, distancia del hospital al domicilio del paciente (> 50 km) y la duración de la AR. A los pacientes mayores o con escasos conocimientos informáticos se les permitió la ayuda de otra persona. Se permitió el acceso a la plataforma fuera de cita en situación de empeoramiento o complicación de la AR. Antes de la cita, se alentó a los pacientes a completar *online* la encuesta RAPID3. Para el conocimiento del paciente y favorecer su uso, las encuestas RAPID3 se clasificaron mediante un código de colores basado en la actividad de la enfermedad en verde (remisión o actividad baja), naranja (moderada) o rojo (severa). Asimismo, y en el momento de rellenar la encuesta, se les daba la oportunidad de expresar a través de un texto libre, lo que nos dirían como si estuvieran en una consulta presencial. Simultáneamente a acceder a la encuesta, el día de la cita el médico accede a la historia clínica para conocer las pruebas complementarias realizadas para dicha consulta y realiza mediante una llamada telefónica una valoración conjunta de la visita con el paciente.

Resultados: Entre el 1 de septiembre de 2020 y el 31 de diciembre de 2022 se incluyeron en la plataforma un total de 93 pacientes con AR. Ochenta utilizaron la plataforma digital y realizaron al menos una visita no presencial durante el seguimiento. El número de visitas online realizadas por los pacientes osciló entre 1 y un máximo de 8 visitas. Cuando se analizó la edad de los pacientes, esta era superior en los que no utilizaron la herramienta. El número de visitas online fue mayor en los pacientes (6) que vivían a una distancia superior a 50 km del hospital, alcanzando el 100% de las visitas en este subgrupo de pacientes.

Conclusiones: La visita *online* utilizando una plataforma digital mediante RAPID3 es bien aceptada por nuestra población con AR, especialmente en la población joven, con mayor nivel cultural y cuyo domicilio se encuentra alejado del hospital. La visita online la realizaron los pacientes independientemente de la gravedad de la actividad de su enfermedad. La rapidez y la facilidad de uso de un PRO como RAPID3 puede ser una herramienta útil para los reumatólogos que trabajan en aquellos sistemas de atención médica donde el tiempo de contacto con el paciente es limitado o los pacientes se encuentran muy alejados del entorno asistencial. Aunque la utilización de esta plataforma se ha realizado en parte durante la pandemia COVID-19, en la que el miedo al contagio lo ha podido facilitar, la aceptación y su uso ha permanecido invariable con posterioridad en un entorno sanitario de normalidad.

RC57. RATIO MONOCITOS-HDL COMO PREDICTOR DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES CON LES

Pablo Navarro Palomo, Natalia de la Torre, Marina Pavía, María Machattou, María Alonso, Carlota Navarro, Laura Ramos, Alejandro Martínez, Mónica Fernández, Hildegarda Godoy, Carmen Barbadillo, Carolina Merino, Blanca García, Alejandra Sánchez, María-José Santos-Bornez, María Concepción Sánchez, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Carlos María Isasi, Pedro David Briongos, José Luis Andréu Sánchez y Jose Campos Esteban

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: El déficit de vitamina D suele relacionarse con un estado proinflamatorio en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Recientemente, el cociente monocitos/lipoproteínas de alta densidad (HDL), "MHR", se ha utilizado para predecir la inflamación sistémica, y se ha descrito que los valores de MHR son inver-

samente proporcionales a los niveles de vitamina D en distintas poblaciones de sujetos sanos y otras enfermedades, sin haber visto, en nuestra búsqueda, ningún estudio que lo relacione con el LES.

Objetivos: Determinar los niveles sanguíneos de 25-OH vitamina D y MHR en pacientes con LES.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con LES recogidos aleatoriamente hasta completar 100 pacientes. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, suplementación oral de vitamina D y nefritis lúpica (presencia/ausencia). Los niveles circulantes de vitamina D 25-OH < 30 ng/ml se consideraron como deficitarios. Para la presentación de los resultados se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes, 87% mujeres, con una edad mediana de 48 [43, 59] años. El 13% de los pacientes presentaban hipovitaminosis D, con una mediana de 22 [16, 26] mg/dl y con una mediana de HMR de 7 [3, 10]. Dentro de este grupo, el 54% no estaba recibiendo suplementos de vitamina D. Por el contrario, el 87% de los pacientes sí que presentaban unos valores de vitamina D por encima de los 30 ng/ml con mediana de 66 [53, 86] ng/ml y con una mediana de HMR de 6 [4, 9]. El 64% de este grupo de pacientes estaba recibiendo suplementos de vitamina D. Los niveles circulantes de vitamina D eran más elevados en las mujeres, en los pacientes que tomaban suplementación y en los pacientes que no habían desarrollado una nefritis lúpica. El 10% de los pacientes tomaban fármacos hipolipemiantes. En ellos se describe un descenso de los valores de MHR, con una mediana de 4 [3, 10], con respecto a los que no toman estos fármacos, con una mediana de MHR de 6 [4, 9], debido al ligero incremento que hacen estos tratamientos sobre el HDL. Los valores de MHR fueron menores en aquellos pacientes con mayores niveles de vitamina D circulante mostrando en este estudio descriptivo la tendencia de correlación negativa entre los mismos.

Medianas y cuartiles de los niveles de Vitamina D y MHR en los distintos grupos

	Niveles circulantes de vitamina D (ng/ml)	MHR
Género		
M (87%)	65 [47, 83]	6 [4, 8]
H (13%)	54 [45, 63]	10 [8, 1]
Hipovitaminosis		
No (87%)	66 [53, 86]	6 [4, 9]
Sí (13%)	22 [16, 26]	7 [3, 10]
Suplementación con vit D		
Sí (62%)	63 [45, 83]	6 [4, 8]
No (38%)	54 [42, 75]	6 [4, 10]
Nefritis lúpica		
No (85%)	63 [45, 84]	6 [4, 9]
Sí (15%)	55 [45, 69]	6 [4, 9]

Conclusiones: En pacientes con LES observamos una relación inversa entre los niveles circulantes de vitamina D con respecto al ratio monocito/HDL, lo que podría sugerir que se trata de una buena medida para objetivar el estado inflamatorio de estos pacientes, los cuales estarían en riesgo de desarrollar una hipovitaminosis D.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Matteis C, Crudele L, Cariello M, *et al.* Monocyte-to-HDL Ratio (MHR) Predicts Vitamin D Deficiency in Healthy and Metabolic Women: A Cross-Sectional Study in 1048 Subjects. *Nutrients*, 2022;14(2).

RC58. NEFROPATÍA LÚPICA. ESTUDIO DE 45 PACIENTES DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Vanesa Calvo Del Río¹, Salma Al Fazazi², Fabricio Benavides-Villanueva¹, Luis Martin Penagos³, Clara Escagedo-Cagigas³, María Rodríguez-Vidriales³ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ³Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

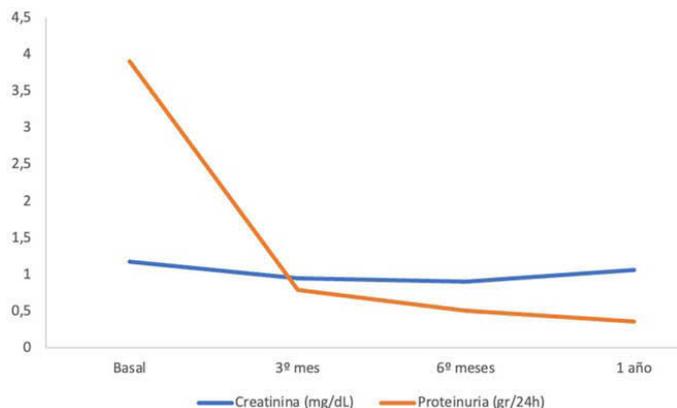
Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una manifestación común (20-60%) y grave del lupus eritematoso sistémico (LES), que determina, en muchos casos su pronóstico. La NL se clasificó de acuerdo con los criterios de la Sociedad Internacional de Nefrología y patología renal¹.

Objetivos: Analizar el espectro clínico, hallazgos analíticos, tratamientos y evolución de los pacientes con NL de una unidad multidisciplinar (reumatología-nefrología) de un hospital de referencia.

Métodos: Estudio observacional de los pacientes de una unidad multidisciplinar de un centro de referencia desde diciembre-1996 hasta diciembre-2022 con a) diagnóstico de NL confirmado por biopsia o por hallazgos clínicos y analíticos y b) caracterización clínica, analítica, terapéutica y pronóstica de estos pacientes según los criterios de la Sociedad Internacional de Nefrología y patología renal¹.

Resultados: Estudiamos 45 pacientes (32 mujeres/13 varones) con una edad media de 45,7 ± 18,5 años (rango, 10-81). El diagnóstico se confirmó por biopsia en 40 pacientes (88,9%) siendo la NL por orden de frecuencia, a) tipo IV (n = 22, 48,9%), b) tipo III (n = 7, 15,5%), c) tipo V (n = 4, 8,9%), d) glomerulonefritis membranoproliferativa de tipo no definido (n = 4, 8,88%) y e) las tipo II, III-IV y IV-V (1 caso de cada una; 2,2%). En los 5 pacientes restantes no pudo definirse el tipo de NL porque carecían de biopsia renal. En la tabla se resumen los principales caracteres clínicos, tratamientos y evolución. Las manifestaciones extrarrenales más frecuentes fueron articulares (n = 31; 68,9%), hematológicas (n = 24; 53,3%) y cutáneas (n = 17; 37,8%). Respecto a la afectación renal se objetivó insuficiencia renal (n = 18; 40%), síndrome nefrótico (n = 20; 44,4%) y síndrome nefrítico (n = 8; 17,8%). Los datos de inmunología al inicio de la enfermedad mostraron anti-DNA positivos (n = 28; 62,2%), C3↓ (n = 15; 33,3%), C4↓ (n = 12; 26,7%). La evolución de la creatinina y proteinuria/24h desde el diagnóstico hasta el 1^{er} año de seguimiento se muestra en la figura. Los principales tratamientos recibidos fueron los corticoides; orales (n = 42; 97,8%) (dosis media de prednisona; 40,8 ± 19,2 mg/día) y bolos de metilprednisolona ev (n = 33; 73,3%). Los inmunosupresores convencionales más usados fueron el micofenolato mofetil (n = 29; 64,4%) y la ciclofosfamida (n = 25; 55,5%). Los biológicos prescritos fueron el belimumab (n = 13; 28,9%) y rituximab (n = 10; 22,2%). Tras una mediana [IQR] de seguimiento de 52,5 [24-96] meses, los pacientes presentan función renal normal (n = 29; 64,4%), insuficiencia renal leve-moderada (n = 11; 24,4%), hemodiálisis (n = 4; 8,9%) y trasplante (n = 1; 2,2%). Las principales complicaciones fueron las infecciones graves (n = 14; 31,1%), fracturas (n = 3; 6,7%), trombosis venosa profunda/tromboembolismo pulmonar (n = 2; 4,4%) y neoplasias (n = 1, 4,4%).

Conclusiones: Hasta un 40% de los pacientes con NL pueden presentar insuficiencia renal, por lo que un manejo multidisciplinar (reumatología-nefrología) es útil para establecer un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado.



Evolución de las cifras de creatinina (mg/dL) y proteinuria (gr/24h) en 45 pacientes con nefritis lúpica de un único centro.

Principales hallazgos clínicos, tratamientos y desenlaces de pacientes con nefritis lúpica

	Número (n) (n = 45)	Porcentaje (%)
Manifestaciones extrarrenales		
Articular	31	68,88
Hematológicas	24	53,33
Cutánea	17	37,77
Neuropsiquiátricas	7	15,55
Alopecia	6	13,33
Digestiva	4	8,88
Úlceras orales	4	8,88
Manifestaciones renales		
Síndrome nefrótico	20	44,44
Insuficiencia renal	18	40
Síndrome nefrítico	8	17,77
Tratamiento		
Corticoide oral	42	97,77
Bolos metilprednisolona ev	33	73,33
Micofenolato mofetilo	29	64,44
Ciclofosfamida	25	55,55
Belimumab	13	28,88
Rituximab	10	22,22
Azatioprina	6	13,33
Hidroxiclороquina	4	8,88
Tacrólimus	4	8,88
Evolución		
Insuficiencia renal	15	33,33
Diálisis	2	4,44
Trasplante renal	1	2,22
Muerte	1	2,22

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajema IM, et al. Revision of the International Society of Nephrology/Renal Pathology Society classification for lupus nephritis: clarification of definitions, and modified National Institutes of Health activity and chronicity indices. *Kidney Int.* 2018; 93(4):789-96.

RC59. PATOLOGÍA REUMÁTICA AUTOINMUNE SISTÉMICA Y ALTERACIÓN DE LA AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES CON SILICOSIS POR AGLOMERADOS DE SÍLICE

Salma Al Fazazi¹, Aureliano Aís Daza², Alfonso Marín Andreu², Raquel de Andrés David², Antonio Hidalgo Molina², Gema Jiménez Gómez³, Antonio Campos Caro³, Carmen Rodríguez Hernández⁴, Fermín Medina Varo¹ y Antonio León Jiménez²

¹Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

²Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ³Unidad de Investigación INIBICA. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

⁴Inmunología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: La silicosis se asocia frecuentemente al desarrollo de enfermedades reumáticas sistémicas autoinmunes (ERAS) y a alteraciones de la autoinmunidad de estos pacientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de ERAS y describir las alteraciones de la autoinmunidad en una cohorte de pacientes diagnosticados de silicosis en seguimiento en nuestro servicio.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de pacientes diagnosticados de silicosis, en seguimiento en Consulta de Silicosis por nuestro servicio de Neumología y que aceptaron participar en el estudio de seguimiento. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, variables clínicas y analíticas, exposición laboral, patología reumática asociada, marcadores de autoinmunidad y tratamiento.

Resultados: Se recogieron un total de 109 pacientes, de los cuales 66 presentaban silicosis simple (60,6%) y 43 presentaban silicosis complicada (39,4%). De estos pacientes, 7 presentaban alguna enfermedad reumática autoinmune sistémica (5,3%), 2 de los cuales progresaron a fibrosis pulmonar masiva. De los tipos de ERAS, 2 pacientes presentaban síndrome de Sjögren (0,5%), 3 presentaban artritis indiferenciada

(07%), 1 lupus eritematoso sistémico (0,2%) y 1 artritis psoriásica (0,2%). En cuanto a las alteraciones de la autoinmunidad presentes en la cohorte de pacientes diagnosticados de silicosis, 39 presentaban ANA positivos (30,7%), 20 con una titulación de 1/80 (4,2%), 11 con 1/160 (2,5%), 2 con 1/320 (0,5%) y 3 con 1/640 (0,7%). Por otra parte, 1 paciente presentaba el anti-UIRNP positivo (1,3%), 6 el anti-SSARO positivo (7,6%), 4 el anti-SSBLA (5,1%), 1 el Scl 70 (1,3%), 1 el anti-DNADS (1,3%), y 2 ANCA positivos (1,8%). Por último, un total de 4 pacientes estaban con tratamiento biológico (2,9%). De ellos, 2 estaban en tratamiento con etanercept (0,5%), 1 con sarilumab (0,2%) y 1 con secukinumab (0,2%). Un paciente estuvo en tratamiento con rituximab (0,2%), pero este se retiró por reacción alérgica.

Conclusiones: En este estudio se observa que alrededor del 5% de los pacientes diagnosticados de silicosis por aglomerados de sílice presentan una enfermedad reumática autoinmune sistémica, con pobre respuesta a los tratamientos convencionales requiriendo tratamiento con fármacos biológicos, y que el 30% presenta anticuerpos ANA o ANCA elevados sin datos clínicos de enfermedad en estos momentos.

RC60. PATRONES DE DERIVACIÓN Y VENTANA DE ATENCIÓN DESDE EL ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA HACIA UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE BARCELONA

Collin Dexter, A.B. Adao, C. Chacur, A. Mocritcaia, A. Zacarías, B. Busso, H. Flórez, V. Ruiz-Esuide, R. Morlà, S. Farietta, P. Corzo, A.B. Azuaga, B. Frade-Sosa, J.C. Sarmiento-Monroy, R. Sanmartí, A. Ponce y J.A. Gómez-Puerta

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Introducción: La atención primaria (AP) tiene la crucial función de resolver la mayoría de problemas de salud de la población general y filtrar aquellos pacientes que requieran una atención más especializada incluyendo la visita por Reumatología. En un modelo de proximidad, nuestros especialistas del Hospital se desplazan a los diferentes centros de atención primaria (CAP) de nuestra zona de influencia ubicada en el Eixample Esquerre de la ciudad de Barcelona. Nuestro centro cubre un total de 14 de los 18 CAP adscritos y presta servicio alrededor de 500.000 habitantes de un total de área de influencia de 675.477 según los datos del Servei Català de la Salut.

Objetivos: Conocer los diferentes patrones de derivación y el tiempo hasta la visita desde el especialista de Reumatología desplazado a la AP hacia el hospital de referencia.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo que incluye un análisis retrospectivo de datos recogidos de forma prospectiva de las peticiones de derivación al Servicio de Reumatología de nuestro hospital en el periodo comprendido desde enero de 2021 hasta enero de 2023. Se describieron los motivos de la derivación y el tiempo transcurrido entre la fecha de la petición hasta su visita en el servicio. Se excluyó toda la patología de menor complejidad que no se deriva al hospital.

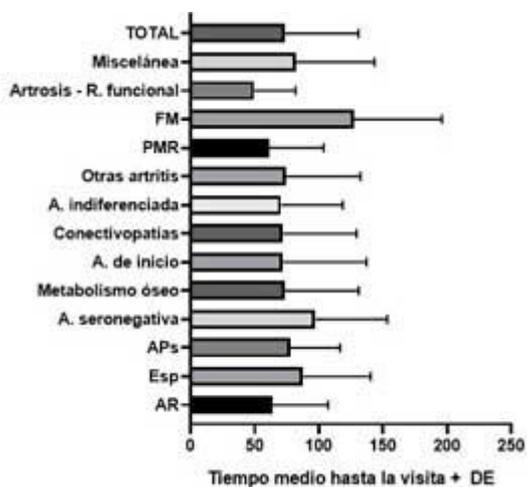
Resultados: Durante el período del estudio se realizaron un total de 33.969 visitas de especialista en AP (16.731 en el 2021 y 17.238 en el 2022). Se analizaron un total de 588 peticiones de derivación. Los pacientes tenían una edad media de 58,45 ± 16,96 años, 160 (27,2%) eran hombres y 428 (72,8%), mujeres. Se clasificaron a los pacientes en 13 categorías tal y como se muestra en la Tabla 1 de acuerdo a la sospecha diagnóstica: Artritis Reumatoide(AR), Espondiloartropatía (Esp), Artritis psoriásica (APs), Artritis Seronegativas (A.SN), Artritis Indiferenciada (A.IND), Artritis de Inicio(A.INI), Otras Artritis [Reumatismo Palindrómico (RP) o Microcristalinas entre ellas], Patología de Metabolismo óseo [Osteoporosis (OP) y Paget principalmente], Conectivopatías[Lupus Eritematoso Sistémico(LES), Esclerosis Sistémica(ES) o Síndrome de Sjögren(SS) entre ellas], Polimialgia Reumática(PMR), Fibromialgia(FM), Artrosis y un grupo misceláneo de patologías derivadas para intervencionismo ecoguiado. Global-

mente la ventana de atención desde el especialista de AP hasta nuestro servicio fue de 73,41 ± 57,4 días. El tipo de patología de acuerdo a diferentes grupos y el tiempo transcurrido hasta la visita se resume en la tabla. Los pacientes con sospecha de AR, PMR, A.INI, A.IND y conectivopatías se visitaron en un periodo menor a 70 días. De este último grupo, los pacientes con sospecha de LES y ES se valoraron en menos de 60 días. Sin embargo, pacientes con Esp, APs y A.SN se visitaron de forma más tardía (> 75 días) (fig.). Aquellos pacientes con OP, en su gran mayoría derivada por complejidad, se visitaron en un periodo menor a 61 días. Finalmente, la FM y el grupo misceláneo tardaron más de 80 días en ser visitados. No obstante, aquellos derivados con artrosis para realización de readaptación funcional se visitaron en menos de 50 días.

Derivación CAP

	N	Edad +DE	Días +DE
AR (Grupo 1)	83	56,93 ± 14,83	63,88 ± 43,23
Esp (Grupo 2)	89	44,53 ± 15,01	87,29 ± 53,09
APs (Grupo 3)	55	55,86 ± 10,27	77,59 ± 38,87
A. SN (Grupo 4)	19	60,21 ± 14,73	97,26 ± 55,97
M. óseo (Grupo 5)	138	59,58 ± 34,51	73,49 ± 57,59
OP	127	71,58 ± 14,5	60,16 ± 44,4
Paget	6	65,83 ± 11,94	50,33 ± 24,96
Hipofosfatasia	2	59,5 ± 37,47	88,5 ± 27,57
Hiperfosfatemia	1	28	92
Displasia ósea	1	44	41
Osteomalacia	1	67	117
A.INI (Grupo 6)	27	52,75 ± 14,53	71,77 ± 65,43
Conectivopatías (Grupo 7)	64	59,52 ± 34,49	71,79 ± 57,55
No especificada	15	57,26 ± 14,94	83 ± 69,27
LES	9	47,22 ± 17,39	43,55 ± 11,83
ES	7	68,42 ± 15,02	58,28 ± 50,55
Sd. Sjögren	12	57,5 ± 13,44	73,63 ± 36,86
Behçet	3	46,33 ± 14,84	40,66 ± 4,5
Raynaud	8	42,71 ± 9,15	102,25 ± 120,69
Sd. antifosfolipídico	2	50,5 ± 10,6	198,5 ± 224,15
Sarcoidosis	1	39	46
Vasculitis	2	53 ± 35,45	42 ± 18,38
EITC	2	60,5 ± 7,77	69,5 ± 10,6
EMTC	1	60	63
Sd. seco	1	31	78
A.IND (Grupo 8)	15	61,21 ± 12,47	70,46 ± 48,1
Otras artritis (Grupo 9)	22	59,58 ± 34,51	74,27 ± 58,18
RP	6	57,33 ± 10,36	66,2 ± 28
A. microcristalinas	7	63,85 ± 19,36	73,57 ± 52,23
A. idiopática juvenil	1	19	86
A. reactiva	1	72	108
A. de rodilla	3	38 ± 15,55	120,5 ± 89,8
A. de tobillo	3	57 ± 20,88	93 ± 50,09
A. de cadera	1	80	15
PMR (Grupo 10)	14	71,61 ± 11	61,23 ± 42,49
FM (Grupo 11)	6	60 ± 12,24	127,5 ± 68,5
Artrosis (Grupo 12)	20	65,94 ± 10,71	49,5 ± 32,27
Miscelánea (Grupo 13)	26	42,27 ± 37,07	82,27 ± 61,12
Bursitis	4	55,75 ± 6,99	71,5 ± 45,46
Dedo en gatillo	3	52 ± 15,1	149,5 ± 293,69
Entesopatía	3	40,33 ± 3,05	124 ± 83,86
Trocanteritis	3	56,66 ± 20,52	51,66 ± 3,78
Tendinopatía hombro	2	66 ± 21,21	212,5 ± 266,57
Coxalgia	1	21	106
Dolor pélvico	1	50	115
Gonalgia	1	85	43
Meralgia	1	56	58
Mialgia	1	29	49
Neuroma	1	40	95
Policondritis	1	38	34
Sd. febril	1	41	128
Sd. túnel carpiano	1	27	162
Tendinopatía carpo	1	47	37
Neuropatía	1	Sin datos	Sin datos
Total	588	58,45 ± 16,96	73,41 ± 57,4

Conclusiones: En un modelo de proximidad la gran mayoría de la patología derivada a Reumatología se revuelve en el mismo CAP y la derivada al hospital era valorada en un periodo menor a 75 días, especialmente la AR, la OP y las conectivopatías, evidenciando así un circuito ágil entre los CAP y el hospital dentro de nuestro sector sanitario.



Gráfica tiempo hasta la visita y patologías.

RC61. SUPERVIVENCIA DE SECUKINUMAB Y PERFIL DE SEGURIDAD EN PACIENTES COMÓRBIDOS CON ESPONDILOARTRITIS. DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Ana Urruticoechea Arana

Hospital Can Misses. Ibiza.

Introducción: El secukinumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une selectivamente y neutraliza la interleucina 17A (IL-17A), aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas, la artritis psoriásica (APs) y la espondiloartritis axial (EspAax-r y EspAax-nr).

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes tratados con secukinumab y analizar la seguridad y retención del tratamiento en una cohorte de pacientes con APs, EspAax-r y EspAax-nr según práctica clínica diaria.

Métodos: Pacientes diagnosticados con APs, EspAax-r y EspAax-nr del servicio de reumatología de un hospital que están en tratamiento con secukinumab 150 mg o 300 mg, tanto en primera línea de tratamiento biológico como en líneas posteriores. Se analizan las características sociodemográficas y clínicas de esta cohorte de pacientes, así como también índices de actividad antes y durante el seguimiento de los pacientes en tratamiento con secukinumab. Además, se estudia el perfil de seguridad y la retención del tratamiento a lo largo del tiempo.

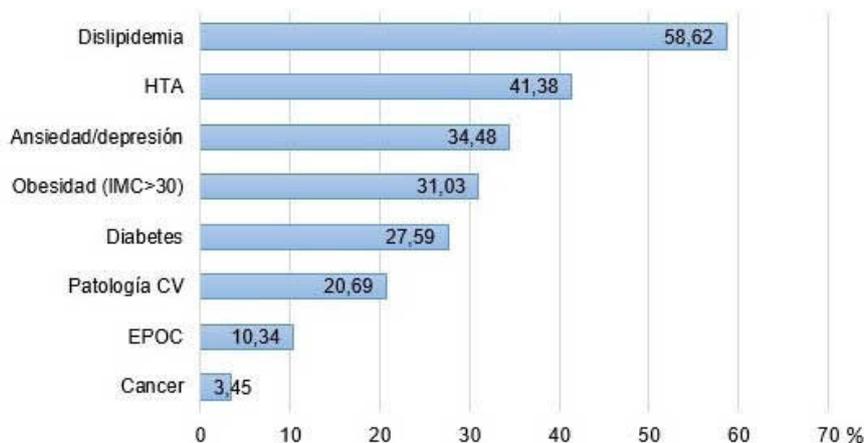
Resultados: Se analizaron un total de 29 pacientes con EspA, entre estos, 48,3% eran APs y el 51,7% EspAax. El 65,5% eran hombres con una media de 50,8 años y 17,6 años de evolución. La mayoría de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad (fig. 1), entre

estas las más frecuentes: dislipidemia, hipertensión, ansiedad/depresión, obesidad y patología CV. Los pacientes presentan niveles de alta actividad de la enfermedad, medido por DAPSA y ASDAS-PCR antes de iniciar el tratamiento con secukinumab, y logran alcanzar un control de la actividad tras el tratamiento con secukinumab y de forma mantenida. La supervivencia de secukinumab fue de 72,41% a los 6 meses, y de 55,17%, 51,72% y 44,83% a 1, 2 y 3 años, respectivamente. El tiempo medio de exposición al fármaco fue de 48,94 meses, y los motivos de suspensión del tratamiento fueron fallo primario (17,24%), fallo secundario (13,79%) y efectos adversos (EA) (6,89%). No hubo EA graves ni de especial interés, a excepción de una aftosis y una colitis ulcerosa en un paciente.

Parámetro	N=29
Género, n (%)	
Hombres	19 (65,52)
Mujeres	10 (34,48)
Edad, años, media (DE)	50,76 (11,73)
EspA, n (%)	
APs	14 (48,28)
EspAax-r	11 (37,93)
EspAax-nr	4 (13,79)
HLA-B27+, n (%)	19 (65,52)
Tiempo de evolución de la enfermedad, años, media (DE)	17,59 (11,33)
Habito tabáquico, n (%)	
No fumador	18 (62,07)
Fumador actual	9 (31,03)
Exfumador	2 (6,90)
IMC, media (DE)	27,11 (9,79)
Línea de tratamiento, n (%)	
Primer biológico	7 (24,14)
Segundo biológico	8 (27,59)
Tercer biológico	9 (31,03)
Cuarto o posterior	4 (13,79)
Dosis inicio de secukinumab, n (%)	
150mg	15 (51,72)
300mg	14 (48,28)
Índices de actividad, media (DE)	
DAPSA al inicio	22,91 (1,75)
ASDAS-PCR al inicio	4,54 (0,69)
DAPSA en última visita	7,27 (1,92)
ASDAS-PCR en última visita	1,50 (1,31)

Características basales y clínicas de los pacientes.

Conclusiones: El tratamiento con secukinumab ha demostrado efectividad en el control de la actividad de la enfermedad en pacientes



RC61 Figura 2. Comorbilidades principales

con APs y EspAax, consistente con la evidencia científica de los estudios clínicos y registros de práctica clínica real. El secukinumab mostró una buena tasa de retención a los 6 meses y a largo plazo hasta los tres años en estos pacientes con EspA que además presentan más de una comorbilidad. El tratamiento con secukinumab mostró un muy buen perfil de seguridad y consecuente con los datos obtenidos en los ensayos clínicos y en el seguimiento posautorización.

RC62. INCIDENCIA DE HIPERPARATIROIDISMO EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS TRATADOS CON ACIDO ZOLEDRÓNICO O DENOSUMAB

Carmen Riesco Bárcena, A.V. Huaylla Quispe, J. Ivorra Cortés, E. Grau García, A.M. Torrat Noves, D. Ramos Castro, P. Muñoz Martínez, L. Mas Sánchez, S. Leal Rodríguez, I. Cánovas Olmos, H. Charia, L. González Puig, I. Martínez Cordellat, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuixech, J. Oller Rodríguez, F. Ortiz-Sanjuán, E. Tovar Sugrañes, E. Vicens Bernabéu y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: Denosumab y el ácido zoledrónico son fármacos anti-rresortivos utilizados habitualmente en el tratamiento de la osteoporosis (OP). El ácido zoledrónico es un bifosfonato de tercera generación que inhibe la reabsorción ósea osteoclastica a través de la vía del mevalonato. El denosumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une al RANK-L (receptor activador del factor kB ligando) e inhibe su unión al receptor RANK de los osteoclastos impidiendo su activación. Ambos pueden provocar hipocalcemia y se han descrito elevaciones de la hormona paratiroidea (PTH) durante su utilización. Se desconoce su prevalencia en distintas poblaciones, el mecanismo por el que se produce y las repercusiones clínicas que puede tener.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la elevación de la PTH por encima del valor de referencia del laboratorio en pacientes en tratamiento con zoledrónico o denosumab y su relación con otros parámetros clínico-analítico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con OP que han recibido tratamiento con denosumab o zoledrónico durante al menos dos años. Fueron excluidos del estudio los pacientes con valores de PTH > 65 pg/mL al inicio del tratamiento y aquellos con un filtrado glomerular < 30 mL/min. Los datos clínicos y demográficos se obtuvieron de la historia clínica electrónica de los pacientes. Se recogieron datos al inicio del tratamiento, al año y a los 2 años del mismo. Se realizó el análisis estadístico utilizando el software R.

Resultados: Se incluyen 50 pacientes (68% mujeres) con una edad media (desviación estándar-DE) al inicio del tratamiento de 76 (9,75) años. El 48% iniciaron tratamiento con denosumab y el 52% con zoledronato. El 22% llevaron un tratamiento previo (10% con teriparatida y 10% con bifosfonatos orales principalmente). Los parámetros analíticos en las tres visitas se muestran en la tabla. En la visita basal, 1 paciente presentó hipocalcemia, 5 (10%) pacientes presentaron déficit de vitamina D (vitD < 10 ng/mL) y 17 (34%) pacientes insuficiencia (vitD 20-30 ng/mL). El 32% (20-47%) de los pacientes presentaron elevación de la PTH en algún momento del seguimiento, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre denosumab (41%) y zoledrónico (34,6%). El 12% (5-24%) del total presentó elevación persistente de PTH en las dos visitas consecutivas: 16,6% con denosumab y 7,7% con zoledrónico (p > 0,05). En ningún caso, la elevación de la PTH se asoció a niveles de calcio por encima del valor superior de la normalidad. Mediante un modelo de regresión lineal multivariante se encontró una asociación inversa estadísticamente significativa entre los niveles de PTH y los niveles tanto de vitamina D (p = 0,007) como del filtrado glomerular (p = 0,007). No se encontró relación con la edad, sexo, tratamiento antirresortivo, bCTX, P1NP ni con el calcio corregido por albúmina.

Parámetros analíticos de interés en las tres visitas

	Visita basal (n = 50)	Visita 1 año (n = 50)	Visita 2 años (n = 50)
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m²)	83,24 (18,74)	80,12 (16,59)	78,58 (14,13)
Calcio corregido por albúmina (mg/dL)	9,26 (0,41)	9,26 (0,41)	9,21 (0,5)
25-OH vitamina D (ng/mL)	34,58 (22,7)	40 (19,8)	38,72 (19,29)
PTH (pg/mL)	39,8 (12,94)	50,39 (29,03)	57,21 (45,4)
bCTX (ng/mL)	0,37 (0,26)	0,14 (0,15)	0,13 (0,14)
P1NP (ng/mL)	52,7 (36,36)	30,57 (23,88)	29,89 (23,43)

DE: desviación estándar; P1NP: propéptido amino-terminal del procolágeno tipo I/CTX; telopéptido C; Terminal del colágeno tipo I.

Conclusiones: En nuestro estudio, hemos encontrado un significativo porcentaje de pacientes con elevación de la PTH a lo largo del seguimiento del tratamiento con denosumab o zoledrónico (32%), mostrándose persistente esta alteración en el 12% del total. Esta elevación no se ha asociado con el tratamiento antirresortivo empleado, pero sí de forma inversa con los niveles de vitamina D y el filtrado glomerular, lo que apoya la importancia de la correcta suplementación de esta hormona.

RC63. BELIMUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DE VIDA REAL

Jorge Juan Fragío Gil¹, Pablo Martínez Calabuig¹, Laura Salvador Maicas¹, Roxana González Mazarío², Amalia Rueda Cid¹, Juan José Lerma Garrido¹, Clara Molina Almela¹, María Dolores Pastor Cubillo¹, Isabel Balaguer Trull¹ y Cristina Campos Fernández¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ²Hospital de Sagunto.

Introducción: La eficacia y seguridad de belimumab se ha estudiado mediante ensayos controlados aleatorizados en el lupus eritematoso sistémico (LES), incluso en casos con afectación renal. Sin embargo, se necesitan más información no solo procedente de ensayos a largo plazo, sino también de condiciones de vida real, especialmente en pacientes con nefritis lúpica (NL).

Objetivos: Analizar la eficacia y la seguridad de belimumab en pacientes con LES con datos de una cohorte del mundo real.

Métodos: Se realizó un estudio observacional en un único centro que incluyó pacientes con LES que habían iniciado tratamiento con belimumab desde septiembre de 2017 hasta enero de 2023. Se recogieron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, de eficacia y de seguridad. La efectividad se evaluó en función de los cambios respecto al valor basal en el SLEDAI-2K y los marcadores de actividad de la enfermedad (proteinuria, consumo de complemento y/o anti-DNAs). Se recogieron datos de seguridad incluyendo cualquier efecto adverso (EA) debido a cualquier causa. El EA se consideró severo (EAS) si ponía en peligro la vida o provocaba hospitalización, discapacidad o la muerte.

Resultados: En total, se incluyeron 15 pacientes en el estudio cuyas características basales se exponen en la tabla. Nueve pacientes (60%) seguían recibiendo el fármaco, con una supervivencia media de 15,6 meses. El belimumab permitió la reducción de los corticosteroides en todos los casos, pero solo se suspendieron en un paciente (7%). El tratamiento también mejoró los marcadores de actividad de la enfermedad en todos los casos (100%). En general el belimumab fue bien tolerado por los pacientes y los EA notificados más frecuentemente fueron infecciones (14 eventos) y malestar en 1 paciente. En 11 casos la infección fue leve (9 infecciones de vías respiratorias superiores, 1 infección urinaria y 1 gastroenteritis), pero se registraron 3 infecciones graves (1 neumonía, 1 pielonefritis y 1 meningitis), de las cuales la meningitis fue por un organismo oportunista (*Cryp-*

Tabla RC63

Características	Total pacientes con LES, n = 15 (100%)	No nefritis lúpica, n = 10 (37%)	Nefritis lúpica, n = 5 (51%)
Edad-años (DE)	36,4 (11,4)	30,5 (6,9)	48,2 (9,2)
Sexo femenino-número (%)	14 (%)	10 (100%)	4 (%)
Raza-número (%)			
Caucásica	13 (86,7%)	10 (100%)	3 (60%)
Hispanoamericana	1 (6,67%)	0 (0%)	1 (20%)
Asiática	1 (6,67%)	0 (0%)	1 (20%)
Forma administración al inicio-número (%)			
Intravenoso	5 (33,3%)	3 (30%)	2 (40%)
Subcutáneo	10 (66,7%)	7 (70%)	3 (60%)
Manifestaciones clínicas-número (%)			
Afectación neuropsiquiátrica	3 (20%)	2 (20%)	1 (20%)
Historia de nefritis lúpica	5 (33,3%)	0 (0%)	5 (100%)
Artritis	10 (66,7%)	7 (70%)	3 (60%)
Afectación cutánea	7 (46,7%)	4 (40%)	3 (60%)
Úlceras en mucosas	4 (26,7%)	2 (20%)	2 (40%)
Afectación hematológica	13 (86,7%)	8 (80%)	5 (100%)
Serositis	2 (13,3)	1 (10%)	1 (20%)
Tratamiento con corticoides - Número	15 (100%)	10 (100%)	5 (100%)
Dosis media de glucocorticoides-mg de prednisona o equivalente	24,4 (18,03)	15,2 (7,6)	35,4 (20,62)
Fármacos concomitantes-número (%)			
Antimaláricos	14 (93,3%)	9 (90%)	5 (100%)
Metotrexato	5 (33,3%)	5 (50%)	0 (0%)
Azatioprina	4 (26,7%)	4 (40%)	0 (%)
Micofenolato	5 (33,3%)	0 (0%)	5 (100%)
Ciclofosfamida	1 (6,67%)	0 (0%)	1 (20%)
SLEDAI-score medio total	15,7 (5,4)	14,6 (6,01)	18 (4,2)
Marcadores inmunológicos de LES			
ANA positivos	15 (100%)	10 (100%)	5 (100%)
Complemento C3	15 (100%)	10 (100%)	5 (100%)
Complemento C4	15 (100%)	10 (100%)	5 (100%)
Anti-DNAs positivo	15 (100%)	10 (100%)	5 (100%)
Título medio anti-DNAs	204,08 (220,6)	59,2 (29,6)	431,2 (206,75)

Staphylococcus aureus y *Staphylococcus epidermidis*). En cuanto a los pacientes con NL, la exposición al tratamiento alcanzada fue de 10,85 pacientes/año. La biopsia renal demostró clase III en 1 paciente (20%) y clase IV en 4 pacientes (80%). La proteinuria media al inicio del tratamiento fue de 6,66 g/24 h. En 3 casos, el belimumab se inició en los primeros 6 meses después de establecerse el diagnóstico de NL. En 4 casos (80%), la adición de belimumab permitió una reducción significativa de la proteinuria y de los corticosteroides. En 2 pacientes (40%) se interrumpió el tratamiento, en un caso debido a una respuesta insuficiente tratamiento y, en el otro, por un EAS.

Conclusiones: El belimumab mantuvo un perfil de seguridad aceptable y una efectividad adecuada. Las formulaciones intravenosa y subcutánea mostraron un rendimiento similar. La adición de belimumab produjo una reducción de la proteinuria y el uso de corticosteroides.

RC64. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TIEMPOS DE VISITA MÉDICA EN UNA CONSULTA PRIVADA DE REUMATOLOGÍA EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO. ESTUDIO DE DATOS DE VIDA REAL (RWD)

Miguel Ángel Belmonte Serrano, Arantxa Conesa Mateos, Antonio Lozano Saez y Lydia Montolio

Institut Valencià de Reumatologia. Hospital General de Castellón.

Introducción: La estimación del tiempo necesario para una correcta asistencia de los pacientes reumáticos es de gran interés para una apropiada planificación de las consultas médicas evitando tiempos vacíos así como sobrecargas asistenciales. Existen pocos estudios basados en datos reales sobre esta temática, por lo que hemos realizado un análisis de los tiempos asistenciales necesarios para distintos tipos de patologías reumáticas.

Métodos: Se han analizado los datos de una consulta privada de forma retrospectiva, según práctica clínica habitual (RWE). El tiempo empleado en cada consulta se calculó y registró automáticamente restando la hora de final respecto del de inicio de la visita. El diagnóstico se codificó usando CIE 9 y se usó para el análisis el principal que moti-

vaba la visita. Se eliminaron las visitas sin datos suficientes o errores de registro del tiempo de visita. Se considerado como registro apropiado un valor mínimo de visita de 3 minutos y un máximo de 67 minutos.

Resultados: La población total disponible fue de 5.730 pacientes, de los cuales 4.956 tenían un registro de datos y tiempos apropiado. Se evaluaron 23.651 visitas entre julio 2003 y diciembre 2022. El tiempo medio global por visita fue de 16:40 minutos. La población estudiada se compone de 71,5% mujeres y 28,5% varones con una media de edad de 63,4 años. Los tiempos medios de visita fueron similares entre varones (16:40) y mujeres (16:41). El rango de edad fue de 4,5 a 95,9 años. Debido al gran número de clases CIE9 obtenidas se realizó una agrupación de éstas en clases principales. La distribución de tiempos de consulta, en relación con el grupo diagnóstico del paciente, se muestra en la tabla.

Diagnóstico	N	Tiempo visita (min)	Promedio de edad
Lupus	30	0:22:49	41,5
Esp. anq	61	0:21:40	43,2
Esclerdm	20	0:21:32	43,8
Artr. reuma	160	0:21:25	54,8
Gota	136	0:20:40	54,5
Artritis	86	0:20:29	49,3
Palindrom	20	0:20:14	39,2
Artr. psor	93	0:20:09	45,9
Behçet	7	0:19:32	40,6
Paget	19	0:18:23	65,0
Sjögren	59	0:18:15	53,2
PMR	122	0:18:11	72,7
Condro	31	0:18:05	64,3
Biomecánica	69	0:18:03	46,9
Fibromialgia	775	0:18:00	47,9
Spondilosis	429	0:17:22	53,2
Osteoporosis	437	0:16:00	61,2
Polialgias	98	0:15:46	46,3
Otros	999	0:15:43	46,1
Raynaud	36	0:15:39	42,3
Uveítis	17	0:15:36	47,6
Tendinitis	268	0:15:15	55,5
Artrosis	661	0:14:20	62,4
Artralgia	265	0:13:29	45,7
Túnel carpo	58	0:12:31	44,2
Total general	4.956	0:16:40	52,3

Conclusiones: La media del tiempo empleado en una visita habitual de Reumatología varía entre 12:31 minutos para patología biomecánica o inespecífica y más de 22 minutos en patologías inflamatorias y autoinmunes. Estos datos obtenidos de una consulta privada sin restricciones de tiempo ni alto volumen de pacientes puede ser de utilidad para planificar la carga asistencial en consultas de Reumatología, privadas o públicas.

RC65. PREVALENCIA DEL DESARROLLO DE NEFRITIS LÚPICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DURANTE EL TRATAMIENTO CON BELIMUMAB

Marta de la Rubia Navarro, E. Grau García, J. Ivorra Cortés, L. González Puig, R. Negueroles Albuixech, I. Chalmeta Verdejo, I. Cánovas Olmos, C. Nájera Herranz, F.M. Ortiz Sanjuán, I. Martínez Cordellat, E. Vicens Bernabeu, J. Oller Rodríguez, S. Lea Rodríguez, C. Riesco Bárcena, A. Huaylla Quispe, L. Mas Sánchez, P. Muñoz Martínez, A. Torrat Noves, H. Charia, E. Tovar Sugrañes, D. Ramos Castro y J.A. Román Ivorra

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune de etiología multifactorial, caracterizada por una gran heterogeneidad clínica. Entre sus manifestaciones, la afectación renal o nefritis lúpica (NL) se diagnostica en el 30-40% de los pacientes a lo largo de la evolución y suele condicionar el pronóstico. El tratamiento en el LES se basa en un régimen de inmunosupresión que incluye varios fármacos, entre ellos, belimumab (anti-BlyS), el cual recientemente obtuvo la indicación para pacientes con NL.

Objetivos: Analizar la prevalencia de NL en pacientes con LES durante el tratamiento con belimumab.

Métodos: Estudio observacional, transversal de pacientes diagnosticados de LES (criterios SLICC/ACR 2012), que se clasifican en función de si reciben o no tratamiento con belimumab en el momento de la evaluación (grupos 1 y 2 respectivamente). Se excluyeron pacientes con LES que hubiesen recibido belimumab y no estuviesen activos en el momento de la evaluación. Se considera NL aquella diagnosticada mediante biopsia renal.

	Grupo 1 (N = 25)	Grupo 2 (N = 120)
Edad al diagnóstico	32	34
Tiempo de evolución	14	17
Tiempo desde el inicio de belimumab	7	No aplica
NL al diagnóstico	28%	19,17%
NL durante la evolución	0	3,30%
Tratamiento activo		
Glucocorticoides	76%*	60%*
Hidroxicloroquina	60%	71,66%
Azatioprina	28%	18,33%
Micofenolato	28%	13,33%
Metotrexato	16%	10%
Rituximab	0%	8,33%
Ciclofosfamida	0%	5,83%
Tratamiento previo		
Glucocorticoides	96%	75,83%
Hidroxicloroquina	84%	85,83%
Azatioprina	36%	2,50%
Micofenolato	20%	1,67%
Metotrexato	12%	6,67%
Rituximab	8%	2,50%
Ciclofosfamida	0%	1,67%

*Dosis media: 5,26 mg/día; 8,71 mg/día respectivamente.

Resultados: Se recogieron datos de 145 pacientes (86,9% mujeres) con una edad media de 51 años (14,66) y un tiempo medio de evolución de 17 años (10,98). Los datos clínicos de ambos grupos se muestran en la tabla. El grupo 1 incluye 25 pacientes que recibían tratamiento activo con belimumab por actividad del LES, salvo un

paciente que lo inició por afectación renal. 8 de estos pacientes (28%) presentaban NL previa al inicio de belimumab. No se registraron casos nuevos de NL durante el tratamiento con belimumab en estos pacientes. El grupo 2 incluye 120 pacientes que no han recibido tratamiento con belimumab, de los cuales 23 debutaron con afectación renal y 4 desarrollaron NL a lo largo de la evolución, con una media de 6 años desde el diagnóstico del LES.

Conclusiones: No se observa un aumento de la prevalencia de NL en el grupo de pacientes con LES en tratamiento activo con belimumab respecto a aquellos que no han recibido este tratamiento, ni se ha observado ningún caso en que se haya desarrollado esta manifestación una vez iniciado el tratamiento. La prevalencia de NL en el grupo 2 es similar a la reportada por otras series (22,5%).

RC66. MONITORIZACIÓN DE LOS NIVELES DE INFILIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

María Martín López, Natalia Molina, Noemí Franco y José Luis Pablos

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La monitorización de los niveles de fármaco (NF) biológicos en reumatología podría ser útil en varias situaciones clínicas como fallo terapéutico, interpretación de eventos adversos y para determinar ajuste de dosis.

Objetivos: Analizar la influencia de las características demográficas y clínicas en los niveles de infliximab (IFX) séricos en pacientes con artritis inflamatorias tratados con IFX. Estudiar, además, la relevancia clínica de medir niveles de IFX en la práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel entre enero 2018 y diciembre 2022. Se incluyeron pacientes con espondiloartritis (EspA) y artritis reumatoide (AR) tratados con IFX a los que se había realizado una determinación de niveles de IFX durante el seguimiento. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos dependiendo de la actividad de la enfermedad, se realizó estadística descriptiva y análisis comparativos. Las variables cuantitativas se compararon utilizando el test U de Mann-Whitney o t de Student, y las cualitativas con Chi cuadrado o test de Fisher. Para analizar la influencia de las características demográficas y clínicas en los niveles de IFX y en la inmunogenicidad se utilizaron modelos de regresión logística uni y multivariados. Se realizaron curvas ROC para determinar los niveles de IFX óptimos que predecían buena respuesta clínica.

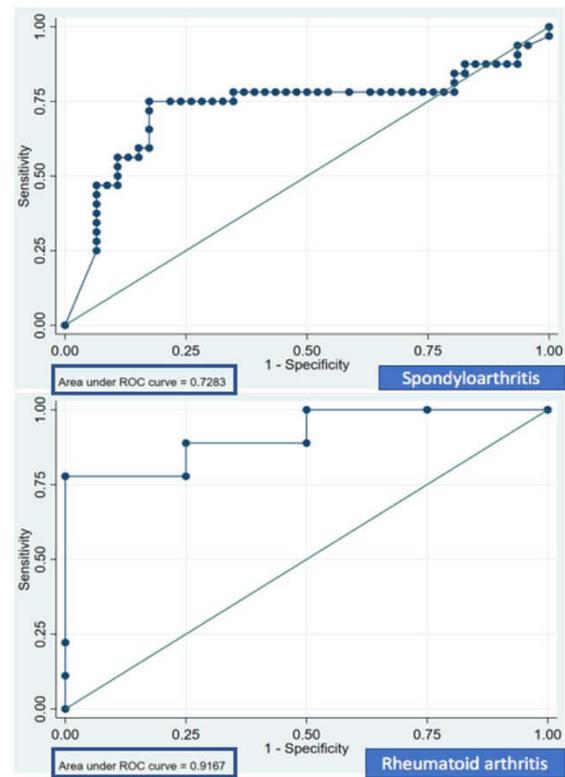
Resultados. 91 pacientes, 78 EspA y 13 AR, fueron incluidos. Las características demográficas y clínicas de los pacientes se muestran en la tabla. Todos los pacientes que tenían remisión o baja actividad de la enfermedad en el momento de la medición de NF permanecían sin actividad a los 12 meses de la medición. 34 de 41 (83%) pacientes con actividad lograron remisión o baja actividad a los 12 meses con una mejoría significativa en la actividad de la enfermedad (p < 0,001). En el análisis univariable, la presencia de factor reumatoide (OR 0,1; IC95% 0,03-0,7), el uso de metotrexato (4,5; 0,8 -2,5), el uso de sulfasalacina (7,7; 1,3-4,4) y la actividad de la enfermedad (0,06; 0,02-0,2) se asociaron con los niveles de IFX (p < 0,1). En relación con la inmunogenicidad, observamos asociación con el sexo femenino (2,5; 0,8-7,6), el factor reumatoide (1,8; 3,7-8,6), la presencia de ACPA (4,1; 0,9-1,9), la duración de la enfermedad (0,9; 0,9-1,0), la duración de IFX (0,8; 0,7-0,9), la actividad basal de la EspA (2,9; 0,9-9,2) y la actividad de la enfermedad (31,4; 3,9-2,5), todos p < 0,1. Sin embargo, en el análisis multivariable solo se confirmó la asociación entre NF e inmunogenicidad con la actividad de la enfermedad, y entre inmunogenicidad con duración de IFX (p < 0,05). En nuestra cohorte, el punto de corte óptimo de niveles de IFX que predecía

buen control de la enfermedad en pacientes con AR fue de 1,5 µg/mL y en EspA de 6,7 µg/mL (fig.).

Características clínicas y demográficas de los pacientes

	Todos (n = 91)	Remisión/baja actividad (n = 50)
Sexo masculino, n (%)	49 (54)	29 (58)
Edad (años)*	53 (13)	56 (15)
Tabaquismo, n (%)		
No	42 (46)	23 (46)
Activo	26 (29)	13 (26)
Exfumador	19 (21)	11 (22)
IMC (kg/m ²)*	28,3 (6)	27,4 (6)
Diagnóstico, n (%)		
AR	13 (14)	4 (8)
EspA	78 (86)	46 (92)
Duración enfermedad (años)*	16 (11)	19 (11)
Factor reumatoide +, n (%)	10/13 (77)	2/4 (50)
ACPA +, n (%)	11/13 (85)	3/4 (75)
HLAB27 +, n (%)	39/59 (66)	27/46 (59)
Duración IFX (años)*	7 (5)	8 (5)
Niveles de IFX (µg/mL)*	17 (19)	4,1 (3)
Inmunogenicidad, n (%)	17 (19)	1 (2)
FAMEc, n (%)		
Ninguno	9 (10)	5 (10)
Metotrexato	39 (43)	20 (40)
Sulfasalacina	32 (35)	21 (42)

Conclusiones: La monitorización de NF parece ser una técnica útil para controlar las artritis inflamatorias. Las características demográficas y clínicas de los pacientes pueden influir en los NF, por lo que su conocimiento es importante para disminuir la inmunogenicidad cuando sea posible. Todavía se necesitan realizar más estudios para determinar el rango terapéutico óptimo de los fármacos biológicos según la enfermedad inflamatoria tratada.



Punto de corte óptimo de niveles de IFX en AR y EspA.