

enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a enfermedad reumática autoinmune sistémica (ERAS) o con rasgos autoinmunes.

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

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes; 39 tratados con MFM (72%) y 15 tratados con RTX (28%); 36 mujeres (67%) y 18 varones (33%); la edad media fue de 24,3 años ( $\pm$  DE 12,1). La ERAS más frecuentemente asociada a EPID fue la esclerosis sistémica, en 25 de los casos (46%); seguida de la artritis reumatoide en 10 casos (18,5%) y posteriormente por el síndrome de Sjögren en 5 casos (9,25%); 7 casos se describieron como neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) (13%). Tras un año de tratamiento, la muestra tratada con MFM presentó estabilidad de la clínica respiratoria en el 87% de los casos, de las PFR (variación  $< 10\%$  de FVC o  $< 15\%$  de DLCO) en el 87,5% de la muestra y radiológica en el 91% de los pacientes (en aquellos casos de los que disponemos pruebas de control (24 y 23, respectivamente)). La muestra tratada con RTX presenta estabilidad de la clínica respiratoria el 100% de los pacientes, de las PFR en un 73% y radiológica en el 86% de los pacientes de los que disponemos espirometría y TC de control (11 y 14, respectivamente). Ninguna de estas diferencias alcanzó valores estadísticamente significativos. De los pacientes que recibieron tratamiento con MFM un 79,5% de la muestra no presentó deterioro en ninguno de estos tres ámbitos; en los pacientes tratados con RTX esta situación se dio en el 73% de los casos. De los pacientes con ES y tratados con MFM, presenta empeoramiento en alguno de estos ámbitos el 10,5%; mientras que de los tratados con RTX presentan deterioro en alguno de estos aspectos el 33,3%; si bien estas diferencias no alcanzan valores estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** Tanto el MFM como el RTX consiguen estabilizar los aspectos estudiados de la EPID asociada a ERAS/IPAF en un porcentaje importante de la muestra; el 79,5% y el 73% de los casos, respectivamente. Se observa una mayor tendencia a la estabilidad en los casos tratados con MFM, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. No se ha conseguido identificar ninguna característica que condicione una más rápida progresión de la EPID con significación estadística.

Viernes 12 de mayo de 2023

**P278. EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA A IJAK EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

Ana Sendra García<sup>1</sup>, P. Llopis Salvia<sup>1</sup>, M. Hermenegildo Caudevilla<sup>1</sup>, M. Aguilar Zamora<sup>3</sup>, L. Montolio Chiva<sup>3</sup>, A.V. Orenes Vera<sup>3</sup>, I. Vázquez Gómez<sup>3</sup>, A. Martínez Ferrer<sup>3</sup>, E. Valls Pascual<sup>3</sup>, D. Ybáñez García<sup>3</sup>, V. Núñez Monje<sup>2,3</sup>, I. Torner Hernández<sup>3</sup>, J.J. Alegre Sancho<sup>3</sup> y M. Climente Martí<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.  
<sup>2</sup>Fundación para el fomento de la investigación sanitaria y biomédica de la Comunidad Valenciana-FISABIO. Valencia. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Objetivos:** Medir la evolución de la adherencia a inhibidores de la janus kinasa (iJAK) durante el primer año de tratamiento, en pacientes con artritis reumatoide (AR).

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional posautorización con seguimiento prospectivo longitudinal de 12 meses en un hospital general universitario terciario. Se incluyeron pacientes con AR en tratamiento con iJAK, que pudieran comprender y cumplimentar los cuestionarios del estudio. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), de la enfermedad (duración) y de tratamiento biológico previo y actual (fármaco, dosis diaria). Se midió el resultado clínico mediante DAS28-VSG, categorizado según los criterios EULAR y agrupado en respondedores (R: remisión o baja actividad de la enfermedad) vs. no respondedores (NR: resto), a 0 (basal), 1, 6 y 12 meses de inicio de iJAK. Se midió la permanencia en el tratamiento a los 12 meses. La adherencia se midió al mes 1, 6 y 12 desde el inicio del tratamiento mediante el cuestionario Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR-19), validado en español, y la proporción de días cubiertos con tratamiento ajustada a periodos de suspensión indicados por el reumatólogo y la medicación remanente (PDCa). Se consideró paciente adherente (A) si PDCa y CQR-19  $\geq 80\%$ . En función de la evolución de la adherencia los pacientes se clasificaron en: adherente total (At: A mes1/6/12), adherente parcial positivo (Ap+: no adherente (NA) mes1  $\pm$  6+Ames12), adherente parcial negativo (Ap-: A mes1  $\pm$  6+NAmes12,) y NA (NA mes1  $\pm$  6+12). Análisis estadístico: mediante STATA v.14.

**Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes (82% mujeres), con una media de edad de 56 años (IC95%: 53 a 59), media de duración de enfermedad de 12 años (IC95%: 10 a 14) y media de DAS28 basal de 3,94 (IC95%: 3,68 a 4,21; 75% NR). El 45% de los pacientes eran naïve y el 55% pretratados (18%, 13% y 24%, con 1, 2 y  $\geq 3$  líneas previas de biológicos, respectivamente). El 70% fueron tratados con baricitinib y el 30% con tofacitinib, siéndolo a dosis estándar el 84% y 92% respectivamente. El 70% (51/73), 82% (53/65) y 75% (43/57) fueron respondedores a los 1,6 y 12 meses, respectivamente, con una media de DAS28-VSG de 2,6 (a 12 meses IC95%: 2,31 a 2,89). El 72% (59/82) permanecieron con el iJAK a los 12 meses. El 68% (48/71), 69% (42/61) y 86% (43/50) fueron adherentes a 1, 6 y 12 meses, respectivamente (tabla). Se identificaron un 62% (31/50) de pacientes At, 24% (12/50) Ap+, 6% (3/50) Ap- y 8% NA.

Evolución de la adherencia según método de medida

N (%)/tiempo	Pacientes adherentes		
	CQR-19	PDCa	Combinado
1 mes	52/71 (73,2%)	70/82 (85,4%)	48/71 (67,6%)
6 meses	45/61 (73,8%)	63/68 (92,7%)	42/61 (68,85%)
12 meses	45/50 (90%)	55/59 (93,2%)	43/50 (86%)

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes con AR tratados con iJAK, el 72% permanecen con el mismo tratamiento a los 12 meses, se observa una elevada adherencia (86% adherentes) y el 75% alcanzaron remisión clínica o baja actividad de la enfermedad tras el primer año de tratamiento. La medida de la proporción de días cubiertos con tratamiento, aun ajustándose a periodos de suspensión indicados por el reumatólogo, parece sobreestimar la adherencia, respecto a la adherencia autorreferida por los pacientes, por lo que es necesario utilizar la medida combinada como instrumento en la identificación de pacientes poco adherentes. La adherencia puede variar en el tiempo: un 62% de los pacientes son adherentes durante todo el primer año de tratamiento, pero en un 30% varía su nivel de adherencia durante este periodo, lo que sugiere la necesidad de una evaluación continua de la adherencia a lo largo del tratamiento y de identificar a los pacientes con necesidad de intervención intensiva, permitiendo individualizar las actuaciones educativas y realizar un seguimiento estrecho de la adherencia.

**P279. RELACIÓN ENTRE ARTICULACIONES DOLOROSAS Y FIBROMIALGIA EN ARTRITIS REUMATOIDE. ¿PUEDE CONSTITUIR UN PREDICTOR CLÍNICO DE RESPUESTA A BIOLÓGICOS?**

Mariela del Carmen Uyaguari Morocho<sup>1</sup>, Marta Novella-Navarro<sup>1</sup>, Mariana Díaz-Almirón<sup>2</sup>, Diana Peiteado<sup>1</sup>, Laura Nuño<sup>1</sup>, Chamaida Plasencia<sup>1</sup> y Alejandro Balsa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

<sup>2</sup>Departamento de Bioestadística. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** La prevalencia de fibromialgia (FM) en pacientes con artritis reumatoide (AR) oscila entre el 14,7 y el 25,7%. No existen a día de hoy criterios diagnósticos de FM validados en AR, aunque algunos estudios sugieren que la coexistencia de AR-FM constituye un fenotipo clínico en el que un incremento en  $\geq 7$  articulaciones dolorosas (NAD) frente a las tumefactas (NAT) podría clasificar a este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Validar si los criterios descritos previamente en cuanto a la diferencia entre NAD y NAT se confirman en nuestra cohorte para el diagnóstico de FM. Valorar si este hecho influye en la evolución a artritis reumatoide difícil de tratar (D2TRA).

**Métodos:** Estudio observacional longitudinal de pacientes con AR que iniciaron tratamiento biológico. Se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad al diagnóstico, edad al inicio del biológico); datos clínicos relacionados con AR [presencia de erosiones, manifestaciones extraarticulares, NAT, NAD, valoración global del paciente (VGP) Health Assessment Questionnaire (HAQ) y DAS28] y datos analíticos [velocidad de sedimentación globular (VSG), factor reumatoide (FR), anticuerpo antipeptido cíclico citrulinado (ACPA)]. El diagnóstico de FM fue clínico en base al criterio del reumatólogo habitual del paciente. Se recogieron otras comorbilidades como la obesidad, patología mecánica, osteoporosis, síndrome ansioso depresivo, nivel de estudios y tabaquismo. También se identificó a los pacientes con artritis reumatoide difícil de tratar (D2TRA) según EULAR 2020. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra comparando las características de los pacientes con FM frente a los pacientes sin diagnóstico de FM. Para identificar si la diferencia entre NAT y NAD puede clasificar a los pacientes con FM, se realizaron análisis mediante *receiver operator characteristics* (ROC).

**Resultados:** De un total de 254 pacientes, el 82,4% eran mujeres, con una edad al diagnóstico de  $42,9 \pm 13,1$  años y una edad al inicio del biológico  $53,2 \pm 12,0$ . El 16% de los pacientes (41) tenían diagnóstico de FM al inicio del biológico. Los pacientes con FM eran en su mayoría mujeres (97,6%). Con respecto a los pacientes sin diagnóstico de FM, presentaron mayor frecuencia de síndrome ansioso-depresivo (20 vs. 9%;  $p = 0,04$ ), así como de patología articular mecánica (56 vs. 36%,  $p = 0,02$ ) y de manifestaciones extraarticulares (27 vs. 13%,  $p = 0,02$ ). También se encontraron diferencias en HAQ, siendo significativamente mayor en pacientes con FM ( $11,5 \pm 4,9$  vs.  $9,1 \pm 5,3$ ;  $p = 0,01$ ). No hubo diferencias en el DAS28 entre ambos grupos [( $5,1 \pm 1,2$ ) en FM vs. ( $5,2 \pm 1,1$ ) en no FM;  $p = 0,78$ ]. Se obtuvo una diferencia de 2,5 NAD frente a NAT como punto de corte para la clasificación de ARFM con una sensibilidad del 70%, una especificidad del 36% y un área bajo la curva (AUC) = [0,52 IC95% (0,43-0,61)]. No se observaron diferencias significativas entre el porcentaje de pacientes con FM que desarrolló D2TRA (34,1%) frente a los que lo hicieron sin diagnóstico de FM previo (33,3%) ( $p = 0,92$ ).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con AR que inician biológico el 16% tuvieron también diagnóstico de FM sin que esto influya en la evolución a D2TRA. No encontramos una diferencia NAD frente a NAT que constituya un punto de corte capaz de clasificar a los pacientes con FM, por lo que en función de nuestros datos y lo publicado hasta ahora, serían necesarios más estudios para caracterizar a este grupo de pacientes con ARFM.

**P280. SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAK EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA: RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON IJAK**

M<sup>a</sup> de Nazaret Roldán Ruiz, M.J. Pérez Quintana, M. León García, A. Román Perea y M.L. Velloso Feijoo

UGC de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

**Introducción:** El estudio ORAL Surveillance observó un aumento de riesgo de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE), tromboembolismo venoso (TEV), infecciones graves, neoplasias y mortalidad en pacientes con AR tratados con tofacitinib en comparación con los tratados con anti-TNF $\alpha$ . El riesgo aumentado para estos eventos adversos (EA) se ha considerado efecto de clase de los iJAK y la EMA y la AEMPS han establecido recomendaciones para minimizar los riesgos de EA graves.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad en la práctica clínica de filgotinib (FIL), upadacitinib (UPA), tofacitinib (TOF) y baricitinib (BAR). Describir los EA cardiovasculares (EAcv) observados y evaluar la supervivencia del fármaco en relación con estos EA. Conocer el impacto de las recomendaciones de la EMA y la AEMPS en la supervivencia de los iJAK.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con enfermedades inflamatorias articulares (AR, APS y EspA) tratados con iJAK en seguimiento por la UGC de Reumatología del H. Virgen de Valme. Se realizó un análisis cuantitativo descriptivo de los datos. Resultados. Se incluyeron 213 pacientes (83,1% con AR, 10,8% con APS y 6,1% con EspA) en tratamiento con iJAK (28 con FIL, 88 con UPA, 77 con TOF y 20 con BAR), 164 mujeres y 49 hombres, con una edad media de 54,75 años y un tiempo medio de evolución de enfermedad de 10,75 años. El 52,6% de ellos presentaban algún FRCV al inicio del iJAK (tabla 1). Destaca que 2 pacientes que iniciaron BAR tenían antecedentes de TVP (1 en relación a infección por SARS-CoV-2) y 1 paciente que inició TOF había presentado un accidente cerebrovascular. Se han registrado un total de 7 EAcv (tabla 2): 2 MACE y 5 TEV (2 TVP y 3 TEP), de los que el 85,7% presentaban algún FRCV (el 85,7% tenía HTA, el 57,1% DM, el 42,8% DLP, el 28,6% tabaquismo, el 28,6% eran exfumadores y el 28,6% antecedentes de enfermedad coronaria previa). La edad media de los pacientes (28,6% H, 71,4% M) que presentaron EAcv fue de 68,7 años. El tiempo medio desde el inicio del iJAK a la aparición del EAcv fue de 10,4 meses. En los tratados con UPA (88) solo se observó 1 EAcv: 1 paciente de 62 años, con HTA y DLP, presentó un TEP a los 9 meses de inicio del iJAK. De los 77 pacientes que recibieron TOF, 5 pacientes han presentado EAcv: 2 de ellos eventos MACE (1 mujer de 80 años y 1 varón de 78, ambos con FRCV, que presentaron SCA) y 3 de ellos TEV (1 mujer de 63 años presentó TVP y TEP, 1 varón de 78 un TEP y 1 mujer de 57 un TEP en el contexto de neumonía bilateral por SARS-Cov2). La dosis de tratamiento en todos ellos fue de 5 mg/12h. En los tratados con BAR y FIL no se observaron EAcv. No hubo ningún *exitus* relacionado con estos EA. Todos los tratamientos fueron suspendidos tras los EAcv. Tras las recomendaciones publicadas por la EMA y la AEMPS, se ha retirado el tratamiento en 11 pacientes (6 TOF, 3 FIL, 2 UPA) debido a los FRCV conocidos.

Tabla 1. Características basales de los pacientes tratados con iJAK

	Filgotinib	Upadacitinib	Tofacitinib	Baricitinib
Nº pacientes	28	88	77	20
Edad media	49,8	52,75	57,45	59
HTA	21,4%	28,4%	31,2%	15%
DM	3,6%	2,3%	14,3%	5%
DLP	21,4%	35,2%	33,8%	40%
Fumadores	21,4%	10,2%	16,9%	0%
Exfumadores	32,1%	17%	26%	30%
AP de enfermedad coronaria	7,14%	3,4%	7,8%	0%

Tabla 2. EA cardiovasculares observados

	Filgotinib	Upadacitinib	Tofacitinib	Baricitinib
SCA	0%	0%	2 (2,6%)	0%
ACV	0%	0%	0%	0%
Muerte CV	0%	0%	0%	0%
TVP	0%	1 (1,13%)	1 (1,3%)	0%
TEP	0%	0%	3 (3,9%)	0%

**Conclusiones.** La evidencia publicada hasta el momento apoya el aumento del riesgo cardiovascular asociado a los iJAK. Parece razonable, tal y como se deduce de nuestra muestra en la que los EAcv se dieron principalmente en pacientes con FRCV conocidos, que la selección de pacientes en función al riesgo cardiovascular es una

estrategia óptima para minimizar el riesgo del tratamiento con iJAK a la espera nuevos de estudios al respecto.

**P281. ¿PODEMOS HACER TELEMEDICINA EN ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA? LA OPINIÓN DEL REUMATÓLOGO**

María José Moreno Martínez<sup>1</sup>, Jenaro Graña Gil<sup>2</sup> y María del Carmen Carrasco Cubero<sup>3</sup>

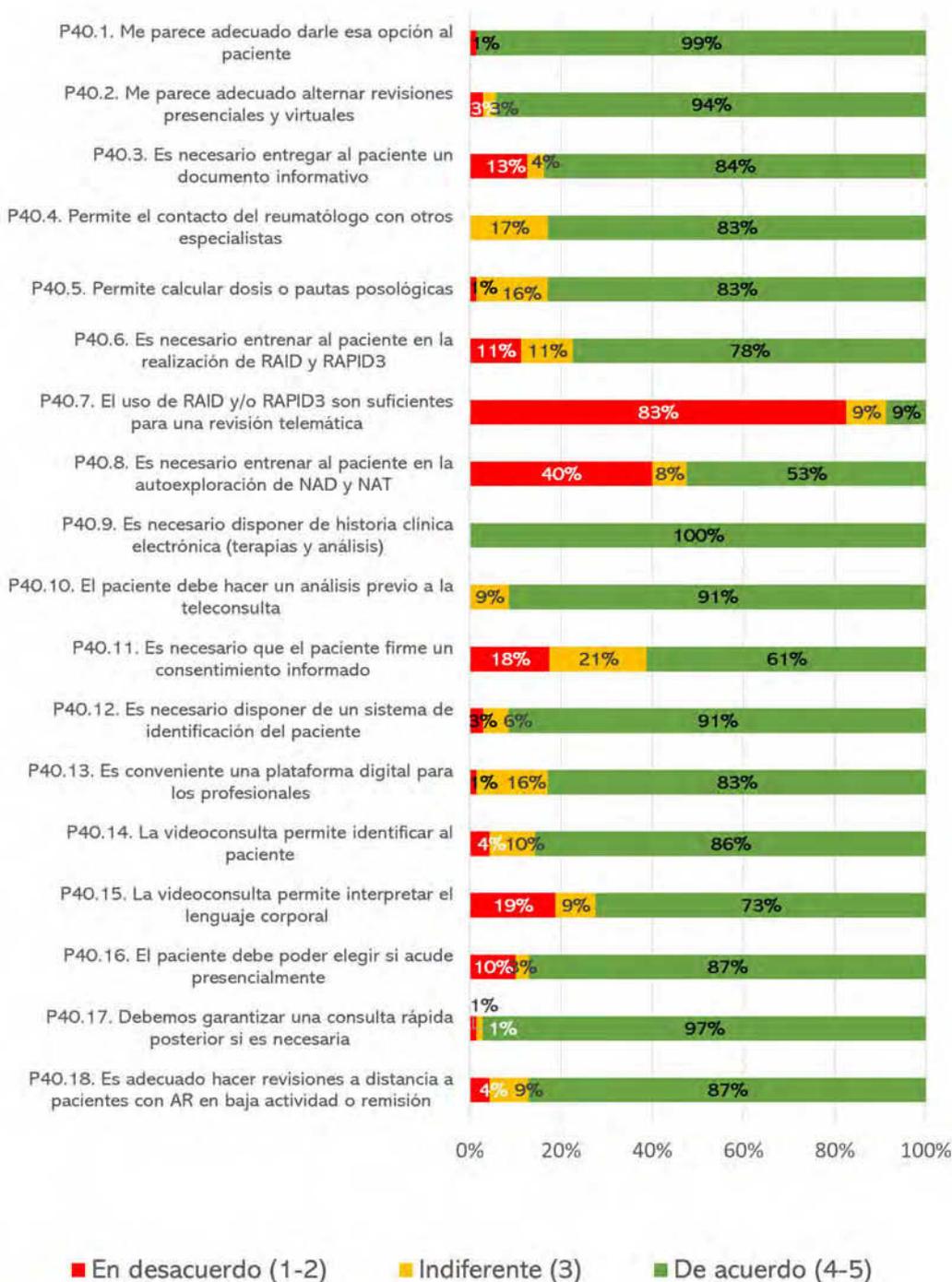
<sup>1</sup>Hospital Rafael Méndez. Lorca. <sup>2</sup>Hospital Universitario de A Coruña. <sup>3</sup>Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Badajoz.

**Introducción:** Existe un interés creciente<sup>1</sup> en el potencial de la telemedicina como un medio alternativo de seguimiento eficaz en

VARIABLES	N	% Desacuerdo (1-2)	% Indiferente (3)	% De Acuerdo (4-5)	Mediana	SD	LI-IC	LS-IC	Mediana	p25	p75
P40. Algunos de los pacientes con artritis reumatoide podrían beneficiarse de una consulta de Telemedicina	80	5.0%	7.5%	87.5%	4.18	0.82	3.99	4.36	4	4	5
P40.1. Telemedicina en AR: Me parece adecuado darle esa opción al paciente	70	1.4%	0.0%	98.6%	4.39	0.57	4.25	4.52	4	4	5
P40.2. Telemedicina en AR: Me parece adecuado alternar revisiones presenciales y virtuales	70	2.9%	2.9%	94.3%	4.34	0.74	4.17	4.52	4	4	5
P40.3. Telemedicina en AR: Es necesario entregar al paciente un documento informativo	70	7.1%	18.6%	74.3%	3.99	0.99	3.75	4.22	4	3	5
P40.4. Telemedicina en AR: Permite el contacto del reumatólogo con otros especialistas	70	0.0%	17.1%	82.9%	4.24	0.73	4.07	4.42	4	4	5
P40.5. Telemedicina en AR: Permite calcular dosis o pautas posológicas	70	1.4%	15.7%	82.9%	4.23	0.76	4.05	4.41	4	4	5
P40.6. Telemedicina en AR: Es necesario entrenar al paciente en la realización de RAID y RAPID3	70	10.0%	17.1%	72.9%	3.94	0.99	3.71	4.18	4	3	5
P40.7. Telemedicina en AR: El uso de RAID y/o RAPID3 son suficientes para una revisión telemática	70	47.1%	25.7%	27.1%	2.79	1.05	2.54	3.04	3	2	4
P40.8. Telemedicina en AR: Es necesario entrenar al paciente en la autoexploración de NAD y NAT	70	40.0%	18.6%	41.4%	3.09	1.25	2.79	3.38	3	2	4
P40.9. Telemedicina en AR: Es necesario disponer de H <sup>2</sup> Gin electrónica (terapias y análisis)	70	0.0%	0.0%	100.0%	4.66	0.48	4.54	4.77	5	4	5
P40.10. Telemedicina en AR: El paciente debe hacer un análisis previo a la teleconsulta	70	0.0%	8.6%	91.4%	4.43	0.65	4.27	4.58	5	4	5
P40.11. Telemedicina en AR: Es necesario que el paciente firme un consentimiento informado	70	20.0%	30.0%	50.0%	3.46	1.19	3.17	3.74	3.5	3	4
P40.12. Telemedicina en AR: Es necesario disponer de un sistema de identificación del paciente	70	2.9%	5.7%	91.4%	4.37	0.73	4.2	4.54	4	4	5
P40.13. Telemedicina en AR: Es conveniente una plataforma digital para los PROs	70	1.4%	15.7%	82.9%	4.23	0.82	4.03	4.42	4	4	5
P40.14. Telemedicina en AR: La videoconsulta permite identificar al paciente	70	4.3%	10.0%	85.7%	4.26	0.86	4.05	4.46	4	4	5
P40.15. Telemedicina en AR: La videoconsulta permite interpretar el lenguaje corporal	70	14.3%	15.7%	70.0%	3.84	1.04	3.59	4.09	4	3	5
P40.16. Telemedicina en AR: El paciente debe	70	10.0%	2.9%	87.1%	4.29	1.07	4.03	4.54	5	4	5

P281 Figura 1

### La aplicación de la telemedicina en artritis reumatoide...



P281 Figura 2. Telemedicina en artritis reumatoide. Porcentaje de acuerdo en las distintas variables.

artritis reumatoide (AR). Sus ventajas serían: conveniencia para pacientes con dificultades para viajar, reducción de la ausencia laboral, priorización de la asistencia presencial a pacientes más necesitados, reducción del impacto de la falta de asistencia y la provisión de continuidad de la atención frente a la escasez de mano de obra, especialmente en situaciones de compromiso de la estructura asistencial en situaciones de crisis sanitaria. La evalua-

ción de la actividad de la enfermedad para adecuar las decisiones de tratamiento por objetivos mediante reactantes de fase aguda y los cuestionarios RAPID3 y RAID pueden ser suficientes pero no hay recomendaciones claramente establecidas para la Telemedicina en AR.

**Objetivos:** Conocer la opinión de un grupo amplio de reumatólogos sobre la telemedicina en artritis reumatoide.

**Métodos:** Estudio cualitativo, multicéntrico y no aleatorizado siguiendo la metodología Delphi (2 circulaciones). Se diseñó un cuestionario ad hoc estructurado en 9 bloques: teleconsulta, teleconsulta de enfermería, teleasistencia, telerrehabilitación, tele-radiología, teleeducación sanitaria, principales barreras, ventajas e inconvenientes de la teleeducación sanitaria y telemedicina en artritis reumatoide. Respondieron al cuestionario 80 especialistas en Reumatología con amplia representación del territorio español.

**Resultados:** Un número de 70 (87,5%) de los 80 reumatólogos contestaron afirmativamente a la pregunta sobre el posible beneficio de la Telemedicina en AR y accedieron a las 18 preguntas del bloque (fig. 1). Se logró consenso en 13 de ellas (fig. 2): Me parece adecuado darle esa opción al paciente. Me parece adecuado alternar revisiones presenciales y virtuales. Es necesario entregar al paciente un documento informativo. Permite el contacto del reumatólogo con otros especialistas. Permite calcular dosis o pautas posológicas. Es necesario disponer de historia clínica electrónica (terapias y análisis). El paciente debe hacer un análisis previo a la teleconsulta. Es necesario disponer de un sistema de identificación del paciente. Es conveniente una plataforma digital para los PROs. La videoconsulta permite identificar al paciente. El paciente debe poder elegir si acude presencialmente. Debemos garantizar una consulta rápida posterior si es necesaria. Es adecuado hacer revisiones a distancia a pacientes con AR en < Baja Actividad > o < Remisión >. Y no se obtuvo consenso en las cuestiones: es necesario entrenar al paciente en la realización de RAID y RAPID3. El uso de RAID y/o RAPID3 son suficientes para una revisión telemática. Es necesario entrenar al paciente en la autoexploración de NAD y NAT. Es necesario que el paciente firme un consentimiento informado. La videoconsulta permite interpretar el lenguaje corporal.

**Conclusiones:** Aunque no hay unanimidad, 70 de 80 reumatólogos consideran que la Telemedicina puede ser útil en AR, especialmente para pacientes con baja actividad o remisión, pero es necesario mejorar la identificación, la plataforma de datos, el entrenamiento y el acceso de los pacientes. Y no se alcanzó acuerdo especialmente en el método de evaluación de la actividad de la enfermedad mediante PRO y autoexploración.

**P282. ANÁLISIS DE SEGURIDAD DE JAKINIBS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UNA COHORTE DE 116 PACIENTES**

Lucía Salvatierra Velasco, Alba Belmonte Mora, Jesús Rubio Úbeda, Pilar Morales Garrido, Juan Salvatierra Ossorio y Enrique Raya Álvarez

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

**Introducción:** Los inhibidores de janus quinasas (JAKinibs) han demostrado su eficacia en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (SpA), aunque su perfil de seguridad continúa analizándose por el posible incremento de efectos adversos (EA) en relación con los anti-TNFalfa (infecciones leves y graves, alteraciones hematológicas, tromboembolismo, incremento de neoplasias).

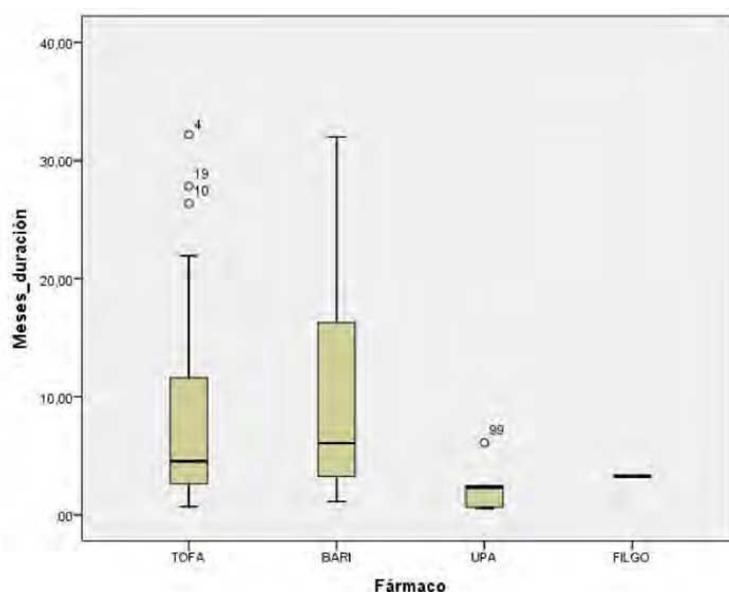
**Objetivos:** Evaluar en práctica clínica real los EA de los JAKinibs en una cohorte de pacientes con AR y SpA. Además, se analiza la adherencia a los mismos y motivos de suspensión (fallo 1º o 2º, EA).

**Métodos:** Estudio observacional de 116 pacientes con AR o SpA que han recibido tratamiento con JAKinibs (tofacitinib, baricitinib, upadacitinib) tras fallo a tratamiento con diferentes fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos clásico (FAMEsc) o biológicos (FAMEb). Se analizaron los siguientes datos: características demográficas de los pacientes, años de evolución de enfermedad, fallos 1º o 2º y EA.

**Resultados:** La edad media fue de 52,12 años, siendo de mayor edad (media de 60 años-DE 13,64-) los tratados con baricitinib, con mayor prevalencia femenina en todos los grupos, y un tiempo de evolución de la enfermedad de 10 años. El número medio de FAMEsc fue de 1,6 y el de FAMEb de 2,28 para tofacitinib, 2,76 para baricitinib y 4,4 para upadacitinib. 71 (63%) pacientes tenía corticoterapia activa en el momento del estudio. El tiempo medio de tratamiento con tofacitinib fue de 8,8 meses, de baricitinib 9,5 meses y de upadacitinib 2,4 meses. Los AA más frecuentes con tofacitinib fueron infecciones del tracto urinario (ITU) (11,9% en 7 casos) y cefaleas (-8,5% en 5 casos). Se registraron 3 casos de herpes zóster (5%), siendo uno de ellos recidivante y 2 casos respectivamente de taquicardia e intolerancia gastrointestinal (3,4%). Con baricitinib se reportaron 2 casos de ITU (5%) y otros 2 con gripe A

Tabla P282

	Tofacitinib	Baricitinib	Upadacitinib
Edad media	49,397 (DE 9,5347)	60,026 (DE 13,6411)	46,933 (DE 8,2068)
Prevalencia sexo masculino	19%	17,90%	20%
Prevalencia sexo femenino	81%	82,10%	80%
Tiempo evolución enfermedad (años)	8,04 (DE 5,237)	10,56 (DE 5,530)	11,03 (DE 6,404)
Porcentaje de permanencia a los 6 meses	62,10%	56,40%	26,70%
Porcentaje de permanencia a los 12 meses	46,60%	30,80%	0%
Porcentaje de pacientes con corticoterapia previa	62,10%	64,10%	60%
Número de fármacos biológicos previos	2,276 (DE 1,9538)	2,763 (DE 2,2949)	4,400 (DE 2,8983)
Porcentaje de pacientes que suspendieron el fármaco	62,10%	59%	33,30%
PCR media al final del tratamiento (mg/L)	17,197 (DE 18,9208)	19,978 (DE 22,6874)	24,200 (DE 27,4075)
VSG media al final del tratamiento (mm/h)	25,370 (DE 15,295)	26,350 (DE 18,947)	44,339 (DE 32,005)
Efectos adversos más repetidos	ITU (7) Cefalea (5) Herpes zóster (3) Cólico nefrítico (2) Intolerancia gastrointestinal (2) Taquicardia (2)	ITU (4) Cefalea (2)	ITU (1) Herpes labial y facial (1) Intolerancia gastrointestinal (1)
Efectos adversos graves	Herpes zóster (3) Candidiasis orofaríngea (1)	Herpes zóster (3) Candidiasis orofaríngea (1)	
Fallo primario	28,81%	20%	18,75%
Fallo secundario	11,86%	5%	0%
Exitus		SARS-CoV-2 (2) Gripe A (1) Ictus (1)	



Meses de duración con cada fármaco.

Tabla cruzada PERMANENCIA\_6meses\*Fármaco

Recuento		Fármaco				Total
		TOFA	BARI	UPA	FILGO	
PERMANENCIA_6meses	No	22	17	11	1	51
	Sí	36	22	4	0	62
Total		58	39	15	1	113

Permanencia a los 6 meses.

Tabla cruzada PERMANENCIA\_12meses\*Fármaco

Recuento		Fármaco				Total
		TOFA	BARI	UPA	FILGO	
PERMANENCIA_12meses	No	31	27	15	1	74
	Sí	27	12	0	0	39
Total		58	39	15	1	113

Permanencia a los 12 meses.

(5%). Los AA más frecuentes relacionados con upadacitinb son la intolerancia gastrointestinal, herpes labial y facial, uveítis anterior e ITU de repetición, dándose 1 caso por cada evento adverso. Se registraron 4 *exitus* en pacientes en tratamiento con baricitinib: 2 por COVID grave, 1 por gripe A y 1 por ictus. Los fallos se distribuyeron del siguiente modo: 17 pacientes presentaron fallo 1º a tofacitinib (28,8%), 8 a baricitinib (20%) y 3 con upadacitinib (18,75%); y 7 pacientes presentaron fallo 2º a tofacitinib (11,86%), 2 a baricitinib (5%). No se ha registrado fallo 2º con upadacitinib. La PCR media para tofacitinib-DE 18,9- al final del tratamiento fue de 17,2, 19,98-DE 15,3-para baricitinib y 24,2-DE 32- para upadacitinib. La VSG media -DE 15,3- fue de 25,4, 26,35 y 44,3, respectivamente.

A los 6 meses, 36 (62,1%) continuaban con tofacitinib, 22 (56,4%) con baricitinib y 4 (26,7%) con upadacitinib. A los 12 meses, 27 (46,6%) continuaban con tofacitinib y 12 con baricitinib (30,8%) y ningún paciente con upadacitinib.

**Conclusiones:** Los efectos adversos más frecuentes en pacientes que reciben JAKinibs son las infecciones leves y en aquellos con upadacitinib las molestias gastrointestinales. Se observaron efectos adversos graves, incluyendo 3 fallecimientos por procesos virales, la mayoría en pacientes mayores de 65 años. La causa más frecuente de suspensión fueron los fallos al tratamiento. Creemos necesario continuar con estudios observacionales para tratar de estratificar y perfilar el riesgo de infección en pacientes que van a iniciar JAKinibs.

**P283. APLICABILIDAD DE LA TELECONSULTA EN REUMATOLOGÍA**

Carmen Carrasco Cubero<sup>1</sup>, Jenaro Graña Gil<sup>2</sup> y M<sup>a</sup> José Moreno Martínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Badajoz. <sup>2</sup>Hospital Universitario de A Coruña. <sup>3</sup>Hospital Rafael Méndez. Lorca.

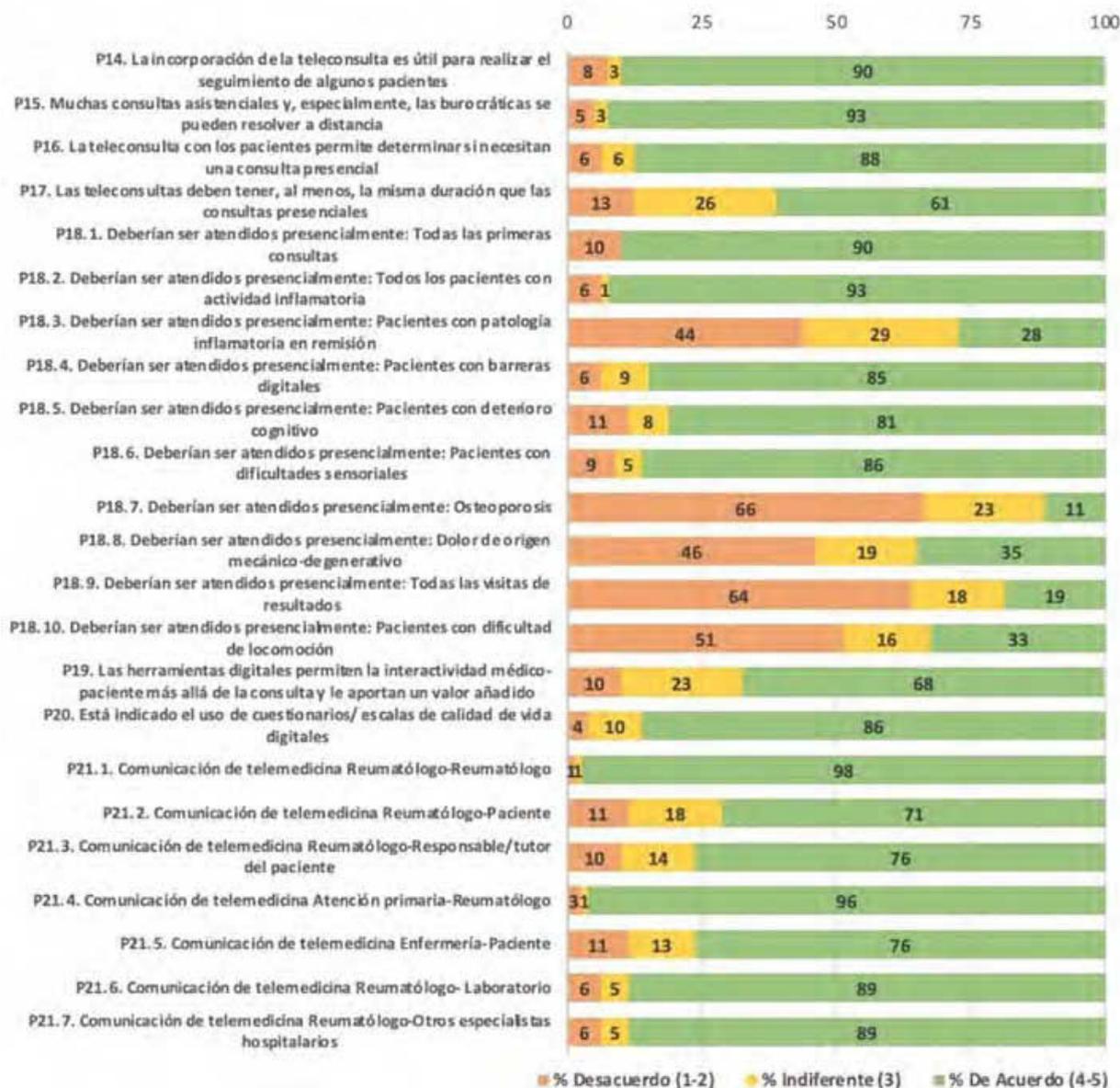
**Introducción:** La pandemia por COVID-19 ha acelerado la digitalización de muchos de los aspectos de la sociedad, incluyendo la asistencia médica, ya que ha sido necesario recurrir a la tecnología para poder atender a los pacientes de una forma segura<sup>1</sup>. La telemedicina es el uso de las telecomunicaciones para ofrecer servicios e información relacionados con la salud tanto en la atención al paciente, la relación entre clínicos y las actividades administrativas, como en la formación/educación en salud para médicos y pacientes. La teleconsulta (TC), como parte de la telemedicina, consiste en establecer una interacción entre el médico y el paciente de manera telemática<sup>2</sup>.

**Objetivos:** Analizar la aplicación de la TC en consultas de Reumatología.

**Métodos:** Estudio cualitativo, multicéntrico y no aleatorizado siguiendo la metodología Delphi (2 circulaciones). Se diseñó un cuestionario ad hoc estructurado en 9 bloques: teleconsulta, tele-

consulta de enfermería, teleasistencia, telerRehabilitación, telerRadiología, teleeducación sanitaria, principales barreras, ventajas e inconvenientes de la teleeducación sanitaria y telemedicina en artritis reumatoide. Respondieron al cuestionario 80 especialistas en Reumatología con amplia representación del territorio español.

**Resultados:** Se consultó a 80 reumatólogos de toda la geografía española. La edad media de los mismos fue de 42,3 (± 8,9) años, con 12,6 (± 8,3) años de experiencia. El 62% fueron mujeres y el 99% pertenecía a la SER. En cuanto a su labor asistencial, el 98% trabajaba en un centro público y en medio urbano. En cuanto a los resultados de la encuesta (figs.), se llegó a un consenso en: La TC es útil para el seguimiento de algunos pacientes. Las consultas burocráticas se pueden resolver a distancia. La TC nos permite determinar si los pacientes necesitan una consulta presencial. Deberían ser valorados presencialmente: todas las primeras consultas; los pacientes con actividad inflamatoria; pacientes con barreras digitales; pacientes con deterioro cognitivo; pacientes con dificultades sensoriales. No deberían ser atendidos presencialmente todas las visitas de resultados. La comunicación de telemedicina se puede utilizar en: reumatólogo-paciente; reumatólogo-tutor del paciente; enfermería-paciente;



Teleconsulta en reumatología. Porcentaje de acuerdo por variable.

VARIABLES	N	% Desacuerdo (1-2)	% Indiferente (3)	% De Acuerdo (4-5)	Media	SD	LI-IC	LS- IC	Mediana	P25	P75
P14. La incorporación de la teleconsulta es útil para realizar el seguimiento de algunos pacientes	80	7.5%	2.5%	90.0%	4.21	0.87	4.02	4.41	4	4	5
P15. Muchas consultas asistenciales y, especialmente, las burocráticas se pueden resolver a distancia	80	5.0%	2.5%	92.5%	4.44	0.82	4.25	4.62	5	4	5
P16. La teleconsulta con los pacientes permite determinar si necesitan una consulta presencial	80	6.3%	6.3%	87.5%	4.04	0.79	3.86	4.21	4	4	4
P17. Las teleconsultas deben tener, al menos, la misma duración que las consultas presenciales	80	12.5%	26.3%	61.3%	3.6	1.01	3.37	3.83	4	3	4
P18.1. Deberían ser atendidos presencialmente: Todas las primeras consultas	80	10.0%	0.0%	90.0%	4.39	1.11	4.14	4.63	5	4	5
P18.2. Deberían ser atendidos presencialmente: Todos los pacientes con actividad inflamatoria	80	6.3%	1.3%	92.5%	4.57	0.98	4.36	4.79	5	5	5
P18.3. Deberían ser atendidos presencialmente: Pacientes con patología inflamatoria en remisión	80	43.8%	28.8%	27.5%	2.83	1.05	2.59	3.06	3	2	4
P18.4. Deberían ser atendidos presencialmente: Pacientes con barreras digitales	80	6.3%	8.8%	85.0%	4.45	1.09	4.21	4.69	5	4	5
P18.5. Deberían ser atendidos presencialmente: Pacientes con deterioro cognitivo	80	11.3%	7.5%	81.3%	4.34	1.2	4.07	4.6	5	4	5
P18.6. Deberían ser atendidos presencialmente: Pacientes con dificultades sensoriales	80	8.8%	5.0%	86.3%	4.36	1.15	4.11	4.62	5	4	5
P18.7. Deberían ser atendidos presencialmente: Osteoporosis	80	66.3%	22.5%	11.3%	2.24	1	2.02	2.46	2	2	3
P18.8. Deberían ser atendidos presencialmente: Dolor de origen mecánico-degenerativo	80	46.3%	18.8%	35.0%	2.86	1.09	2.62	3.1	3	2	4
P18.9. Deberían ser atendidos presencialmente: Todas las visitas de resultados	80	63.8%	17.5%	18.8%	2.38	1.02	2.15	2.6	2	2	3
P18.10. Deberían ser atendidos presencialmente: Pacientes con dificultad de locomoción	80	51.3%	16.3%	32.5%	2.79	1.22	2.52	3.06	2	2	4
P19. Las herramientas digitales permiten la interactividad médico-paciente más allá de la consulta y le aportan un valor añadido	80	10.0%	22.5%	67.5%	3.75	0.86	3.56	3.94	4	3	4
P20. Está indicado el uso de cuestionarios/ escalas de calidad de vida digitales	80	3.8%	10.0%	86.3%	4.04	0.68	3.89	4.19	4	4	4
P21.1. Comunicación de telemedicina Reumatólogo-Reumatólogo	80	1.3%	1.3%	97.5%	4.5	0.6	4.37	4.63	5	4	5
P21.2. Comunicación de telemedicina Reumatólogo-Paciente	80	11.3%	17.5%	71.3%	3.7	0.93	3.49	3.91	4	3	4
P21.3. Comunicación de telemedicina Reumatólogo-Responsable/tutor del paciente	80	10.0%	13.8%	76.3%	3.8	0.85	3.61	3.99	4	4	4
P21.4. Comunicación de telemedicina Atención primaria-Reumatólogo	80	2.5%	1.3%	96.3%	4.39	0.65	4.24	4.53	4	4	5
P21.5. Comunicación de telemedicina Enfermería-Paciente	80	11.3%	12.5%	76.3%	3.78	0.81	3.59	3.96	4	4	4
P21.6. Comunicación de telemedicina Reumatólogo- Laboratorio	80	6.3%	5.0%	88.8%	4.22	0.94	4.02	4.43	4	4	5
P21.7. Comunicación de telemedicina Reumatólogo-Otros especialistas hospitalarios	80	6.3%	5.0%	88.8%	4.21	0.81	4.03	4.39	4	4	5

Tabla de variables según grado de acuerdo.

reumatólogo-laboratorio; reumatólogo- otros especialistas; relación reumatólogo-reumatólogo. No se llegó a un consenso en referente a: las TC deben tener, al menos, la misma duración que las consultas presenciales; los pacientes con patología inflamatoria en remisión deberían ser valorados presencialmente. Deberían ser atendidos presencialmente pacientes con: osteoporosis; dolor mecánico-degene-

rativo; dificultad de locomoción. Las herramientas digitales permiten la interactividad médicopaciente más allá de la consulta y le aportan un valor añadido.

**Conclusiones:** La incorporación de la TC es útil para realizar el seguimiento de algunos pacientes. Muchas consultas asistenciales y, especialmente las burocráticas, se pueden resolver a distancia. Las

primeras consultas, los pacientes con actividad inflamatoria, aquellos con barreras digitales o con dificultades sensoriales y los pacientes con deterioro cognitivo deben ser atendidos presencialmente.

#### P284. PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA EN ARTRITIS REUMATOIDE

Xabier Cenicacelaya Olabarrieta, Javier Bachiller Corral, Jaime Arroyo Palomo, Verónica García García, Javier Domínguez Barahona y Mónica Vázquez Díaz

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Introducción:** En la artritis reumatoide (AR), como en todas las enfermedades crónicas, es fundamental conseguir una adecuada formación del paciente en cuanto a hábitos de vida, características de la enfermedad y manejo de tratamientos. Esta formación es imprescindible para que el paciente sepa identificar los síntomas y responder adecuadamente a ellos y desarrollar habilidades de autocuidado y autonomía para gestionar el impacto de la enfermedad en su salud y mejorar su calidad de vida. Los sistemas de formación activos (explicación médica o enfermería, charlas,) consumen mucho tiempo del personal sanitario. Los sistemas pasivos (folletos, libros, o páginas web) son utilizados por menos de un 20% de los pacientes y suelen tener un bajo seguimiento.

**Objetivos:** Implantar un sistema activo y automático de formación digital a distancia en AR basado en vídeos de corta duración. Determinar la adherencia y satisfacción de los pacientes.

**Métodos:** Se creó un programa de 12 vídeos en formato digital de menos de 5 minutos, que se enviaban mensualmente al paciente a través de su correo electrónico. La temática de los videos versaba sobre diagnóstico y evolución de la AR, hábitos de vida recomendables, manejo precoz, tratamientos, deseo genésico, contacto y acceso al equipo médico del hospital y asociacionismo. Se registró la visualización completa y la valoración del paciente de cada video. El programa de formación duró 1 año y al acabar se realizó una encuesta de satisfacción. La participación fue voluntaria y se ofreció a todos los pacientes adultos de una consulta monográfica de AR con menos de 5 años de evolución. No se excluyeron pacientes por edad o habilidad tecnológica. Se utilizó RedCap para el registro de los datos clínicos y el envío de los videos y de los cuestionarios.

**Resultados:** El programa se ofreció a 121 pacientes con AR de menos de 5 años de duración, de los que 103 (85%) aceptaron participar. La edad media de los participantes era de 51 años (rango 21-79), 82% eran mujeres y el tiempo medio de evolución de la AR fue de 3 años. 35 pacientes estaban en tratamiento biológico. De los 1.236 vídeos enviados a los 103 pacientes, 761 vídeos fueron visualizados (adherencia global del programa 61,6%). 11 pacientes no visualizaron ningún video y 48 pacientes visualizaron los 12 vídeos del programa. En el análisis univariante, ninguna de las variables independientes analizadas (edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, nivel de alfabetización, país de nacimiento, uso de biológicos) se asoció estadísticamente con la variable "numero de videos visualizados". La adherencia al programa formativo se mantuvo estable a lo largo de los 12 meses del programa. Los videos que más gustaron (mayor puntuación media recibida) fueron los de temática deporte y dieta y los de producción local (visualización del médico o enfermera del Servicio). La encuesta de satisfacción fue completada por 72 (69%) pacientes y presentaba una media de 8,42 puntos sobre 10.

**Conclusiones:** Actualmente, es posible implementar un programa activo de formación sanitaria específica para los pacientes con AR. Un 85% de los pacientes accedieron a participar en el programa y entre los participantes la adherencia global del programa fue alta (visualización del 61% de los videos enviados) superior a los sistemas

de formación pasiva. No se encontraron perfiles específicos de mayor adherencia. La satisfacción de los pacientes con el programa formativo fue muy alta (8,4/10).

#### P285. LA PRESENCIA DE AC CONTRA EL EPÍTOPO COMPARTIDO NO SE ASOCIA A MEDIDAS DE MAL PRONÓSTICO EN LA AR. ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. Rusiñol González<sup>1</sup>, E. Graell Martín<sup>1</sup>, J.F. Delgado de la Poza<sup>2</sup>, Berenguer Llergo<sup>3</sup>, A.D. Gómez Centeno<sup>1</sup>, M. García Manrique de Lara<sup>1</sup>, S. García Cirera<sup>1</sup>, E. Costa Moya<sup>1</sup>, A. Llobell Uriel, A García Pinilla<sup>1</sup>, J. Calvet Fontova<sup>1</sup> y J. Gratacós Masmitjà<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

<sup>2</sup>Servicio de laboratorios clínicos. Laboratorio de Inmunología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. <sup>3</sup>Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT). Sabadell.

**Antecedentes.** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune y sistémica, que presenta una evolución heterogénea entre los pacientes que la padecen. Identificar biomarcadores de dicha evolución es una necesidad no cubierta en la AR. Recientemente, mediante un test de ELISA que usa péptidos del epítipo compartido con las argininas conservadas (EC-R) o citrulinadas (EC-Cit) y con las lisinas carbamiladas (EC-Car), hemos demostrado la existencia de anticuerpos (Ac) contra el epítipo compartido (EC) en la AR<sup>1</sup>. El trabajo actual, estudia la asociación entre la presencia de dichos Ac y la evolución de los pacientes.

**Objetivo.** Estudio de asociación entre la presencia de Ac contra los péptidos del epítipo compartido tanto citrulinado como sin citrulinizar con las características clínicas de los pacientes con AR.

**Método.** Pacientes atendidos en las consultas externas de nuestro centro, que cumplan criterios ACR-EULAR 2010. Realizamos un test ELISA propio utilizando una secuencia peptídica de 15 aminoácidos de las posiciones 65-79 del HLA-DRB1 que contienen las 3 secuencias diferentes del EC (esto es QKRAA, QRRAA y RRRRAA), el EC-R, Cit y Car, sintetizados en forma lineal y cíclica. El corte de positividad se estableció en el punto que obtuvo una especificidad del 90% utilizando una curva ROC obtenida de donantes sanos y AR<sup>1</sup>. El polimorfismo del HLA-DRB1 se analizó a través de un kit de tipificación de oligonucleótidos específicos de dicho gen. De manera retrospectiva se recogieron de la historia clínica: edad, sexo, tabaquismo, edad de inicio enfermedad, tiempo de demora hasta el inicio del tratamiento, tiempo de evolución de la enfermedad, estatus del FR y anti-CCP, la presencia de erosiones (sí/no), la afectación extrarticular (nódulos reumatoides, Sjögren, prótesis articulares, afectación columna cervical, afectación pulmonar (EPID), pericarditis) y tratamientos. Para el análisis de asociación, además del FR, del anti-CCP y de los resultados de cada uno de los ELISA aislados, se crearon nuevas categorías agrupando las formas lineales y cicladas de cada secuencia. Asimismo se estratificó a los pacientes según la dificultad de respuesta al tratamiento como: AR glucocorticoides solo, AR FAME clásico, AR primer biológico/JAKi, AR difíciles de tratar (2 biológicos/JAKi) y AR muy difíciles de tratar ( $\geq 3$  biológicos/JAKi). Las asociaciones entre pares de variables fueron evaluadas con métodos no paramétricos, mediante el test exacto de Fisher (variables categóricas), correlación de Spearman (continuas) o el test de Mann-Whitney (variable continua vs. binaria).

**Resultados.** Se incluyeron un total de 184 AR (tabla). Ninguno de los ELISAs propios se asoció a la presencia de erosiones, resistencia al tratamiento y manifestaciones extrarticulares analizadas en nuestra cohorte de pacientes.

**Conclusiones.** Los Ac anti EC no tienen asociación estadísticamente significativa con los datos clínicos obtenidos en nuestra cohorte de pacientes con AR.

Características demográficas, clínicas y de respuesta al tratamiento que se incluyen en el estudio

Mujeres/Hombres	114 (73,5%)/41 (26,5%)
Edad diagnóstico (años)	53,629 [51,247, 57,257]
Demora tratamiento (años)	0,504 [0,419, 0,671]
Tiempo de evolución de la AR	7,2 (8,4) años
Tratamiento	
Glucocorticoides (no FAMES)	15 (8,2%)
FAME clásico	110 (59,8%)
Primer biológico/JAKi	42 (22,8%)
AR difíciles de tratar (2 biológicos/JAKi)	9 (4,9%)
AR muy difíciles de tratar (≥ 3 biológicos/JAKi)	8 (4,3%)
Fumadores	
Nunca	85 (49,1%)
Actualmente	11 (6,4%)
Alguna vez fumadores	77 (44,5%)
Factor reumatoide	93 (68,4%)
Anti CCP	102 (77,31%)
Erosión	46 (26,9%)
Afectación extraarticular	45 (25,9%)
Nódulos reumatoide	10 (5,8%)
Síndrome de Sjögren asociado	4 (2,3%)
Prótesis articular	2 (1,1%)
Afectación articular cervical	1 (0,6%)
Afectación pulmonar	
No afectación	157 (90%)
EPID	9 (3,2%)
EPOC	8 (4,6%)
Pericarditis	1 (0,6%)
Epítipo compartido (129)	
portadores EC	86 (66,7%)
1 copia	71 (55%)
2 copias	15 (11,6%)
Polimorfismos EC (n = 129)	
qkraa	13 (10,1%)
qrraa	72 (55,8%)
rrraa	11 (8,5%)
Tests ELISA (n = 143)	
Cualquier ELISA (positivo)	13 (9,1%)-47 (32,9%)
Estratificación lineal + ciclado	26 (18%)-64 (44,8%)

Agradecimientos: Este trabajo ha sido posible gracias a fondos de la Beca FER 2018 y Beca CIR del HU Parc Taulí de Sabadell.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Rusiñol M, Graell E, Delgado de la Poza, *et al.* Abstract P241. Respuesta autoinmune contra la secuencia del epítipo compartido en artritis reumatoide. Parc Taulí HU. Reumatol Clin. 2022;18 Supl Congr 2:310.

**P286. ¿AFECTA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL AL DAÑO ESTRUCTURAL RADIOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?**

Beatriz Rodríguez Lozano<sup>1</sup>, Antonio Naranjo Hernández<sup>2</sup>, Jerián González Febles<sup>3</sup>, Jorge L. Garnier Rodríguez<sup>4</sup>, Federico Díaz González<sup>1</sup> y Sagrario Bustabad Reyes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna.  
<sup>2</sup>Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.  
<sup>3</sup>Centro de Especialidades Clínicas Dentales. Facultad de Odontología. Universidad Complutense. Madrid. <sup>4</sup>Clínica Dental Garnier. Santa Cruz de Tenerife.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) y la enfermedad periodontal (EP) son dos enfermedades inflamatorias crónicas que cursan con pérdida ósea, tanto yuxtaarticular y generalizada como localizada en el hueso alveolar, respectivamente, con mecanismos patogénicos que implican a los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) y relacionadas genéticamente ambas con el epítipo compartido HLA-DRB1. Los ACPA se han asociado a mayor riesgo de daño estructural en la AR. Se ha descrito<sup>1</sup> una asociación entre destrucción ósea en muñeca y pérdida ósea alveolar, y también entre actividad de la AR y severidad de la EP<sup>2,3</sup>, aunque no están bien establecidas debido, entre otras causas, a la falta de estandarización metodológica de los diversos estudios.

**Objetivos:** 1. Describir si la presencia de EP severa se asocia a mayor daño estructural articular en pacientes con AR. 2. Ver si existe relación entre los parámetros periodontales con número de erosiones o pinzamiento articular en manos y pies.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) del Serv. de Reumatología de un hospital de 3<sup>er</sup> nivel, Código aprobación CEIC 2015\_06. Se recogieron variables sociodemográficas y antropométricas habituales, tabaquismo, tratamiento esteroideo actual y pasado, DAS28 (VSG) e índice radiológico de Sharp modificado por Van der Heijden (IRx S/V)<sup>4</sup>. Entre los parámetros periodontales recogidos por 2 periodoncistas con variabilidad interobservador < 30%: índice placa (IP), sangrado sondaje (IS), profundidad sondaje (PS), nivel de inserción clínico (NIC) pérdida dental y Rx periapical a boca completa. Se categorizó nivel EP según Tonetti<sup>5</sup>: nivel 0 (ausencia), N 1 (leve), N2 (moderada), N3 (avanzada), N4 (avanzada con gran pérdida de función). Análisis estadístico: descriptivo, ANOVA unidireccional, Kruskal-Wallis, correlación de Pearson Paquete estadístico SPSS 25.0.

**Resultados:** Se estudiaron 92 pacientes (73 M), edad media 54 años (± 10), con una media de evolución de 7,5 años (± 7,2); 24% con AR precoz, 47% con tratamiento esteroideo actual con dosis media 5,3 mg/d durante un tiempo medio de 3 ± 4 años, 26% con tabaquismo activo (IPA medio: 7). Todos, salvo un paciente, presentaban EP. La distribución, según gravedad de la EP, parámetros periodontales, IRx s/v, número de erosiones en manos y pies así como pinzamiento articular se muestran en las tablas 1 y 2. El 87% presentaban EP moderada-severa con IRx S/V de 16,85 ± 24 vs. 13% con EP leve e IRx S/V de 17,7 ± 29 sin diferencia estadísticamente significativa ni entre los diferentes parámetros periodontales con los de daño estructural articular.

Tabla 1. Gravedad de la enfermedad periodontal, parámetros periodontales y de daño estructural articular en pacientes con artritis reumatoide

N = 92	N (%)	Media (DE)
EP		
Grado 0	1 (1)	
Grado 1	11 (12)	
Grado 2	30 (32,6)	
Grado 3	26 (28,3)	
Grado 4	24 (26)	
Índice placa (IP) media		0,74 (0,49)
% IP ≥ 2		12,76 (20,02)
PS media		3,13 (0,62)
Nº PS ≥ 5 mm		15,7 (18,6)
% PS ≥ 5 mm		12,6 (14,92)
% IS		64,7 (23,1)
Nivel de inserción clínico (NIC) medio		4,04 (1,22)
Pérdida dental		5,7 (4,7)
Índice Rx art		6,96 (24,65)
Erosiones manos		3,48 (6,45)
Erosiones pies		5,95 (12,6)
Pinzamiento articular		8,07 (11)

Tabla 2. Distribución del daño estructural articular según severidad de la enfermedad periodontal en pacientes con artritis reumatoide

N = 91	Pinzamiento articular		Erosiones pies	Índice Rx articular S/V
	Erosiones manos	manos		
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
EP N1 (N = 11)	3,82 (5,38)	4,9 (6,9)	9 (18,27)	17,73 (29,14)
EP N2 (N = 30)	4,07 (7,21)	11,67 (14,38)	4,2 (5,9)	19,40 (23,38)
EP N3 (N = 26)	1,38 (3,05)	6,38 (9,41)	5,83 (13,9)	13,15 (22,82)
EP N4 (N = 24)	4,88 (8,2)	6,83 (8,33)	6,67 (14,08)	17,64 (26,90)

**Conclusiones:** 1. Presentaron EP moderada-grave el 87% de los pacientes con AR. 2. No hemos encontrado asociación significativa entre severidad de la EP e índice radiológico articular ni entre los diferentes parámetros periodontales por separado con los radiológicos tales como número de erosiones y pinzamiento articular en manos y pies.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Marotte H, et al. Ann Rheum Dis. 2006.
2. de Pablo P, et al. J Rheumatol. 2008.
3. Rodríguez-Lozano B, et al. Arthritis Res Ther. 2019.
4. Van der Heijde D, et al. J Rheumatol. 2000.
5. Tonetti MS, et al. J Clin Periodontol. 2018.

**P287. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE ABATACEPT EN LA NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO NACIONAL MULTICÉNTRICO DE 191 PACIENTES**

Belén Atienza-Mateo<sup>1</sup>, Ana Serrano-Combarro<sup>1</sup>, Libe Ibarrola Paino<sup>2</sup>, Ivette Casafont-Solé<sup>3</sup>, Rafael B. Melero-Gonzalez<sup>4</sup>, Isabel Serrano-García<sup>5</sup>, Esther F. Vicente-Rabaneda<sup>6</sup>, Jerusalem Calvo Gutiérrez<sup>7</sup>, Natalia Mena Vázquez<sup>8</sup>, Nuria Vegas-Revenge<sup>9</sup>, Lucía Domínguez-Casas<sup>10</sup>, Jesús Loarce Martos<sup>11</sup>, Cilia Amparo Peralta Ginés<sup>12</sup>, Carolina Díez Morrondo<sup>13</sup>, Lorena Pérez Albaladejo<sup>14</sup>, Rubén López Sánchez<sup>15</sup>, M<sup>ª</sup> Guadalupe Mazano Canabal<sup>16</sup>, Anahy M<sup>ª</sup> Brandy-García<sup>17</sup>, Patricia López Viejo<sup>18</sup>, Gema Bonilla<sup>19</sup>, Olga Maiz-Alonso<sup>20</sup>, Carmen Carrasco-Cubero<sup>21</sup>, Marta Garijo Bufort<sup>22</sup>, Mireia Moreno<sup>23</sup>, Ana Urruticochea-Arana<sup>24</sup>, Sergio Ordóñez-Palau<sup>25</sup>, Carmen González-Montagut<sup>26</sup>, Emilio Giner Serret<sup>27</sup>, Juan Ramon de Dios Jiménez de Aberasturi<sup>28</sup>, Fernando Lozano Morillo<sup>29</sup>, Tomás Vázquez Rodríguez<sup>30</sup>, Patricia Carreira-Delgado<sup>31</sup>, Juan María Blanco Madrigal<sup>32</sup>, Belén Miguel Ibáñez<sup>33</sup>, Marina Rodríguez López<sup>34</sup>, Carlos Fernández-Díaz<sup>35</sup>, Javier Loricera<sup>1</sup>, Iván Ferraz-Amaro<sup>36</sup>, Diego Ferrer<sup>37</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup> en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a Artritis Reumatoide

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. CHU de Vigo. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. Madrid. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Agustín. Avilés. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de León. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jaén. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Zamora. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. <sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. <sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Donostia. Donosti. <sup>21</sup>Servicio de Reumatología. CHU Infanta Cristina. Badajoz. <sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. <sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>25</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. <sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. <sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <sup>31</sup>Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>32</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>33</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Salamanca. <sup>34</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Santiago. A Coruña. <sup>35</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>36</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>37</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular grave de la artritis reumatoide (AR). La neumonía intersticial usual (NIU) es el patrón más frecuente y grave en la EPI-AR. El abatacept (ABA) ha demostrado efectividad en el tratamiento de la EPI-AR durante un período de seguimiento de 12 meses (Fernández-Díaz C, et al. Rheumatology (Oxford). 2020;59(12):3906-16).

**Objetivos:** Evaluar la efectividad y seguridad a largo plazo de ABA en pacientes con EPI-AR con patrón de NIU.

**Métodos:** Estudio multicéntrico observacional amplio con EPI-AR tratados con ABA del que se seleccionaron los que tenían un patrón de NIU. Se analizaron las siguientes variables desde el inicio del tratamiento con ABA: a) capacidad vital forzada (CVF), b) capacidad de difusión pulmonar para el monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) torácica, d) disnea (escala mMRC) y e) actividad articular (DAS28-VSG).

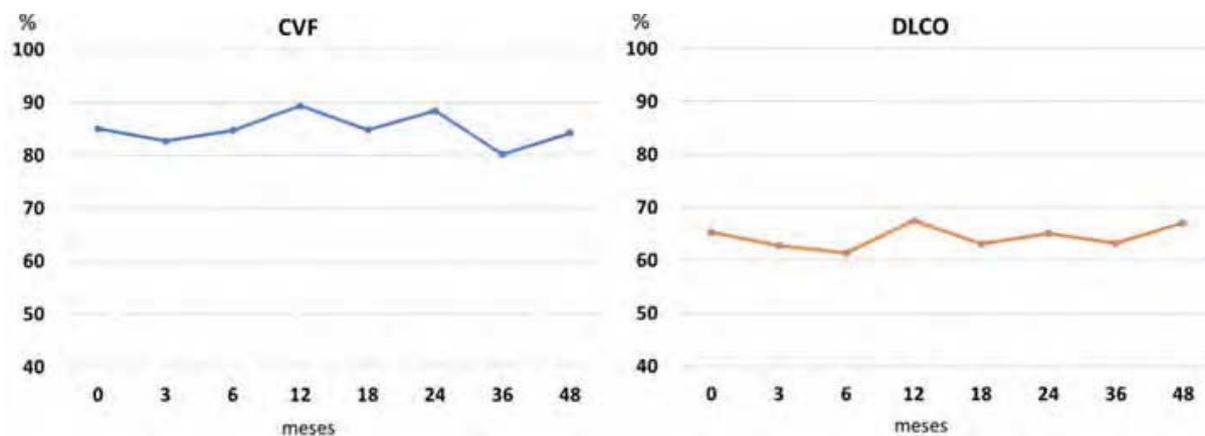
**Resultados:** Se incluyeron un total de 191 pacientes con NIU (100 mujeres/91 hombres; edad media de 67,6 ± 9,9 años). Las características demográficas y clínicas basales se muestran en la tabla. La mediana de la duración de la EPI hasta el inicio del ABA fue relativamente corta, con una mediana [RIC] de 10 [3-38,5] meses. Los valores basales medios de la CVF y la DLCO fueron > 80% y > 60%, respectivamente. Durante el seguimiento, con una mediana de 24 [11-48] meses, el 71,4% y el 66,4% de los pacientes mostraron una mejoría/estabilización de la CVF y la DLCO, respectivamente. La evolución de estos parámetros a lo largo de 48 meses se muestra en la figura. El TACAR de tórax y la disnea mejoraron/estabilizaron en el 65,8% y el 78,7% de los pacientes, respectivamente. La mayoría de los pacientes mostraron remisión articular o baja actividad (media DAS28-VSG de 4,3 ± 1,6 al inicio y 2,6 ± 1,3 a los 48 meses). ABA se retiró en 43 (22,5%) pacientes por empeoramiento de la EPI (n = 20), ineficacia articular (n = 10), infecciones graves (n = 7) y otras causas (n = 6, neoplasia en 3, diagnóstico de arteritis de células gigantes en 1, y 2 fallecimientos).

Principales características generales al inicio del estudio

	Pacientes con EPI-AR patrón NIU (n = 191)
Edad, años media ± DE	67,6 ± 9,9
Mujeres, n (%)	100 (52,3)
Tabaquismo, n (%)	94 (49,2)
Duración de la EPI hasta ABA, meses, mediana [RIC]	10 [3-38,5]
R/ACPA, n (%)	176 (92,1)/169 (88,5)
DAS28-VSG, media ± DE	4,3 ± 1,6
CVF (% de pred.), media ± DE	85,0 ± 21,5
DLCO (% de la pred.), media ± DE	65,5 ± 20,4
ABA monoterapia, n (%)	80 (41,8)
ABA combinado + MTX/otro FAMEc, n (%)	111 (58,2)
Prednisona al inicio del estudio, mg/día, mediana [RIC]	5 [5-10]
Tratamiento inmunosupresor previo, n (%)	
MTX	139 (72,7)
Leflunomida	87 (45,5)
Sulfasalazina	25 (13,1)
Hidroxicloroquina	56 (29,3)
Fármacos anti-TNF	80 (41,8)
Rituximab	22 (11,5)
Tocilizumab	25 (13,1)

ABA, abatacept; ACPA, anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados; AR, artritis reumatoide; DE, desviación estándar; DLCO, capacidad de difusión del pulmón para el monóxido de carbono; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; FAMEc, fármaco anti-reumático modificador de la enfermedad convencional; FR, factor reumatoide; FVC, capacidad vital forzada; MTX, metotrexato; NIU, neumonía intersticial usual; RIC, rango intercuartílico; TNF, factor de necrosis tumoral.

**Conclusiones:** ABA muestra una efectividad y seguridad a largo plazo en pacientes con EPI-AR con NIU, el patrón más agresivo.



**P287 Figura.** Evolución de la CVD y DLCO en pacientes con EPI-AR patrón de NIU al inicio y a los 48 meses de tratamiento con abatacept.

**P288. REAL WORLD SINGLE CENTER USE AND EFFECTIVENESS OF JAK INHIBITORS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

Mónica Giselle Kafati Sarmiento, Chamaida Plasencia, Marta Novella-Navarro, Irene Monjo, Laura Nuño, Alejandro Villalba, Diana Peiteado, Gema Bonilla and Alejandro Balsa

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introduction:** Currently, the intracellular targeting with Jak inhibitors (JAKi) represents an important therapeutic advance in patients with rheumatoid arthritis (RA). Long-term data from clinical trials have been published but the use and efficacy of these treatments in clinical practice is still scarce.

**Objectives:** To evaluate the effectiveness and use patterns of JAKi in patients with RA in “real world” conditions.

**Methods:** Data from an observational prospective cohort RA-Paz including patients with RA initiating treatment with a JAKi from a

single centre between 2018 and 2022 were analysed. RA was defined in clinical practice according to the prescribing rheumatologist, based on clinical features and complementary examinations. Demographic and clinical characteristics were obtained from electronic clinical records. Clinical activity was measured at baseline and after 6 months of JAKi starting using the following parameters: disease activity score-28(DAS28), tender joint count (TJC), swollen joint count (SJC), patient global assessment (PtGA), physician global assessment (PhGA), morning stiffness (MS) and visual analogue scale of pain (VAS). We used parametric test for DAS28 and non-parametric test for the rest of the parameters. The limit of statistical significance was established at  $p < 0.05$ .

**Results:** Of the 568 RA patients treated with biological or target specific DMARDs (b/ts-DMARDs), 105 treated with JAKi were included. Patients characteristics are summarized in Table 1. Mean age at start of treatment was 57 years. JAKi prescription patterns

**Table P288**

Table 1. Demographic and clinical characteristics of RA patients under JAKi

	Total (n = 105)	TOFA (n = 34)	BARI (n = 41)	UPA (n = 24)	FILGO (n = 6) [CdS1]
<b>Demographic characteristics</b>					
Age (mean ± Sd)	57.8 ± 11.3	57.2 ± 11.7	57.1 ± 11.3	59 ± 12.2	61.3 ± 4.3
Sex (female)	91 (86%)	31 (91%)	34 (82%)	21 (87%)	5 (83%)
BMI (Median, IQR)	24 (22-29)	26 (23-29)	24 (21-29)	24 (22-31)	26 (21-28)
<b>Comorbidities</b>					
Diabetes	15 (14%)	5 (14%)	5 (12%)	5 (21%)	0 (0%)
Arterial Hypertension	27 (25%)	8 (23%)	11 (26.8)	7 (29%)	1 (16%)
Active smoker	22 (21%)	7 (20%)	10 (24%)	4 (17%)	1 (17%)
Isquemic cardiopathy	4 (3.8%)	0 (0%)	3 (7%)	1 (4.2%)	0 (0%)
Previous thromboembolism	2 (2%)	1 (2.9%)	0 (0%)	1 (4.2%)	0 (0%)
Dyslipidemia	51 (48%)	14 (41%)	23 (56)	11 (46%)	3 (50%)
<b>Treatment</b>					
Monotherapy	26 (25%)	3 (9%)	11 (27%)	9 (37%)	3 (50%)
b/ts DMARD naïve	23 (22%)	8 (23%)	9 (22%)	5 (21%)	1 (18%)
<b>Prior b/tsDMARD use:</b>					
1 prior b/tsDMARD	29 (28%)	9 (26%)	12 (29%)	6 (25%)	2 (33%)
2 prior b/tsDMARD	25 (24%)	9 (26%)	10 (24%)	4 (17%)	2 (33%)
3 prior b/tsDMARD	11 (10%)	3 (9%)	4 (10%)	3 (13%)	1 (17%)
≥ 4 prior b/tsDMARD	17 (16%)	7 (21%)	6 (15%)	4 (17%)	0 (0%)
Previous JAKi use	8 (7%)	1 (3%)	1 (2.4%)	5 (21%)	1 (17%)

**Table P288**

Table 2. Comparison of clinical parameters

	Baseline	6 months	p
ESR-DAS28 (mean ± SD)	4.5 ± 1.2	3.2 ± 1.3	< 0.0011
TJC (median, p25-p75)	8 (4 -12.5)	2 (0-6)	< 0.0012
SJC (median, p25-p75)	6 (3-9)	2 (0-4.8)	< 0.0012
PtGA (median, p25-p75)	53 (31-70)	30 (15-53.8)	< 0.0012
PhGA (median, p25-p75)	50 (40-70)	20 (10-40)	< 0.0012
VAS (median, p25-p75)	50 (24.8 -70)	30 (15 -50)	< 0.0012
HAQ (median, p25-p75)	9 (3-13)	9 (3 -12)	= 0.3262

<sup>1</sup>Parametric test; <sup>2</sup>Non parametric test. Disease activity score-28(DAS28), tender joint count (TJC), swollen joint count (SJC), patient global assessment (PtGA), physician global assessment (PhGA), and visual analogue scale of pain( VAS).

were: tofacitinib (TOFA) in 32.4%, baricitinib (BARI) in 39%, upadacitinib (UPA) in 22.9% and filgotinib (FILGO) in 5.7% of patients (Table 1). Mot of patients were previously with a b/ts DMARD (78%) and only 25% were on monotherapy. There was a significant decrease in clinical activity measured by DAS28-ESR (4.5 vs. 3.3;  $p < 0.001$ ) and in acute phase reactants (CRP: 4.2 vs. 1.1 mg/L;  $p < 0.001$ ) after 6 months of JAKi therapy. Remission by DAS28 was achieved in 35% of patients and 54% achieved low disease activity according to a DAS28 less than 3.2. Also, a significant improvement was seen in the VAS (50 vs. 30;  $p < 0.001$ ) as well as a reduction in the number of TJC (8 vs. 2;  $p < 0.001$ ) and SJC (6 vs. 2;  $p < 0.001$ ). We found no differences for DAS28 between the 4 jak inhibitors ( $p < 0.066$ ). Only 17 (16%) out of 105 patients had to discontinue the treatment. The reasons to discontinue were: primary inefficacy (6), adverse events (6) and infections (5). There were no thrombotic events due to treatment.

**Conclusions:** Jak inhibitors are an effective and safe option for the treatment of AR in the real-world clinical practice. They produce a significant decrease in pain as observed in the decrease in VAS and TJC.

**P289. ¿HAY DIFERENCIAS EN LA SUPERVIVENCIA FARMACOLÓGICA ENTRE LOS DISTINTOS BIOSIMILARES DE ADALIMUMAB?**

Janire Malave Calzada<sup>1</sup>, A. Gallardo Pizarro<sup>2</sup>, M.A. Gantes Pedraza<sup>1</sup>, N. Lucas Collado<sup>1</sup> y M.A. Abad Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

**Introducción:** Un biosimilar (BS) es un medicamento biológico equivalente en calidad, eficacia y seguridad con respecto al fármaco biológico original. Debido al menor coste económico que conlleva, se ha incrementado tanto el uso de BS de inicio (*naïve*) como el intercambio (*switch*) con el biológico de referencia.

**Objetivos:** Evaluar la supervivencia de tres biosimilares distintos de adalimumab (A-BS) en pacientes en los que se prescribió tratamiento (*naïve* o *switch*), así como evaluar el impacto económico que supuso la utilización de dichos BS.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en una cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (artritis reumatoide: AR, espondiloartritis: EspA y artritis psoriásica: APs) de una consulta monográfica de terapia biológica; donde se prescribió tratamiento con tres A-BS distintos (Amgevita®: ABP 501, Imraldi®: SB5 o Hyrimoz®: GP2017). Se incluyeron un total de 150 pacientes (54 AR, 62 EspA, 34 APs) con una media de 52 ( $\pm$  13) años de edad y 64 (38-115) meses de evolución de la enfermedad, así como un tiempo medio de tratamiento de 16 (6-31) meses. El 52,6% del total de los pacientes eran mujeres. La tabla muestra las características demográficas, diagnósticas, analíticas y farmacológicas de los pacientes con A-BS analizados. El 76% de los pacientes con AR presentaban factor reumatoide (FR) positivo y un 78% anticuerpos antipéptido citrulinados (ACPA). Un 66% de las EspA tenían resultado de HLAB27 positivo. El 76,5% de las APs tenían forma de presentación periférica, en comparación con el 23,5% que eran mixtas o axiales. De los 150 pacientes que estaban en tratamiento con A-BS, se prescribió Amgevita® en 87, Imraldi® en 50 e Hyrimoz® en 13. El 81% de los pacientes a los que se les realizó *switch* estaban en remisión o baja actividad. No se registró ningún efecto adverso grave durante la terapia biológica. En el grupo *naïve* (n = 129) se suspendió el BS en 48 pacientes (23 Amgevita®, 23 Imraldi® y 2 Hyrimoz®). En el grupo *switch* (n = 21), se suspendió el BS en 9 pacientes (5 Amgevita® y 4 Imraldi®). De los 57 pacientes que no continuaron con el tratamiento, el motivo de suspensión principal fue fallo primario en el 44%, fallo secundario en el 24,5%, reacción adversa en el 28% y otro motivo que contraindicase el mantenimiento de la terapia biológica en el 3,5% (cáncer). El riesgo de abandono del tratamiento fue

similar entre los distintos BS utilizados (fig. 1). Tampoco se observaron diferencias al estratificar en *naïve* y *switch* (fig. 2). Los niveles elevados de PCR tras el inicio del BS (*hazard ratio* [HR] 1,04; intervalo de confianza [IC] del 95% 1,01-1,06); así como el tratamiento combinado con MTX (HR 2,0; IC95% 1,02-3,93) fueron predictores independientes del riesgo de abandono del tratamiento. El uso de A-BS supuso un ahorro económico de 415.425 euros durante los 44 meses que abarcó el periodo de seguimiento, en comparación con si se hubiese administrado la terapia biológica original.

Variables	Total	Amgevita	Imraldi	Hyrimoz	p
N	150	87	50	13	
Sexo femenino	79	45	30	4	0,164
Edad (años)	52,0 $\pm$ 13,3	51,2 $\pm$ 14,6	53,9 $\pm$ 11,5	49,8 $\pm$ 11,4	0,423
AR	54	29	19	6	0,449
APs	34	17	13	4	
EspA	62	41	18	3	
PCR (previo tratamiento)	7,2 $\pm$ 11,8	7,9 $\pm$ 12,6	6,3 $\pm$ 11,5	5,6 $\pm$ 4,9	0,647
PCR (tras tratamiento)	4,8 $\pm$ 8,1	3,8 $\pm$ 6,3	6,7 $\pm$ 19,9	3,7 $\pm$ 2,8	0,117
MTX	52	27	17	8	0,097
FAME (0)	53	33	17	3	0,009*
FAME (1)	57	38	13	6	
FAME (2)	29	15	11	3	
FAME (3)	10	0	9	1	
FAME (4)	1	1	0	0	
Corticoides	35	14	14	7	0,07

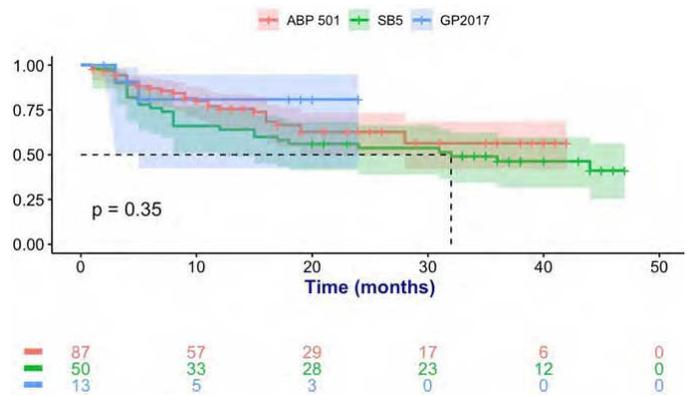


Figura 1. Curva de Kaplan-Meier para abandono de terapia entre BS.

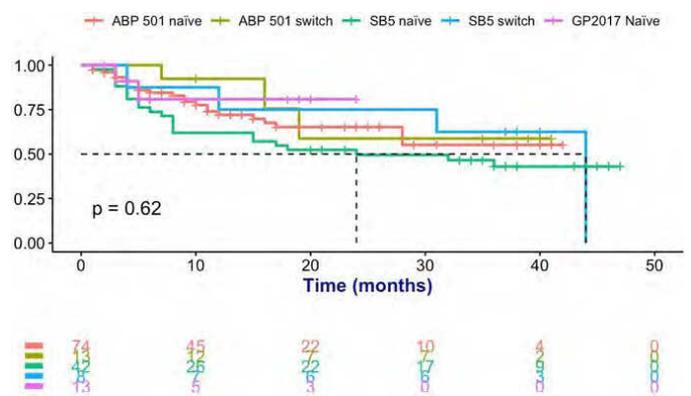


Figura 2. Curva de Kaplan-Meier para abandono de terapia entre BS en grupo naïve y switch.

**Conclusiones:** No se observaron diferencias entre los distintos BS analizados en cuanto al abandono del tratamiento. Los niveles de PCR tras el inicio del BS y el tratamiento combinado con MTX fueron predictores independientes de abandono. El ahorro económico fue otro de los aspectos destacados a valorar del tratamiento con A-BS.

**P290. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR ¿MEJORAN SU RESPUESTA DURANTE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD?**

Paula Valentina Estrada Alarcón, Daniel Roig-Vilaseca, Dacia Cerdà, Óscar Camacho, Vanessa Navarro, Sergi Heredia, Marian Tormo Ratera, Silvia García-Díaz y Delia Reina

Complex Hospitalari Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

**Introducción:** A pesar de disponer de cinco mecanismos de acción para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y de seguir las estrategias terapéuticas recomendadas, existen pacientes que cumplen con la definición de AR difícil de tratar según EULAR (AR D2T)<sup>1</sup>. El objetivo de nuestro estudio es hacer un análisis descriptivo de un grupo de pacientes con AR D2T, compararlo con pacientes con AR que no cumplen tal definición y ver su evolución hasta la fecha de la última visita.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes que en algún momento de su seguimiento han cumplido la definición EULAR de AR D2T<sup>1</sup>. Se revisó el registro de pacientes con AR en tratamiento con FAME biológico (FAMEb) o fármacos sintéticos dirigidos (ts), de los últimos diez años. El primer filtro de selección para identificar los casos fue si habían precisado dos o más tratamientos con diferente mecanismo de acción. Si el paciente había recibido dos mecanismos de acción, se incluía siempre y cuando llevase más de 6 meses con la terapia actual y cumpliera con la definición de AR D2T. Este grupo se comparó, emparejando 1:1 por edad y sexo, con pacientes con AR que no cumplían la definición de D2T (AR no-D2T).

**Resultados:** De 249 pacientes con AR en tratamiento con FAMEb/ts en seguimiento activo, un 17,7% (n = 44) cumplen la definición de AR D2T. Las características generales se presentan en la tabla 1. Al comparar los pacientes con y sin AR D2T no se encontraron diferencias

significativas (p > 0,05) entre las características demográficas, tratamientos con FAMEc previos al inicio del FAMEb/ts ni los motivos de suspender el FAMEc o escalar de terapia. La seropositividad para el FR y los ACPA fue la variable que más se relacionó con la posibilidad de tener una AR D2T (tabla 2). Los anti-TNF fueron el primer fármaco de elección en AR D2T y AR no-D2T, 80% (n = 35) y 76,9% (n = 30), respectivamente. Del grupo AR D2T, la media de fármacos utilizados fue de 3,66 (DE 1,61) y la media de mecanismos de acción de 2,32 (DE 0,91). Se realizó *cycling* a un segundo anti-TNF en el 72% (n = 25) y a un tercer anti-TNF en 32% (n = 8). Hubo un total de 104 cambios de fármaco, siendo el motivo más frecuente la ineficacia primaria (51%) y secundaria (45,2%). En la tabla 3 se compara los grupos en el momento de la última visita. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el uso de monoterapia ni la supervivencia del fármaco actual, ni diferencia del DAS28, aunque clínicamente, los pacientes presentan actividad moderada vs. LDA en los diferentes grupos. Hubo 22,7% (n = 10) vs. 35,9% (n = 14) de remisión en AR D2T vs. AR no-D2T, respectivamente. La dosis de glucocorticoides fue menor en el grupo con AR no-D2T (p < 0,05). Los pacientes del grupo AR D2T, en la última visita realizada, solo 22 pacientes (50%) cumplían tal definición.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, los pacientes con AR D2T, no presentan diferencias estadísticas en cuanto a los FAMEc previos o motivos de suspender y/o escalar a un FAMEb/ts. Dentro de las características analizadas, cabe destacar una mayor frecuencia de AR seropositiva, nodular, erosiva y con manifestaciones extraarticulares en el grupo de AR D2T. En el momento de la última visita, los pacientes con AR D2T llevan dosis más altas de glucocorticoides, presentan actividad moderada y la mitad continúan cumpliendo la definición de AR D2T.

Tabla 1. Características generales

Datos demográficos	AR D2T N = 44	Controles N=39
Sexo femenino, n (%)	38 (86,4)	34 (87,3)
Edad al diagnóstico, años (DE)	42,1 (DE 15,8)	46 (DE 14,4)
Fumador n, (%)	10 (22,7)	5 (12,84)
Exfumador n, (%)	5 (11,4)	4 (10,5)
Nunca fumador n, (%)	29 (65,9)	22 (56,4)
Comorbilidades que condicionan la elección del tratamiento*	10 (22,7)	12 (30,8)
Fibromialgia n, (%)	9 (20,45)	11 (28,2)
<b>FAMEc, previo a FAMEb o ts</b>		
Metotrexato, n (%)	42 (95,5)	38 (97,4)
Leflunomida, n (%)	38 (86,4)**	21 (53,9)
Hidroxicloroquina, n (%)	27 (61,4)	16 (41,0)
Salazopirina, n (%)	5 (11,4)	7 (18,0)
Terapia combinada (2 o más FAMEc), n (%)	19 (43,2)	
<b>Motivo de suspender FAMEc o escalar a FAMEb o ts</b>		
Efectos secundarios FAMEc, n (%)	12 (27,3)	15 (38,5)
Efectividad, n (%)	16 (36,4)	20 (51,3)
Otros, n (%)	16 (36,4)	4 (10,3)

\* obesidad, diabetes mellitus, eventos cardiovasculares, infecciones crónicas o recurrentes, neoplasias

\*\* p<0,05

Tabla 2. Odds ratio de características de AR

Características Artritis Reumatoide	AR D2T N = 44	Controles N=39	OR
Seropositiva, n (%)	40 (90,9)	27 (69,2)	4,81 [1,41-16,34]
Erosiva, n (%)	9 (79,5)	12 (30,8)	0,66 [0,22-1,63]
Nodular, n (%)	7 (15,9)	4 (10,3)	1,79 [0,49-6,66]
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	5 (11,4)	3 (7,7)	1,54 [0,34-6,90]

Tabla 3. Tratamiento actual y datos de última visita: AR D2T vs AR no-D2T

Tratamiento actual:	AR D2T N=44	AR no-D2T N=39
Inhibidor IL-6, n (%)	12 (27,3)	4 (10,3)
Inhibidores jak, n (%)	11 (25)	2 (5,1)
Abatacept, n (%)	7 (15,9%)	3 (7,7)
Rituximab, n (%)	7 (15,9%)	1 (2,6)
Anti-TNF, n (%)	6 (13,6)	27 (69,23)
Monoterapia, n (%)	21 (47,7)	15 (38,5)
Supervivencia, meses, mediana [RIQ 25-75%]	27,5 [12-60]	32 [13-90]
Dosis actual de GLC, media (DE)	6,4 (3,9)	5,8 (2,5)*
DAS28	3,60 (1,49)	2,91 (1,04)

\* (p=0,05)

P290 Figura 3

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Nagy G, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2021;80(1):31-35.

**P291. UTILIDAD DE RAPID3 PARA EL CONTROL A DISTANCIA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)**

Antonio Domingo Gómez Centeno, Eduard Graell Martín, María García Manrique de Lara, Artur Llobell Uriel y Jordi Gratacós Masmitjà

Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell.

**Introducción:** Las estrategias T2T requieren evaluaciones frecuentes in situ de la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, esta frecuencia puede no ser necesaria en pacientes en un estado estable de baja actividad de la enfermedad, pudiendo en estos casos realizar esta evaluación de forma no presencial telemática. El RAPID3 es una herramienta confiable para detectar tales estados en grupos, pero no se ha probado para reducir la frecuencia de las evaluaciones presenciales en la atención de pacientes individuales. En nuestro centro, los pacientes completan el cuestionario antes de la consulta, y los resultados se evalúan antes de la visita. Nos centramos en el estado de baja actividad de la enfermedad, estudiamos retrospectivamente las características del RAPID3 y su concordancia con el DAS28, SDAI y CDAI en nuestra base de datos de atención rutinaria a los pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la concordancia entre el RAPID3 y DAS28, SDAI y CDAI en pacientes con AR, centrándonos en las categorías de baja actividad de la enfermedad que permitieran una evaluación telemática a distancia.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo con datos clínicos disponibles recopilados como parte de la atención habitual del registro médico en la historia clínica. El conjunto de datos comprendía evaluaciones RAPID3 seguidas de DAS28, SDAI y CDAI realizados el mismo día de la visita entre junio de 2020 y marzo de 2022. Dividimos las categorías de actividad de la enfermedad para RAPID3 y DAS28, SDAI y CDAI baja actividad (BA) que comprendía las puntuaciones de remisión y baja actividad y alta actividad (AA) que comprendía actividad moderada y alta actividad de la enfermedad. Se utilizaron los valores de corte habituales para cada uno de los índices, calculamos las características y la concordancia de la prueba (kappa de Cohen).

**Resultados:** Se realizaron un total de 771 mediciones combinadas de RAPID3, DAS28, SDAI y CDAI en 267 pacientes únicos, 78% mujeres con una edad media de 59 ± 14 años y una media de duración de la enfermedad de 13 ± 15 meses. En total 285 (37%) de las mediciones de RAPID3 se clasificaron como remisión o baja actividad. La sensibilidad (S) para detectar baja actividad de la enfermedad fue de 0,55 con una especificidad (E) del 0,90 y un valor predictivo positivo (VPP) de 0,89 respecto al DAS28; una S: 0,5; E: 0,97 y VPP: 0,97 respecto al SDAI y una S: 0,5; E: 0,97 y VPP:0,97 respecto al CDAI.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que cuando RAPID3 clasifica a un paciente en un estado de remisión o baja actividad de la enfermedad, su precisión es > 95%. Teniendo en cuenta los datos de este estudio, hasta el 37% de las consultas de control se podrían realizarse de forma no presencial sin perjuicio alguno para el paciente tras un cribado previo utilizando RAPID3.

**P292. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA 6 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN FUNCIÓN DE SI SE ENCONTRABAN EN MONOTERAPIA O EN TRATAMIENTO COMBINADO CON FAMES Y/O CORTICOIDES**

Inés María Fernández-Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández, P. Muñoz Reinoso, J.L. Rodas Flores, E. Fernández Panadero y J.J. Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** Aunque los fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad (FAMES) han sido la piedra angular del tratamiento de la artritis reumatoide (AR), el empleo de terapias biológicas en los primeros 12 meses se ha asociado con mejores tasas de remisión de la enfermedad<sup>1</sup>. Dosis inferiores a las aprobadas en ficha técnica han mostrado eficacia para el mantenimiento de la remisión en la AR<sup>2</sup>.

**Objetivos:** Analizar el tiempo de retención tras la optimización de los inhibidores de la interleucina 6 (IL6), tocilizumab (TCZ) y sarilumab (SRL), en una cohorte de pacientes con AR en la práctica clínica habitual de un hospital de tercer nivel en función de la molécula y si se encontraban en monoterapia o terapia combinada con FAMES y/o corticoide.

**Método:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con AR tratados con IL6 en el servicio de Reumatología del H.U.V.M. entre enero de 2005 y julio de 2022. El principal desenlace es el tiempo hasta la recaída, definida como un incremento del DAS28 comparado con el del inicio de la optimización en cualquier evaluación después de optimizar y/o necesidad del incremento de dosis o frecuencia del tratamiento. Para el análisis se ha utilizado el software estadístico R versión 4.2.2.

**Resultados:** De los 97 pacientes con AR tratados con IL6, 74 (76,29%) tenían TCZ, 56 (75,7%) optimizaron la dosis y 26 cambiaron iv a sc, sin cambios en resultados de efectividad. De SRL (23), 6 optimizaron la dosis (26,1%); al realizar la comparación TCZ vs. SRL la diferencia fue estadísticamente significativa (p = 0,00001). La media de tiempo de retención en pacientes optimizados fue de 64,38 (37,26) meses (IC95% 54,83, 73,92). En la tabla 1 se observan los índices de actividad de los pacientes al finalizar el estudio en función de si continuaban optimizados. En la imagen 1 se muestran las curvas de supervivencia de TCZ vs. SRL durante la optimización, existiendo diferencias significativas (p = 0,0003). En la tabla 2 se dan los estadísticos muestrales del análisis de supervivencia; la media está res-

tringida a un límite superior de 4140 días, tiempo del periodo de estudio, estando optimizados un 50% al finalizarlo. No obstante, hay que tener presente el pequeño tamaño muestral de SRL. En la figura 2 se aprecian las curvas de supervivencia durante la optimización

en función del tratamiento (p = 0,6). En la tabla 3 se observan los estadísticos muestrales, siendo mayor el porcentaje de optimizados con FAMES y corticoides (57,1%), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 1

	Media (DE)	Remisión, 1,5 (0,55) *	Baja actividad, 2,9 (0,22)	Moderada actividad, 3,8 (0,45)	Alta actividad, 6,2	Total
Final OPT (DAS28)		32 (57,2%)	5 (8,9%)	18 (32,1%)	1 (1,8%)	56
Continúa optimizado	Sí	28 (93%)	2 (7%)	0	0	30
	No	4 (16%)	3 (12%)	18 (69%)	1 (3%)	26

\*Existen 6 datos faltantes de los 62 pacientes optimizados en la columna de remisión.

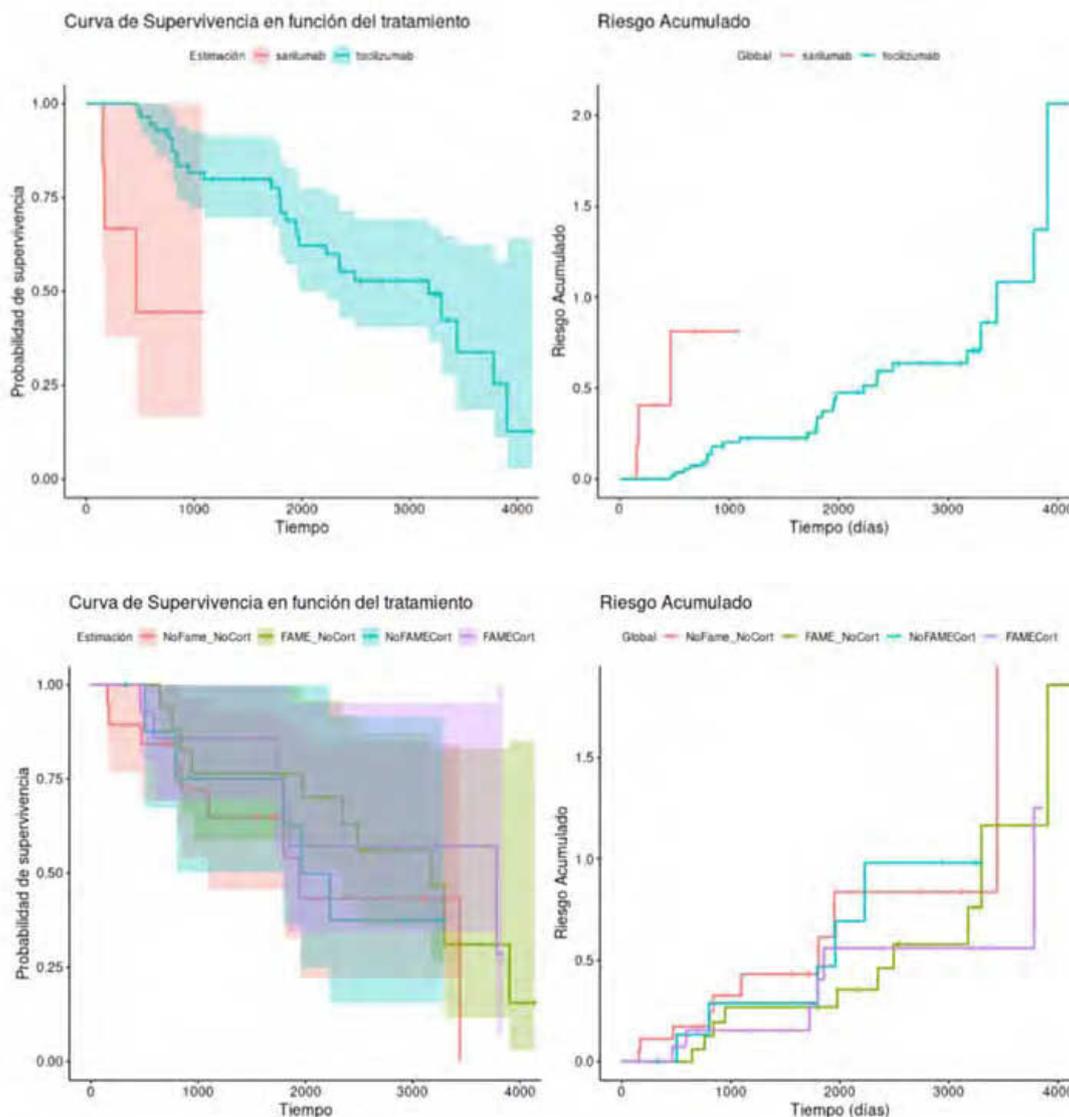
Tabla 2

Fármaco/Estadístico	Casos (n)	Recaída durante la OPT	% opt	Media restringida	DE	Mediana	0,95 LCL*	0,95 UCL*
SRL o TCZ	62	31	50	2.568	185	3.173	1.958	NA
SRL	6	3	50	1.997	852	464	170	NA
TCZ	56	28	50	2.675	183	3173	1.975	NA

\*Upper and lower limits of the 95% confidence interval surrounding the median value.

Tabla 3

Combinación\Estadístico	Casos(n)	% casos	Recaída durante la OPT	% opt.	Media restringida	DE	Mediana	0,95 LCL	0,95 UCL
Solo biológico	19	32,2	9	52,6	2.115	333	1.947	1.096	NA
Biológico y FAMES	17	28,8	10	41,2	2.716	315	3.173	2.347	NA
Biológico y corticoides	9	15,3	5	44,4	2.462	497	2.092	1.792	NA
Biológico, FAMES y corticoides	14	23,7	6	57,1	2.849	394	3.780	1.798	NA
Total	59	100,0	30	49,2					



**Conclusiones:** En nuestra serie, la reducción de dosis de TCZ y en SRL ha demostrado ser efectiva en el 50% de los pacientes en remisión, incluso cuando cambian de iv a sc. Del total de pacientes optimizados, el 67,8% estaban en terapia combinada. Dado que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las curvas de supervivencia en función del tratamiento recibido, sería necesario realizar más estudios para afirmar la necesidad de mantener un tratamiento combinado en pacientes en los que se ha alcanzado la optimización con TCZ.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mena-Vázquez N, *et al.* Analysis of effectiveness, safety and optimization of tocilizumab in a cohort of patients with rheumatoid arthritis in clinical practice. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2019;15(1): 21-6.
2. Maneiro JR, *et al.* Observational study of optimization of biologic therapies in rheumatoid arthritis: a single-centre experience. *Rheumatol Int*. 2014;34(8):1059-1063.

**P293. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JAK MEDIANTE ESTIMACIÓN CLÁSICA Y ECOGRAFÍA CAROTÍDEA**

Cristina Campos Fernández<sup>1</sup>, Pablo Martínez Calabuig<sup>1,3</sup> y José Andrés Román Ivorra<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. <sup>3</sup>Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

**Introducción:** El riesgo cardiovascular (RCV) en los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) es mayor que la población general. Los inhibidores de JAK están indicados en el tratamiento de la AR. Algunos estudios sugieren un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en pacientes tratados con inhibidores de JAK, en comparación con los tratados con TNF-alfa. A raíz de estos resultados, la EMA ha evaluado el posible impacto de estos problemas de seguridad en el balance riesgo/beneficio de los inhibidores de JAK y ha emitido unas recomendaciones en cuanto a su uso.

**Objetivos:** Evaluación del RCV en pacientes con AR tratados con inhibidores de JAK, valorando los factores de RCV clásico y realizando una estimación del RCV mediante la utilización del SCORE ajustado con Ecografía carotídea para valorar la presencia de alteraciones en la pared vascular.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico, ambispectivo. Se incluyeron pacientes con AR en tratamiento con inhibidores de JAK (con un mínimo de 6 meses de tratamiento), desde enero de 2018, hasta diciembre de 2022. En la visita inicial y única, obtendremos las variables clínicas, analíticas, constantes y valoración del RCV mediante SCORE y ecografía carotídea. El estudio de ecografía carotídea incluye la medición del grosor íntima-media (GIM), la presencia de placas, localización y número. De la historia clínica se recogerán las variables realizadas en el momento de iniciar el tratamiento (clínicas, analíticas y valoración del RCV mediante SCORE).

**Resultados:** Se han incluido 60 pacientes con AR (53 mujeres y 7 hombres), con una media de edad de 57,25 años (27-76), tratados con inhibidores de JAK (9 con tofacitinib, 26 con baricitinib y 25 con upadacitinib). La media de años de evolución de la AR es de 10,86 años (3-30). De los 60 pacientes, 38 tienen una AR seropositiva. En cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular: 20 tienen HTA, 8 diabetes mellitus, 29 dislipemia, 13 son fumadores activos y 3 exfumadores. Los pacientes tenían un DAS-VSG medio de 4,28 en el momento de iniciar el tratamiento con JAKi, y en el momento de la inclusión en el estudio de 2,60. De los 60 pacientes, 20 habían recibido terapia biológica previamente. Las puntuaciones del SCORE han sido: bajo en 2 pacientes (3,3%), moderado en 53

(88,3%), alto en 4 (6,6%) y muy alto en 1 (1,6%). Respecto a la valoración mediante ecografía carotídea, la media del GIM derecho ha sido de 0,65 mm y del GIM izquierdo de 0,69 mm. Tres pacientes tienen un GIM > 0,9 mm. Se han encontrado placas en carótida en 18 pacientes, siendo bilaterales en 8 casos. Ninguno de los pacientes ha presentado un MACE.

**Conclusiones:** Los inhibidores de JAK son fármacos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la AR, pero los datos de algunos estudios sugieren un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE), sobre todo en pacientes que tenían mayor prevalencia de factores conocidos de MACE. Por lo tanto, antes de iniciar o continuar el tratamiento, se aconseja una cuidadosa valoración del balance riesgo-beneficio. En nuestra serie no hemos recogido ningún MACE. No obstante, debemos seguir las recomendaciones y ser cuidadosos en la valoración del riesgo cardiovascular en nuestros pacientes.

**P294. VENTANA DE OPORTUNIDAD CON ABATACEPT EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE 439 PACIENTES**

Ana Serrano-Combarro<sup>1</sup>, Belén Atienza-Mateo<sup>1</sup>, Natividad del Val<sup>2</sup>, Ivette Casafont-Solé<sup>3</sup>, Rafael B. Melero-Gonzalez<sup>4</sup>, Alba Pérez-Linaza<sup>5</sup>, Santos Castañeda<sup>6</sup>, Jerusalem Calvo Gutiérrez<sup>7</sup>, Natalia Mena Vázquez<sup>8</sup>, Nuria Vegas-Revenga<sup>9</sup>, Lucía Domínguez-Casas<sup>10</sup>, Jesús Loarca Martos<sup>11</sup>, Cilia Amparo Peralta Ginés<sup>12</sup>, Carolina Diez Morrondo<sup>13</sup>, Lorena Pérez Albaladejo<sup>14</sup>, Rubén López Sánchez<sup>15</sup>, M<sup>a</sup> Guadalupe Mazano Canabal<sup>16</sup>, Anahy M<sup>a</sup> Brandy-García<sup>17</sup>, Patricia López Viejo<sup>18</sup>, Gema Bonilla<sup>19</sup>, Olga Maiz-Alonso<sup>20</sup>, Carmen Carrasco-Cubero<sup>21</sup>, Marta Garijo Bufort<sup>22</sup>, Mireia Moreno<sup>23</sup>, Ana Urruticoechea-Arana<sup>24</sup>, Sergio Ordóñez-Palau<sup>25</sup>, Carmen González-Montagut<sup>26</sup>, Emilio Giner Serret<sup>27</sup>, Juan Ramon de Dios Jiménez De Aberasturi<sup>28</sup>, Fernando Lozano Morillo<sup>29</sup>, Tomás Vázquez Rodríguez<sup>30</sup>, Patricia Carreira-Delgado<sup>31</sup>, Juan María Blanco Madrigal<sup>32</sup>, Belén Miguel Ibáñez<sup>33</sup>, Marina Rodríguez López<sup>34</sup>, Carlos Fernández-Díaz<sup>35</sup>, Javier Loricera<sup>1</sup>, Iván Ferraz-Amaro<sup>36</sup>, Diego Ferrer<sup>37</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup> en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a la Artritis Reumatoide

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. Madrid. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Agustín. Avilés. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de León. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jaén. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Zamora. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. <sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. <sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Donostia. Donosti. <sup>21</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. <sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. <sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. <sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>25</sup>Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. <sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. <sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <sup>31</sup>Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>32</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>33</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Salamanca. <sup>34</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Santiago. A Coruña. <sup>35</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>36</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>37</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR). El abatacept (ABA) ha demostrado eficacia en el tratamiento de la EPI-AR, especialmente si se inicia precozmente durante la EPI.

**Objetivos:** Comparar la eficacia del ABA en pacientes con EPI en función de la duración de la afectación pulmonar.

**Métodos:** Estudio nacional multicéntrico de 439 pacientes con EPI-AR tratados con ABA. Se comparó el inicio de ABA en una fase tem-

prana ( $\leq 6$  meses desde el diagnóstico de EPI) (EPI-AR<sub>precoz</sub>) con aquellos en los que se inició la ABA  $\geq 2$  años (EPI-AR<sub>tardío</sub>). Se analizaron los siguientes desenlaces: a) capacidad vital forzada (CVF), b) prueba de difusión de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) torácica, d) disnea y e) actividad articular.

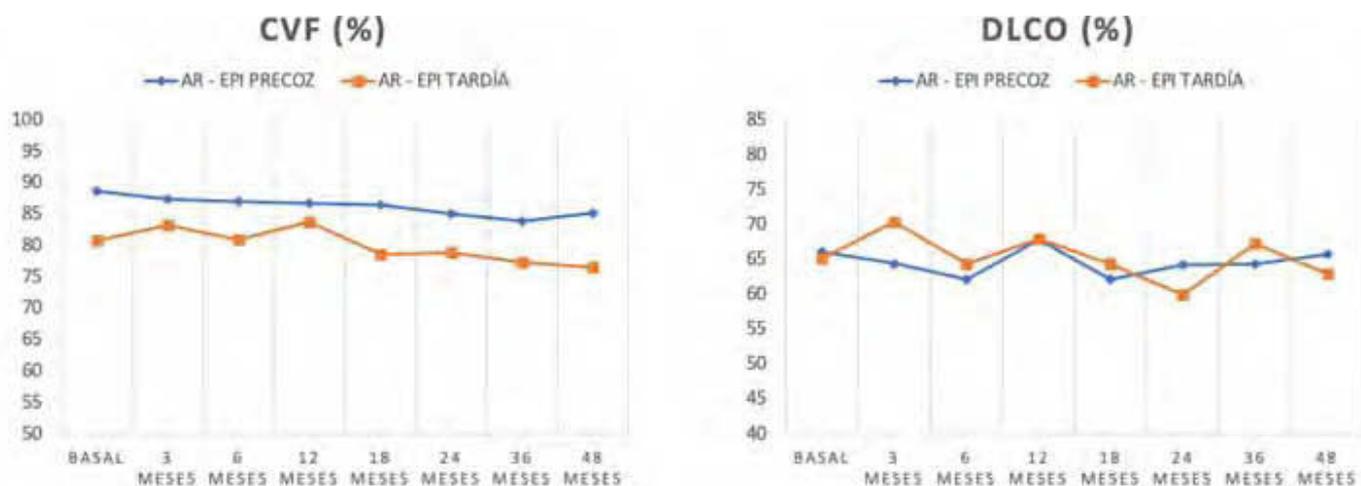
**Resultados:** Se incluyó el grupo EPI-AR<sub>precoz</sub> (n = 179) y EPI-AR<sub>tardío</sub> (n = 150). Las principales características basales se muestran en la tabla. La CVF media basal fue significativamente superior en el grupo EPI-AR<sub>precoz</sub>. En la figura se muestra la evolución de la CVF y la DLCO durante 48 meses. Ambos parámetros se mantuvieron estables o con descensos discretos, de forma similar en ambos grupos (p NS respecto a la basal). Sin embargo, los valores de la CVF siempre fueron estadísticamente inferiores en el grupo EPI-AR<sub>tardío</sub>. Las imágenes de TACAR de tórax disponibles mejoraron/se estabilizaron en el 77% y el 53% de los pacientes del grupo EPI-AR<sub>precoz</sub> y EPI-AR<sub>tardío</sub>, respectivamente. Se encontró estabilización o mejoría de la disnea en la mayoría de los pacientes de ambos grupos.

**Conclusiones:** ABA parece estabilizar el curso de la EPI independientemente de la duración de la misma. Sin embargo, este estudio sugiere la existencia de una "ventana de oportunidad" y la administración precoz de ABA parece preferible para preservar la función pulmonar.

Principales características generales al inicio del estudio de los pacientes con AR-EPI de inicio temprano vs. tardío de ABA en el curso de la EPI

	EPI-AR (n = 439)	EPI-AR precoz (n = 179)	EPI-AR tardía (n = 150)	p
Edad, años, media $\pm$ DE	66 $\pm$ 10	66 $\pm$ 10	66 $\pm$ 10	0,96
Mujeres, n (%)	251 (57)	100 (56)	86 (57)	0,78
Tabaquismo, n (%)	229 (52)	94 (53)	75 (50)	0,65
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	10 [3-37]	2 [1-4]	51 [36-84]	< 0,001
FR, n (%); APCC, n (%)	383 (87); 380 (88)	155 (87); 157 (88)	135 (90); 127 (85)	0,34; 0,63
DAS28-ESR	4,32 $\pm$ 1,61	4,09 $\pm$ 1,59	4,36 $\pm$ 1,63	0,18
Patrón EPI en TACAR, n (%)				
NIU	191 (45)	77 (43)	62 (41)	0,81
NINE	129 (30)	51 (28)	48 (32)	
CVF (% pred), media $\pm$ DE	87 $\pm$ 21	89 $\pm$ 23	81 $\pm$ 19	0,003
DLCO (% pred), media $\pm$ DE	67 $\pm$ 20	66 $\pm$ 20	65 $\pm$ 21	0,73
ABA en monoterapia, n (%)	191 (44)	81 (45)	64 (43)	0,65
ABA combinado + MTX y/u otro FAME, n (%)	241 (55)	95 (53)	84 (56)	
Prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	6 [5-10]	7,5 [5-10]	7,5 [5-10]	0,48
Previous immunosuppressive therapy, n (%)				
Metotrexato	328 (75)	145 (81)	106 (71)	0,02
Leflunomida	198 (45)	74 (41)	71 (47)	0,27
Sulfasalazina	66 (15)	26 (15)	22 (15)	0,97
Hidroxicloroquina	142 (33)	62 (35)	47 (31)	0,50
Anti-TNF; Rituximab; Tocilizumab	190 (43); 55 (13); 52 (12)	84 (47); 18 (10); 23 (13)	58 (38); 20 (13); 17 (11)	0,17*; 0,35; 0,67
JAKi	8 (3)	1 (0,6)	2 (1,3)	0,41

(\*) IFX: p = 0,65; ADA: p = 0,04; ETN: p = 0,95; CZP: p = 0,54; GLM: p = 0,04.



**Figura.** Evolución de las pruebas de función respiratoria en pacientes con EPI-AR de inicio "precoz" y "tardío" de ABA en el curso de la EPI. La CVF y la DLCO se expresan como media (IC95%).

**P295. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS JAKINIB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE ASOCIADA A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 60 PACIENTES**

Ana Serrano-Combarro<sup>1</sup>, Belén Atienza-Mateo<sup>1</sup>, Jesús Alejandro Valero<sup>2</sup>, Olga Maíz Alonso<sup>2</sup>, Marta Pastor Mena<sup>3</sup>, Rafael B. Melero-Gonzalez<sup>4</sup>, David Castro Corredor<sup>5</sup>, María Martín López<sup>6</sup>, Santos Castañeda<sup>7</sup>, Jesús Loarce Martos<sup>8</sup>, Natalia Mena Vázquez<sup>9</sup>, Carmen Carrasco-Cubero<sup>10</sup>, Carolina Díez Morrondo<sup>11</sup>, Andrea García Valle<sup>12</sup>, Gema Bonilla<sup>13</sup>, Juan María Blanco Madrigal<sup>14</sup>, Natividad del Val del Amo<sup>15</sup>, Nuria Vegas Revenga<sup>16</sup>, Lorena Pérez Albadalejo<sup>17</sup>, Rafaela Ortega Castro<sup>18</sup>, Deseada Palma Sánchez<sup>19</sup>, Ana María Fernández Ortiz<sup>20</sup>, Patricia López Viejo<sup>21</sup>, María López Lasanta<sup>22</sup>, Marta Garijo Bufort<sup>23</sup>, Ivette Casafont Solé<sup>24</sup>, Juan Moreno Morales<sup>25</sup>, Ana Urruticoechea-Arana<sup>26</sup>, Carolina Pérez García<sup>27</sup>, José Rosas<sup>28</sup>, Bryan-Josué Flores Robles<sup>29</sup>, Cristina Fernández Carballido<sup>30</sup>, María Paz Martínez-Vidal<sup>30</sup>, Diego Ferrer<sup>31</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup> en nombre del Grupo Colaborador Español de JAKi en Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a Artritis Reumatoide

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de León. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya. <sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. <sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>21</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Madrid. <sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. <sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>25</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. <sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. <sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Juan de Alicante. <sup>31</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular grave de la artritis reumatoide (AR). Abatacept y rituximab se recomiendan en AR-EPI<sup>1</sup>. Los inhibidores de JAK (JAKi) han demostrado su eficacia en la AR. Sin embargo, en los ensayos clínicos se suele excluir a los pacientes con EPI activa. Además, en la ficha técnica de tofacitinib (TOFA) se incluye una advertencia sobre su toxicidad en la EPI. No obstante, cada vez hay más evidencia de la eficacia de los JAKi en la AR-EPI<sup>2</sup>.

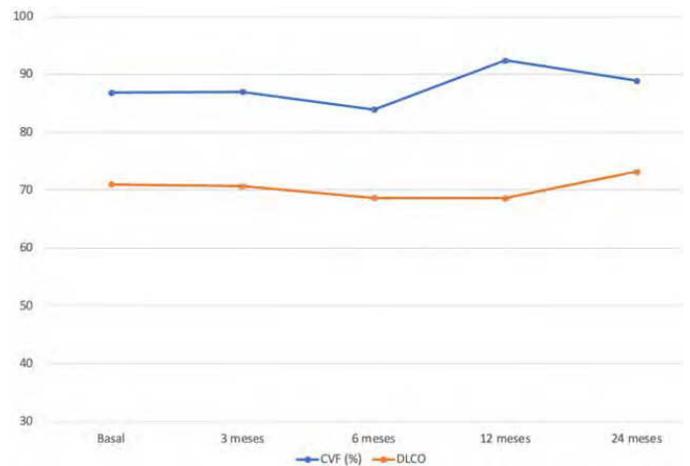
**Objetivos:** Evaluar a) la efectividad y b) la seguridad de JAKi en pacientes con AR-EPI.

**Métodos:** Estudio multicéntrico nacional de 60 pacientes con AR-EPI en tratamiento con JAKi. Se analizaron desde el inicio los siguientes parámetros: a) capacidad vital forzada (CVF), b) capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía com-

putarizada de alta resolución torácica (TCAR), d) disnea (escala modificada del Consejo de Investigación Médica), e) actividad de la artritis (DAS28-ESR) y f) seguridad.

Características basales de los pacientes con AR-ILD tratados con JAKi

	AR-EPI pacientes con JAKi (n = 60)
Edad, años, media ± DE	66 ± 10
Mujeres, n (%)	40 (66)
Tabaquismo, n (%)	38 (63)
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	34 [15-62]
FR//APCC, n (%)	59 (98)//59 (98)
CVF (% pred), media ± DE	90 ± 22
DLCO (% pred), media ± DE	71 ± 19
Patrón NIU en TACAR, n (%)	31 (52)
NIU	31 (53)
NINE	18 (31)
DAS28-ESR	4,29 ± 1,29
Tipo de JAKi, n (%)	
Baricitinib (BARI)	45 (75)
Tofacitinib (TOFA)	6 (10)
Upadacitinib (UPA)	8 (13)
Filgotinib (FILGO)	1 (2)
Inmunosupresor previo, n (%)	
FAME convencional/FAME biológico	59 (98)//51 (85)
Inmunosupresor concomitante, n (%)	
FAME convencional/FAME biológico	20 (33)//0 (0)
Antifibrótico concomitante, n (%)	5 (8)



Evolución de las pruebas de función respiratoria (% medio de la FVC y DLCO predichas) en pacientes con AR-EPI en tratamiento con BARI (n = 45) al inicio y a los 24 meses.

**Resultados:** Se estudiaron 60 pacientes (40 mujeres/20 hombres; edad media 66 ± 10 años) de la práctica clínica en tratamiento con JAKi [baricitinib (BARI) = 45 (75%), upadacitinib (UPA) = 8 (13%), TOFA = 6 (10%), filgotinib (FILGO) = 1 (2%)]. Las características demográficas y clínicas basales se muestran en la tabla. Todos los pacientes habían recibido fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) antes del JAKi [metotrexato (51; 85%), leflunomida (37; 61%), sulfasalazina (14, 23%), hidroxiclороquina (14; 23%), abatacept (35; 58%), tocilizumab (15, 25%) y rituximab (10, 17%)]. Dado que la mayoría recibían BARI, nos centramos en este grupo (n = 45). La mediana [IQR] de la duración de la EPI hasta el inicio de los BARI fue de 26 [14-60] meses. Los valores basales medios de CVF y DLCO (% predicho) fueron 86,9% y 71,0%, respectivamente. Los pacientes fueron seguidos durante una media de 31 ± 22 meses. La evolución de la CVF y la DLCO se mantuvo estable durante los primeros 12 meses (fig.). Al final del seguimiento, se observó estabilización/mejoría en el TCAR de tórax y disnea en el 83% y 88% de los pacientes, respectivamente. La mayoría de los pacientes mostraron remisión articular o baja actividad (63%). BARI se retiró en 14 (31%) pacientes debido a ineficacia articular (n = 13) y desarrollo de neu-

monitis por hipersensibilidad (n = 1). Únicamente 5 pacientes presentaron eventos relevantes durante el uso del fármaco, entre los que figuran: accidente cerebrovascular (n = 1), infección por virus varicela-zóster (n = 2), infecciones urinarias de repetición (n = 1), candidiasis oral (n = 1) y neumonitis por hipersensibilidad (n = 1).

**Conclusiones:** Los JAKi, especialmente BARI, pueden ser útiles y seguros para controlar el curso de la enfermedad tanto pulmonar como articular en pacientes con AR-EPI, incluso en casos muy refractarios.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Atienza-Mateo B, et al. J Clin Med. 2020;9(10):3070.
- Tardella M, et al. 2022;30(3):705-712.

**M296. ABATACEPT SUBCUTÁNEO FRENTE A INTRAVENOSO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

Ana Serrano-Combarro<sup>1</sup>, Belén Atienza-Mateo<sup>1</sup>, Natividad del Val<sup>2</sup>, Ivette Casafont-Solé<sup>3</sup>, Rafael B. Melero-Gonzalez<sup>4</sup>, Alba Pérez-Linaza<sup>5</sup>, Santos Castañeda<sup>6</sup>, Jerusalem Calvo Gutiérrez<sup>7</sup>, Natalia Mena Vázquez<sup>8</sup>, Nuria Vegas-Revenga<sup>9</sup>, Lucía Domínguez-Casas<sup>10</sup>, Jesús Loarce Martos<sup>11</sup>, Cilia Amparo Peralta Ginés<sup>12</sup>, Carolina Diez Morrondo<sup>13</sup>, Lorena Pérez Albaladejo<sup>14</sup>, Rubén López Sánchez<sup>15</sup>, M<sup>ª</sup> Guadalupe Mazano Canabal<sup>16</sup>, Anahy M<sup>ª</sup> Brandy-García<sup>17</sup>, Patricia López Viejo<sup>18</sup>, Gema Bonilla<sup>19</sup>, Olga Maiz-Alonso<sup>20</sup>, Carmen Carrasco-Cubero<sup>21</sup>, Marta Garijo Bufort<sup>22</sup>, Mireia Moreno<sup>23</sup>, Ana Urruticoechea-Arana<sup>24</sup>, Sergio Ordóñez-Palau<sup>25</sup>, Carmen González-Montagut<sup>26</sup>, Emilio Giner Serret<sup>27</sup>, Juan Ramon de Dios Jiménez De Aberasturi<sup>28</sup>, Fernando Lozano Morillo<sup>29</sup>, Tomás Vázquez Rodríguez<sup>30</sup>, Patricia Carreira-Delgado<sup>31</sup>, Juan María Blanco Madrigal<sup>32</sup>, Belén Miguel Ibáñez<sup>33</sup>, Marina Rodríguez López<sup>34</sup>, Carlos Fernández-Díaz<sup>35</sup>, Javier Loricera<sup>1</sup>, Iván Ferraz-Amaro<sup>36</sup>, Diego Ferrer<sup>37</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup> en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a la Artritis Reumatoide

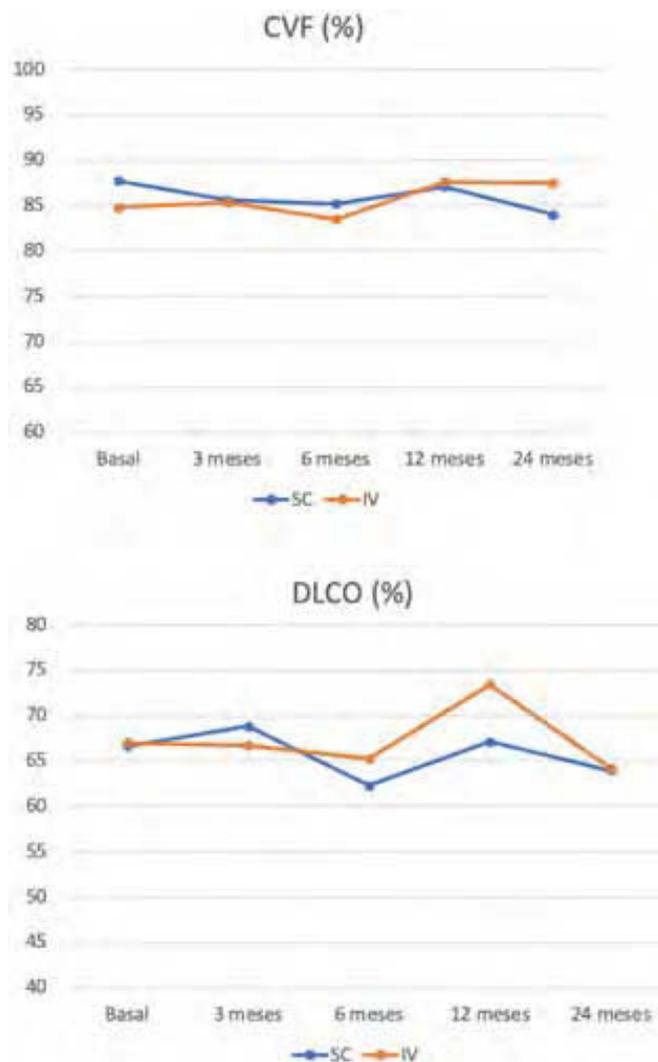
<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. Madrid. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Agustín. Avilés. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de León. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jaén. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Zamora. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. <sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. <sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Donostia. Donosti. <sup>21</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. <sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. <sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. <sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>25</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. <sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. <sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <sup>31</sup>Servicio de Reumatología. Hospital 12 de

Octubre. Madrid. <sup>32</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>33</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Salamanca. <sup>34</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Santiago. A Coruña. <sup>35</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>36</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>37</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

**Introducción:** El abatacept (ABA) ha demostrado su eficacia en la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a la artritis reumatoide (AR). Los ensayos clínicos han mostrado equivalencia de la administración subcutánea (SC) e intravenosa (IV) de ABA para las manifestaciones articulares, sin embargo, dicha equivalencia no se ha estudiado en la AR-EPI.

**Objetivos:** Comparar la eficacia del ABA en pacientes con AR-EPI según la vía de administración (IV-ABA frente a SC-ABA).

**Métodos:** Estudio nacional multicéntrico de pacientes con AR-ILD en tratamiento con ABA. Se dividieron en 2 grupos según la vía de administración: a) IV-ABA, y b) SC-ABA. Se analizaron desde el inicio los siguientes resultados en ambos grupos: a) capacidad vital forzada (CVF), b) capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía computarizada de alta resolución torácica (TCAR), d) disnea (evaluada con la escala modificada del Consejo de Investigación Médica), e) actividad articular (DAS28-ESR), y f) efecto ahorrador de corticoides.



Evolución de las pruebas de función respiratoria (% medio de la CVF y la DLCO predichas) en pacientes con AR-EPI en tratamiento con SC-ABA frente a IV-ABA al inicio y a los 24 meses.

**Tabla P296**

Principales características generales al inicio del estudio de los pacientes de AR-EPI con ABA subcutáneo frente a ABA intravenoso.

	All ABA (n = 439)	ABA IV (n = 94)	ABA SC (n = 303)	p
Edad, años, media ± DE	66 ± 10	66 ± 10	66 ± 10	0,92
Mujeres, n (%)	251 (57)	56 (59)	174 (57)	0,71
Tabaquismo, n (%)	229 (52)	51 (54)	163 (55)	0,96
Tiempo desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	10 [3-37]	12 [3-48]	10,5 [3-37]	0,56
FR, n (%)	383 (87)	81 (86)	269 (89)	0,49
APCC, n (%)	380 (88)	77 (82)	268 (88)	0,15
DAS28-ESR	4,32 ± 1,61	4,31 ± 1,58	4,43 ± 1,53	0,56
Patrón radiológico EPI en TACAR, n (%)				
NIU	191 (45)	48 (52)	129 (43)	
NINE	129 (30)	19 (21)	99 (33)	0,07
Otros	110 (25)	26 (27)	74 (24)	
CVF (% pred), media ± DE	87 ± 21	85 ± 21	88 ± 21	0,28
DLCO (% pred), media ± DE	67 ± 20	67 ± 21	67 ± 20	0,94
Prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	6 [5-10]	7,5 [5-10]	5 [5-10]	0,26

**Resultados:** Se estudió a un total de 439 pacientes [SC-ABA/IV-AB; 303/94 (datos disponibles)]. Las características basales fueron similares en ambos grupos (tabla). Se realizó seguimiento de los pacientes durante una mediana [RIQ] de 24 [10-48] meses. La CVF y la DLCO se mantuvieron estables durante los primeros 24 meses tanto en SC-ABA como en IV-ABA (fig.). La disnea se estabilizó o mejoró en el 84% de los pacientes (90% de IV-ABA; 82% de SC-ABA). Se objetivó mejoría o estabilidad de la afectación pulmonar en TACAR en el 67% de los pacientes (83% de IV-ABA; 64% de SC-ABA). A los 24 meses se observó una mejoría y de la actividad articular en ambos grupos (DAS28-VSG basal en IV-ABA y SC-ABA de 4,31 y 4,43 respectivamente; DAS28-VSG a los 24 meses en IV-ABA y SC-ABA de 3,4 y 3,02 respectivamente). No se han encontrado diferencias significativas en ninguno de los parámetros estudiados. El empeoramiento de la enfermedad pulmonar intersticial y la ineficacia articular fueron las razones más frecuentes de la interrupción del ABA.

**Conclusiones:** En la AR-EPI, el ABA parece igualmente efectivo y seguro independientemente de la vía de administración (IV o SC).

**P297. INFLUENCIA DE LA FATIGA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR**

José Pierre Otazu Moudelle<sup>1</sup>, Dalifer Dayanira Freites Núñez<sup>1</sup>, María Rodríguez Laguna<sup>1</sup>, Cristina Hormigos Martin<sup>1</sup>, María Paula Álvarez Hernández<sup>1</sup>, Alfredo Madrid García<sup>2</sup>, Lydia Abasolo Alcázar<sup>2</sup> y Leticia León Mateos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** En pacientes con artritis reumatoide difícil de tratar (ARDT), un amplio conjunto de factores puede contribuir a la persistencia de signos y/o síntomas, aunque estos no siempre están directamente relacionados con la inflamación (por ejemplo, discapacidad funcional, dolor y fatiga). De estos, la fatiga sigue siendo la menos evaluada y tenida en cuenta.

**Objetivos:** Identificar el papel de la fatiga en la ARDT.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en 143 pacientes seguidos en el servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Los datos fueron recogidos entre julio de 2018 y noviembre de 2022. Todos los pacientes cumplieron con los criterios ACR/EULAR 2010 y estaban en tratamiento con agentes biológicos (anti-TNF y no anti-TNF) o FAME sintéticos dirigidos (Jakinibs). La ARDT se definió con base en los criterios EULAR (fracaso del tratamiento, signos sugestivos de enfermedad actualmente activa/progresiva y manejo percibido como problemático por el reumatólogo y/o el paciente). Variable principal: La fatiga se evaluó mediante el Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multidimensional Questionnaire (BRAf-MDQ). Covariables: Variables sociodemográficas y rela-

cionadas con la enfermedad. Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las diferentes variables. Para identificar los factores asociados de forma independiente a la ARDT se aplicó una regresión logística multivariable. Los resultados se expresaron como OR con su correspondiente IC del 95%. Un valor de p < 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** La población del estudio comprendió 143 pacientes y 22 (15,38%) desarrollaron ARDT. El grupo de ARDT eran de mayor edad, con valores más altos de DAS28 y discapacidad. Las variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la enfermedad y las puntuaciones de fatiga utilizadas en el estudio se muestran en la tabla. En nuestro modelo final de regresión logística, la edad (OR: 1,05; p = 0,017) y la fatiga se asociaron independientemente con la ARDT (OR: 1,04; p = 0,011).

Características de la muestra

Variable	AR D2T (n = 22)	No AR D2T (n = 121)	p
Edad (años), media (DE)	62,82 (13,45)	56,19 (11,89)	0,019
Mujeres, n (%)	11 (50)	73 (60,83)	0,34
Duración de la enfermedad en años, media (DE)	17,76 (8,47)	13,41 (8,74)	0,03
FR positivo al inicio del estudio, n(%)	14 (63,60)	75 (63,02)	0,95
ACPA positivo al inicio del estudio, n (%)	14 (63,60)	77 (64,70)	0,90
DAS28, media (DE)	4,10 (0,67)	2,46 (0,99)	0,00
PCR, media (DE)	0,46 (0,36)	0,46 (0,67)	0,99
VSG, media (DE)	15,86 (12,11)	9,87 (9,91)	0,01
VSP (mm), media (DE)	56,22 (24,91)	32,19 (23,88)	0,001
VSM (mm), media (DE)	27,5 (13,34)	14,22 (11,37)	0,001
Dolor EVA (mm), media (DE)	54,45 (25,27)	32,38 (24,21)	0,001
HAQ (0-3) media ± DE	1,45 (0,64)	0,76 (0,59)	0,001
BRAf-MDQ (0-70), media (DE)	29,59 (13,67)	21,05 (14,73)	0,01
Fatiga física (0-22)	13,45 (5,36)	10,49 (5,86)	0,02
Fatiga AVD (0-21)	7,22 (4,29)	4,63 (4,71)	0,02
Fatiga cognitiva (0-15)	4,68 (3,88)	3,27 (3,23)	0,07
Fatiga emocional (0-12)	4,22 (2,54)	2,65 (2,66)	0,01
BRAf-NRS, media (DE)			
Gravedad de la fatiga (0-10)	6,59 (2,32)	4,90 (2,57)	0,005
Efecto de la fatiga (0-10)	5 (2,54)	4,09 (2,60)	0,13
Afrontamiento deficiente de la fatiga (0-10)	4,13 (2,29)	3,28 (2,49)	0,13

ARDT: artritis reumatoide difícil de tratar; DE: desviación estándar; FR: factor reumatoide; ACPA: anticuerpo antiproteína citrulinada; DAS28: puntuación de actividad de la enfermedad articular de 28 articulaciones; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; VSP: valoración de la salud global por el paciente; VSM: valoración de la salud global por el médico; EVA: Escala Analógica Visual; HAQ: Cuestionario de Evaluación de la Salud; BRAf-MDQ Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multidimensional Questionnaire; AVD: actividades de vida diaria; BRAf-NRS Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Numerical Rating Scales.

**Conclusiones:** A pesar de la ausencia de una mención explícita de la fatiga en la definición de ARDT, parece ser un factor asociado al resultado de ARDT. La evaluación y el manejo de la fatiga debe ser uno de los objetivos en el tratamiento de los pacientes con AR.

**P298. INFLUENCIA DE LAS COMORBILIDADES EN LA SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE**

Esther Fernández Panadero, B. Hernández Cruz, I. M. Fernández- Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández, J.L. Rodas Flores y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** La supervivencia de los fármacos anti-TNF en la artritis reumatoide (AR) puede estar influida por múltiples factores, entre ellos las comorbilidades.

**Objetivos:** Conocer la influencia de las comorbilidades, mediante el uso del índice de Charlson, así como las características de la AR sobre la supervivencia de los fármacos anti-TNF en enfermos atendidos en la práctica clínica habitual en el servicio de Reumatología del HUVVM.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional, posautorización, de seguimiento ambispectivo, mediante la revisión de historias clínicas obtenidas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR del adulto (criterios EULAR/ACR 2010) desde enero de 2017 hasta 2022.

**Resultados:** Se recogieron datos de 243 pacientes: 193 (79%) mujeres, 95 (82%) FR+, 178 (79%) ACPA + y 127 (52%) con erosiones. 105 (43%) de los casos con manifestación extraarticular: síndrome seco 36 (15%), nódulos reumatoides 29 (12%), túnel del carpo 28 (11%), manifestaciones oculares 9 (4%) y EPID 8 (3%). La edad media al inicio del Anti-TNF fue de 54,5 ± 11,8 (desviación estándar) años y la duración de la AR previa al anti-TNF fue de 8,0 ± 7,9 años. Recibieron el anti-TNF como primera línea 191 pacientes (79%); 2ª línea 32 (13%); 3ª línea 14 (6%); y ≥ 4ª línea 5 (2%). Los anti-TNF fueron: hyrimoz 86 (35%), enbrel 68 (28%), benepali 33 (14%), humira 34(14%), erelzi 17(7%), golimumab 2 (0,8%), amgevita 1 (0,4%) y yuflyma 1 (0,4%). En 22 (9%) de los casos se hizo cycling. El DAS28VSG basal fue de 4,7 ± 1,1 y el final de 2,7 ± 1,1. Se encontró una respuesta EULAR buena y moderada en 78% de los casos, y al final del seguimiento, 31% tenían remisión de la enfermedad. La duración del tratamiento anti-TNF fue de 5,8 ± 5,6 años; mediana 3,2 (p25 = 1,5 p75 = 10,25). Se prescribió en monoterapia en 109 (45%) pacientes; 137 (55%) en combinación con FAMEsc; y en 125 (56%) con prednisona a dosis de 8,1 ± 6,6 mg/día. Al momento del corte, 77 (32%) pacientes recibían el anti-TNF optimizado y 22 (9%) habían suspendido el fármaco. Al final del seguimiento 76 (31%) pacientes continuaban con prednisona a dosis de 7,2 ± 6,8 mg/día. Las comorbilidades se muestran en la tabla. El índice de comorbilidad de Charlson fue de 1,5 ± 0,98; mediana 1 (P25 = 1 P75 = 5); 25% de los pacientes con índice ≥ 5. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus sin afectación orgánica (n = 25,10%), seguida de insuficiencia renal moderada-severa y hepatopatía leve con n = 12 (5%), en ambos casos. Los pacientes con comorbilidad elevada fueron 40% varones e iniciaron el biológico a edad mayor (p < 0,02). En el análisis crudo, la supervivencia al anti-TNF al 1, 2, 5, 10 y 15 años fue del 87%, 65%, 39, 21% y 7%, respectivamente, siendo similar entre los pacientes con índice de comorbilidad ≥ 3 que aquellos con baja comorbilidad. En el análisis ajustado por edad, sexo, duración de la AR, FR, ACPA y erosiones, la supervivencia al 1, 2, 5, 10 y 15 años fue mejor para aquellos con índice de Charlson ≤ 2, siendo de 91%, 81%, 36%, 31% y 14%, que para los de índice de Charlson ≥ 3, siendo de 89%, 67%, 38%, 25% y 10%, respectivamente.

**Conclusiones:** Los datos obtenidos muestran que tener un elevado grado de comorbilidad, mayor edad, ser mujer y la seropositividad influyen en la supervivencia y eficacia de los fármacos anti-TNF (tanto originales como biosimilares). El uso de índices de comorbilidad podría considerarse para ayudar a predecir la persistencia de estos fármacos.

Frecuencia de las comorbilidades y manifestaciones en la cohorte de pacientes con AR incluidos en el estudio (n = 243)

Enfermedad	Número pacientes (n)	Proporción (%)
<b>A) Comorbilidades incluidas en el Índice de Charlson</b>		
SIDA	0	0
Linfoma	0	0
Leucemia	0	0
Tumor sólido con metástasis	1	0,41
Tumor sin metástasis	5	2,06
Hepatopatía moderada-GRABE	2	0,83
Hepatopatía leve	12	4,94
DM con afectación orgánica	5	2,06
DM sin afectación orgánica	25	10,33
Insuficiencia renal moderada-severa	12	4,94
Hemiplejía	1	0,41
Demencia	4	1,65
Enfermedad cerebrovascular	6	2,47
EPOC	11	4,55
Enfermedad vascular periférica	4	1,65
Infarto de miocardio	5	2,06
Insuficiencia cardíaca congestiva	5	2,06
Úlcera péptica	7	2,89
<b>B) Manifestaciones de la AR</b>		
Erosiones	127	52,26
Extraarticular	105	43,20
Síndrome seco	36	14,81
Síndrome túnel carpiano	28	11,52
Afectación ocular	9	3,70
Enfermedad pulmonar intersticial	8	3,29
<b>C) Comorbilidades asociadas a AR</b>		
Osteoporosis	62	25,62
Fibromialgia	69	28,40
Depresión	50	20,58
Dislipemia	87	35,95

SIDA: síndrome inmunodeficiencia adquirida. DM: diabetes mellitus. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**P299. LA EVOLUCIÓN HASTA ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR Y OPCIONES POSTERIORES DE TRATAMIENTO**

Natalia López Juanes, Marta Novella-Navarro, Carolina Tornero, Laura Nuño, Chamaida Plasencia y Alejandro Balsa

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** La artritis reumatoide difícil de tratar<sup>1</sup> (D2TRA) engloba a un grupo heterogéneo de pacientes en los que no se logra un adecuado control de la enfermedad a pesar de múltiples tratamientos con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos o diana específicos (FAMEb/sd). Es un concepto reciente, por lo que aún se están estudiando las características clínicas de estos pacientes, los tratamientos recibidos o la potencial respuesta a tratamientos posteriores a su clasificación como D2T.

**Objetivos:** 1) Analizar el tiempo desde el inicio del primer FAMEb/sd hasta que los pacientes cumplen criterios D2TRA y las posibles diferencias entre los D2TRA-ineficacia y D2TRA-otras causas. 2) Estudiar los tratamientos que reciben tras considerarse D2TRA.

**Métodos:** Estudio observacional longitudinal de pacientes con D2TRA. Según los motivos de suspensión de los dos primeros FAMEb/sd, se dividió a los pacientes en D2TRA-ineficacia y en D2TRA-otras causas (infecciones, alteraciones analíticas, intolerancia, falta de adherencia, comorbilidades, cirugía o embarazo). Se recogieron características sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, edad al diagnóstico, edad al inicio del tratamiento con FAMEb/sd, FAMEb/sd utilizados y su duración. Para variables cualitativas se utilizó el test de  $\chi^2$  y el test de Fisher y para variables cuantitativas, el test de t de Student. Se realizó un análisis de supervivencia con el test de log-rank y curvas de Kaplan-Meier para evaluar el tiempo transcurrido hasta la clasificación D2TRA.

**Resultados:** De los 88 pacientes incluidos, 58 se clasificaron como D2TRA-ineficacia (65,9%) y 30 (34,1%) D2TRA por otras causas. El 81% eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de  $42,3 \pm 12,4$  años y de  $49,9 \pm 11,8$  al inicio del primer FAMEb/sd. El tiempo medio desde el inicio del primer FAMEb/sd hasta cumplir criterios de D2TRA fue de  $5,4 \pm 4,6$  años, siendo de  $5,9 \pm 4,5$  para D2T-ineficacia y de  $4,6 \pm 4,7$  para D2T-otras causas. En el análisis de supervivencia no se observaron diferencias significativas ( $p = 0,30$ ) entre el tiempo global hasta cumplir criterios D2T-ineficacia frente a D2T-otras causas. El tiempo mínimo hasta D2T fue de 1 año y el máximo de 20. Se dividieron en tres periodos: 30 pacientes cumplieron criterios de D2T en  $< 2$  años (34,1%), 22 entre 2 y 5 años (25%) y 36 en  $> 5$  años (40,9%). El 44,8% de pacientes D2TRA-ineficacia lo fueron en  $> 5$  años y el 46% de los D2TRA-otras causas lo fue en  $< 2$  años, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. No se observaron diferencias en los FAMEb/sd utilizados previos al D2T. Una vez clasificados como D2TRA, la media de duración del tratamiento con tercer FAMEb/sd fue de  $2,7 \pm 3,0$  años, siendo el más utilizado rituximab 25%, seguido de abatacept 21,6% y tocilizumab 21,6%. El 48,9% requirió un cuarto FAMEb/sd, siendo los más utilizados rituximab 28,2%, abatacept 23,1% e inhibidores de JAK 17,9%. No hubo diferencias entre los tipos de D2TRA y la frecuencia de los fármacos utilizados ni la duración de los tratamientos.

**Conclusiones:** A pesar de la heterogeneidad de los pacientes D2TRA, no se observan diferencias entre los tratamientos recibidos previos al D2T ni en el tiempo hasta D2T, siendo la media de  $5,4 \pm 4,6$  años, y rituximab es tratamiento más utilizado una vez que los pacientes se clasifican como D2T.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Nagy G, Roodenrijs NM, Welsing PM, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2021;80:31-5.

### P300. AUTOEVALUACIÓN REMOTA EN EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: CORRELACIÓN CON LA VALORACIÓN PRESENCIAL

Javier Bachiller Corral, Verónica García García, Javier Domínguez Barahona y Mónica Vázquez Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) precisa una valoración médica de la actividad inflamatoria de forma periódica para el ajuste continuo del tratamiento. La autoevaluación (aplicación de cuestionarios y autoexploración articular por el propio paciente) es un método que puede ayudar a la determinación remota de esta actividad inflamatoria. Para ello es preciso una formación y entrenamiento breve del paciente. Esta técnica ha demostrado tener buena correlación con la valoración clínica.

**Objetivos:** Correlacionar los datos de la autoevaluación domiciliaria de pacientes con AR con la evaluación estándar por el reumatólogo a nivel hospitalario. Determinar la utilidad global y por subtipos de pacientes.

**Métodos:** Se seleccionaron todos los pacientes con AR de menos de 5 años de evolución de una consulta monográfica. La participación fue voluntaria y no se excluyeron pacientes por edad o habilidad tecnológica. A los pacientes incluidos se les explicó y se les formó en la metodología de la autoevaluación y autoexploración en domicilio. Previo a cada visita médica programada, se les envió un cuestionario digital para recoger de forma remota los siguientes 3 datos: EVA general en la última semana (autoEVA), NAD autoexploradas (autoNAD) y NAT autoexploradas (autoNAT) de un total de 28 articulaciones. Estas variables se compararon con las variables de actividad recogidas por el médico (NAT, NAD, EVA, DAS28-VSG). La recogida de datos duro 1 año. Se utilizó RedCap para el envío de los cuestionarios y el registro de los datos.

**Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes con AR. La edad media fue de 49 años, 71% eran mujeres y el tiempo medio de evolución fue de 3,2 años. Durante 1 año, estos 72 pacientes realizaron 220 visitas (3,05 visitas/paciente) con doble evaluación. La valoración remota fue siempre anterior y el tiempo medio entre ellas fue de 5,7 días. La media de las variables autoevaluadas era significativamente más alta que las variables evaluadas por el médico (autoEVA  $4,4 \pm 2,4$  vs.  $3,8 \pm 2,3$ ; autoNAD  $4,4 \pm 5,2$  vs.  $2,0 \pm 2,4$ , autoNAT  $2,9 \pm 4,5$  vs.  $1,1 \pm 2,1$  y auto DAS28  $3,4 \pm 1,5$  vs.  $2,8 \pm 1,2$ ). Existía una buena correlación entre los datos de la exploración remota y presencial ( $r = 0,78$  para DAS 28 VSG-Auto DAS28 VSG). Al hacer análisis por subgrupos, el autoDAS VSG presentaba una mejor correlación en los grupos de pacientes  $< 50$  años, pacientes nacidos en España y pacientes en remisión clínica/baja actividad (DAS28  $\leq 3,2$ ). Teniendo en cuenta los 4 niveles de actividad en función del DAS28 (remisión, baja actividad, moderada y alta actividad), el autoDAS 28 clasificó correctamente los pacientes en el 56% de las visitas, y teniendo en cuenta solo dos niveles (remisión/baja actividad, moderada/alta actividad) lo hizo en el 77% de las visitas. Analizando la capacidad del AutoDAS28 VSG de detectar remisión/baja actividad, la sensibilidad fue del 68%, la especificidad del 96% y el valor predictivo positivo de 97%.

**Conclusiones:** Los resultados medios de la autoevaluación realizada por los pacientes con AR tiende a ser más elevada que la evaluación del médico. Existe una buena correlación en su conjunto aunque existe subgrupos de pacientes en los que la correlación es mayor. La autoevaluación presenta un alto valor predictivo positivo para detectar remisión/baja actividad y los pacientes pertenecientes a este grupo podrían ser candidatos a visitas no presenciales.

### P301. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS CUESTIONARIOS RAPID3 Y RAID EN LA IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN O BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD POR ÍNDICES COMPUESTOS

Antonio Domingo Gómez Centeno, María García Manrique de Lara, Eduard Graell Martín, Artur Llobell Uriel y Jordi Gratacós Masmitjà  
Servei de Reumatologia, Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell.

**Introducción:** Los principios del T2T son ampliamente reconocidos como la mejor estrategia para lograr resultados óptimos en la AR. Las guías de EULAR y ACR proponen como objetivos, ya sea la remisión o la baja actividad de la enfermedad, basados en índices compuestos (EULAR) o en índices compuestos y/o PROs (ACR). EULAR ha desarrollado un índice de actividad el "Rheumatoid Arthritis Impact of Disease" (RAID) que ha demostrado su utilidad en la evaluación de la actividad y respuesta al tratamiento de los pacientes con AR.

**Objetivos:** Comparar el desempeño de los cuestionarios RAPID3 y RAID para identificar los pacientes con AR en remisión o baja actividad de la enfermedad en la práctica clínica diaria.

**Métodos:** Tras la vuelta a las visitas presenciales tras la pandemia, los pacientes visitados en el servicio de reumatología cumplimentaron los cuestionarios RAPID3 (utilizado habitualmente en nuestro servicio) y RAID el mismo día antes de realizar la visita presencial rutinaria. Tras la valoración de los pacientes se calcularon los índices compuestos DAS28, SDAI y CDAI. Se realizó el estudio de correlación entre RAPID3 y RAID así como las así como la capacidad de identificar los pacientes en baja remisión o baja actividad de la enfermedad por índices compuestos (DAS28, SDAI y CDAI)

**Resultados:** Se analizaron los resultados de 168 visitas de 140 pacientes individuales. 76% mujeres con una edad media de  $56 \pm 12$  años y una media de duración de la enfermedad de  $10 \pm 9$  meses. Se evidenció una muy buena correlación entre los resultados de RAPID3 y RAID con un coeficiente de correlación  $0,95$ - $IC95\%$   $(0,95-0,96)$ . A la hora de evaluar los pacientes con baja actividad o

remisión definidos por un RAPID3 inferior a 6 o un RAID inferior a 2, ambos cuestionarios se comportaron de una forma similar, RAPID3 frente a DAS28 presentó una sensibilidad (S) de 0,62, una especificidad (E) de 0,97 y un valor predictivo para positivos de 0,97 mientras que RAID presentaba una S de 0,58 una E 0,93 y un VPP de 0,93 frente a DAS28.

**Conclusiones:** RAPID3 y RAID presentan un desempeño similar para identificar los pacientes en baja actividad o remisión por índices compuestos. RAID requiere de una calculadora para su cálculo pues se trata de una suma de índices ponderados, mientras RAPID3 es una suma aritmética simple. En la práctica habitual, es más sencilla la utilización de RAPID3 que RAID para la valoración de la actividad de los pacientes en la consulta rutinaria, aunque cualquiera de los 2 cuestionarios presenta una gran especificidad identificando los pacientes en baja actividad de la enfermedad o remisión según los índices DAS28, SDAI y CDAI.

**P302. UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA DE KL-6 SÉRICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE**

Juan Camilo Sarmiento Monroy<sup>1</sup>, Albert Pérez-Isidro<sup>2,3</sup>, Raúl Castellanos-Moreira<sup>4</sup>, Virginia Ruiz-Esquide<sup>1</sup>, Beatriz Frade-Sosa<sup>1</sup>, Ana Belén Azuaga<sup>1</sup>, Julio Ramírez<sup>1</sup>, Rosa M. Morlà<sup>1</sup>, Andrés Ponce<sup>1</sup>, Nuria Sapena<sup>1</sup>, Patricia Corzo<sup>1</sup>, Sandra Farietta<sup>1</sup>, María J. Gómara<sup>5</sup>, Cristina García-Moreno<sup>5</sup>, Isabel Haro<sup>5</sup>, Anna Colmenero<sup>6</sup>, Manuel Morales-Ruiz<sup>3,6</sup>, Estibaliz Ruiz-Ortiz<sup>2,3</sup>, Odette Viñas<sup>2,3</sup>, Fernanda Hernández-González<sup>7</sup>, Juan D. Cañete<sup>1</sup>, Jacobo Sellarés<sup>3,7</sup>, Raimon Sanmartí<sup>1</sup> y Jose A. Gómez-Puerta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínica de Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>3</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. <sup>4</sup>Bristol-Myers Squibb. Madrid. <sup>5</sup>Unidad de Síntesis y Aplicaciones Biomédicas de Péptidos. Instituto de Química Avanzada de Catalunya. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IQAC-CSIC). Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Bioquímica y Genética Molecular. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>7</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic de Barcelona.

**Introducción:** Algunos estudios han evaluado la utilidad de KL-6 (Krebs von den Lungen-6) como biomarcador en el diagnóstico y pronóstico en la EPID asociada a artritis reumatoide (EPID-AR). La citrulinación y la carbamilación son responsables de la generación de anticuerpos contra proteínas modificados (AMPAs), los cuales se han asociado a la EPID-AR.

**Objetivos:** Primario: evaluar el valor diagnóstico y pronóstico de KL-6 sérico en pacientes con EPID-AR. Secundario: evaluar la correlación entre KL-6 sérico y diferentes especificidades de AMPAs en pacientes con AR.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) con datos disponibles de KL-6 medidos en suero al momento de la inclusión. Los pacientes fueron evaluados entre febrero de 2017 y octubre 2019 en un único centro. El diagnóstico de EPID se realizó mediante tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) y fue confirmado por un comité multidisciplinar. Los niveles séricos de KL-6 se midieron mediante el Kit Lumipulse® G KL-6 (Fujirebio, Japón), utilizando un inmunoensayo enzimático quimioluminiscente (CLEIA). El valor de referencia para KL-6 en sujetos sanos fue de 118-627 U/mL. El coeficiente de variación interensayo del reactivo fue ≤ 4,4%. Se realizó un análisis bivalente según la presencia de EPID y niveles elevados de KL-6. La mortalidad se evaluó en diciembre de 2022 mediante la revisión del historial médico de cada paciente. El repertorio de AMPAs analizado incluía anticuerpos contra: péptidos/proteínas citrulinadas (ACPs), proteínas carbamiladas (anti-CarP) y aductos de malondialdehído-acetaldehído (anti-MAA), los cuales fueron determinados mediante pruebas ELISA de fabricación propia. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la correlación entre: KL-6 y parámetros de las pruebas funcionales respiratorias/AMPAs.

**Resultados:** Se incluyó un total de 166 pacientes (36 con EPID-AR). Las características basales de la población se resumen en la tabla. Basalmente, los pacientes con EPID-AR eran en mayor proporción de sexo masculino (36,1 vs. 20%; p = 0,044), tenían mayor edad (69,9 ± 16,1 vs. 60,9 ± 12,3 años; p < 0,001), mayor duración de la AR (12,2 ± 1,3 vs. 8,3 ± 8,7 años; p = 0,020), una actividad de la enfermedad más alta (DAS28 3,7 ± 0,2 vs. 2,8 ± 1,1; p < 0,001) y mayor mortalidad (33,3 vs. 9,2%; p < 0,001). Entre los pacientes con EPID-AR, la mediana de la CVF y la DLco fueron 79 (rango 72,6-



AR: artritis reumatoide; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; FR: factor reumatoide; KL-6: Krebs von den Lungen-6; NIU: neumonía intersticial usual. Los anticuerpos contra péptidos/proteínas citrulinadas (ACPs) fueron evaluados mediante inmunoensayo por quimioluminiscencia (QUANTA Flash CCP3 Inova Diagnostics; punto de corte >20 CU) y mediante la determinación de anticuerpos contra un péptido citrulinado sintético de fabricación propia (CFFCP1 IgG; punto de corte ≥177.5 AU/mL). Se evaluaron tres anticuerpos contra antígenos carbamilados (anti-CarP): FCS [suero fetal bovino, isotipo IgG (punto de corte ≥173.5 AU/mL) e isotipo IgA (punto de corte ≥257.0 AU/mL)], Fb [fibrinógeno, isotipo IgG (punto de corte ≥166.9 AU/mL)] y CFFHP [péptido sintético quimérico homocitrulinado de fibrina/filagrina de fabricación propia, isotipo IgG (punto de corte ≥146.5 AU/mL)]. Se estudiaron tres anticuerpos contra aductos de malondialdehído-acetaldehído (anti-MAA): HSA-MAA [albúmina sérica humana, isotipo IgG (punto de corte ≥3.22 ng/mL), isotipo IgM (punto de corte ≥1.49 ng/mL) e isotipo IgA (punto de corte ≥1.18 ng/mL)], Fb-MAA [fibrinógeno, isotipo IgG (punto de corte ≥1.11 ng/mL)] y CFFCMAp [péptido sintético quimérico fibrina/filagrina con modificación malondialdehído-acetaldehído de fabricación propia, isotipo IgG (punto de corte 15.05 ne/mL)].

**P302 Figura.** Mapa de calor de la correlación entre KL-6 sérico y diferentes especificidades de AMPAs en pacientes con AR.

**Tabla P302**

Características basales de pacientes con AR según los niveles de KL-6

Variable	Grupo total AR (N = 166)	KL-6 alto (n = 35)	KL-6 normal (n = 131)	p
Edad, años	62,9 ± 12,3	68,0 ± 10,0	61,5 ± 12,5	0,005
Sexo masculino	39 (23,5)	12 (34,3)	27 (20,6)	0,090
Tabaquismo (actual o previo)	86 (51,8)	18 (51,4)	68 (51,9)	0,871
Duración AR, años	9,1 ± 8,7	10,7 ± 7,8	8,7 ± 8,9	0,250
FR, positivo	110 (66,3)	25 (71,4)	85 (64,9)	0,467
FR, niveles (IU)	219,1 ± 399,5	395,5 ± 685,0	172,0 ± 263,2	0,003
ACPA, positivo	142 (85,5)	28 (80,0)	114 (87,0)	0,294
ACPA, niveles (CU)	1.201,6 ± 2.107,4	1.257,6 ± 1.096,2	1.186,7 ± 2.306,8	0,860
DAS28-VSG	3,0 ± 1,2	3,3 ± 1,3	2,9 ± 1,2	0,094
GC, actual	99 (59,6)	27 (77,1)	72 (55,0)	0,018
MTX, actual	101 (69,8)	20 (57,1)	81 (61,8)	0,614
FAMEb, actual	51 (30,7)	9 (25,7)	42 (32,1)	0,020
EPID-AR	36 (21,7)	19 (54,3)	17 (13)	< 0,001
Patrón NIU (TCAR)	18 (18,8)	8 (22,9)	10 (7,6)	< 0,001
CVF, % predicho	79,7 ± 16,2	77,1 ± 15,7	82,8 ± 16,7	0,289
DLco, % predicho	63,0 ± 16,6	59,2 ± 17,3	67,9 ± 14,8	0,116
Mortalidad	24 (14,5)	12 (34,3)	12 (9,2)	< 0,001

ACPA: anticuerpos contra péptidos/proteínas citrulinadas; CVF: capacidad vital forzada; DLco: capacidad de difusión del monóxido de carbono; FAMEb: fármaco modificador de la enfermedad biológico; FR: factor reumatoide; GC: glucocorticoides; MTX: metotrexato; NIU: neumonía intersticial usual; TCAR: tomografía axial de alta resolución.

87,0) y 60 (49,0-70,4), respectivamente. El patrón más frecuente en la TCAR fue el de neumonía intersticial usual (NIU) en la mitad de los casos. El valor medio de KL-6 fue de 513,1 ± 480,1 U/ml. Los niveles de KL-6 resultaron elevados (> 627 U/ml) en 35 pacientes (21%). Los niveles séricos de KL-6 en el grupo EPID-AR fueron significativamente más altos comparados con el grupo AR sin EPID (884,0 ± 134,6 vs. 410,4 ± 262,4 U/ml; p < 0,001). Los pacientes con KL-6 elevado tenían mayor prevalencia de EPID-AR (54,3 vs. 13,0%; p < 0,001), mayor proporción de patrón NIU en la TCAR (22,9 vs. 7,6%; p < 0,001), así como una mayor mortalidad (34,3 vs. 9,2%; p < 0,001) (tabla). El KL-6 sérico presentaba una correlación negativa con la CVF (r = -0,359; p = 0,027) y la DLco (r = -0,365; p = 0,026). Durante el seguimiento murieron 24 (14,5%) pacientes, principalmente por infecciones respiratorias (62,5%), con una mediana de 20 meses (7,0-29,0). Un total de 128 pacientes disponían de datos de AMPAs. El KL-6 sérico presentaba una correlación positiva moderada con los anticuerpos HSA-MAA IgA (r = 0,56; p = 0,048) en los pacientes con patrón no NIU (fig.). Los anticuerpos anti-CarP (Fib IgG: 81,8 vs. 54,7; p = 0,019) y anti-MAA (HSA-MAA IgA: 36,4% vs. 10,4; p = 0,018) se asociaron significativamente con valores elevados de KL-6.

**Conclusiones:** Los niveles elevados de KL-6 son útiles como biomarcador para el diagnóstico y la estratificación del pronóstico en pacientes con EPID-AR, especialmente en aquellos con patrón de NIU en la TCAR. La elevación de KL-6 se asoció con algunos AMPAs, como anti-CarP y anti-MAA.

**P303. CUANTIFICACIÓN DE CALCIO CORONARIO Y RIGIDEZ ARTERIAL CAROTIDEA COMO PREDICTORES DE EVENTO CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

Cristina Corrales-Selaya<sup>1</sup>, Nuria Vegas-Revenga<sup>2</sup>, Jose Antonio Parra Blanco<sup>3</sup>, Virginia Portilla<sup>4</sup>, Ricardo Blanco<sup>1</sup>, Miguel A. González-Gay<sup>5</sup>, Iván Ferraz-Amaro<sup>6</sup> y Alfonso Corrales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Reumatología. Hospital de Galdácano. Galdakao. <sup>3</sup>Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>4</sup>Enfermería-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>5</sup>Reumatología. Universidad de Cantabria. IDIVAL. Santander y Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Madrid. <sup>6</sup>Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

**Introducción:** Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un mayor riesgo de padecer eventos cardiovasculares (ECVs) y mayor mortalidad que la población general. Diversos estudios han propuesto la cuantificación de calcio coronario (CAC) mediante tomografía axial computarizada multidetector (TACM) y el valor de rigidez arterial carotídea determinado mediante la velocidad de onda de pulso (VOP), para ser utilizados como marcadores subrogados de riesgo CV en la población general.

**Objetivos:** El principal objetivo es determinar la capacidad de la cuantificación del CAC y de la VOP de predecir el riesgo de evento cardiovascular y mortalidad general en pacientes con AR.

**Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo de 126 pacientes con AR sin eventos cardiovasculares previos que fueron reclutados en 2011 y seguidos durante 10 años. Todos los pacientes se realizaron un TACM coronario y una ecografía carotídea al inicio del estudio. La asociación entre la CAC basal y la VOP con la mortalidad general y la presencia de ECVs fue determinada mediante Regresión de Cox univariante y multivariante. La CAC y la VOP fueron determinadas como variables continuas y también como categóricas, según los siguientes intervalos para CAC 0, 1-100, 101-400, > 400 Unidades Agatston (UA) y la dicotomización de VOP en mayor o menor de 10 m/s.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 126 pacientes, 92 mujeres (73%), con una edad media de 59 ± 10 años. Las principales características basales, factores de riesgo CV, datos de actividad de la enfermedad y tratamientos se detallan en la tabla 1, así como los parámetros basales que mostraron asociación estadísticamente significativa con la mortalidad y el ECV. Tras un seguimiento de 14,479 personas/meses, se produjeron 15 muertes y 24 eventos cardiovasculares en 18 pacientes. Las principales causas de mortalidad fueron las infecciones (n = 7, 46,7%) y las neoplasias (n = 5, 33,3%). En el análisis univariante, los valores de CAC superior a 400 unidades Agatston se asociaron con un aumento de riesgo de mortalidad general estadísticamente significativo (HR 5,13 (IC95% 1,03-25,41), p = 0,045). No obstante, en el análisis multivariante ajustado por factores de riesgo CV clásicos, los resultados obtenidos no presentaron significación estadística. El incremento del valor del CAC como variable continua, se asoció significativamente con un aumento del riesgo de evento cardiovascular tanto en el análisis univariante (HR 1,002 (IC95% 1,0008-1,003), p = 0,001) como en el multivariante (HR 1,002 (1,0004-1,003), p = 0,011). El aumento en el valor de la rigidez arterial carotídea medida mediante VOP se relacionó de forma estadísticamente significativa con la mortalidad general en el análisis univariante. Lo mismo

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE UNA COHORTE DE 126 PACIENTES CON AR SIN EVENTOS CARDIOVASCULARES PREVIOS.**

Características Basales		Mortalidad			Evento Cardiovascular		
		HR	IC (95%)	P	HR	IC (95%)	p
Edad, años, (media±ds)	59±10	<b>1.12</b>	<b>1.04-1.21</b>	<b>0.003</b>	<b>1.09</b>	<b>1.02-1.15</b>	<b>0.010</b>
Mujer, n (%)	92 (73)	1.33	0.45-3.89	0.61	1.02	0.37-2.87	0.96
Fumador o exfumador, n (%)	64 (51)	1.50	0.53-4.20	0.45	0.96	0.38-2.42	0.93
Obesidad, n (%)	42 (33)	0.70	0.22-2.20	0.54	0.74	0.26-2.07	0.57
Hipertensión, n (%)	53 (42)	1.59	0.58-4.38	0.37	1.14	0.45-2.90	0.78
Diabetes Mellitus, n (%)	9 (7)	0.89	0.11-6.70	0.90	2.90	0.85-10.05	0.092
Dislipemia, n (%)	64 (51)	0.63	0.22-1.76	0.37	0.97	0.39-2.45	0.95
Hipertrigliceridemia, n (%)	20 (16)	1.00	0.99-1.00	0.65	1.00	0.99-1.00	0.84
IMC, kg/m <sup>2</sup> (media±ds)	29±10	1.00	0.93-1.05	0.77	0.99	0.93-1.03	0.61
Perímetro abdominal, cm (media±ds)	88±30	1.02	0.97-1.10	0.47	1.00	0.98-1.02	0.99
Colesterol, mg/dl (media±ds)							
Colesterol total	214±43	1.00	0.99-1.01	0.78	1.00	0.98-1.01	0.39
Lipoproteína de alta densidad (HDL)	64±19	1.00	0.97-1.02	0.62	1.00	0.98-1.03	0.91
Lipoproteína de baja densidad (LDL)	129±36	1.00	0.99-1.01	0.58	0.99	0.98-1.00	0.22
Trigliceridemia	108±60	1.00	0.99-1.01	0.65	1.55	0.51-4.71	0.44
Duración de la enfermedad (mediana, [RIC])	8.6 (4.5-14.5)	1.01	0.96-1.08	0.58	1.01	0.96-1.07	0.57
PCR, mg/l (mediana, [RIC])	2.2 (0.8-6.6)	1.01	0.98-1.04	0.47	0.99	0.95-1.04	0.64
VSG, mm/1 <sup>a</sup> hora (mediana, [RIC])	12 (6-20)	1.01	0.99-1.04	0.56	0.99	0.95-1.03	0.43
Factor Reumatoide/ ACPA, n (%)	79 (63)/80 (63)	2.50	0.70-8.83	0.16	2.20	0.72-6.70	0.16
DAS28-VSG (media±ds)	3.15±1.36	0.88	0.60-1.29	0.50	1.18	0.86-1.64	0.31
DAS28-PCR (media±ds)	2.98±1.19	0.78	0.49-1.23	0.28	1.30	0.91-1.87	0.15
SCORE EULAR 2016 (media±ds)	1.5 (0.0-3.0)	<b>1.16</b>	<b>1.07-1.25</b>	<b>0.000</b>	1.02	0.91-1.16	0.70
SCORE 2 (media±ds)	4.7 (2.8-7.1)	1.00	0.99-1.01	0.56	1.00	0.98-1.01	0.58
QRISK3 (media±ds)	12.7 (6.6-21.1)	<b>1.06</b>	<b>1.02-1.10</b>	<b>0.005</b>	<b>1.04</b>	<b>1.01-1.08</b>	<b>0.013</b>
AINES, n (%)	52 (41)	0.94	0.34-2.65	0.91	1.17	0.46-2.96	0.74
Prednisona, n (%)	59 (47)	0.55	0.19-1.62	0.28	1.45	0.57-3.66	0.44
Prednisona dosis, mg/día (mediana, [RIC])	0 [0-5]	0.89	0.71-1.10	0.28	1.10	0.94-1.29	0.24
FAMEs, n (%)							
Metotraxato	90 (71)	1.10	0.35-3.47	0.87	0.83	0.31-2.20	0.71
Leflunomida	13 (10)	0.61	0.08-4.60	0.63	1.73	0.50-6.00	0.38
Hidroxicloroquina	22 (17)	0.70	0.60-3.13	0.65	1.93	0.69-5.41	0.21
Salazopirina	0 (0)						
Tratamientos Biológicos, n (%)							
AntiTNF	22(17)	0.34	0.04-2.60	0.30	1.48	0.49-4.49	0.49
Tocilizumab	21 (17)	0.35	0.05-2.63	0.31	1.06	0.31-3.67	0.93
Rituximab	5 (4)	1.84	0.24-14.00	0.56	4.22	0.97-18.40	0.055
Abatacept	2 (2)	1.23e-14	-	1.00	3.39	0.45-25.40	0.24
Inhibidores de JAK, n (%)	4 (3)	2.19	0.29-16.60	0.45	5.97e-16	-	0.00

Tabla 1. En negrita los parámetros que se asociaron significativamente con mortalidad o evento CV.

CAC	Mortalidad General				Evento Cardiovascular					
	Hazard ratio, (Intervalo de Confianza 95%), p									
	Univariante	Multivariante			Univariante	Multivariante				
CAC, Agatson units	1.00	0.99-1.00	0.25			<b>1.002</b>	<b>1.0008-1.003</b>	<b>0.001</b>	<b>1.002 (1.0004-1.003)</b>	<b>0.011</b>
log CAC, Agatson units	1.10	0.78-1.55	0.59			<b>1.81</b>	<b>1.20-2.75</b>	<b>0.005</b>	<b>1.91 (1.15-3.17)</b>	<b>0.012</b>
CAC Categ										
0	ref.			ref.		ref.			ref.	
1-100	2.47	0.64-0.58	0.19	0.78 (0.16-3.75)	0.76	1.31	0.40-4.28	0.66	0.77 (0.21-2.84)	0.69
101-400	2.21	0.37-13.22	0.39	0.83 (0.12-5.66)	0.85	1.34	0.26-6.93	0.72	0.72 (0.13-4.13)	0.71
>400	<b>5.13</b>	<b>1.03-25.41</b>	<b>0.045</b>	1.55 (0.23-10.45)	0.65	<b>5.71</b>	<b>1.64-19.82</b>	<b>0.006</b>	2.23 (0.45-11.03)	0.32
Rigidez Carotídea										
VOP, m/s	<b>1.29</b>	<b>1.08-1.52</b>	<b>0.004</b>	1.18 (0.96-1.44)	0.12	1.14	0.99-1.31	0.078	1.04 (0.85-1.26)	0.73
VOP > 10 m/s	<b>3.19</b>	<b>1.11-9.20</b>	<b>0.032</b>	2.29 (0.69-7.63)	0.18	1.90	0.67-5.40	0.23		

Tabla 2. Regresión de Cox. Análisis multivariante ajustado por edad, fumador, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia e IMC.

ocurrió al categorizar esta variable, ya que los valores superiores a 10 m/s en el análisis univariante se asociaron estadísticamente con la mortalidad general. No obstante, esta relación no se mantuvo en el análisis multivariante, ni tampoco se pudo demostrar con los ECVs.

**CONCLUSIÓN:** La determinación de CAC en pacientes con AR tiene capacidad predictiva para evento CV. En nuestra cohorte de 126 pacientes con AR, el incremento de los valores de VOP no se correlacionó con la mortalidad general ni con los ECVs tras 10 años de seguimiento.

**P304. INCIDENCIA DE SUSPENSIÓN DE FAME BIOLÓGICOS POR INEFICACIA O EVENTO ADVERSO EN UNA COHORTE DE INCEPCIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE**

Zulema Rosales Rosado<sup>1</sup>, Cristina Lajas Petisco<sup>1</sup>,  
Cristina Hormigos Martín<sup>1</sup>, María Rodríguez Laguna<sup>1</sup>,  
Cristina Vadillo Font<sup>1</sup>, Leticia León<sup>2</sup> y Lydia Abasolo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.  
<sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha sufrido un enorme cambio en las dos últimas décadas gracias al desarrollo de los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb). Estos fármacos se usan ampliamente en práctica clínica pero la información sobre su suspensión en este entorno y, especialmente, por los motivos más habituales, ineficacia y evento adverso (EA), es escasa.

**Objetivos:** Describir las características de los EA a FAMEb y evaluar la incidencia de suspensión por ineficacia y EA de los FAMEb en una cohorte de incepción de AR.

**Métodos:** Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Pacientes: pacientes con primer diagnóstico de AR entre 01/01/07 y 31/12/15 seguidos hasta el 01/01/22 que recibieron ≥ 1 FAMEb durante ≥ 3 meses. Variable principal: suspensión de un FAMEb por ineficacia o EA (moderado: suspensión del fármaco, grave: suspensión del fármaco y hospitalización o muerte a causa del EA). Covariables: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. Análisis: técnicas de supervivencia para estimar las tasas de incidencia (TI) de suspensión por 100 pacientes-año con su respectivo intervalo de confianza (IC) al 95%.

**Resultados.** Se incluyeron 186 pacientes (927,86 pacientes-año), el 81,72% eran mujeres con una edad media al inicio del FAMEb de 52,38 ± 13,80. Otras características basales: 63,98% factor reumatoide positivo, 55,80% anti-CCP positivos, VSG media: 41,56 ± 28,42 mm/h. Comorbilidades más frecuentes al diagnóstico: hipercolesterolemia (26,34%), hipertensión arterial (23,66%). Los 186 pacientes recibieron 347 cursos de tratamiento con un FAMEb de los que 92 se suspendieron por ineficacia (TI 9,92 [8,08-12,16]) y 81 por EA (TI 8,73 [7,02-10,85]). El 75,30% de los EA fueron moderados (TI 6,57 [5,12-8,45]) y el 24,69% graves (TI 2,16 [1,39-3,34]). La infección fue la causa más frecuente de EA (n = 28, 35,44%), seguida de las reacciones alérgicas (n = 16, 20,25%); 2 pacientes fallecieron por EA. La TI de suspensión por ineficacia (tabla 1) fue superior en el sexo femenino (TI 11,06 [8,93-13,70]), pacientes < 46 años (TI 13,91 [10,76-17,99]), cursos posteriores de tratamiento (TI 14,98 [11,25-19,93]), uso concomitante de corticoides (TI 10,50 [8,40-13,12]) y con algunos FAMEb (TI abatacept 25,72 [14,24-46,44], TI anti-IL6 12,18 [5,81-25,54]). La TI de suspensión por EA (tabla 2) fue mayor en mujeres (TI 9,22 [7,29-11,65]), pacientes > 70 años (TI 11,53 [6,20-21,42]), uso concomitante de corticoides (TI 9,27 [7,31-11,76]) y con el uso de ciertos FAMEb (TI inhibidores de JAK 17,51 [9,11-33,66], TI abatacept 16,37 [7,80-34,33]). Estos resultados fueron similares independientemente de la gravedad del EA excepto por el sexo en EA graves (TI varones 4,15 [1,98-8,71], TI mujeres 1,71 [0,99-2,95]).

**Conclusiones.** Las suspensiones FAMEb en práctica clínica por ineficacia (TI 9,92%) y EA (TI 8,73%) son relativamente frecuentes. La mayoría de los EA registrados son moderados; la infección fue la principal causa de EA. Hemos encontrado mayores TI de suspensión de FAMEb por ineficacia en el sexo femenino, pacientes jóvenes, posteriores cursos de tratamiento, uso concomitante de corticoides, con algunos FAMEb concretos (abatacept, anti-IL6). Las TI de suspensión por EA son mayores en el sexo femenino (excepto EA graves que son mayores en varones), pacientes de mayor edad, uso concomitante de corticoides, así como con algunos FAMEb (inhibidores de JAK y abatacept).

Tabla 1. Incidencias de suspensión por Ineficacia

	Pacientes/año	N	TI	IC95%
Total	927,86	92	9,92	8,08-12,16
Por género				
Mujeres	759,25	84	11,06	8,93-13,70
Hombres	168,61	8	4,75	2,37-9,49
Por edad				
< 46 años	416,93	58	13,91	10,76-17,99
47-69 años	424,17	27	6,37	4,37-9,28
> 70 años	86,76	7	8,07	3,85-16,92
Por curso de tratamiento				
Primero	614,04	45	7,33	5,47-9,82
Posteriores	313,82	47	14,98	11,25-19,93
Por uso concomitante de metotrexate				
No	437,94	45	10,26	7,67-13,76
Sí	489,92	47	9,59	7,21-12,77
Por uso concomitante de corticoides				
No	194,29	15	7,72	4,65-12,81
Sí	733,57	77	10,59	8,40-13,12
Por FAMEb				
Abatacept	42,77	11	25,72	14,24-46,44
Adalimumab	210,13	16	7,61	4,67-12,43
Certolizumab	117,85	18	15,27	9,62-24,24
Etanercept	234,08	22	9,4	6,19-14,27
Golimumab	23,41	3	12,81	4,13-39,73
Infliximab	32,56	2	6,14	1,54-24,56
Rituximab	158,19	9	5,69	2,96-10,94
Tocilizumab	48,78	4	8,2	3,08-21,85
Sarilumab	8,7	3	34,48	11,12-106,91
Baricitinib	13,1	2	15,27	3,82-61,04
Tofacitinib	11,69	2	17,11	4,28-68,42
Upadacitinib	26,6	0	0	-

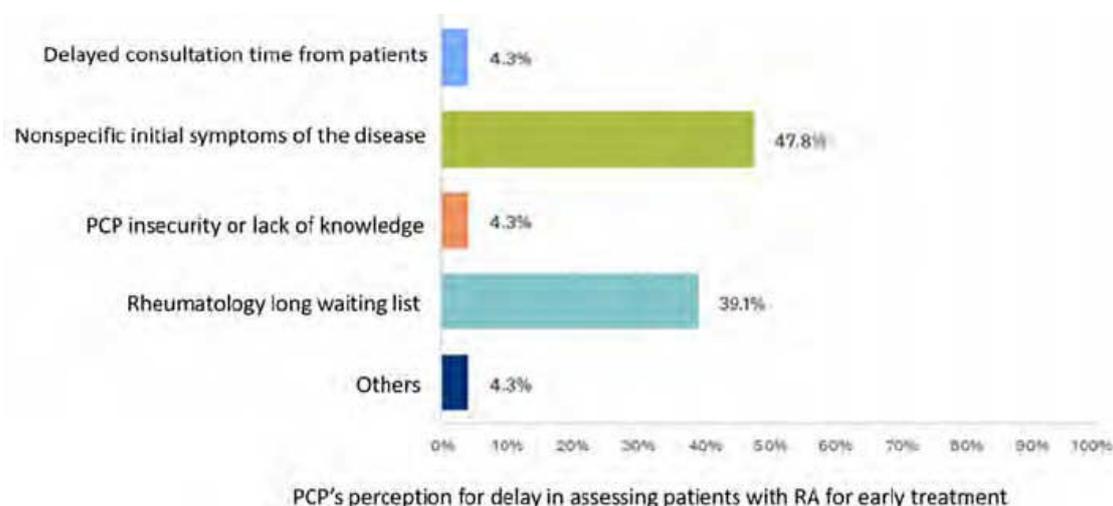
Tabla 2. Incidencias de EA

	Pacientes/año	N	TI	IC95%
Total	927,86	81	8,73	7,02-10,85
Moderados		61	6,57	5,12-8,45
Graves		20	2,16	1,39-3,34
Por género				
Femenino	759,25	70	9,22	7,29-11,65
Masculino	168,61	10	6,52	3,61-11,78
Por edad				
< 46 años	416,93	33	7,92	5,63-11,13
47-69 años	424,17	38	8,96	6,52-12,31
> 70 años	86,76	10	11,53	6,20-21,42
Por uso concomitante de metotrexate				
No	437,94	41	9,36	6,89-12,72
Sí	489,92	40	8,17	5,99-11,13
Por uso concomitante de corticoides				
No	194,29	13	6,69	3,89-11,52
Sí	733,57	68	9,27	7,31-11,76
Por uso de FAMEb				
Abatacept	42,77	7	16,37	7,80-34,33
Adalimumab	210,13	17	8,09	5,03-13,01
Certolizumab	117,85	11	9,33	5,17-16,85
Etanercept	234,08	14	5,98	3,54-10,10
Golimumab	23,41	4	17,09	6,41-45,52
Infliximab	32,56	7	21,5	10,25-45,09
Rituximab	158,19	6	3,79	1,70-8,44
Tocilizumab	48,78	4	8,2	3,08-21,85
Sarilumab	8,7	2	22,99	5,75-91,91
Baricitinib	13,1	6	45,8	20,58-101,94
Tofacitinib	11,69	1	8,56	1,21-60,74
Upadacitinib	26,6	2	7,52	1,88-30,07

**P305. REFERRAL PATTERN AND PRIMARY CARE PHYSICIANS' PERSPECTIVE TO IDENTIFY PATIENTS WITH SUSPECTED RHEUMATOID ARTHRITIS: ROOM FOR IMPROVEMENT**

Marina Sánchez Lucas<sup>1</sup>, Camille Bourgeois Avella<sup>1</sup>, Teresa Schiaffino<sup>2</sup>,  
Jorge Olmedo<sup>3</sup>, Juan Molina Collada<sup>1,2</sup>, Julia Martínez-Barrio<sup>1,2</sup>,  
Javier Rivera<sup>1,2</sup>, Jose-Maria Alvaro-Gracia<sup>1,2,4</sup>  
and Isabel Castrejón Fernández<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Rheumatology. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. <sup>2</sup>Rheumatology. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Centro de Salud de Ibiza. <sup>4</sup>Department of Medicine. Complutense University of Madrid. Madrid.



P305 Figura

**Introduction:** Primary care physicians (PCPs) play a crucial role in early recognition and referral of patients with rheumatoid arthritis (RA) to improve management and patient outcomes. However, the non-specific symptoms early in the disease and the long waiting list to access rheumatology clinics result in a challenge and there is limited information on perceived barriers by PCPs and areas of improvement for early referral.

**Objectives:** To evaluate referral patterns in an early arthritis clinic (EAC) with direct access for PCPs and to explore variables that may influence an adequate referral and PCP's perspective and needs to identify areas of improvement.

**Methods:** An EAC (REUCARE) was started in our academic center in January 2022 providing direct access for patients with suspected RA or undifferentiated arthritis. Referral criteria are strictly clinical, based on previous EAC, literature review and approved by a PCP committee: > 2 swollen joints, duration of symptoms < 2 years and no previous diagnosis by a rheumatologist. A total of 180 PCPs from 11 centers have direct access to REUCARE. Data collected: distance hospital- primary care center, number of PCP per center, and zip codes as a surrogate for patient income. A survey was developed to explore PCPs demographics, level of confidence, factors and potential barriers for early referral and interest on rheumatological training. A descriptive analysis of the referral pattern and survey results is presented. A multivariate logistic regression model was performed to identify variables associated with an appropriate referral.

**Results:** From January to October 2022, 140 patients were referred, 66.4% female, mean age of 54.2 (15.3) years. A total of 38 (27%) patients fulfilled the predefined referral criteria: RA (15.8%), psoriatic arthritis (7.9%) and undifferentiated arthritis (76.3%). Patients with adequate referral were younger (50.4 vs. 55.6,  $p = 0.03$ ), but have similar income and were referred from a PCP center with similar characteristics in term of size and distance from the EAC. The survey response was 10%: 67% of PCPs were aware of the importance of early diagnosis but they felt not very confident making the initial diagnostic (61% "somehow confident" and 35% "not confident"). Main reasons for referral were clinical presentation (65%), positive rheumatoid factor (46%) and elevation of acute phase reactants (46%). Main reasons for delay were nonspecific initial symptoms (48%) and rheumatology long waiting list (39%) (Figure). Although 77% indicated using additional resources to improve RA knowledge, all participants would be interested in additional training or resources as e-consult (87%), updated mini guidelines (78%) and face-to face meetings with rheumatologists.

**Conclusions:** Only 27% of patients referred to the EAC were adequately referred. Although most PCPs are aware of the importance

of early diagnosis of RA, they feel uncomfortable making the initial diagnosis and need to enhance clinical skill to discriminate RA mainly from osteoarthritis and non-specific arthralgias. Younger age was the only variable associated with adequate referral. Resources to improve referral, including e-consult and specific guidelines, are in need as part of the actual referral program.

**Acknowledgements:** This work was supported by a grant PI20/00847 and approved by a CEIM (02-08-2021, acta 03/2021). IC received support for research protected time by the Spanish Society of Rheumatology (SER).

### P306. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS MAYORES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JAK EN UN ÚNICO CENTRO TERCIARIO

Libe Ibarrola Paino, Irene Piñeiro Bugallo, Guillén Sada Urmeneta, Uxue Astigarraga Urquia, Marta López Gómez, Javier Mendizábal, Natividad del Val del Amo, Laura Garrido Courel, Inmaculada Paniagua Zudaire, Loreto Horcada, Ricardo Gutiérrez y Concepción Fito Manteca

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

**Introducción:** Los Inhibidores de JAK (JAKi) son fármacos que inhiben la actividad de la quinasa Janus y disminuyen la transducción intracelular de la vía JAK/STAT. Han supuesto una revolución en el manejo de enfermedades autoinmunes, por lo que, pacientes sin eficacia o efectos adversos a otros tratamientos, podrían beneficiarse. Así mismo, se administran por vía oral, por lo que podría mejorar la adherencia al tratamiento. Sin embargo, son escasos los datos que existen acerca de su seguridad.

**Objetivos:** Evaluar los eventos adversos mayores que se producen en pacientes con distintas enfermedades reumatológicas, en tratamiento con Inhibidores de JAK, en un único centro terciario entre los años 2018-2022.

**Métodos:** Realizamos un análisis descriptivo, retrospectivo, de pacientes en tratamiento con JAKi (baricitinib, filgotinib, tofacitinib y upadacitinib), separándolos por género, comorbilidades y enfermedades inmunomediadas. Para ello se recogieron los datos de las historias de 203 pacientes de un único centro. Para evaluar los eventos adversos mayores, comorbilidades, tratamientos previos y concomitantes.

**Resultados:** Hemos analizado una muestra de 204 pacientes de los que 27 pacientes (13,3%) han recibido dos JAKi y 5 pacientes (2,5%) tres. De la muestra de 240 tratamientos 192 (80%) fueron mujeres y 48 (20%) hombres. El 23,3% eran hipertensos, un 40,4% dislipémicos, 11,2% diabéticos, 21,2% obesos, un 27,7% eran fumadores y tan

FRCV (N: 240 tratamientos)	Baricitinib 2mg (total 44)	Baricitinib 4mg (total 62)	Filgotinib 200mg (total 17)	Tofacitinib 5mg (total 64)	Upadacitinib 15mg (total 53)
Tabaco (fumadores y ex)	16	38	7	26	26
Alcohol	0	2	0	1	1
HTA	13	15	5	17	6
DLP	16	33	5	27	16
DM	6	10	1	8	2
Obesidad	16	14	2	12	7

Tabla 1. FRCV en pacientes con distintos tratamientos.

Evento adverso	Tto	Dx	FAMES <sub>sc</sub> previos	FAME <sub>sc</sub> concomitante	Biológicos previos	Comorbilidad
IAM	Upa	AR	MTX, LFN	No	No	No
TArt 1	Bari 2mg	AR	MTX, LFN	LFN	(5) TCZ, ABA, ADA, RTX, IFX	HTA, DLP, OBE
TArt 2	Bari 4mg	AR	MTX, LFN	No	(3) TCZ, ABA, IFX	HTA, DLP, OBE
TArt 3	Bari 4mg	Ar indet	MTX, LFN	MTX	(4) TCZ, ABA, ADA, GOL	HTA, DLP
TArt 4	Bari 4mg	AR	MTX, HCQ	LFN	(5) TCZ, ABA, GOL, RTX, GUS	DLP
TV 1	Bari 2mg	AR	MTX, HCQ	No	(3) ABA, IFX, ETN	DLP
TV 2	Bari 2mg	AR	MTX	No	(5) ABA, ADA, GOL, SAR, ETN	No
TV 3	Bari 4mg	AR	MTX, LFN	LFN	(2) TCZ, ETN	DLP
TV 4	Bari 4mg	AR	MTX	No	(3) TCZ, ABA, ETN	DLP
ACV 1	Bari 2mg	AR	MTX, LFN, SSZ	No	(3) ADA, RTX, ETN	HTA, DM, OBE
ACV 2	Tofa	AR	MTX, LFN	No	(4) TCZ, ADA, ABA, RTX	DLP

Tart (Trombosis arterial), TV (trombosis venosa), ACV (Accidente cerebrovascular), AR (Artritis Reumatoide), MTX (Metotrexato), LFN (Leflunomida), SSZ (Sulfasalazina), TCZ (Tocilizumab), ABA (Abatacept), ADA (Adalimumab), ETN (Etanercept), RTX (Rituximab), GOL (Golimumab), IFX (Infliximab), GUS (Guselkumab), DLP (Dislipemia), HTA (hipertensión arterial), DM (Diabetes mellitus), OBE (Obesidad)

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con eventos adversos cardiovasculares.

solo 1,7% tenían un consumo abusivo de alcohol. El 18,3% recibió tratamiento con baricitinib 2 mg, un 25,8% con baricitinib 4 mg, el 26,7% con tofacitinib 5 mg, 22,1% con upadacitinib 15 mg y el 7,1% restante con filgotinib 200 mg. Se han objetivado 23 eventos adversos importantes (11,33%). 1 paciente (0,5%) sufrió un infarto agudo de miocardio, 2 pacientes (1%) sufrieron un accidente cerebrovascular, 4 pacientes (2%) una trombosis arterial, 4 pacientes (2%) una trombosis venosa, 7 pacientes (3,4%) una reactivación del virus herpes zoster. Se objetiva aparición de neoplasia en 5 pacientes (2,5%) de los que 3 fueron durante el tratamiento y 2 pacientes 2 años tras su suspensión. De los que ocurren durante el tratamiento uno fue un cáncer gástrico, otro un hepatocarcinoma y el tercero un linfoma no Hodgkin. El 60% (14 pacientes) estaban en tratamiento con baricitinib, el 30,4% (7 pacientes) con tofacitinib, el 4,34% (1 paciente) con upadacitinib y el 8,6% (2 pacientes) con filgotinib. los dos pacientes con filgotinib fueron tratados anterior-

mente uno con tofacitinib y otro con baricitinib. El 91% (21 pacientes) fueron diagnosticados de artritis reumatoide y el restante de artritis indeterminada. De los pacientes que sufrieron eventos, el 30,4% eran dislipémicos, el 13% hipertensos, el 8,6% diabéticos y el 8,6% obesos. Estos pacientes habían recibido una media de 2 FAMES sintéticos convencionales y 3 FAMES biológicos previo al JAKi.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, 23 pacientes sufrieron eventos adversos mayores de los cuales el 91% tenían artritis reumatoide y el 60,86% estaban en tratamiento con baricitinib. El evento adverso más frecuente fue la reinfección del virus herpes zoster seguido de las neoplasias y la trombosis arterial y venosa. De la muestra general, únicamente el 30% de los pacientes con eventos adversos presentaba comorbilidades. Sin embargo, de los tratados con baricitinib que tuvieron evento adverso, el 78,5% tenían factores de riesgo cardiovasculares previos.

**P307. ADDED VALUE OF FDG-PET/CT TO DETECT AORTIC INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH ULTRASOUND PROVEN GIANT CELL ARTERITIS**

Juan Molina-Collada<sup>1,2</sup>, Isabel Castrejón<sup>1,2,3</sup>, Irene Monjo-Henry<sup>4</sup>, Elisa Fernández-Fernández<sup>4</sup>, Gabriela Torres Ortiz<sup>4</sup>, Julia Martínez-Barrío<sup>1,2</sup>, José María Álvaro-Gracia<sup>1,2,3</sup> and Eugenio de Miguel<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid. <sup>3</sup>Universidad Complutense de Madrid.

<sup>4</sup>Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introduction and objectives:** Ultrasound (US) can detect signs of large vessel (LV) involvement at axillary, subclavian and carotid arteries of giant cell arteritis (GCA) patients, but has limited access to the thoracic aorta. Although aortic involvement is not routinely evaluated in all patients with GCA, it may cause a life-threatening situation as result of serious complications such as aneurysms or dissection. Our aim is to determine the added value of performing FDG-PET/CT to detect aortitis in patients with US proven GCA and to identify factors associated with aortic involvement.

**Methods:** Retrospective observational study of patients referred to the US fast track clinics of two academic centres over a 4-years period. Only patients with proven GCA by US were included for analysis. Baseline US exam of cranial and extracranial arteries (carotid, subclavian and axillary) was performed in all patients at diagnosis within 24-48 hours. FDG-PET/CT was performed according to clinician criteria and images were assessed by expert nuclear medicine physicians. An FDG artery uptake at the thoracic or abdominal aorta higher than liver uptake was defined as aortitis. Between groups comparisons were made in patients with and without aortitis.

**Results:** Seventy two patients over 186 patients with confirmed GCA by US underwent an FDG-PET/CT (mean age 77 years, 52.8% females). A total of 48 (66.7%) had LV-GCA based on imaging find-

ings, with 29 (40.3%) presenting positive FDG-PET/CT for LV-GCA and 24 (33.3%) presenting artery uptake throughout the aorta suggestive of aortic involvement (Table). Only 6 (20.7%) patients had negative US findings of LV-GCA but positive FDG-PET/CT. Among patients with aortitis according to FDG-PET/CT, only 2 (8.3%) had negative US findings of LV-GCA. In contrast, 19 (45.2%) patients with US findings of LV-GCA had negative FDG-PET/CT. Patients with aortitis were younger (68.9 vs. 81,  $p < 0.001$ ), more frequently females (79.2 vs. 39.6%,  $p = 0.002$ ) and had higher level of platelets (413.4 vs. 311.1,  $p = 0.014$ ). None of the patients with aortitis referred visual symptoms (0 vs. 31.2%,  $p = 0.001$ ) and they presented positive temporal artery US less frequently (41.7 vs. 83.3%,  $p < 0.001$ ) but more LV involvement (91.7 vs. 41.7%,  $p < 0.001$ ) versus patients without aortic involvement.

**Conclusions:** FDG-PET/CT can detect aortic involvement in 1 out of every 3 patients with US proven GCA. However, most of these patients show US findings of LV-GCA. In contrast, half of patients with US proven LV-GCA may have negative FDG-PET/CT. Younger and female GCA patients, with thrombocytosis, absence of visual manifestations and US pattern of LV-GCA may present more frequently aortitis by FDG-PET/CT.

**P308. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CAPILAROSCOPIAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Ricardo Juan Gil Vélez, Lucas Robles Kirkegard y Lara Méndez Díaz  
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** La capilaroscopia es una técnica de estudio mediante imágenes directas *in vivo* de la microcirculación cutánea. Constituye un método accesible y no invasivo para analizar las anomalías microvasculares en pacientes con enfermedades reumatológicas. Se ha demostrado su utilidad en enfermedades como la esclerosis sistémica (ES), el síndrome de Sjögren, la artritis

**Table P307**

Clinical, laboratory and imaging findings of patients included in the fast-track pathway with US proven GCA who underwent FDG-PET/CT with and without aortic involvement

	Total (n = 72)	Patients with aortic involvement in FDG-PET/CT, n = 24 (33.3%)	Patients without aortic involvement in FDG-PET/CT, n = 48 (66.7%)	p
<b>Demographics</b>				
Age, mean (SD)	77 (9.1)	68.9 (8.1)	81 (6.5)	< 0.001
Female, n (%)	38 (52.8%)	19 (79.2%)	19 (39.6%)	0.002
<b>Clinical variables</b>				
PMR diagnosis before US examination, n (%)	15 (20.8%)	3 (12.5%)	12 (25%)	0.432
Headache, n (%)	49 (68.1%)	14 (58.3%)	35 (72.9%)	0.211
Scalp tenderness, n (%)	16 (22.2%)	3 (12.5%)	13 (27.1%)	0.232
Jaw claudication, n (%)	16 (22.2%)	4 (16.7%)	12 (25%)	0.423
Visual symptoms, n (%)	15 (20.8%)	0 (0%)	15 (31.2%)	0.001
Ocular ischaemia, n (%)	6 (8.3%)	0 (0%)	6 (12.5%)	0.07
Constitutional symptoms, n (%)	42 (58.3%)	17 (70.8%)	25 (52.1%)	0.128
Fever, n (%)	19 (26.4%)	9 (37.5%)	10 (20.8%)	0.130
Morning stiffness in shoulders/neck, n (%)	38 (52.8%)	10 (41.7%)	28 (58.3%)	0.182
Abnormal TA clinical examination, n (%)	11 (15.3%)	3 (12.5%)	8 (16.7%)	0.643
<b>Laboratory findings</b>				
CRP (mg/L), mean (SD)	85.8 (79.6)	101.8 (77.8)	77.8 (80.4)	0.230
ESR (mm/h), mean (SD)	68.6 (33.6)	69.7 (31.8)	68 (34.7)	0.839
Haemoglobin (g/dL), mean (SD)	11.9 (1.6)	11.5 (1.5)	12.1 (1.7)	0.139
Platelets 109/L, mean (SD)	345.7 (152.1)	413.4 (169.7)	311.11 (131.1)	0.014
Fulfilling 1990 ACR GCA classification criteria, n (%)	38 (52.8%)	9 (37.5%)	29 (60.4%)	0.066
Fulfilling 2022 ACR/EULAR GCA classification criteria, n (%)	68 (94.4%)	22 (91.7%)	46 (95.8%)	0.467
<b>Histology</b>				
Temporal artery biopsy positive n = 22, n (%)	9 (40.9%)	2 (28.6%)	7 (46.7%)	0.421
<b>Imaging</b>				
Positive cranial ACG US, n (%)	50 (69.4%)	10 (41.7%)	40 (83.3%)	< 0.001
Positive large vessel-GCA US, n (%)	42 (58.3%)	22 (91.7%)	20 (41.7%)	< 0.001
Negative large vessel-GCA US, n (%)	30 (41.7%)	2 (8.3%)	28 (58.3%)	< 0.001
Isolated positive large vessel-ACG US, n (%)	22 (30.6%)	14 (58.3%)	8 (16.7%)	< 0.001
Positive cranial + large vessel-GCA US, n (%)	20 (27.8%)	8 (33.3%)	12 (25%)	0.457

PMR: polymyalgia rheumatica; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; US: ultrasound; LV: large-vessel; SD: standard deviation.

reumatoide, la dermatomiositis, el lupus eritematoso sistémico (LES) y, sobre todo, el fenómeno de Raynaud.

**Objetivos:** Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes a los que se les realizó una capilaroscopia en el servicio de Reumatología durante el año 2022.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 100 pacientes a los que se les realizó una capilaroscopia en el servicio de Reumatología. Los datos obtenidos se obtuvieron revisando las historias clínicas digitales y el registro de imágenes de capilaroscopia del mismo servicio.

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes de los cuales 92 fueron mujeres (92%) y 8 fueron hombres (8%) con una edad media de 50 ± 17 años. De los pacientes analizados 53 presentaron un patrón normal en la capilaroscopia (53%) y 47 presentaron un patrón anormal (47%). De nuestra cohorte 68 pacientes presentaban Raynaud (68%), 5 pacientes estaban diagnosticados de conectivopatía indiferenciada (5%), esclerodermia limitada 12 pacientes (12%), esclerodermia difusa 6 pacientes (6%), y con artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil, Sjögren, artritis reumatoide, síndrome antifosfolípido, Behçet y dermatomiositis hubo un paciente con cada enfermedad nombrada (7%), y finalmente hubo 2 pacientes que aún no tienen un diagnóstico firme (2%). De los pacientes de nuestra cohorte con un patrón anormal, 12 presentaron un patrón esclerodérmico precoz (25,5%), 10 pacientes presentaron un patrón esclerodérmico tardío (21,25%), 8 pacientes presentaban un patrón de lupus (17%), 8 pacientes presentaron un patrón inespecífico (17%), 6 presentaron patrón en banco de peces (12,75%) y 3 pacientes presentaron patrón de enfermedad mixta del tejido conectivo (6,3%). Dentro de la cohorte con patrón de esclerodermia precoz en capilaroscopia 4 enfermos estaban diagnosticados de esclerodermia limitada, 5 de fenómeno de Raynaud, 1 de esclerodermia difusa, 1 de conectivopatía indiferenciada y 1 paciente no tenía diagnóstico. Con patrón de esclerodermia tardía había 2 pacientes con fenómeno de Raynaud, 4 con esclerodermia difusa y 4 con esclerodermia limitada. Con patrón de banco de peces había 3 pacientes con fenómeno de Raynaud, 1 con esclerodermia difusa, 1 con conectivopatía indiferenciada y uno con Sjögren. De los 100 pacientes analizados, 7 presentaban afectación pulmonar (7%), presentando en la capilaroscopia el patrón esclerodérmico tardío (3 pacientes), patrón de esclerodermia difusa 1 paciente, en banco de peces 1 paciente, patrón esclerodérmico precoz 1 paciente y sin alteración en la capilaroscopia 1 paciente.

**Conclusiones:** Los datos obtenidos son acordes a lo recogido en la literatura médica. El patrón de capilaroscopia anormal más frecuente en nuestro medio es el de esclerodermia precoz, seguido del de esclerodermia tardía. De los pacientes analizados 7 presentaban afectación pulmonar. Con los datos que hemos recogido podemos concluir que la capilaroscopia es una técnica útil, no invasiva y que nos puede orientar durante el proceso diagnóstico en aquellos pacientes que nos generan dudas tanto de juicio clínico como de evolución de la enfermedad.

**P309. SPINE AND SACROILIAC JOINTS FINDINGS IN YOUNG MALES AND FEMALES WITH CHRONIC BACK PAIN UNDERGOING MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN CLINICAL PRACTICE: RESULTS FROM THE SHERPAS STUDY**

D. Benavent<sup>1</sup>, M. Tapia<sup>2</sup>, D. Bernabeu<sup>2</sup>, V. Muley<sup>2</sup>, Ch. Plasencia<sup>1</sup>, A. Balsa<sup>1</sup> V. and Navarro-Compán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rheumatology Department. Hospital La Paz. IdiPaz. Madrid.

<sup>2</sup>Radiology Department. Hospital La Paz. Madrid.

**Introduction:** Magnetic resonance imaging (MRI) is frequently used in patients with chronic back pain (CBP) to diagnose

mechanical and inflammatory diseases, including axial spondyloarthritis (axSpA). Recent data suggest sacroiliac joints (SIJ) MRI findings in axSpA may differ according to sex<sup>1</sup>. Whether this holds true for spinal MRI and other causes of CBP is currently unknown.

**Objectives:** To analyze spinal and SIJ MRI findings in young male and female patients with CBP.

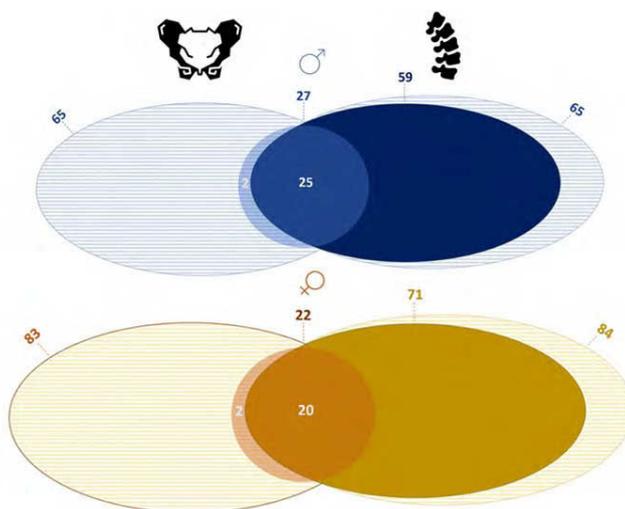
**Methods:** The “Strategy for a Hospital Early Referral in Patients with Axial Spondyloarthritis” (SHERPAS) is a prospective ongoing study recruiting young patients (18 to 40 years) with CBP asked to undergo an MRI of the spine by other specialists different than rheumatologists in a tertiary hospital, starting in September 2021. After inclusion, an additional MRI of the SIJ, followed by a rheumatology visit and eligible blood tests were performed. Dataset for this interim analysis was locked in October 2022. The protocol for MRI of the spine used a 1.5T scanner to acquire sagittal T1-weighted turbo spin echo (TSE) and T2-weighted TSE, both for the lateral sides of vertebral bodies, and T2-Multistack. On top of this, an MRI of the SIJ, which involved T1-TSE, T2-weighted SPAIR and short-tau inversion recovery (STIR) sequences, was performed. MRI findings were assessed according to clinical practice by one of the four musculoskeletal radiologists working in the centre, describing the presence of mechanical lesions (spondylolisthesis, spondylolysis, disc herniation, disc protrusion, facet joints abnormalities), inflammatory findings (both SIJ and spine), and SIJ structural findings. For this analysis, results were stratified by sex.

**Results:** Among 152 recruited patients, 85 (55.9%) were female; mean age was 34.2 (5.3) years. Spinal MRI findings were reported in 130 (87.2%) patients, with no differences between sexes (male 90.8% vs. female 84.5%, p = 0.3). As shown in Table, the most frequent diagnosis in both sexes were disc protrusion, followed by disc herniation. Inflammatory spinal findings were detected only in one male patient. No differences were found for any of the spinal lesions. SIJ MRI findings were reported in 49 (33.1%) patients, being numerically more frequently observed in males than females (41.5% vs. 26.5%; p = 0.08). Concurrence of both structural and inflammatory lesions was more frequently in males (9.2% vs. 1.2%, p < 0.05), while no differences in isolate SIJ MRI findings were found between sexes. Overall, 45 (29.6%) patients presented findings both in the spine and SIJ (Figure).

Findings in spinal and sacroiliac joints magnetic resonance imaging

	Total	Male	Female	p-value
<b>Spine MRI</b>	<b>n = 149</b>	<b>n = 65</b>	<b>n = 84</b>	
Any finding	130 (87.2)	59 (90.8)	71 (84.5)	0.3
Structural findings	129 (86.6)	58 (89.2)	71 (84.5)	0.3
Spondylolisthesis	5 (3)	3 (4.6)	2 (2.4)	0.6
Spondylolysis	2 (1)	1 (1.5)	1 (1.2)	1
Disc herniation	34 (23)	15 (23.1)	19 (22.6)	1
Disc protrusion	64 (43)	31 (47.7)	33 (39.3)	0.3
Facet joints abnormalities	8 (5)	1 (1.5)	7 (8.2)	0.1
Other	16 (11)	7 (10.8)	9 (10.7)	1
Inflammatory findings	1 (1)	1 (1.5)	0	0.5
No findings	19 (13)	6 (9.2)	13 (15.5)	0.4
<b>Sacroiliac Joint MRI</b>	<b>n = 148</b>	<b>n = 65</b>	<b>n = 83</b>	
Any finding	50 (33.5)	27 (41.5)	23 (27.4)	0.07
Structural findings	31 (20.9)	15 (23.1)	16 (19.3)	0.7
Inflammatory findings	11 (7.4)	6 (9.2)	5 (6.0)	0.5
Structural and Inflammatory findings	7 (4.7)	6 (9.2)	1 (1.2)	0.04
No findings	99 (67.8)	38 (58.5)	61 (73.5)	0.08

**Conclusion:** In young patients who are requested a spinal MRI by other specialists different than rheumatologists, spinal lesions are reported in most patients, and similarly in males and females. Remarkably, SIJ MRI findings are reported in one out of three patients in this population, being more frequently in males.



**P309 Figure.** Patients with any reported finding (structural or inflammatory) in spine or sacroiliac joint magnetic resonance imaging. Colored: any finding. Striped: no findings.

**REFERENCES**

1. Ulas ST, et al. OP0073 New Perspectives in Axial Spondyloarthritis-First Results of Gender-Specific Assessment of MRI Imaging Criteria. Ann Rheum Dis. 2022;81:50.

**P310. OPTIMIZACIÓN CLÍNICO-ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN SOSTENIDA**

Gustavo Adolfo Añez Sturchio<sup>1</sup>, Vicenç Torrente Segarra<sup>2</sup>, Maria Bonet<sup>2</sup>, Mireia Castillo Vilella<sup>3</sup>, Laia Orpinell<sup>3</sup>, Andrés Ponce Fernández<sup>4</sup>, Noemí Busquets-Pérez<sup>4</sup>, María Pascual-Pasto<sup>4</sup>, Héctor Corominas<sup>5</sup>, Cesar Diaz-Torne<sup>5</sup>, Patricia Moya<sup>5</sup> y Juan Jose de Agustin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.  
<sup>2</sup>Reumatología. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès. <sup>3</sup>Reumatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.  
<sup>4</sup>Reumatología. Hospital General de Granollers. Granollers.  
<sup>5</sup>Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Introducción:** En los últimos años, el alto impacto económico de las terapias biológicas (BT) en los sistemas de salud ha promovido un gran interés en optimizar las TB en pacientes con Artritis reumatoide (AR) en remisión clínica sostenida (RC). Un porcentaje relevante de estos pacientes optimizados presenta recaídas clínicas. El ultrasonido (U) puede identificar sinovitis en pacientes próximos a presentar recaída clínica pudiendo ser una herramienta útil en la decisión de optimización.

**Objetivos:** El objetivo principal fue demostrar que la estrategia de optimización mediante U es más útil que la estrategia mediante índice clínico. U utilizado como medida de resultado, puede refinar aún más la elección de los pacientes que son candidatos para una reducción en el tratamiento logrando tasas de recaída más bajas. Para ello, calculamos las tasas de recaída en cada uno de los grupos y el tiempo desde el inicio en que aparece, y las comparamos para valorar si difieren significativamente. El objetivo secundario fue evaluar la remisión ecográfica en este grupo de pacientes.

**Métodos:** Realizamos un estudio prospectivo, aleatorizado y multicéntrico en 5 centros terciarios en pacientes con AR en RC sostenida (> 9 meses). Todos firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo la aprobación del comité de ética (VDH-INF-2017-01). Se crearon dos brazos ciegos y aleatorizados, clínico (A) y U (B) para decidir la reducción gradual (1/2, 1/3 o no reducción) y comparar las tasas de exacerbación (> 1,2 DAS28 o > 16 SDAI/CDAI aumento) en 52 semanas (basal, 1, 6, 9 y 12 meses). Se registraron las variables demográficas al inicio, US y clínicas, y ESR y CRP. Mediante U con escala de grises (GS) y Power Doppler (PD) en escala semicuantitativa articular (A) y tendi-

nosa (T) estudiamos: muñeca, 1-5 MCP, 1-5 PIP, tobillo, articulación subastragalina, 2ª y 5ª MTF, tendones extensores (T.ext) y flexores (T.flex) del carpo, tendones flexores de los dedos, tendones tibial posterior y peroneo. Se utilizó DAS28 < 2,6 como criterio de remisión clínica y la ausencia de sinovitis se definió como remisión U (EG y PD = 0). La actividad U se definió como GS ≥ 1 y PD ≥ 1.

**Resultados:** Se incluyeron 78 pacientes, 48 completaron 12 meses de seguimiento y 28 se retiraron (5 fallos de screening, 16 brotes, 5 pérdidas de seguimiento y 4 decisión del paciente). 33 hombres y 45 mujeres, 11,92 años de enfermedad. El grupo A presentó significativamente más tasas de brotes que el grupo B (10 vs. 6). Utilizando SDAI o CDAI solo 7 presentaron brote clínico, y para SDAI (7 vs. 0) y CDAI (7 vs. 0) las diferencias fueron significativas (p < 0,005), pero no para DAS28 (10 vs. 6) (tabla). En U al inicio, la principal articulación involucrada fue la muñeca (28,6%), y de los tendones el T.ext (11,2%). En el 53% se observó U patológica (A y T), el 46,9% A patológica y en el 30% T patológico. Considerando como remisión una puntuación ecográfica de GE + PD = 0, solo el 46,9% estaba en remisión.

Características clínicas de los sujetos incluidos en la muestra, comparando según grupo de tratamiento y brotes según índices clínicos

Variable	Grupo		Total	p
	A	B		
Total	41 (100%)	37 (100%)	78	NS
VSG (mm/h) 1	41	37	78	NS
	15,39 (10,07)	11,27 (8,92)	13,44 (9,71)	
PCR (mg/dl) 2	40	36	76	NS
	0,58 (1,32)	1,18 (2,59)	0,87 (2,03)	
FR (UI/ml) 2	40	36	76	NS
	96,60 (126,31)	164,85 (330,84)	128,93 (246,08)	
ACPA (UA) 2	39	36	75	NS
	264,29 (409,93)	230,48 (601,26)	248,06 (507,51)	
NAT 2	41	37	78	NS
	0,00 (0,00)	0,03 (0,16)	0,01 (0,11)	
NAD 2	41	37	78	NS
	0,17 (0,83)	0,24 (0,60)	0,21 (0,73)	
VGP 2	41	37	78	NS
	3,10 (8,28)	3,43 (9,24)	3,26 (8,69)	
VGM 2	41	37	78	NS
	0,82 (3,12)	1,71 (5,31)	1,24 (4,29)	
DAS28 2	41	36	77	NS
	1,85 (0,70)	1,80 (0,62)	1,82 (0,66)	
SDAI 2	41	37	78	NS
	1,67 (2,23)	2,32 (2,59)	1,98 (2,41)	
CDAI 2	41	37	78	NS
	1,59 (2,21)	2,15 (2,56)	1,86 (2,38)	
HAQ 2	38	33	71	NS
	0,30 (0,46)	0,32 (0,38)	0,31 (0,42)	
DAS28 brote	10	6	16	Ns
SDAI brote	7	0	7	< 0,005
CDAI brote	7	0	7	< 0,005

**Conclusiones:** La ecografía puede mejorar la estrategia de reducción gradual cuando utilizamos SDAI o CDAI en pacientes en remisión clínica sostenida. La remisión clínica y ecográfica no son equivalentes. Más de la mitad de los pacientes no cumplen la remisión U y en una quinta parte de ellos se debe realizar un control estricto para evitar una recaída de la enfermedad si se decide optimizar.

**P311. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS CRÓNICAS. PROYECTO ECO-PAC**

L. Mayordomo<sup>1</sup>, J. Molina-Collada<sup>2</sup>, J. Usón<sup>3</sup>, M.L. García Vivar<sup>4</sup>, G. Áñez Storchio<sup>5</sup>, A. Corrales<sup>6</sup>, C. Castillo Gallego<sup>7</sup>, F. Francisco Hernández<sup>8</sup>, E.F. Vicente-Rabaneda<sup>9</sup>, F.G. Jiménez Núñez<sup>10</sup>, I. Vázquez Gómez<sup>11</sup>, M. Alcalde Villar<sup>12</sup>, C. Moragues<sup>13</sup>, D. Castro Corredor<sup>14</sup>, F. J. Toyos Sáenz de Miera<sup>15</sup>, J.J. De Agustín<sup>5</sup>, M.R. Expósito Molinero<sup>4</sup>, J.J. Alegre Sancho<sup>11</sup>, L. Coronel Tarancón<sup>5</sup>, M.A. Ramírez Huaranga<sup>14</sup>, M.D. Ruiz-Montesino<sup>15</sup>, P. Collado Ramos<sup>12</sup>, M. González Peñas<sup>14</sup>, R. Miguélez<sup>3</sup>, E. Flores Fernández<sup>11</sup>, C. Valera Ribera<sup>11</sup>, L. Carmona<sup>16</sup> y E. Naredo<sup>17</sup> y Grupo ECOSER

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Regional de Málaga. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>16</sup>Instituto de Salud Musculo-esquelética (InMusc). Madrid. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología y Unidad de Investigación Osteoarticular. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

**Introducción:** La ecografía musculo-esquelética (EME) está ampliamente implantada en la práctica reumatológica e incluida en las recomendaciones para el manejo de las artropatías crónicas de diversas sociedades científicas. Disponemos, sin embargo, de escasos estudios de la calidad percibida y grado de satisfacción de los pacientes respecto a la realización de EME en la consulta de reumatología.

**Objetivos:** Evaluar la calidad percibida y el grado de satisfacción de los pacientes con artropatías crónicas respecto a la EME como procedimiento integrado en su manejo clínico en las consultas de reumatología.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con artropatías crónicas, en seguimiento en reumatología, a los que se les realiza EME como parte de su manejo clínico reumatológico en al menos una ocasión previa, procedentes de 16 centros con presencia de actividad ecográfica habitual en su práctica reumatológica. Durante el periodo de estudio (3 meses), se ofreció a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, contestar una encuesta en papel con 14 preguntas referentes a aspectos de gestión y utilidad percibida de la realización de la ecografía (tabla). Se evaluó el grado de calidad percibida y satisfacción medidas por una escala de Likert (1-5) siendo 1 el grado de menor acuerdo (No, en absoluto) y 5 el máximo acuerdo (Sí, sin ninguna duda). Se consideraron respuestas globales favorables para cada ítem aquellas con puntuación 4 o 5 (Sí, probablemente o Sí, sin ninguna duda) en > 70% de los respondedores; respuestas desfavorables y, por ello, susceptibles de mejora, aquellas con puntuaciones < 4 en ≥ 70%, exceptuando la pregunta 7 en la que se considera respuesta favorable una puntuación ≤ 2 (No, en absoluto o No creo) en > 70% de los casos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los resultados obtenidos.

**Resultados:** Participaron 27 reumatólogos ecografistas, de 16 hospitales y 8 comunidades autónomas, edad media (DE) de 47,3 (12) años, 44% mujeres, mediana (RI) de 22 (9,5-28) años como especialista y de 15 (3,8-22) años de experiencia en EME. De 738 encuestas analizadas, en el 46% el diagnóstico era artritis reumatoide, en el 20% artritis psoriásica, en el 9% espondiloartritis, 6% artropatías microcristalinas y 21% otras. Los pacientes tenían una edad media (DE) de 56 (13) años; 73% mujeres, con mediana (RI) de años desde diagnóstico de la enfermedad de 6 (2-14,5). En 66,9% de los casos su

**Tabla 1. Respuestas favorables (Puntuación Escala Likert ≥4) (\*)**

Pregunta	n	%
1. ¿Cree que cuando su reumatólogo le realiza ecografía de sus articulaciones y así las ve por dentro aumenta el conocimiento de su enfermedad?	687	94%
2. El hecho de que su reumatólogo le realice ecografía de sus articulaciones y así las vea por dentro, ¿aumenta su confianza como paciente en el diagnóstico que haga de su enfermedad?	708	97%
3. ¿Cree que el hecho de que su reumatólogo le realice ecografía de sus articulaciones y así las vea por dentro, puede mejorar la elección del tratamiento que le propone?	703	96%
4. El hecho de que su reumatólogo le realice ecografía de sus articulaciones y así las vea por dentro, ¿aumenta su confianza como paciente en las decisiones sobre el tratamiento que le propone?	704	96%
5. El hecho de que su reumatólogo comparta con usted y le explique las imágenes ecográficas o el resultado de la exploración, ¿cree que aumenta su confianza en el diagnóstico y/o en las opciones terapéuticas que se le ofrecen?	712	97%
6. Si en alguna ocasión le han realizado punción guiada por ecografía conteste esta pregunta. ¿Cree que cuando su reumatólogo usa la ecografía para guiar punciones en sus articulaciones aumenta la seguridad del procedimiento en comparación con la punción sin guía ecográfica?	399	90%
7. ¿Le incomoda la realización de ecografía por su reumatólogo por el tiempo que conlleva, por las posiciones de sus articulaciones necesarias para la exploración ecográfica o por el uso de gel en la exploración? *	674	92%
8. ¿Cree que la realización de ecografía por su reumatólogo le ayuda a aceptar y cumplir el tratamiento propuesto?	664	91%
9. ¿Considera que el tiempo transcurrido desde la petición de la ecografía por su reumatólogo hasta la realización de la misma ha sido adecuado?	567	80%
10. ¿Considera que el respeto a su intimidad durante la realización de la ecografía por el personal sanitario ha sido adecuado?	716	99%
11. ¿Considera que recibió suficiente información acerca de la prueba antes de realizar la ecografía?	679	93%
12. ¿Considera que recibió información suficiente acerca del resultado de la ecografía y del procedimiento a seguir después de finalizar la misma?	695	96%
13. ¿Considera importante que su propio reumatólogo sea el que realiza la ecografía?	614	84%
14. ¿Considera que la infraestructura de la consulta de ecografía (espacio, distribución de la consulta, limpieza, ventilación) es adecuada?	674	93%

\* En pregunta 7 se contabiliza como respuesta favorable una puntuación en Escala de Likert ≤2.

reumatólogo habitual es siempre el que le realiza la ecografía, en el 2,6% ocasionalmente y en un 30,5% la realiza otro reumatólogo. Se encontró respuesta favorable global en la puntuación de escala Likert en las 14 preguntas de la encuesta (tabla), con una media de 85,8% (80-99%). La Integración de la EME en la actividad del Servicio era: realización de la ecografía en visita clínica 24/27 (89%), Consulta/Unidad de EME a la que derivan miembros del servicio 18/27 (67%), Consulta/Unidad EME a la que derivan miembros de otros servicios 4/27 (15%).

**Conclusiones:** Los pacientes con artropatías crónicas atendidos en la consulta de reumatología tienen una percepción favorable de la calidad de la realización y la utilidad de la EME, en todos los aspectos encuestados. La EME es realizada en la mayoría de los casos por su reumatólogo habitual en la visita clínica, aunque los reumatólogos ecografistas atienden con frecuencia una consulta especializada en esta técnica.

### P312. RECUENTO DE ARTERIAS CON HALO EN ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES CON AFECTACIÓN EXTRACRANEAL Y ATEROESCLEROSIS

Irene Monjo Henry<sup>1</sup>, Elisa Fernández-Fernández<sup>1</sup>, José María Mostaza<sup>2</sup>, Carlos Lahoz<sup>2</sup>, Juan Molina Collada<sup>3</sup> y Eugenio de Miguel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica más frecuente en el adulto, con un pico de incidencia en la séptima década de la vida. La afectación de arterias extracraneales es frecuente, estando presente en aproximadamente la mitad de los pacientes. La ecografía Doppler vascular es una herramienta fundamental en el diagnóstico de esta enfermedad. Por otro lado, la aterosclerosis es frecuente en los pacientes de edad avanzada, por lo que pudiera dificultar el diagnóstico ecográfico de estos pacientes. **Objetivos:** Determinar la validez diagnóstica discriminante entre la arteritis de células gigantes con afectación de arterias extracraneales (ACG-EC) y la aterosclerosis mediante medición del halo hipoecoico/grosor íntima-media (GIM) en ecografía.

**Métodos:** Se incluyeron 44 pacientes con ACG-EC diagnosticados en la consulta de diagnóstico rápido de ACG y se emparejaron por edad y sexo con 42 pacientes del grupo aterosclerosis. Estos eran procedentes de la consulta de riesgo cardiovascular que presentaban alto o muy alto riesgo cardiovascular según las directrices europeas sobre prevención de enfermedades cardiovasculares. Se excluyeron de este grupo pacientes con signos o síntomas pasados o presentes sugestivos de ACG y con velocidad de sedimentación globular > 40 mm/h. Se realizó una exploración ecográfica de las arterias axilares, subclavias y carótidas con un equipo MylabX8 (Génova, Italia) con una sonda de 4-15 MHz. Se consideró patológico un GIM ≥ 1 mm.

**Resultados:** El grupo ACG incluyó 24 mujeres y 20 varones con una edad media de 72,8 ± 7,6 años. El grupo de aterosclerosis incluyó 25 varones y 17 mujeres con una edad media de 70,8 ± 6,5 años. Los valores medios del GIM de todas las arterias incluidas fueron significativamente superiores en el grupo ACG que en el grupo aterosclerosis. En el grupo ACG, 31 pacientes presentaban arterias axilares patológicas (con GIM ≥ 1 mm), 30 en subclavias y 28 en carótida común. En el grupo aterosclerosis 17 pacientes (38,6%) tenían un GIM ≥ 1 mm en alguna de las arterias exploradas: 2 pacientes en arteria axilar, 3 en subclavia, 24 en carótida distal (en 5 pacientes de forma bilateral) y 1 caso de afectación carotídea proximal aislada. Estos datos se muestran en la tabla. Para discriminar entre ACG y aterosclerosis se realizó un índice sumatorio de las arterias afectadas: con un punto de corte de al menos 1 vaso patológico en el

recuento de arterias axilares y subclavias (4 vasos) o de al menos 3 vasos patológicos en el recuento de axilares, subclavias y carótidas (6 vasos) se obtuvo una precisión superior al 95% para el diagnóstico de ACG frente a aterosclerosis.

Número arterias con GIM ≥ 1 mm en los grupos ACG y aterosclerosis

	Grupo ACG (n = 44)	n	Grupo aterosclerosis (n = 42)	n
Axilar	Derecha	27	Derecha	2
	Izquierda	23	Izquierda	1
	Bilateral	19	Bilateral	1
	Cualquiera	31	Cualquiera	2
Subclavia	Derecha	20	Derecha	2
	Izquierda	25	Izquierda	1
	Bilateral	20	Bilateral	0
	Cualquiera	30	Cualquiera	3
Carótida común distal	Derecha	21	Derecha	8
	Izquierda	19	Izquierda	11
	Bilateral	12	Bilateral	5
	Cualquiera	28	Cualquiera	14
Carótida común proximal	Derecha	4	Derecha	3
	Izquierda	9	Izquierda	3
	Bilateral	2	Bilateral	1
	Cualquiera	11	Cualquiera	5

**Conclusiones:** El GIM es mayor en la ACG-EC que en la aterosclerosis. El recuento arterias patológicas en el índice sumatorio propuesto alcanza una precisión > 95% para el diagnóstico diferencial entre la ACG-EC y la aterosclerosis. Las arterias axilares y subclavias tienen mayor poder discriminante entre ACG y aterosclerosis, mientras que la afectación de carótidas es menos específica para el diagnóstico diferencial.

### P313. <sup>18</sup>F-FDG PET-TC EN LA POLIMIALGIA REUMÁTICA ASOCIADA A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ¿EXISTEN DIFERENCIAS CON LA POLIMIALGIA REUMÁTICA PURA?

Francisco Javier Narváez García<sup>1</sup>, Paola Vidal<sup>1</sup>, Montserrat Cortés-Romera<sup>2</sup>, Iván Sánchez-Rodríguez<sup>2</sup>, Aida Sabaté-Llobera<sup>2</sup>, Emma Brugarolas<sup>1</sup>, Judith Palacios<sup>1</sup>, Pol Maymó<sup>1</sup>, Montserrat Roig<sup>1</sup>, Martí Aguilar<sup>1</sup> y Joan Miquel Nolla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Nuclear-PET IDI. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

**Introducción:** Gracias al uso cada vez más generalizado del <sup>18</sup>F-FDG PET-TC, se ha ampliado el conocimiento de las lesiones osteoarticulares que explican el dolor de los pacientes con polimialgia reumática (PMR) pura. En base a ello, se han elaborado hasta seis propuestas o algoritmos para diferenciar, en función del patrón de lesiones en el PET-TC, la PMR de otras enfermedades que pueden simularla. En un reciente metaanálisis se han identificado las localizaciones con mayor *likelihood ratio* (LR) o razón de verosimilitud positiva para el diagnóstico de PMR: bursitis interespinosa (LR+ 4,00), caderas (LR+ 2,91), tuberosidades isquiáticas (LR+ 2,86), hombros (LR+ 2,57) y articulaciones esternoclaviculares (LR+ 2,31) (van der Geest *et al.* Eur J Nucl Med Mol Imaging 2021;48:1876-89).

**Objetivos:** Analizar el patrón de lesiones osteoarticulares en el <sup>18</sup>F-FDG PET-TC en una cohorte de pacientes con PMR asociada a arteritis de células gigantes (ACG).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 95 pacientes con PMR y ACG concomitante. El diagnóstico de ACG se confirmó en todos los casos mediante la demostración objetiva de la presencia de vasculitis (por BAT o pruebas de imagen). Se realizó una revisión sistemática de la literatura para establecer el patrón de lesiones en el <sup>18</sup>F-FDG PET-TC descrito en los pacientes con PMR pura y su frecuencia.

**Resultados.** La edad media de los 95 pacientes (64% mujeres) al diagnóstico fue de 74,6 ± 8 años y el tiempo de evolución (mediana) hasta la realización de PET-TC de 7 días. El patrón de lesiones objetivadas en el PET-TC se muestran en la tabla 1. Al comparar nuestros hallazgos

**Table 1.** Main osteoarticular findings on whole-body <sup>18</sup>F-FDG PET-CT in our series of 95 patients with concomitant PMR+GCA and in patients with PMR pure according to the literature

Location	Number of patients (%) with significant FDG accumulation	
	PMR+GCA N=96	Pure PMR (Literature review)
Peri-articular shoulder region	81% (77%)	85% (450/529)
Glenohumeral joint	46% (44)	
Sternoclavicular joint	30.5% (29)	68.5% (362/529)
	[Unilateral: 5 (17%) / Bilateral: 24 (83%)]	
Acromioclavicular joint	22% (21)	49.3% (76/154)
	[Unilateral: 4 (19%) / Bilateral 17 (81%)]	
Cervical interspinous bursae / process	37% (35)	48.2% (110/288)
Dorsal interspinous bursae / process	7% (7)	NA
Lumbar interspinous bursae / process	49.5% (47)	53.4% (154/288)
Interspinous bursae / process cervical and/or lumbar	59% (56)	39.3% (205/521)
Hip joint	27% (26)	71.8% (388/540)
Greater trochanters	86% (82)	85.8% (376/438)
Ischial tuberosities	45.2% (49)	78.7% (438/556)
Symphysis pubis enthesis	8% (8)	43.7% (70/160)
Costovertebral joints	3% (3)	NA
Sternocostal joints	5% (5)	NA
Peripheral arthritis	9.5% (9)	36.7% (69/188)
	[wrists 6, elbows 3, MP joints 2, PIP joints 2, knees 4, MTP joints 1]	
Diffuse reactive bone marrow uptake in axial and appendicular skeleton	20 (21%)	

MTP = metatarsophalangeal joints; MP= metacarpophalangeal joints; PIP = proximal interphalangeal joints.

P313 Figura 1

**Tabla 2**

Criterios diagnósticos para PMR según el patrón de lesiones	% de nuestros pacientes con ACG-PMR que cumplen los criterios
Criterios de Leuven <sup>1</sup> (score ≥ 16)	36.8% (35/95)
Criterios de Leuven/Groningen <sup>2</sup> (score ≥ 8)	28.4% (27/95)
Criterios de Besançon <sup>3</sup>	83.1% (79/95)
Criterios de Yamashita <sup>4</sup>	64.2% (61/95)
Algoritmo de Saint-Etienne <sup>5</sup>	91.6% (87/95)
Algoritmo de Heidelberg <sup>6</sup>	47.4% (47/95)

<sup>1</sup>Henckaerts L et al. *Rheumatology (Oxford)* 2018; 57:1908–16

<sup>2</sup>van der Geest KSM et al. *Rheumatology* (2021) 61:1072–82

<sup>3</sup>Sondag M et al. *Rheumatology (Oxford)* 2016; 55:1452–7

<sup>4</sup>Yamashita H et al. *Mod Rheumatol* 2012; 22:705–11

<sup>5</sup>Flau A et al. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8:646974

<sup>6</sup>Owen CE et al. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2020; 47:2461–8

P313 Figura 2

con los descritos en pacientes con PMR pura, el patrón de lesiones fue bastante similar, con la única excepción de la presencia de un hipermetabolismo difuso de la médula ósea hematopoyética en esqueleto axial y apendicular de origen reactivo, presente en el 21% de los pacientes con PMR+ACG. Destacar la presencia de artritis periférica en un porcentaje no despreciables de enfermos en ambos grupos. Otra diferencia importante es que, en términos generales, la frecuencia de afectación en casi todas las localizaciones fue significativamente más baja en los pacientes con PMR+ACG, incluyendo la mayoría de las que tienen una mayor LR+ para el diagnóstico de PMR: bursitis interespinosa 59%, caderas 27%, tuberosidades isquiáticas 52% y articulaciones esternoclaviculares 30,5%. Estos datos y el estudio comparativo (tabla 1) sugieren que en los pacientes con PMR+ACG el compromiso articular y periarticular/entesítico es menos extenso y politópico, en comparación con los pacientes con PMR pura. La baja sensibilidad observada al testar nuestros enfermos con PMR irrefutable en muchos de los criterios o algoritmos elaborados para identificar a los pacientes con PMR según el patrón de lesiones en el PET-TC (tabla 2), reforzaría indirectamente esta hipótesis.

**Conclusiones.** El patrón de lesiones en los pacientes con PMR+ACG es similar al descrito en la PMR, con la excepción de un hipermeta-

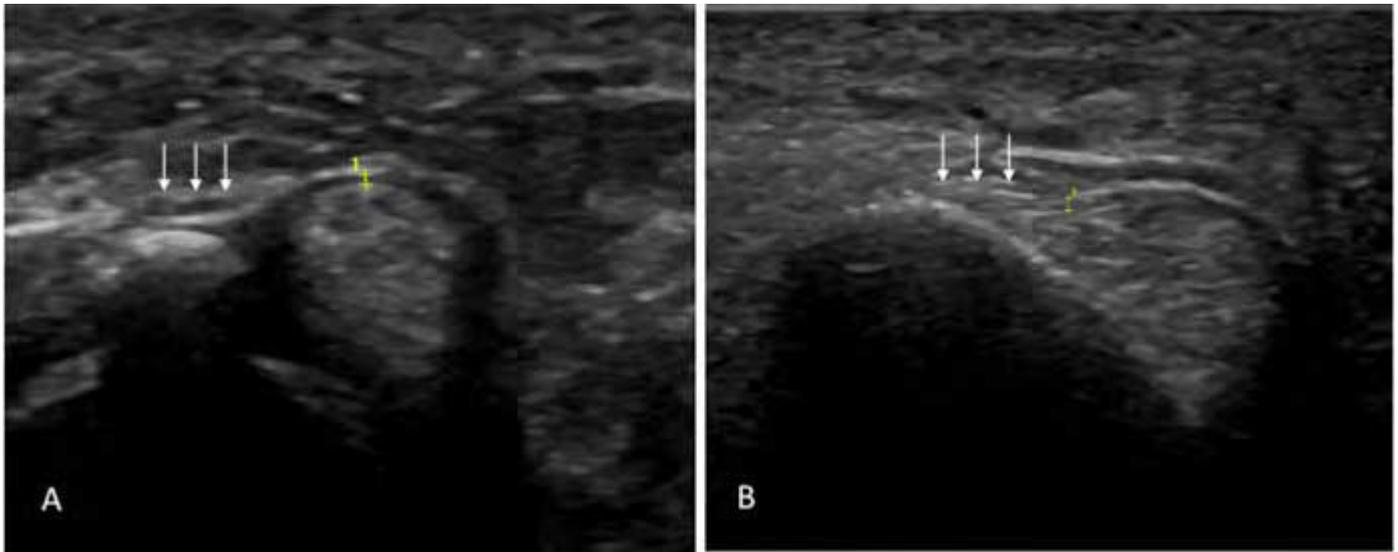
bolismo difuso en la médula ósea de origen reactivo presente en menos de una cuarta parte de los casos. En términos generales, el compromiso articular/periarticular es menos extenso que el observado en la PMR pura.

**P314. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LAS ENTESIS DE LAS POLEAS A1 Y A2 CON CORRELACIÓN ANATÓMICA E HISTOLÓGICA**

Luis Coronel Tarancón<sup>1</sup>, Maribel Miguel<sup>2</sup> Joan Blasi<sup>2,3</sup>, María López<sup>1</sup>, Sara Marsal<sup>1</sup>, Maria-Antonietta D'Agostino<sup>4</sup> e Ingrid Möller<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Unitat d'anatomia i embriologia humana. Universitat de Barcelona. Campus Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. <sup>3</sup>Histologia. Universitat de Barcelona-Campus Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. <sup>4</sup>Rheumatology. Agostino Gemelli University Policlinic. Roma. Italia. <sup>5</sup>Reumatología. Instituto Poal de Reumatología. Barcelona.

**Introducción:** Las entesis digitales son de especial interés en las artritis inflamatorias. Las poleas anulares (A) son formas de tejido conectivo blando organizadas como fibras transversales de anchura, grosor y configuración variables que se superponen a la vaina sino-



**P314 Figura** Exploraciones transversales ecográficas de las entesis de las poleas anulares. A) Entesis A1 en el HS. B) Entesis A2 en la falange proximal. Flechas blancas: Entesis de la polea anular. Estrellas amarillas: Límites dorsal y volar de la polea.

vial de los tendones flexores. Estas estructuras evitan que los tendones flexores se arqueen y los mantienen en relación constante con el eje de movimiento articular.

**Objetivos:** Describir y medir las características ecográficas, anatómicas e histológicas de las entesis de las poleas anulares A1 y A2.

**Métodos:** Las poleas anulares A1 y A2 de 15 cadáveres embalsamados en formol fueron evaluadas mediante ecografía en escala de grises (fig.) y posteriormente disecadas. Las evaluaciones ecográficas incluyeron la identificación, anchura y caracterización del lugar de inserción de las poleas anulares. Para el análisis anatómico, a continuación se realizó la disección, identificando las fibras transversales de la región distal de la fascia palmar como límite proximal y la articulación interfalángica proximal como límite distal. Las medidas de la anchura anatómica de las poleas se obtuvieron con un pie de rey digital. Para el estudio histológico, se prepararon muestras de 2 x 2 cm, se fijaron con formaldehído al 4% y se procesaron para obtener bloques de parafina, después se cortaron en secciones de 4 micras y se tiñeron con hematoxilina-eosina. Los portaobjetos se observaron y midieron con un microscopio Leica DMD 108. Los datos cuantitativos se expresaron como media ± desviación estándar (DE) y los datos cualitativos como n (%). Las medias se analizaron mediante la prueba t de Student y las frecuencias mediante la prueba chi-cuadrado y la prueba de Fisher cuando fue necesario. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r) para analizar la correlación lineal entre las mediciones ecográficas y anatómicas. Los análisis estadísticos se realizarán con el programa SPSS versión 26.0.

**Resultados:** Se incluyeron 15 manos de cadáver (9 varones y 6 mujeres) con una edad media de 79 años. En cuanto a la evaluación ecográfica, la anchura ecográfica media de la polea A1 fue de 0,27 ± 0,06 mm y la A2 de 0,11 mm ± 0,04 mm en el pulgar, mientras que la A1 fue de 0,36 ± 0,09 mm y la polea A2 de 0,46 ± 0,06 mm en los demás dedos. Se encontró una fuerte correlación entre las mediciones ecográficas y anatómicas (r = 0,87). Todas las A1 del pulgar presentaban huesos sesamoideos (HS) en las caras radial y cubital, donde la polea anular realiza su inserción proximal, mientras que en el resto de los dedos, se encontraron HS en doce manos en el segundo dedo (80%) y en dos manos (13%) en el quinto dedo. La descripción histológica de las poleas anulares muestra una superficie externa bien vascularizada y un componente fibrocartilaginoso en la superficie interna. Los puntos de inserción en los HS o en la parte ósea de metacarpos y falanges proximales, demuestran una naturaleza mixta de la entesis, con zonas fibrocartilaginosas y fibrosas.

**Conclusiones:** Estos resultados preliminares demuestran que la ecografía es una herramienta valiosa para identificar la anchura de las poleas anulares y las entesis, con una buena correlación con el estudio anatómico e histológico. Las poleas anulares presentan una entesis mixta fibrosa y fibrocartilaginosa.

**P315. SINOVITIS PROLIFERATIVA GLOBULAR: UN PATRÓN ECOGRÁFICO ASOCIADO A ENFERMEDAD EROSIVA EN PACIENTES CON ARTRITIS CRÓNICA. ESTUDIO TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO**

Felipe Julio Ramírez García<sup>1</sup>, Andrea Cuervo<sup>2</sup>, Vicenç Torrente<sup>3</sup>, Noemí Busquets<sup>2</sup>, Ana Belén Azuaga<sup>1</sup>, Andrés Ponce<sup>1</sup>, Beatriz Frade<sup>1</sup>, Andrea Zacarías<sup>1</sup>, Virginia Ruiz-Esquide<sup>1</sup> y Juan D. Cañete<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers.

<sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Alt Penedès y Garraf. Vilafranca del Penedès.

**Objetivos:** Evaluar la asociación de un patrón ecográfico definido como sinovitis proliferativa con factores de mal pronóstico como enfermedad erosiva o mayor necesidad de tratamiento en pacientes con artritis crónica.

**Métodos:** Estudio transversal multicéntrico. Se recogieron variables clínicas y ecográficas de pacientes con artritis crónica que presentaran inflamación activa en manos en el momento de la visita. Se excluyeron artropatías infecciosas y microcristalinas. Se evaluó la presencia de hipertrofia sinovial (HS) y señal Power Doppler (PD) en carpos, metacarpofalángicas, y tendones flexores de las manos. El patrón ecográfico de sinovitis proliferativa fue definido como HS ≥ 2 + señal PD.

**Resultados:** En un análisis interino se han incluido 60 pacientes: 62,7% mujeres, con edad media de 58 años (DE 15,4) y tiempo de evolución de 124,7 meses (DE 120,7). Veintinueve pacientes (49,2%) tenían artritis reumatoide (AR) (22 seropositivos) y 27 pacientes (45%) artritis psoriásica (APs). También fueron incluidos dos pacientes con enfermedad mixta del tejido conectivo, un paciente con LES y un paciente con espondiloartritis. En global, el 49,2% de los pacientes tenían enfermedad erosiva y el 47,5% estaban en tratamiento con fármacos biológicos o Jakinibs. En el momento de la visita, todos los pacientes estaban activos (media SDAI 19,1, DE 11,3 y media DAPSA 18,3, DE 8,6). No hubo diferencias entre gru-

pos de diagnóstico y la actividad de la enfermedad o el tratamiento de fondo. El score ecográfico, resultado de la suma de los valores de HS y señal PD, fue significativamente mayor en los pacientes con AR ( $p = 0,003$ ), así como el porcentaje de pacientes con enfermedad erosiva, que fue mayor en los pacientes con AR seropositiva en comparación con el resto de pacientes (68,1% versus 37,8%,  $p = 0,024$ ). Desde el punto de vista ecográfico, 33 pacientes (56%) presentaban sinovitis proliferativa y 26 (44%) sinovitis plana. Veintidós pacientes (37,2%) presentaban afectación de tendones flexores de la mano (sin diferencias entre pacientes seropositivos y seronegativos, incluyendo APs) y 11 (18,6%) presentaban paratendonitis de los extensores de los dedos (10 de ellos eran pacientes seronegativos, principalmente APs). La presencia de sinovitis proliferativa ecográfica se asoció con la enfermedad erosiva (72,7 versus 16%,  $p = 0,0001$ ). Aunque no hubo diferencias significativas en la distribución de este patrón ecográfico según el diagnóstico, una gran proporción de pacientes FR+ (75%,  $p = 0,138$ ) y ACPA+ (71,4%,  $p = 0,107$ ) tenían sinovitis proliferativa ecográfica. De los 13 pacientes que no llevaban tratamiento de fondo (no FAMEc, no terapias avanzadas), el 69,2% presentaban sinovitis plana ( $p = 0,026$ ). Así mismo, de los 13 pacientes que estaban en tratamiento combo (FAME convencional +biológico/Jakinib), 10 (77%,  $p = 0,122$ ) presentaban sinovitis proliferativa por ecografía.

**Conclusiones:** En una población de pacientes con artritis de manos, la presencia de sinovitis proliferativa ecográfica se asoció a enfermedad erosiva y una mayor carga de tratamiento. Estos resultados están en consonancia con resultados previos (1). A falta de estudios prospectivos, la sinovitis proliferativa ecográfica podría ser considerada como un posible factor de mal pronóstico en pacientes con artritis.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ramírez J, *et al.* Proliferative synovitis, an ultrasound pattern associated with ACPA-positive patients and erosive disease in rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2022;40(5):960-6.

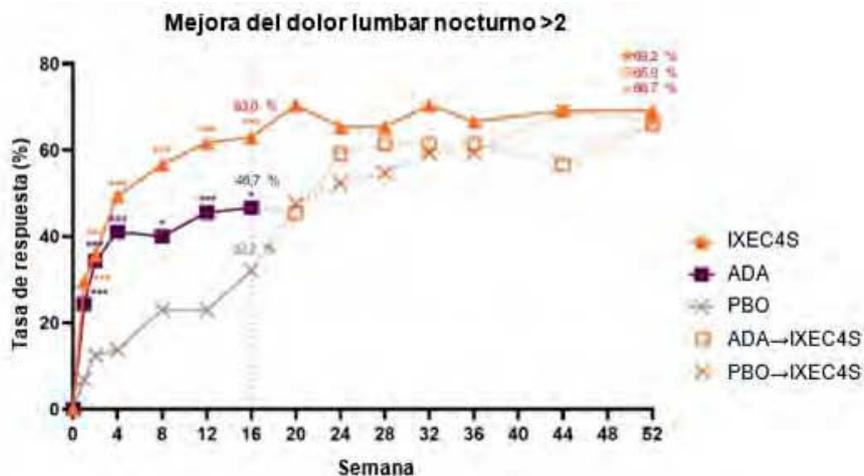
**P316. EFICACIA Y MEJORA DE LOS RESULTADOS NOTIFICADOS POR EL PACIENTE EN LAS SEMANAS 16 Y 52 EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA SIN TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO TRATADOS CON IXEKIZUMAB QUE LOGRARON UNA REDUCCIÓN DEL DOLOR NOCTURNO CLÍNICAMENTE IMPORTANTE EN LA SEMANA 16: RESULTADOS DEL ENSAYO COAST-V**

Sofia Ramiro<sup>1</sup>, Cédric Lukas<sup>2</sup>, Michael J. Nissen<sup>3</sup>, Yves Schymura<sup>4</sup>, Khai Ng<sup>4</sup>, Andrew Bradley<sup>4</sup>, Gabriel Doridot<sup>4</sup>, Soyi Liu Leage<sup>4</sup>, Antoni Chan<sup>5</sup>, James Cheng-Chung Wei<sup>6,7,8</sup> y Sara Giménez-Moyano<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología. Centro Médico de la Universidad de Leiden. Países Bajos. <sup>2</sup>Universidad de Montpellier. Centro Hospitalario Universitario de Montpellier. Francia. <sup>3</sup>División de Reumatología. Universidad de Ginebra. Ginebra. Suiza. <sup>4</sup>Eli Lilly and Company. Centro corporativo de Lilly. Indianápolis. Estados Unidos. <sup>5</sup>Departamento de Reumatología. Royal Berkshire. Reading. Reino Unido. <sup>6</sup>Departamento de Alergia, Inmunología y Reumatología. Hospital Universitario Médico de Chung Shan. Taichung. Taiwán. República de China. <sup>7</sup>Universidad de Medicina de Chung Shan. Instituto de Medicina. Taichung. Taiwán. República de China. <sup>8</sup>Universidad de Medicina de China. Instituto de Posgrado de Medicina Integrada. Taichung. Taiwán. República de China. <sup>9</sup>Lilly España. Alcobendas.

**Introducción:** El ixekizumab (IXE), un anticuerpo monoclonal que actúa selectivamente sobre la interleucina IL-17A, ha demostrado eficacia en pacientes con espondiloartritis axial radiográfica (EspAax-r). El dolor lumbar, en particular el dolor lumbar nocturno (DL-N), es un factor que contribuye de manera importante a la carga de enfermedad para el paciente con EspAax-r.

**Objetivos:** Evaluar la mejora del DL-N en los pacientes hasta la semana (S) 52 y analizar, en pacientes tratados con IXE, la relación



Nota al pie: ADA, adalimumab (brazo de referencia); PBO, placebo; IXE, ixekizumab

S0-16; IXEC4S: N = 81, ADA: N = 90, PBO: N = 87

Los pacientes aleatorizados inicialmente a IXE siguieron con la misma pauta hasta la S52. Los pacientes con PBO o ADA fueron atorizados nuevamente a IXEC2S o IXEC4S en la S16. Aquí solo se presentan los datos de la dosis aprobada, IXEC4S.

S16-52; IXEC4S: N = 78, ADA→IXEC4S: N = 44, PBO→IXEC4S: N = 42.

\* $p < 0,05$ , \*\*\* $p < 0,001$  frente a PBO (análisis de regresión logística con el tratamiento, la región geográfica y el valor de PCR inicial como factores).

**P316 Figura.** Pacientes que lograron una mejora significativa del dolor lumbar nocturno hasta la S52.

entre la mejora del DL-N y otros resultados informados por el paciente (PROs: *Patient-Reported Outcomes*) a la S16 y con la consecución de la baja actividad de la enfermedad (BAE) según ASDAS a la S52.

**Métodos:** El ensayo en fase III COAST-V (NCT02696785) analizó la eficacia de IXE en 341 pacientes con EspAax-r y sin tratamiento previo con fármacos biológicos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEb). Los pacientes fueron aleatorizados a IXE cada 2S (IXEC2S), IXE cada 4S (IXEC4S), adalimumab (ADA) o placebo (PBO) hasta la S16. En este trabajo solo se presentan los datos de la dosis aprobada, IXEC4S. El DL-N se midió en cada visita utilizando una escala de valoración numérica (EVN) (0-10). La mejora clínicamente relevante en el DL-N se definió como una mejora > 2 puntos con respecto al valor basal. Las diferencias en las variables al inicio entre los que lograron una mejora > 2 en el DL-N frente a los que no la lograron se analizaron mediante la prueba exacta de Fisher (variables binarias) y el análisis de la varianza (ANOVA; variables continuas). Las relaciones entre la mejora del DL-N y los PROs (BASFI, EVN de gravedad de la fatiga, Cuestionario de evaluación del sueño de Jenkins (JSEQ) y SF-36 PCS) a la S16 y la BAE según ASDAS a la S52 se calcularon mediante el análisis de covarianza (ANCOVA; variables continuas) y la regresión logística (variables binarias). Los datos que faltaban se imputaron mediante la imputación de no respondedores y la extrapolación de la observación inicial modificada.

**Resultados:** Una mayor proporción de pacientes consiguió una mejora > 2 del DL-N con IXE en comparación con el PBO en la S16 (63,0% frente a 32,2%,  $p < 0,001$ ) y esta mejora se mantuvo hasta la S52 (fig.). De los 81 pacientes inicialmente aleatorizados a IXE, los que lograron una mejora > 2 del DL-N (63%) a la S16 eran más jóvenes, con más frecuencia positivos para HLA-B27 y presentaban una mayor actividad de la enfermedad al inicio en comparación con los que no lograron una mejora > 2 (tabla). La consecución de una mejora > 2 del DL-N se asoció con una mejora en los PROs, incluidos BASFI, gravedad de la fatiga, JSEQ y SF-36 PCS, a la S16 y con la consecución de ASDAS < 2,1 a la S52 en comparación con la no consecución de una mejora > 2 del DL-N (tabla).

**Conclusiones:** El tratamiento con IXE mejoró el DL-N en pacientes con EspAax-r no tratados previamente con FAMEb. Las mejoras del DL-N se asociaron a mejoras de la actividad de la enfermedad, la función física, la fatiga y la calidad de vida.

Datos demográficos basales, características clínicas y PROs de los pacientes tratados con IXE que lograron una mejora > 2 del DL-N a la S16 frente a los que no la consiguieron

Consecución de una mejora > 2 del DL-N en la S16	Sí (n = 51)	No (n = 30)	
<b>Características basales</b>			
Edad, años	38,6 (11,4)*	44,9 (12,4)	
Positivos para HLA-B27, n (%)	50,0 (98,0)*	25,0 (83,3)	
PCR (mg/l)	14,9 (14,9)*	7,6 (8,4)	
ASDAS	3,9 (0,8)*	3,5 (0,6)	
Dolor lumbar nocturno	7,4 (1,3)*	6,4 (1,4)	
<b>PROs</b>			
	Inicio	CCRI en la S16	CCRI en la S16
BASFI	6,1 (1,9)	-3,4 (2,2)***	6,0 (1,6)
EVN de gravedad de la fatiga	6,9 (1,7)	-3,5 (2,6)***	6,3 (1,6)
JSEQ	7,1 (5,4)	-3,2 (4,2)***	7,2 (5,2)
SF-36 PCS	32,8 (7,7)	10,9 (7,7)***	36,1 (6,7)
ASDAS < 2,1 en la S52	34 (66,7)**		9 (33,3)
Respuesta, n (%)			

Los valores representan la media (DE) a menos que se indique lo contrario. \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$  frente los pacientes que no lograron una mejora > 2 del DL-N. HLA-B27, antígeno de histocompatibilidad B27; PCR, proteína C reactiva; ASDAS, Puntuación de la actividad de la enfermedad en espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score); CCRI, cambio con respecto al inicio; BASFI, Índice función física de la espondilitis anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index); EVN, escala de valoración numérica; JSEQ, Cuestionario de evaluación del sueño de Jenkins (Jenkins Sleep Evaluation Questionnaire); SF-36 PCS, Puntuación del componente físico del cuestionario de salud abreviado de 36 ítems (Short-Form 36 physical component score).

**P317. EFECTO DE LOS FÁRMACOS ANTI-IL-17 SOBRE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS**

Iago Alcántara<sup>1</sup>, Raquel Dos-Santos<sup>2</sup>, David Fernández<sup>3</sup>, Ignacio González<sup>2</sup>, Pablo Castro<sup>2</sup>, María Sánchez<sup>2</sup>, Jose Luis Puga<sup>2</sup>, Alba Mata<sup>2</sup>, Irene Álvarez<sup>2</sup>, Verónica Busto<sup>2</sup>, Alejandro Souto<sup>4</sup>, Jose Ramón Maneiro<sup>2</sup>, Antonio Mera<sup>1,2</sup>, Eva Pérez-Pampín<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario de Ourense. <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario de Pontevedra.

**Introducción y objetivos:** Desde el lanzamiento al mercado de los fármacos inhibidores de la IL-17 (anti-IL-17) como tratamiento de las espondiloartritis (SpA) se ha advertido de la posibilidad de aparición de nuevos casos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Además, los

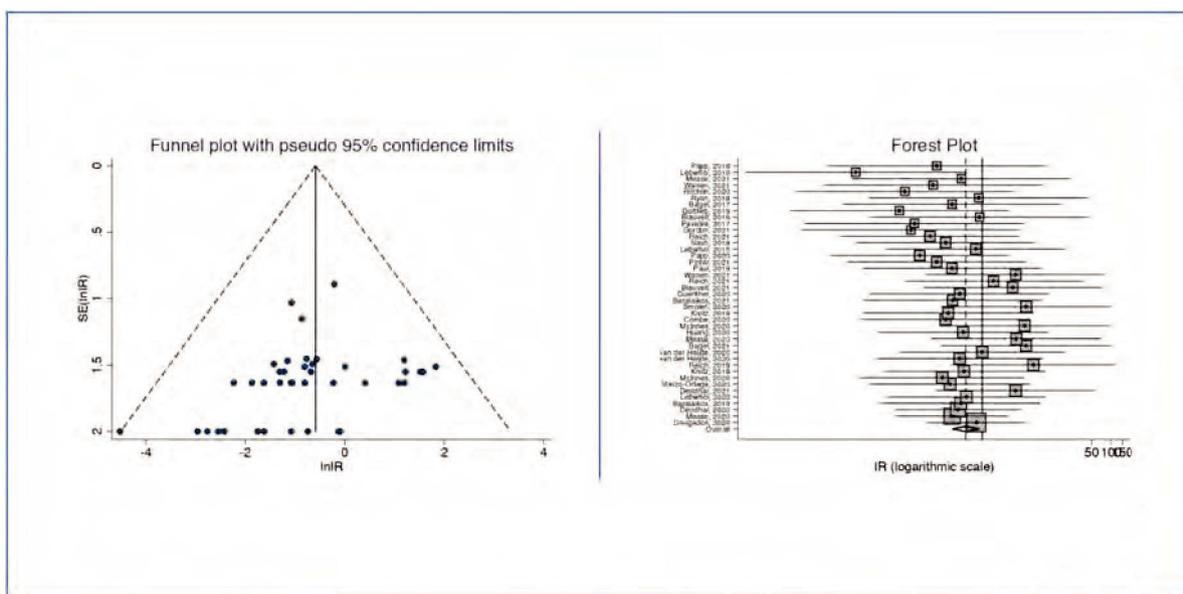


Figura 1: gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) del análisis de RTI.

P317 Figura. Gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) del análisis de RTI.

fármacos anti-IL-17 no se han mostrado eficaces en el tratamiento de la EII. Esta preocupación se basa en la importante relación inmunológica que existe entre las SpA, la psoriasis y la EII<sup>1,2</sup>. El objetivo de este estudio es investigar la incidencia de EII en pacientes tratados con fármacos anti-IL-17 y con diagnóstico de SpA o artritis psoriásica (APs).

**Métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos (Medline, Embase, Web of Science y Cochrane Library) para identificar ensayos clínicos referentes a la aparición de EII en participantes con un diagnóstico de SpA o APs tratados con anti IL-17. Se reportó una tasa de incidencia global (TI), una razón de tasas de incidencia (RTI) y riesgos relativos (RR) referidos a estudios paralelos y cruzados. Se valoró la heterogeneidad y sesgos de publicación en el análisis.

**Resultados:** Se seleccionaron finalmente 53 artículos. Se obtuvo una TI global de 0,30/100 personas-año con IC95% (0,24-0,37); una RTI de 0,56 con IC95% (0,34-0,9) y p < 0,01 (fig.); un RR en estudios con esquema paralelo de 3 con IC95% (0,83-10,85) y p = 0,095; y un RR en estudios con esquema cruzado de 0,73 con IC95% (0,27-1,99) y p = 0,54.

**Conclusiones:** No se puede afirmar que la exposición a fármacos anti-IL-17 predispone a un aumento del riesgo de aparición de EII. No se deberían evitar estos fármacos en pacientes con SpA o APs en la práctica clínica buscando prevenir la afectación intestinal.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Raychaudhuri SK, Saxena A, Raychaudhuri SP. Role of IL-17 in the pathogenesis of psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis. Clin Rheumatol. 2015;34(6):1019-23.
2. Moschen AR, Tilg H, Raine T. IL-12, IL-23 and IL-17 in IBD: immunobiology and therapeutic targeting. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2019;16(3):185-96.

**P318. TERAPIA BIOLÓGICA O DIRIGIDA COMBINADA EN ESPONDILOARTRITIS REFRACTARIA: EFECTIVIDAD EN VIDA REAL EN UNA SERIE MULTICÉNTRICA**

Cristina Valero Martínez<sup>1</sup>, Judit Font Urgelles<sup>2</sup>, Meritxell Sallés<sup>3</sup>, Beatriz E. Joven-Ibáñez<sup>4</sup>, Alexia de Juanes<sup>4</sup> Julio Ramírez<sup>5</sup>, Xavier Juanola<sup>6</sup>, Raquel Almodóvar<sup>7</sup>, Ana Laiz<sup>8</sup>, Mireia Moreno<sup>9</sup>, Manel Pujol<sup>10</sup>, Emma Beltrán<sup>11</sup>, José Antonio Pinto-Tasende<sup>12</sup>, Laura Crespí<sup>13</sup>, Luis Sala-Icardo<sup>14</sup>, Santos Castañeda<sup>1</sup> y Rosario García-Vicuña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario. Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario 12 Octubre. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínica Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>8</sup>Unitat Territorial de Reumatologia Sant Pau-Dos de Maig. Barcelona. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua Terrassa. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Manacor. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Torrejón de Ardoz.

**Introducción:** La terapia biológica o dirigida combinada (TC), rara vez se considera en práctica clínica y no está recomendada en las guías clínicas, ya que existe incertidumbre en cuanto a los posibles efectos secundarios (EA) y el elevado coste. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) la TC cada vez tiene mayor relevancia, pues ha demostrado su eficacia en pacientes refractarios con un perfil de seguridad aceptable. Los primeros datos de eficacia en nuestra serie monocéntrica de pacientes con espondiloartritis (EspA) también han mostrado resultados alentadores<sup>1</sup>. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de la TC en vida real en una población más amplia de pacientes con EspA.

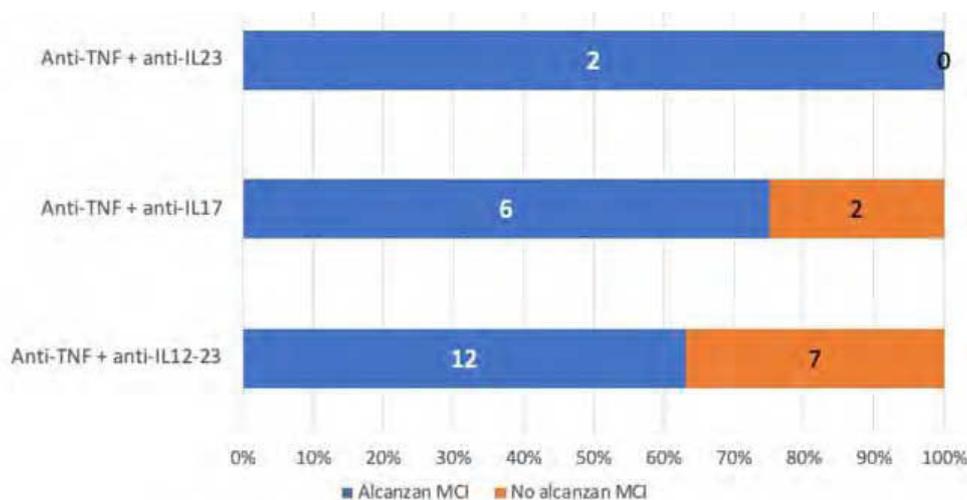
**Métodos:** Estudio retrospectivo y multicéntrico en práctica clínica real. Incluimos pacientes con EspA que en algún momento hubieran recibido, simultáneamente, dos agentes biológicos y/o dirigidos (excluyendo apremilast) con diferente diana, desde abril 2017 hasta diciembre 2022. Todos los pacientes cumplían criterios ASAS de EspA axial o periférica y firmaron consentimiento informado. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y EA. La eficacia se evaluó utilizando índices para la enfermedad axial (ASDAS-PCR) y periférica (DAPSA y DAS-28-PCR). La mejoría clínica significativa o *major clinical improvement* (MCI) se definió como un cambio en ASDAS-PCR > 2 y DAS-28-PCR > 1,2 unidades y una mejoría > 85% en DAPSA.

**Resultados:** Se identificaron un total de 39 cursos de TC en 35 pacientes con EspA (tabla 1), 22 de ellos con EII asociada. La principal indicación para la TC fue la enfermedad musculoesquelética activa (tabla 2). Tres pacientes presentaban remisión/baja actividad de la EspA al inicio de la TC (actividad extramusculoesquelética) y fueron excluidos en el análisis de eficacia. La mayoría de los pacientes (89,7%) habían fracasado previamente a una de las dos terapias utilizadas en TC. La combinación más utilizada fue anti-TNF + anti-IL12/23 (n = 20; 51,2%). La mediana de exposición de la TC fue de 16 meses (RIQ 11-24). Al final del seguimiento (tabla 2) observamos una reducción media significativa de ASDAS-PCR (2,07; IC95%: 1,31-2,83; p = 0,001) y de PCR (2,57 mg/dl; IC95%: 0,98-4,1; p = 0,001). La tasa de remisión/baja actividad fue del 52,7%, y el 55% de los pacientes consiguieron suspender los glucocorticoides. El 61,1% (n = 21) alcanzó MCI en algún momento del seguimiento, con resultados heterogéneos entre las distintas combinaciones (fig.). Ocho pacientes (23%) interrumpieron la TC por ineficacia (seis de ellos con actividad de la EII), 4 por EA y otra por embarazo. En un análisis bivariado, los pacientes que alcanzaron MCI presentaban un ASDAS-PCR basal más bajo que los que no lo alcanzaron (4,33 vs. 6,20; p = 0,052) y ausencia de psoriasis (p = 0,028). En 39 ciclos de TC se identificaron 4 EA graves en 3 pacientes: un paciente con infiltrados pulmonares de origen no infeccioso, una bacteriemia por *Staphylococcus* y un paciente con colitis por citomegalovirus junto con candidiasis esofágica. La seguridad se describe con detalle separadamente.

Tabla 1. Características basales de nuestra población con TC

Características clínicas	N = 35 pacientes (39 cursos de TC)
Sexo masculino, n (%)	19 (54,2)
Edad actual, años, mediana (RIQ)	47 (37-60)
Diagnóstico, n (%)	
EspA axial y periférica	9 (25,7)
EspA axial	9 (25,7)
EspA periférica	3 (8,5)
Artritis psoriásica	8 (22,8)
Artritis idiopática juvenil	6 (17,1)
Duración de la EspA, años, mediana (RIQ)	18 (8,5-20)
Fenotipo EspA (%)	
Artritis periférica	27 (77,1)
Afectación axial	25 (71,4)
Entesitis	6 (17,1)
Dactilitis	5 (14,2)
HLA-B27+, n (%)	12 (34,2)
Clínica extramusculoesquelética, n (%)	
Psoriasis	14 (40)
Uveítis	5 (14,2)
EII	24 (68,5)
Enfermedad de Crohn	22 (62,8)
Colitis ulcerosa	2 (5,7)
Insuficiencia aórtica	3 (8,5)
Nº FAMEb/d previos, mediana (RIQ)	3 (1,5-5)
Tipo de FAMEb/d previos, n (%)	
Anti-TNF	34 (97,1)
Anti-IL17	13 (37,1)
Anti-IL 12-23	13 (37,1)
Indicación de la TC, n (%)	
EspA	22 (56,4)
Psoriasis	1 (2,5)
EII	7 (17,9)
EII + EspA	8 (20,5)
Psoriasis + EspA	1 (2,5)

EspA: espondiloartritis; FAMEb/d: fármaco modificador de la enfermedad biológico/sintético dirigido; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; RIQ: rango intercuartílico; TC: terapia combinada.



Abreviaturas: MCI: mayor clinical improvement; TC: terapia combinada.

P318 Figura. Datos de eficacia de las combinaciones más frecuentes de la TC.

Tabla 2. Datos de la TC y resultados principales

Características clínicas	39 cursos de TC
Fármacos en TC utilizados previamente (%)	
0 fármacos	4 (10,2)
1 fármaco	21 (53,8)
≥ 2 fármacos	14 (35,8)
FAMEs concomitantes al inicio TC, n (%)	
Ninguno	24 (61,5)
Metotrexato	10 (25,6)
Sulfasalacina	3 (7,6)
Azatioprina	2 (5,1)
Glucocorticoides al inicio TC, n (%)	20 (51,2)
Combinaciones duales en la TC	
Secukinumab + golimumab	2
Secukinumab + etanercept	3
Secukinumab + adalimumab	1
Ixekizumab + adalimumab	1
Ixekizumab + guselkumab	1
Brodalumab + golimumab	1
Ustekinumab + adalimumab	9
Ustekinumab + golimumab	3
Ustekinumab + etanercept	1
Ustekinumab + certolizumab	6
Ustekinumab + infliximab	2
Ustekinumab + vedolizumab	1
Guselkumab + abatacept	1
Guselkumab + vedolizumab	1
Guselkumab + certolizumab	1
Risankizumab + golimumab	1
Vedolizumab + golimumab	1
Vedolizumab + adalimumab	2
Tofacitinib + infliximab	1
Actividad EspA a los 6 meses (n = 29)*	
Remisión, n (%)	6/29 (20,6)
Baja actividad, n (%)	10/29 (34,4)
Descenso glucocorticoides, n (%)	14/18 (77,7)
Actividad EspA en la última evaluación*	
Remisión, n (%)	9/36 (25)
Baja actividad, n (%)	10/36 (27,7)
Suspensión glucocorticoides, n (%)	11/20 (55)
Mayor clinical improvement EspA	22/36 (61,1)
Estatus final	
Mantiene TC	27/39 (69,2)
Suspensión	12/39 (30,7)

\*Los puntos de corte para los criterios de remisión/baja actividad para la enfermedad axial y periférica fueron ASDAS-PCR < 1,3/< 2,1 o DAS-28-PCR < 2,6/< 3,2 o DAPSA < 4/< 14, respectivamente. EspA: espondiloartritis; FAME: fármaco modificador de la enfermedad; TC: terapia combinada.

**Conclusiones:** Nuestros resultados preliminares sugieren que la TC podría ser una alternativa terapéutica razonable y con un perfil de seguridad asumible en pacientes seleccionados con EspA refractaria multidominio. Sin embargo, se necesitan más estudios controlados en cohortes más amplias para confirmar la efectividad a largo plazo.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Valero-Martínez C, et al. ARD. 2022;81(6):899-901.

**P319. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON ANTI IL-17 (SECUKINUMAB E IXEKIZUMAB) EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA**

Clara Fuego Varela, Marta Pastor Mena, Barbara Fernández López, Myriam Gandía Martínez, Angela Alcalá Soto, Cristina Fuentes Rodríguez, Blanca Viejo Sosa, Yolanda Cabello Fernández y María Dolores Toledo Coello

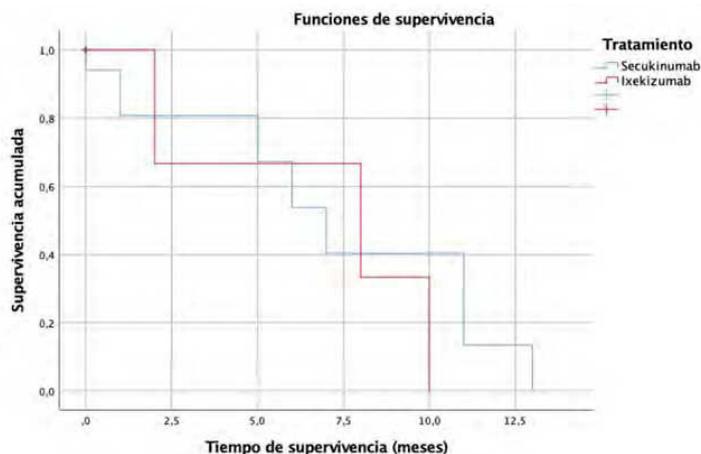
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

**Objetivos:** Evaluar el tiempo de persistencia y los motivos de suspensión del tratamiento con inhibidores de IL-17 en pacientes con espondiloartritis y artritis psoriásica en el Hospital de Jerez.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional realizado entre 1/01/2020 y 1/01/2022. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de artritis psoriásica (CASPAR) y espondiloartritis axial (ASAS) Se estudiaron variables demográficas y relacionadas con el tratamiento, calculándose el tiempo de persistencia con el fármaco de estudio, así como las suspensiones de tratamiento. Variables de interés: Persistencia del tratamiento a los 2 años. Otras variables: demográficas, clínico-analíticas: comorbilidades: presencia o ausencia de psoriasis, dactilitis, entesitis, uveítis, enfermedad inflamatoria. Análisis estadístico: Se ha realizado un análisis descriptivo. Tiempo de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y la comparación entre grupos mediante el test log rank.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes, 15 (53,6%) con diagnóstico de artritis psoriásica y 13 (46,4%) con diagnóstico de espondiloartritis axial. Las características clínicas se muestran en la tabla. La mayoría de ellos (53,6%) eran hombres con una edad media (DE) de 48,82 años (9,99) y una duración media (DE) de la enfermedad de 13,29 (20,93) meses. El 60,7% habían recibido tratamiento con secukinumab y el 39,3% con ixekizumab. El 96,4% de los mismos habían recibido al menos un FAME biológico previamente. La mediana de terapias biológicas previamente recibidas fue de 1 (0-4). Durante el seguimiento, 11 pacientes (39,3%) suspendieron el tratamiento, la mayoría por fallo secundario. Solo un 7,1% abandonaron el tratamiento por efectos secundarios, todos leves. La mediana (IC95%) de supervivencia del tratamiento fue de 6 meses (3,22-8,77) en el grupo de secukinumab y de 8 meses (0,00-17,60) en el grupo de ixekizumab (p = 0,65) a los 24 meses de seguimiento (fig.).

**Conclusiones:** Nuestros resultados demuestran que el 60% de los pacientes mantienen el tratamiento con inhibidores de IL-17 tras



P319 Figura. Supervivencia de secukinumab e ixekizumab.

2 años de seguimiento. No se observaron diferencias significativas entre la persistencia de secukinumab e ixekizumab en pacientes con espondiloartritis y artritis psoriásica.

Variables	Pacientes
Edad (años), media (DE)	48,82 (9,99)
Sexo (hombre), n (%)	15 (53,6)
Tabaco (fumador), n (%)	4 (14,3)
Diagnóstico	
Artritis psoriásica, n (%)	15 (53,6)
Espondiloartritis, n (%)	13 (46,4)
HLA B27 positivo, n (%)	9 (32,1)
Psoriasis, n (%)	18 (64,3)
Entesitis, n (%)	5 (17,9)
Dactilitis, n (%)	13 (46,4)
Enfermedad inflamatoria intestinal, n (%)	1 (3,6)
Uveitis, n (%)	2 (7,1)
FAMEsc concomitantes n, (%)	3 (10,7)
Tipo de terapia biológica	
Secukinumab, n, (%)	17 (60,7)
Ixekizumab, n, (%)	11 (39,3)

**P320. BIMEKIZUMAB TREATMENT IN BIOLOGIC DMARD-NAÏVE PATIENTS WITH ACTIVE PSORIATIC ARTHRITIS: 52-WEEK EFFICACY AND SAFETY RESULTS FROM A PHASE 3, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, ACTIVE REFERENCE STUDY**

Manuel Rubén Queiro Silva<sup>1</sup>, Christopher T. Ritchlin<sup>2</sup>, Laura C. Coates<sup>3</sup>, Iain B. McInnes<sup>4</sup>, Philip J. Mease<sup>5</sup>, Joseph F. Merola<sup>6</sup>, Yoshiya Tanaka<sup>7</sup>, Akihiko Asahina<sup>8</sup>, Laure Gossec<sup>9</sup>, Alice B. Gottlieb<sup>10</sup>, Diamant Thaçi<sup>11</sup>, Barbara Ink<sup>12</sup>, Deepak Assudani<sup>12</sup>, Rajan Bajracharya<sup>12</sup>, Vishvesh Shende<sup>12</sup>, Jason Coarse<sup>13</sup> and Robert Landewé<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Department of Medicine. University of Rochester. Rochester, NY. USA. <sup>3</sup>Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Diseases. University of Oxford and Oxford Biomedical Research Centre. Oxford University Hospitals NHS Trust. Oxford. UK. <sup>4</sup>College of Medical Veterinary and Life Sciences. University of Glasgow. UK. <sup>5</sup>Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Seattle, WA. USA. <sup>6</sup>Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital. Boston, MA. USA. <sup>7</sup>The First Department of Internal Medicine. University of Occupational and Environmental Health. Kitakyushu. Fukuoka. Japan. <sup>8</sup>Department of Dermatology. The Jikei University School of Medicine. Tokyo. Japan. <sup>9</sup>Sorbonne Universités. UPMC Univ Paris 06GRC-UPMC (EEMOIS). AP-HP. Hôpital Pitié Salpêtrière. Rheumatology Department. Paris. France. <sup>10</sup>Department of Dermatology. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York, NY. USA. <sup>11</sup>Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University of Lübeck. Germany. <sup>12</sup>UCB Pharma. Slough. UK. <sup>13</sup>UCB Pharma. Raleigh, NC. USA. <sup>14</sup>Amsterdam Rheumatology & Clinical Immunology Center. Amsterdam. and Zuyderland MC. Heerlen. The Netherlands.

**Introduction and objectives:** Bimekizumab (BKZ) is a monoclonal IgG1 antibody that selectively inhibits IL-17F in addition to IL-17A. BKZ treatment has demonstrated superior efficacy in joints and skin versus placebo (PBO) at Week (Wk)16 in the phase 3 BE OPTIMAL study in biologic DMARD (bDMARD)-naïve patients (pts) with active PsA. Wk52 efficacy and safety data are presented here.

**Methods:** BE OPTIMAL (NCT03895203) comprised 16 wks double-blind, PBO-controlled, and 3 6wks treatment-blind. bDMARD-naïve pts were eligible if they had adult-onset, active PsA meeting the Classification Criteria for PsA for ≥ 6 months, ≥ 3 tender and ≥ 3 swollen joints, and ≥ 1 active psoriatic lesion and/or history of psoriasis. Pts were randomized 3:2:1 subcutaneous BKZ 160 mg every 4 wks: PBO: reference arm (adalimumab [ADA] 40 mg every 2 wks). From Wk16, PBO pts received BKZ 160 mg Q4W (PBO/BKZ). Missing data imputed using non-responder imputation (discrete) or multiple imputation (continuous).

**Results:** 821/852 (96.4%) pts completed Wk16; 761 (89.3%) completed Wk52. Baseline (BL) characteristics were generally balanced between groups (randomized set): mean age 48.7 years; BMI 29.2 kg/m<sup>2</sup>; time since diagnosis 5.9 years; 46.8% male; 49.9% had psoriasis affecting ≥ 3% body surface area (BSA). At Wk52, pts achieving ACR50: 53.0% PBO/BKZ, 54.5% BKZ, 50.0% ADA; pts with BL psoriasis (≥ 3% BSA) achieving complete skin clearance (Psoriasis Area and Severity Index [PASI]100): 65.0% PBO/BKZ, 60.8% BKZ, 48.5% ADA; pts achieving minimal disease activity: 53.7% PBO/BKZ, 55.0% BKZ, 52.9% ADA (Figure 1). Clinical joint and skin efficacy responses continued to increase or were sustained from Wk16 to Wk52 on BKZ; pts who switched to BKZ at Wk16 demonstrated improvements in efficacy outcomes to Wk52 (Table 1). Overall radiographic progression was minimal to Wk52. At Wk52, pts with no radiographic progression (van der Heijde modified Total Sharp Score change from baseline ≤ 0.5): 87.3% PBO/BKZ, 89.3% BKZ, 94.1% ADA (radiographic set; observed case). Cumulative probability of radiographic progression is presented in Figure 2. To Wk52, 555/702 (79.1%) pts had ≥ 1 treatment-emergent adverse event (TEAE) while receiving BKZ; 113/140 (80.7%) on ADA. The three most frequent TEAEs on BKZ: nasopharyngitis (BKZ: 12.0% pts; ADA 8.6% pts), upper respiratory tract infection (BKZ: 7.1%; ADA: 5.7%), and urinary tract infection (BKZ: 6.1%; ADA: 3.6%). Pts who discontinued the study due to a TEAE: 21 (3.0%) BKZ; 7 (5.0%) ADA. *Candida* infections (high level term) reported in 7.7% BKZ, 0.7% ADA pts. All were mild/moderate; none systemic. One case of oral candidiasis led to discontinuation. To Wk52, 3 BKZ-treated pts had malignancies excluding non-melanoma skin cancers, 4 had adjudicated major adverse cardiac events, and 2 had definite IBD (ulcerative colitis); 1 death reported (motorcycle accident). No uveitis events were reported.

**Conclusions:** BKZ treatment demonstrated clinically meaningful improvements in efficacy outcomes in bDMARD-naïve pts with

active PsA at Wk16, which were sustained or continued to improve to Wk52. BKZ was well tolerated; no new safety signals observed<sup>2</sup>.

Study sponsor statement: Funded by UCB Pharma. Editorial services were provided by Costello Medical and funded by UCB Pharma. The

authors also acknowledge Anthony Keohane from UCB Pharma for substantial contributions to this publication.

REFERENCES

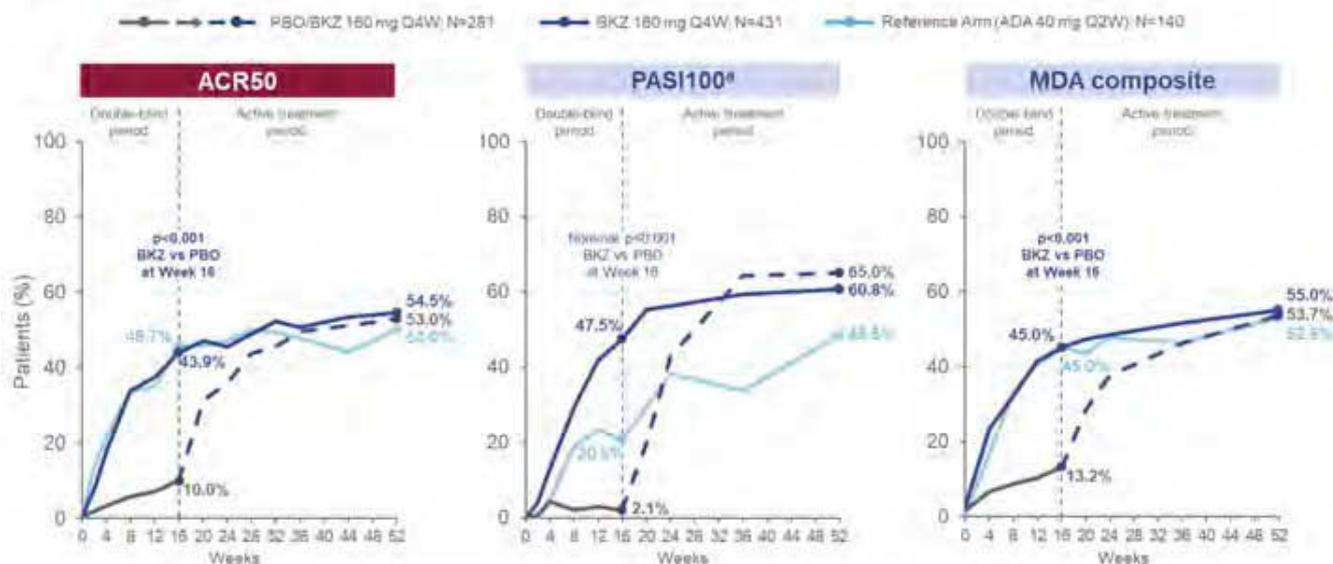
1. McInnes IB. Ann Rheum Dis. 2022;81:206-7.
2. Coates LC. Arthritis & Rheum. 2022;10.1002/art.42280.

Table 1. Efficacy endpoints at Weeks 16 and 52

Endpoint	Week 16			Week 52		
	PBO N=281	BKZ 160 mg Q4W N=431	ADA 40 mg Q2W N=140	PBO+BKZ 160 mg Q4W N=281	BKZ 160 mg Q4W N=431	ADA 40 mg Q2W N=140
ACR20 [NRI], n (%)	67 (23.8)	268 (62.2)	96 (68.6)	191 (68.0)	307 (71.2)	102 (72.9)
ACR70 [NRI], n (%)	12 (4.3)	105 (24.4)	39 (27.9)	101 (35.9)	169 (39.2)	53 (37.9)
PASI90 <sup>a</sup> [NRI], n (%)	4 (2.9)	133 (61.3)	28 (41.2)	106 (75.7)	155 (71.4)	41 (60.3)
TJC CFB [MI], mean (SE)	-3.1 (0.7)	-10.0 (0.5)	-10.9 (1.0)	-11.9 (0.7)	-12.5 (0.5)	-12.6 (0.9)
SJC CFB [MI], mean (SE)	-3.0 (0.5)	-6.6 (0.3)	-7.5 (0.6)	-7.8 (0.4)	-7.6 (0.3)	-8.2 (0.6)
VLDA [NRI], n (%)	3 (1.1)	63 (14.6)	22 (15.7)	62 (22.1)	125 (29.0)	39 (27.9)
HAQ-DI CFB [MI], mean (SE)	-0.09 (0.03)	-0.26 (0.02)	-0.33 (0.04)	-0.38 (0.03)	-0.34 (0.02)	-0.41 (0.05)
SF-36 PCS CFB [MI], mean (SE)	2.3 (0.5)	6.3 (0.4)	6.8 (0.8)	8.4 (0.6)	8.1 (0.5)	9.0 (0.9)
vdHmTSS CFB (overall) <sup>b,c</sup> [MI], mean (SE)	0.25 (0.07)	0.03 (0.04)	-0.09 (0.08)	0.17 (0.11)	0.10 (0.07)	-0.12 (0.12)
vdHmTSS CFB (at-risk) <sup>b,d</sup> [MI], mean (SE)	0.29 (0.09)	0.03 (0.05)	-0.14 (0.10)	0.19 (0.13)	0.10 (0.08)	-0.17 (0.13)
Enthesitis resolution <sup>e</sup> [NRI], n (%)	29 (41.4)	72 (50.3)	18 (50.0)	44 (62.9)	87 (60.8)	21 (58.3)
Dactylitis resolution <sup>f</sup> [NRI], n (%)	18 (54.5)	44 (78.6)	9 (81.8)	29 (87.9)	45 (80.4)	8 (72.7)

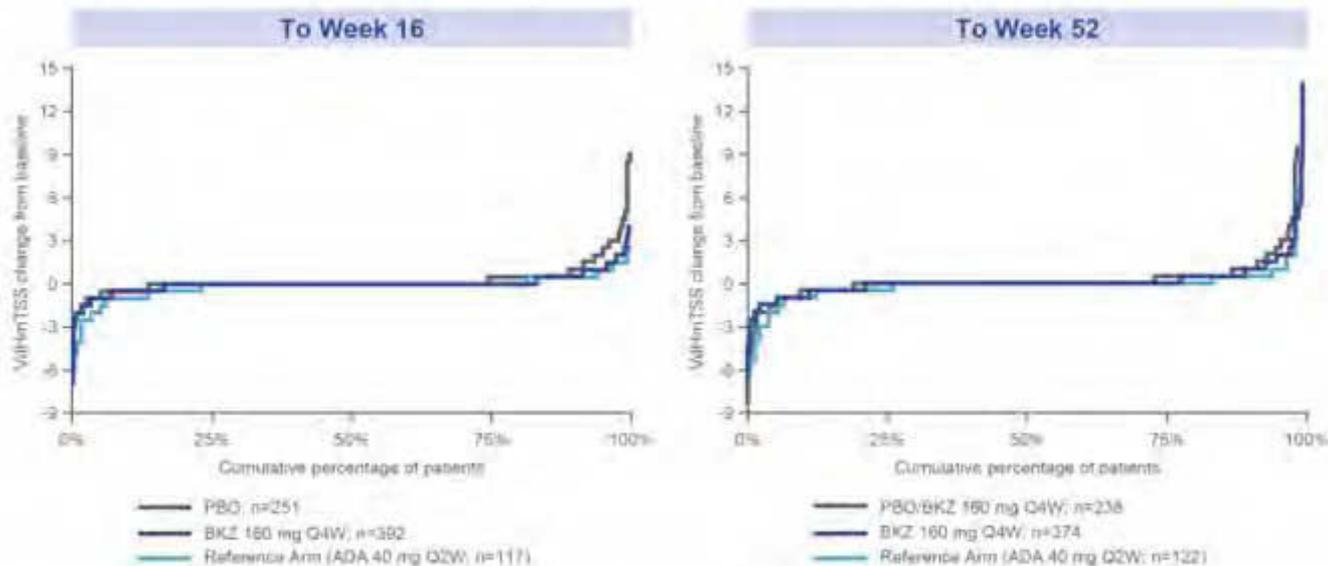
Randomized set. <sup>a</sup>In patients with PsO affecting ≥3% BSA at baseline; PBO/BKZ: n=140; BKZ: n=217; ADA: n=68; <sup>b</sup>Radiographic set, defined as patients who received ≥1 study drug dose and had valid radiographs of hands and feet, assessed by ≥2 reviewers, at screening; <sup>c</sup>Overall radiographic set; PBO/BKZ: n=269; BKZ: n=420; ADA: n=135; <sup>d</sup>At-risk subgroup includes patients in the radiographic set with hs-CRP ≥6 mg/L and/or ≥1 bone erosion at baseline; PBO/BKZ: n=227; BKZ: n=361; ADA: n=112; <sup>e</sup>In patients with enthesitis (LEI) at baseline; PBO/BKZ: n=70; BKZ: n=143; ADA: n=36; <sup>f</sup>In patients with dactylitis (LDI) at baseline; PBO/BKZ: n=33; BKZ: n=56; ADA: n=11. ACR: American College of Rheumatology; ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; BSA: Body Surface Area; CFB: change from baseline; HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire - Disability Index; hs-CRP: high sensitivity C-reactive protein; LDI: Leeds Dactylitis Index; LEI: Leeds Enthesitis Index; MI: multiple imputation; NRI: non-responder imputation; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PBO: placebo; PCS: Physical Component Summary; PsO: Psoriasis; Q2W: every 2 weeks; Q4W: every 4 weeks; SE: standard error; SF-36: Short-Form 36-Item Health Survey; SJC: swollen joint count; TJC: tender joint count; vdHmTSS: van der Heijde modified Total Sharp Score; VLDA: very low disease activity.

Figure 1. ACR50, PASI100, and MDA composite responders to Week 52 [NRI]



Randomized set. Primary endpoint: ACR50 at Week 16. ACR50 measured at Weeks 2, 4, Q4W to Week 36, and Weeks 44 and 52; PASI100 at Weeks 2, 4, Q4W to Week 24, and Weeks 36 and 52; MDA at Week 4, Q4W to Week 24, and Weeks 36 and 52. <sup>a</sup>In patients with psoriasis affecting ≥3% BSA at baseline; PBO/BKZ 160 mg Q4W: N=140; BKZ 160 mg Q4W: N=217; ADA 40 mg Q2W: N=68. ACR: American College of Rheumatology; ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; MDA: minimal disease activity; NRI: non-responder imputation; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PBO: placebo; Q2W: every 2 weeks; Q4W: every 4 weeks.

**Figure 2.** Cumulative probability plot of vdHmTSS change from baseline to Week 16 and Week 52



Radiographic set (patients who received  $\geq 1$  study drug dose and had valid radiographs of hands and feet, assessed by  $\geq 2$  reviewers, at screening). Observed case data reported. Cumulative probability in each dose group in the range of 0–100%. Lower vdHmTSS scores indicate more inhibition achieved. ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; PBO: placebo; Q2W: every 2 weeks; Q4W: every 4 weeks; vdHmTSS: van der Heijde modified Total Sharp Score.

**P320 Figure 3**

**P321. TELECONSULTA ASINCRÓNICA MEDIANTE CHATBOT DE WHATSAPP EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL CONTROLADA CON TERAPIA BIOLÓGICA: MODELO SOSTENIBLE**

Natalia Rivera García<sup>1</sup>, E. Abad-Plou<sup>2</sup>, E. Galíndez-Agirregoikoa<sup>2</sup>, E. Cuende<sup>2</sup>, A.R. Intxaurbe Pellejero<sup>2</sup>, J.M. Blanco Madrigal<sup>2</sup>, L. Vega<sup>2</sup>, C. García<sup>2</sup>, M. Enjuanes<sup>2</sup>, O.B. Fernández-Berrizbeitia<sup>2</sup>, I. Gorostiza<sup>3</sup>, M.L. García Vivar<sup>2</sup> y Grupo INNOBIDE<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Biocruces Bilbao. Bizkaia. <sup>2</sup>Hospital Universitario Basurto. Bilbao. <sup>3</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>4</sup>Grupo INNOBIDE formado por gestores, clínicos, informáticos e investigación de Hospital Universitario Galdakao, clínicos de Hospital Universitario Basurto y con el apoyo de ARAIA SL.

**Introducción:** Antes de la pandemia por COVID, el uso de la telemedicina para el seguimiento de pacientes con enfermedades reumáticas estaba limitado a las zonas con dificultad geográfica o estructural de acceso al reumatólogo. Actualmente parece un modelo más sostenible de consulta, que conlleva ahorro de tiempo y de recursos.

**Objetivos:** Demostrar que la utilización de teleconsulta asincrónica mediante chatbot de WhatsApp para el seguimiento de nuestros pacientes, consume menos tiempo para el paciente y el sistema.

**Métodos:** Estudio prospectivo con control retrospectivo, que incluye pacientes con EspAx axial estable con terapia biológica (TB), reclutados del 01/01 al 30/11/2021. Incluimos 60 pacientes tras 2 abandonos (traslado de domicilio y/o razones personales). Se ofre-

cen 2 consultas telemáticas (usando su teléfono personal), cada 4 meses, y una visita presencial (CP), un año tras la basal. El chatbot envía PROMS (BASDAI, ASDAS, EVA de la enfermedad global del paciente, ASDAS, 3 preguntas sobre clínica extraarticular), los resultados y la cita posterior. En caso de alteración relevante en la analítica o de los PROMS o si el paciente lo solicita, es contactado por el reumatólogo/enfermera a cargo, que resuelve telefónicamente y/o con CP. Se recogen las características de pacientes y de la enfermedad (edad, género, nivel educativo, empleo, actividad de la enfermedad, duración y tratamientos). Se recogen también el número de consultas telefónicas y presenciales, y preferencias del paciente.

**Resultados:** Incluimos 60 pacientes (83,3% hombres), edad media 48,22 años (DE 12,128), 36% menores de 45 años en la inclusión. Un 27% con estudios básicos, 33,9% medios y el 39% superiores. El 83% eran trabajadores activos. 90% Espondilitis Anquilosante (EA), HLA B27 positivo (85%) con enfermedad de larga evolución (media 23 años, DE 12,8), y con el primer (71%) o el segundo (23%) TB (51,7% anti-TNF optimizado). El 50% nunca fumó y el 70% no tenía comorbilidad; El 25% tenían afectación periférica y más del 40% manifestaciones extraarticulares. En la inclusión, el 93,3% estaba en remisión/baja actividad por ASDAS/BASDAI-PCR; 4 pacientes se consideraron controlados a pesar de tener puntuaciones más altas. En el seguimiento 3 pacientes optimizados volvieron a dosis estándar de TB. No hubo empeoramiento clínico ni de calidad de vida significativo entre la visita basal y la final (BASDAI, BASFI, ASDAS-PCR o AsQOL). La puntuación final de la consulta telemática (EVA (1-10)) por los pacientes fue alta: media 9,14 (DE 1,498); y el 83,3%

	PRESENCIAL		VISITAS TELEFONICAS		WhatsApp
	12 meses antes	Durante el estudio	12 meses antes	Durante el estudio	Numero de visitas
<b>MEDIA</b>	3,17 (ED 0,960)	1,20 (DE 0,0514)	0,90 (DE 0,796)	0,62 (DE 0,904)	1,77 (DE 0,500)
<b>SUMA</b>	190	72	54	37	106

**P321 Figura**

prefería seguimiento telemático. Se ahorró el 62% de las CP (hubo 70 en total, 60 programadas y 12 adicionales). El tiempo estimado para la CP para los pacientes fue de 90 ± 30 minutos, incluyendo llegada al hospital y espera. El tiempo del equipo asistencial para la consulta por WhatsApp fue 1/3 del necesario para la presencial.

**Conclusiones:** La teleconsulta asincrónica mediante el chatbot de WhatsApp para seguimiento de nuestros pacientes EA controlados con TB conlleva ahorro de tiempo para el paciente y el sistema. El uso de este modelo de telemedicina asincrónica mediante uso de PROMS en entornos diferentes y en vida real es necesario para obtener estimaciones más precisas en ahorros de tiempo y recursos

**P322. EL TIEMPO DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ESTÁ ASOCIADO CON EL FENOTIPO Y EL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. RESULTADOS DEL REGISTRO REGISPONSER**

Ignacio Gómez-García<sup>1,2,3,4</sup>, María Lourdes Ladehesa-Pineda<sup>1,2,3</sup>, Alejandro Escudero-Contreras<sup>1,2,3</sup>, Pilar Font-Ugalde<sup>1,2,3</sup>, Eduardo Collantes-Estévez<sup>1,2,3</sup>, Patricia Ruiz-Limón<sup>5,6</sup> y Clementina López-Medina<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>UGC de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>2</sup>Universidad de Córdoba. <sup>3</sup>Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara de Puertollano. <sup>5</sup>Departamento de Endocrinología y Nutrición. IBIMA/Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>6</sup>CIBEROBN. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**Objetivos:** a) Comparar las características de EspA en pacientes con y sin EII y b) Comparar las características clínicas y el diagnóstico del reumatólogo en pacientes de SpA con EII según la aparición de la EII (antes vs. después de la aparición de los síntomas reumáticos).

**Resultados:** Un total de 123 de 2.367 (5,2%) pacientes incluidos en el registro REGISPONSER fueron diagnosticados de EII, pero 20 pacientes no tenían disponible la fecha de aparición de la EII. Hubo menor prevalencia de HLA-B27, psoriasis y dactilitis, y menor frecuencia de uveítis en pacientes con EII vs. pacientes con EspA sin EII. Además, estos pacientes eran más jóvenes y tenían menos duración de la enfermedad y menor actividad de la enfermedad (por índices ASDAS y BASDAI) y capacidad funcional (por índice BASRI). Entre los pacientes con EII, 54 (52,4%) ya tenían EII en el momento del inicio de los síntomas reumáticos, mientras que 49 pacientes (47,6%) comenzaron con EII después del inicio de la EspA. El fenotipo periférico [10 (18,5%)

vs. 1 (2%)] se observó con mayor frecuencia en pacientes que ya habían sido diagnosticados de EII cuando comenzaron los síntomas reumáticos mientras que la afectación axial tuvo una menor prevalencia [25 (46,3%) vs. 33 (67,3%)]. También hubo diferencias significativas en el diagnóstico del reumatólogo en estos pacientes, con menor frecuencia de diagnóstico de EspA anquilosante [31 (57,5%) vs. 42 (85,7%)] en el primer grupo. Tras realizar un análisis multivariante con características demográficas y clínicas, obtuvimos un menor retraso diagnóstico [0,90 (IC95% IC 0,82-0,98)] y una menor prevalencia de antígeno HLA-B27 [0,19 (IC95% 0,07-0,52)] en el primer grupo. **Conclusiones:** Los pacientes con EspA con EII tienen una enfermedad menos grave con menor prevalencia de manifestaciones extra-musculoesqueléticas. Cuando la EII se inició antes de los síntomas reumáticos, se asoció a un diagnóstico más temprano y a un fenotipo periférico más frecuente.

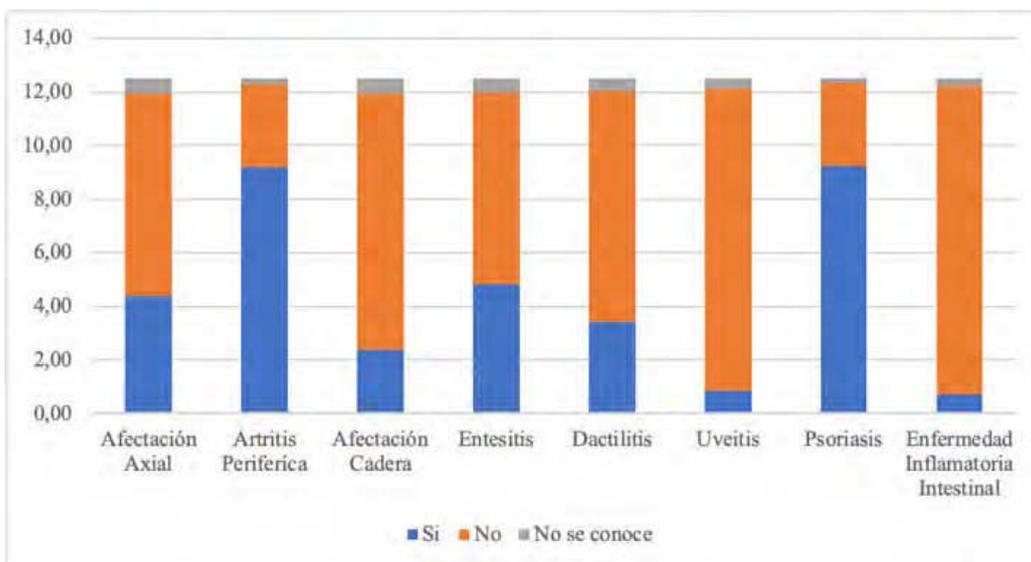
**P323. INCIDENCIA Y DISTRIBUCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA Y RELACIÓN DE LA INCIDENCIA DE DICHA PATOLOGÍA CON LA RENTA MEDIA**

Natalia Palmou-Fontana,<sup>1</sup> Talledo Pelayo Federico<sup>2</sup>, David Cantarero Prieto<sup>2</sup>, Paloma Lanza León<sup>2</sup>, Marina Barreda Gutiérrez<sup>2</sup>, Susana Armesto Alonso<sup>1</sup>, Alfonso Corrales<sup>1</sup>, Javier Rueda-gotor<sup>3</sup>, Vanesa Calvo<sup>1</sup>, Marcos González López<sup>1</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en economía de la Salud de la Universidad de Cantabria-IDIVAL. Santander. <sup>3</sup>Hospital de Sierrallana. Torrelavega.

**Introducción:** En nuestro país, son escasos los estudios sociodemográficos en la artritis psoriásica (APs). A pesar de ser una patología con gran impacto personal, familiar, social y socioeconómico. La investigación de la APs desde una perspectiva sociodemográfica es por lo tanto una “necesidad no cubierta” para detectar las zonas de mayor incidencia, con el fin de poder actuar sobre las mismas.

**Objetivos:** Analizar la incidencia y distribución sociodemográfica de la APs en la Comunidad Autónoma de Cantabria en función del código postal y municipio. Examinar la distribución geográfica de la patología según la Zona Básica de Salud (ZBS) que les corresponda y ver si existe relación entre la incidencia de la patología con la renta media del municipio donde habita.



P323 Figura 1. Manifestaciones extraarticulares y articulares en pacientes adultos (n).

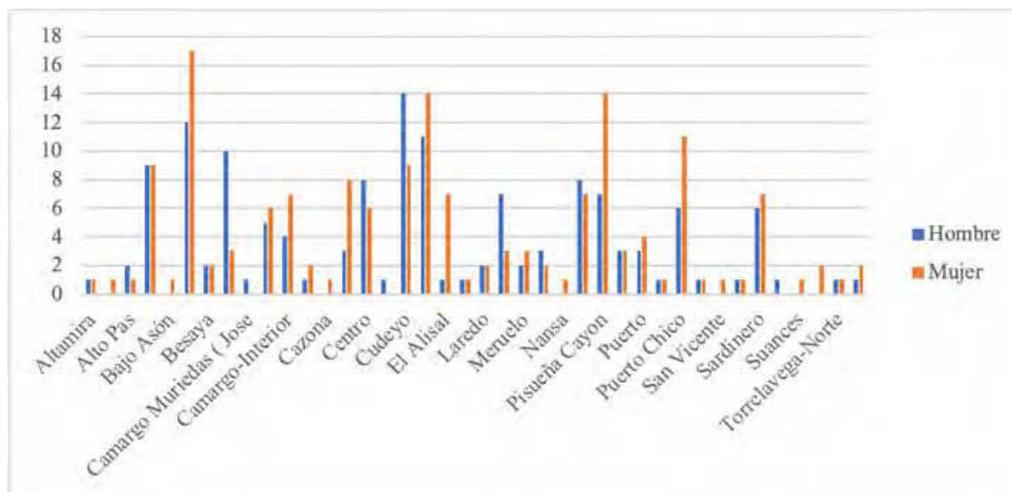


Figura 2

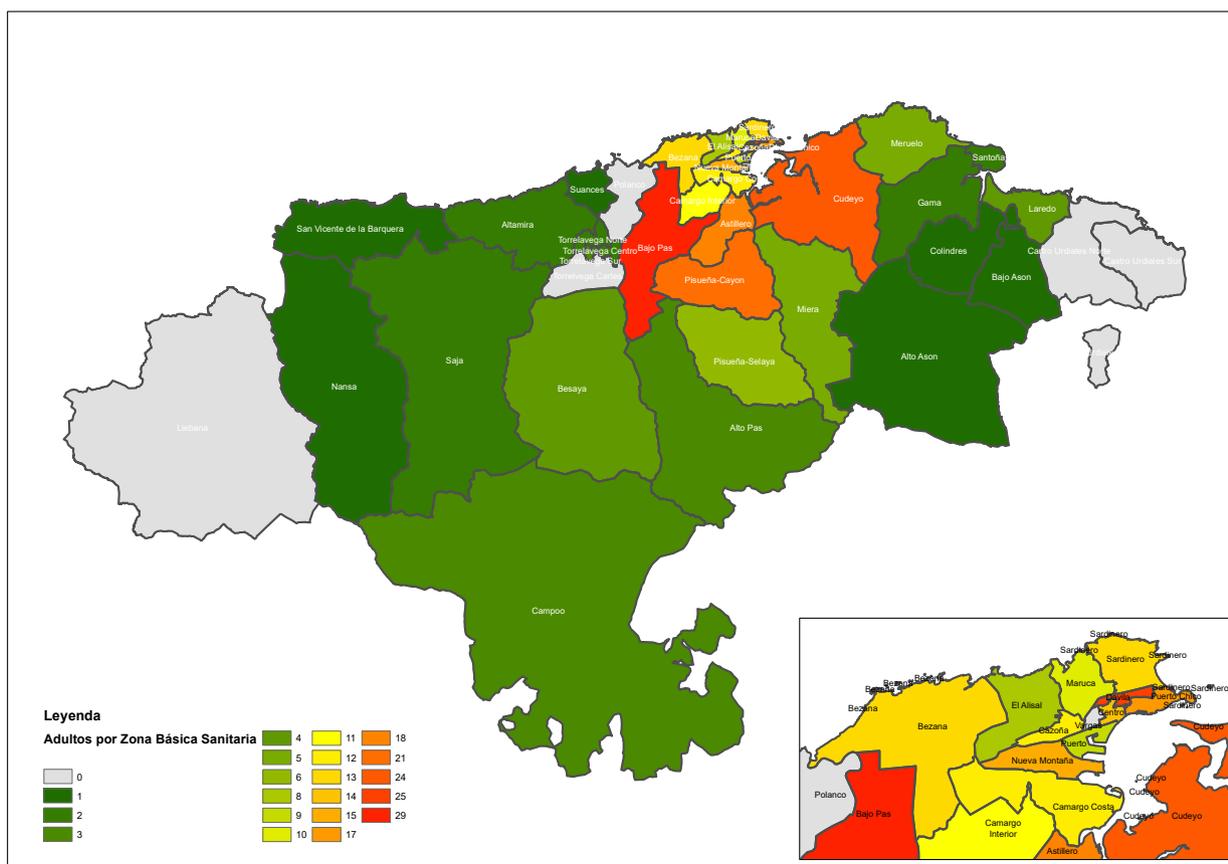


Figura 3

**Métodos:** Se analizaron las variables obtenidas del estudio de 302 pacientes adultos con diagnóstico de APs atendidos consecutivamente por un hospital universitario de tercer nivel. Se consideraron estas variables, a) número codificación aleatorio y anonimizado para evitar duplicidades; b) diagnóstico CIE10 de enfermedad reumatológica; c) edad; d) sexo; e) código postal; f) municipio. Con estas variables, se realiza un análisis estratificado de los pacientes con APs según cada zona geográfica, elaborando un atlas de la enfermedad que sirva para lograr una mejor gestión de los casos (accesibilidad, eficiencia y calidad de la prestación de los servicios sanitarios), así como examinar su evolución.

**Resultados:** Estudiamos 302 (163 mujeres/139 varones) con APs. Las características articulares y extraarticulares de la APs se resume en

la figura 1 y la distribución geográfica según género en la figura 2. En la figura 3 se elabora un atlas de la incidencia de la APs en Cantabria diferenciando por ZBS, municipio y código postal de residencia del paciente y renta media. La mayor incidencia de APs se encuentra en el centro de la región a medida que se acercan a la ciudad de Santander. Este incremento coincide con municipios con una renta neta media muy superior (estadísticamente significativo a un 0,039) (p-valor < 0,05).

**Conclusiones:** Nuestros resultados evidencian la existencia de tendencias sociodemográficas relevantes de la APs en Cantabria que pueden servir para elaborar políticas sanitarias y lograr distribuciones eficientes de los recursos. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio de este tipo en España.

**P324. RESPUESTA A ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL SEGÚN SU PERFIL CLÍNICO. UN ANÁLISIS DE CLÚSTERS PROSPECTIVO**

Carmen Priego-Pérez<sup>1</sup>, Lourdes Ladehesa-Pineda<sup>1,2,3</sup>, Jerusalem Calvo-Guitérrez<sup>1,2,3</sup>, Rafaela Ortega-Castro<sup>1,2,3</sup>, Eduardo Collantes-Estévez<sup>1,3</sup> y Clementina López-Medina<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Córdoba. <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>3</sup>Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

**Introducción:** Los pacientes con espondiloartritis (EspA) se expresan clínicamente como formas predominantemente axiales (EspAax) o predominantemente periféricas, sin que ambos fenotipos sean mutuamente excluyentes. Se ha sugerido que la presencia de manifestaciones periféricas puede influir en la respuesta a terapia biológica, aunque hasta ahora no se haya evaluado la respuesta en función de esa característica.

**Objetivos:** a) Identificar, entre los pacientes con EspA axial (EspAax), la existencia de "clústers" de pacientes en función de la presencia de manifestaciones periféricas y extraarticulares; y b) comparar la eficacia del primer fármaco anti-TNF entre los diferentes clústers tras 6 meses de seguimiento.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico en pacientes con EspAax *naïve* a biológicos que van a comenzar un primer fármaco anti-TNF. Se recogieron datos basales (previo al inicio del fármaco) y tras 6 meses de tratamiento. Se realizó un análisis de clústers utilizando las variables que se refieren a manifestaciones periféricas (artritis, entesitis y dactilitis) y extraarticulares (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal y uveítis) mediante la técnica "k-means" con el programa R software. A continuación, se compararon las características clínicas y sociodemográficas de los clústers utilizando el test t de Student para las variables cuantitativas, y Chi-cuadrado para las cualitativas. Tras 6 meses de tratamiento, se comparó el cambio en los índices de actividad (BASDAI, ASDAS y PCR) entre los clústers. Finalmente, se comparó el porcentaje de pacientes respondedores según las recomendaciones ASAS/EULAR 2016 entre los clústers utilizando el test chi-cuadrado (considerando respondedor una mejoría  $\geq 1,1$  para el índice ASDAS o  $\geq 2,0$  para el índice BASDAI).

**Resultados:** Un total de 90 pacientes con EspAax fueron incluidos en el estudio de forma consecutiva (65,6% hombres con una media de edad de 42,5 (11,8) años y un tiempo de evolución medio de 11,9 (10,7) años). El análisis de clúster reveló la existencia de dos grupos bien diferenciados: el clúster 1 (n = 14, 15,6%) presentaba una mayor prevalencia de manifestaciones periféricas, tales como artritis, entesitis, dactilitis y EII (p < 0,001), así como HLA-B27+ (p = 0,035). Por su parte, el clúster 2 (n = 76, 84,4%) presentaba mayor frecuencia de uveítis (p < 0,035) (Tabla). No hubo diferencias en cuanto a la psoriasis. Tanto el tiempo de evolución como el retraso diagnóstico y la incidencia de tabaquismo fueron superiores en el clúster 2. Se observó que el Clúster 1 presentaba una mejoría más pronunciada

en el ASDAS y BASDAI con respecto al Clúster 2 tras 6 meses (cambio en el ASDAS -2,5 (1,5) vs. -1,4 (1,2), p = 0,029; cambio en el BASDAI -4,1 (0,6) vs. -1,8 (0,3), p = 0,003) (fig.). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al cambio en la PCR. Finalmente, la respuesta a tratamiento anti-TNF fue superior para el clúster 1 frente al 2 (85,7% vs. 48,7%), (p = 0,011).

Comparación de las características clínicas de los dos clústers

	Total (N = 90)	Clúster 1 (N = 14)	Clúster 2 (N = 76)	p
HLA-B27+	71 (78,9%)	14 (100%)	57 (75,0%)	0,035
Artritis	18 (20%)	8 (57,1%)	10 (13,2%)	< 0,001
Entesitis	11 (12,2%)	11 (78,6%)	0 (0,0%)	< 0,001
Dactilitis	9 (10,0%)	6 (42,9%)	3 (3,9%)	< 0,001
Uveítis	19 (21,1%)	0 (0,0%)	19 (25,5%)	0,035
Psoriasis	12 (13,3%)	1 (7,1%)	11 (14,5%)	0,683
EII	9 (10,0%)	5 (35,7%)	4 (5,3%)	< 0,001

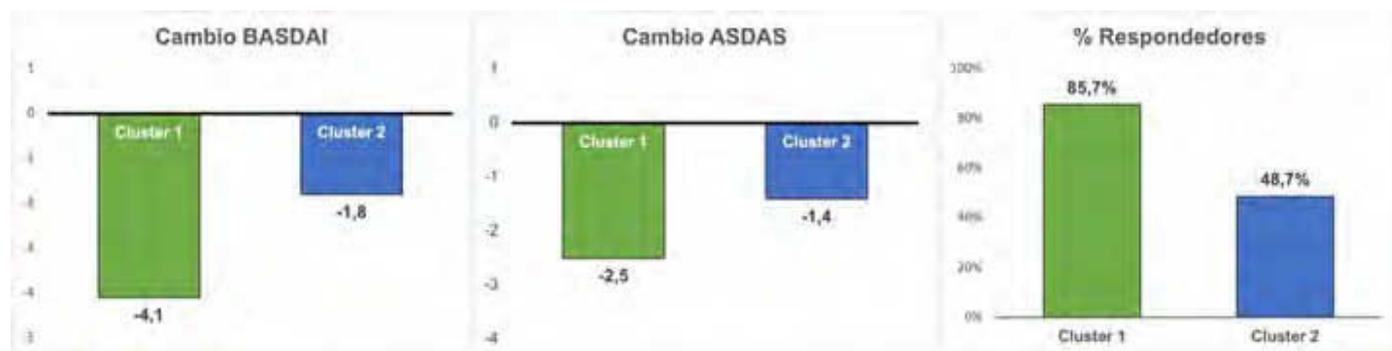
**Conclusiones:** Este estudio sugiere la presencia de dos perfiles clínicos de pacientes con EspAax en la práctica clínica (un fenotipo con alta prevalencia de manifestaciones periféricas-fenotipo mixto-y un fenotipo puramente axial). Los pacientes del fenotipo mixto parecen presentar una mejor respuesta a anti-TNF en comparación con el fenotipo axial tras 6 meses de seguimiento.

**P325. LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO PURE-4 PARA EL CRIBADO DE ARTRITIS PSORIÁSICA TRAS 1 AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS**

Manuel Rubén Queiro Silva<sup>1</sup>, Isabel Belinchón Romero<sup>2</sup>, Ana López-Ferrer<sup>3</sup>, Marta Ferran i Farrés<sup>4</sup>, Raquel Rivera Díaz<sup>5</sup>, David Vidal Sarro<sup>6</sup>, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire<sup>7</sup>, Pablo de la Cueva Dobao<sup>8</sup>, Jorge Santos Juanes<sup>1</sup>, Vicenç Rocamora Duran<sup>9</sup>, Guillermo Guinea Uzabal<sup>10</sup>, Víctor Martín Vázquez<sup>10</sup> y Lara Gómez Labrador<sup>10</sup>, en nombre del PURE-4 Study Group

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. ISABIAL. Alicante. <sup>3</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>6</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. <sup>7</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>8</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>9</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Manacor. Islas Baleares. <sup>10</sup>Novartis Pharmaceuticals Spain.

**Introducción y objetivo:** El cuestionario Psoriatic arthritis Unclutted screening Evaluation (PURE-4), adaptado culturalmente al idioma español siguiendo una metodología estandarizada<sup>1</sup>, ha sido recomendado recientemente por expertos clínicos debido a su redu-



P324 Figura. Comparación de la respuesta terapéutica entre los dos clústers tras 6 meses del inicio del anti-TNF.

Características clínicas y demográficas basales de los pts (EII)

Características	Con diagnóstico APs (n = 12)	Sin diagnóstico APs (n = 205)	No valorables (n = 2)	Total (n = 219)	Valor p
Edad, años, media (DE)	43,4 (12,5)	47,0 (12,5)	39,0 (19,8)	46,8 (12,5)	0,2913
Hombres, n (%)	8 (66,7)	115 (56,1)	0	123 (56,2)	0,4727
Años desde el diagnóstico de la Pso, media (DE)	21,0 (15,2)	18,7 (12,8)	13,1 (9,8)	18,7 (12,8)	0,6564
Localización de la Pso (localizaciones especiales)					
n válida	8	95	1	104	
Pso palmo plantar, n (%)	2 (25,0)	15 (15,8)	0	17 (16,3)	0,5003
Pso ungueal, n (%)	2 (25,0)	45 (47,4)	0	47 (45,2)	0,2225
Pso del cuero cabelludo, n (%)	7 (87,5)	75 (78,9)	1 (100,0)	83 (79,8)	0,5642
Pts en tratamiento para la Pso, n (%)	9 (75,0)	182 (88,8)	2 (100,0)	193 (88,1)	0,1531
PASI, media (DE)	9,4 (6,4)	6,8 (5,0)	9,5 (3,5)	7,0 (5,1)	0,2382
Leve (PASI < 7), n (%)	3 (25,0)	93 (45,4)	0	96 (43,8)	0,1674
Moderada/grave (PASI ≥ 7), n (%)	9 (75,0)	112 (54,6)	2 (100,0)	123 (5,2)	

APs, artritis psoriásica; DE, desviación estándar; n, número de pacientes; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; Pso, psoriasis; Pts, pacientes.

cido número de ítems<sup>2</sup>, su alta sensibilidad/especificidad y la viabilidad de su implementación en práctica clínica. El objetivo de este análisis es confirmar la presencia/ausencia de artritis psoriásica (APs) según criterio reumatológico en pacientes (pts) con psoriasis (Pso) 1 año después de haber respondido el cuestionario PURE-4 en la consulta de dermatología.

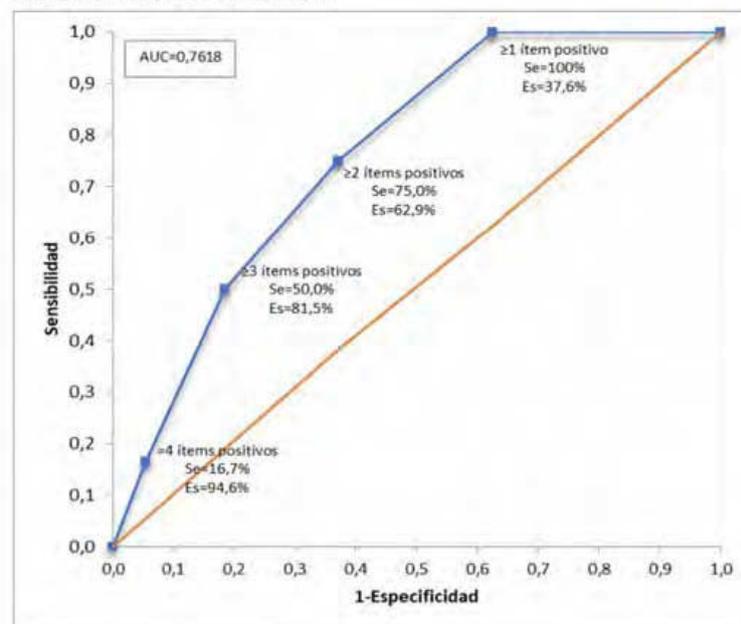
**Métodos:** Estudio transversal, observacional, multicéntrico, realizado con recogida de datos primarios en condiciones de práctica clínica habitual en España. Pts adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de Pso que voluntariamente aceptaron participar. El estudio consta de dos evaluaciones (E) transversales. La EI permitió validar la versión en español del cuestionario PURE-4 y sus resultados fueron previamente comunicados.<sup>3</sup> Aquí se presentan los datos de la EII (los pts sin APs en la EI fueron evaluados por el reumatólogo 1 año ± 2 meses después y este confirmó el diagnóstico de APs según su criterio clínico y recogió las características clínicas de los pts). Un reumatólogo realizaba la visita de la E1 y la de la E2, confirmando o no el diagnóstico de APs.

**Resultados:** En la EI se incluyeron 268 pts, 223 (83,2%) de ellos sin diagnóstico de APs. En la EII fueron evaluables 219 pts que habían realizado la segunda visita en reumatología: 56,2% varones, con una edad media (DE) de 46,8 (12,5) años y un tiempo medio (DE) desde el diagnóstico de Pso de 18,7 (12,8) años (tabla). La puntuación

media (DE) del PURE-4 fue 2,4 (1,1) para los pts con APs y 1,2 (1,2) para los pts sin diagnóstico de APs. Entre los pts que realizaron la EII, el diagnóstico de APs se confirmó en 12 (5,5%) pts. El área bajo la curva *receiver-operating characteristic* (ROC) fue de 0,7618 (IC95%: 0,6530; 0,8706) (n = 217), lo que confirma la buena calidad del cuestionario (fig.). Utilizando el índice de Youden se identificó que una puntuación ≥ 2 indicaba posible presencia de APs, al igual que en la EI. El cuestionario PURE-4 mostró una sensibilidad del 75,0% y una especificidad del 62,9%. En el 63,6% de los casos, el cuestionario PURE-4 clasificó a los pts de la misma forma que el reumatólogo, con un valor predictivo negativo del 97,7%.

**Conclusiones:** Los hallazgos de la EII, junto con los resultados de la EI, demuestran las buenas propiedades de cribado de APs del cuestionario PURE-4, a partir de una puntuación ≥ 2, lo cual difiere del cuestionario original (≥ 1)<sup>4</sup>. Las preguntas del cuestionario PURE-4 referentes a dactilitis, dolor bilateral en los dos glúteos y dolor articular periférico con hinchazón (antes de los 50 años) fueron las más “discriminatorias” de APs. El estudio refuerza la recomendación de valorar anualmente, o idealmente cada 6 meses, la posible presencia de APs<sup>5</sup>, ya que la identificación precoz de la APs gracias a herramientas sencillas como el PURE-4 podría ayudar a prevenir el daño articular irreversible de esta enfermedad.

Figura. Área bajo la curva ROC (EII)



AUC, area under the curve; ROC, receiver-operating characteristic.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Belinchón I, et al. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(8):655-64.
2. Urruticoechea-Arana A, et al. PLoS One. 2021;16(3): e0248571.
3. Queiro Silva R, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81:862-3.
4. Audureau E, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(11): 1950-3.
5. Belinchón I, et al. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(10):835-46.

**P326. INFILTRACIÓN DE LA ARTICULACIÓN SACROILIACA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL. ¿ESTAMOS CAMBIANDO LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?**

Julio Sánchez Martín, Carmen Lasa-Teja, Ana Serrano-Combarro y Ricardo Blando

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

**Introducción:** El dolor en la articulación sacroilíaca (ASI) puede ser mecánico (por ejemplo, disfunción sacroilíaca u osteartrosis) o inflamatorio (espondiloartritis axial)<sup>1</sup>. La infiltración de la ASI con corticoides puede ser una alternativa terapéutica<sup>2</sup>. Sin embargo, los casos que hay reportados normalmente incluyen poblaciones con un breve seguimiento<sup>3</sup>.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de la infiltración con corticoides en la articulación sacroilíaca en patología con dolor de perfil mecánico e inflamatorio.

**Métodos:** Estudio observacional, unicéntrico, de un hospital universitario del norte de España, donde se recogieron 25 pacientes con dolor en ASI que recibieron al menos una infiltración con corticoides desde septiembre del 2021 hasta septiembre del 2022. En todos los casos la infiltración fue realizada por el mismo reumatólogo (J.S.), guiada con ecografía (Logic S8, GE Healthcare®) e inyectando 40 mg de triamcinolona y 1 ml de mepivacaína. Incluimos dos subgrupos de pacientes: a) con dolor mecánico, y b) con dolor inflamatorio de la ASI. La mejoría fue determinada por 1) mejoría del dolor (escala EVA), 2) descenso en el uso de analgesia/AINE o 3) retraso en el comienzo de terapia biológica en espondiloartritis axial.

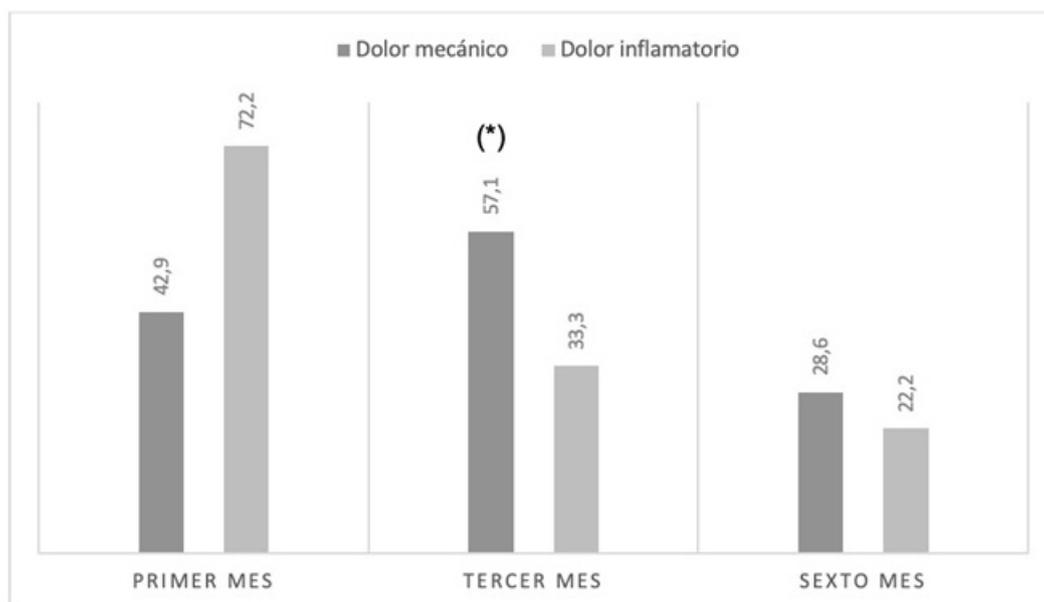
**Resultados:** Se estudiaron 25 pacientes (17 mujeres/8 hombres; con edad media, 43,7 ± 13,7 años). Las patologías mecánicas incluían disfunción sacroilíaca (n = 3) y artrosis (n = 4); las inflamatorias eran espondiloartritis axial (n = 18). Los pacientes del grupo inflamatorio

eran principalmente mujeres jóvenes. Las principales características clínicas se muestran en la tabla. La mejoría del dolor fue mayor a) tras un mes de la infiltración en el grupo inflamatorio (72,2% frente a 42,9%), b) tras tres meses, en el grupo mecánico (57,1% frente a 33,3%; p = 0,003) (fig.). Otros resultados que obtuvimos fueron: a) retraso en el inicio de tratamiento biológico (38,9%) en la espondiloartritis axial, siendo innecesario en casi la mitad de ellos a los 12 meses de la infiltración. b) ahorro en el uso de AINE, especialmente en los casos de dolor de etiología inflamatoria (38,9% frente a 28,6%).

Principales características basales y resultados de los 25 pacientes con dolor en ASI tratados con infiltración de corticoides guiada por ecografía

	Mecánico (n = 7)	Inflamatorio (n = 18)	Total (n = 25)	p
<b>Características generales basales</b>				
Edad (años), media ± DE	50,14 ± 10,0	41,22 ± 14,1	43,7 ± 13,7	0,147
Sexo, femenino/masculino n, %	4 (50)	13 (72,2)	17 (68)	0,468
Otra clínica	0	7 (30,4)	7 (28)	0,052
<b>Pruebas de imagen</b>				
Sacroilitis en pruebas imagen, n (%)	0 (0)	9 (50)	9 (36)	0,019
Signos degenerativos, n (%)	2 (28,6)	1 (5,6)	3 (12)	0,112
<b>Resultados</b>				
Mejoría de la infiltración de ASI el primer mes, n (%)	3 (42,9)	13 (72,2)	16 (64)	0,819
Respuesta parcial	1 (14,3)	3 (16,7)	4 (16)	0,019
Respuesta significativa	2 (28,6)	10 (55,6)	12 (48)	
Mejoría de la infiltración de ASI al tercer mes, n (%)	4 (57,1)	6 (33,3)	10 (40)	0,003
Respuesta parcial	3 (42,9)	1 (5,6)	4 (16)	0,169
Respuesta significativa	1 (14,3)	5 (27,8)	6 (24)	
Mejoría de la infiltración de ASI al sexto mes, n (%)	2 (28,6)	4 (22,2)	6 (24)	0,205
Respuesta parcial	1 (14,3)	1 (5,6)	2 (8)	0,884
Respuesta significativa	1 (14,3)	3 (16,7)	4 (16)	
Descenso uso AINE, 3 mes, n (%)	2 (28,6)	7 (38,9)	9 (36)	0,562
Retraso en el inicio de terapia biológica, 3 mes, mediana [RIQ]	NA	7 (38,9)	NA	NA

**Conclusiones:** La inyección de corticoides en la ASI puede ser útil en el dolor mecánico e inflamatorio de la articulación sacroilíaca. La mejoría del dolor fue más prolongada en el dolor de origen mecánico, pero más relevante en la espondiloartritis axial, lo que conllevó a ahorrar en el uso de AINE y retrasar o incluso evitar el



**P326 Figura.** Mejoría en el dolor de la articulación sacroilíaca tras la inyección con corticoides en patología de perfil mecánico e inflamatorio. Los datos expresados se obtuvieron a partir de la media de la escala EVA.

tratamiento biológico. Son necesarios estudios con un mayor número de casos para completar la serie.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Raj MA, et al. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2022 Sep 4. PMID: 29261980.
2. Şahin, et al. Tuncay. 2012;27:165-73.
3. Hansen HC, et al. Pain Physician. 2007;10:165-84.

**P327. ANÁLISIS DE LAS PAUTAS DE OPTIMIZACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA TRATADOS POR OBJETIVOS CON BIOLÓGICOS**

María Carmen Ortega de la O<sup>1</sup>, Alberto Onteniente González<sup>2</sup>, Ángel Aragón Díez<sup>1</sup> y Teresa Molina García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.

**Introducción:** La remisión clínica es actualmente el principal objetivo del tratamiento en la espondiloartritis (EspA). Dado el alto costo de los tratamientos biológicos y que los pacientes desean limitar su exposición a largo plazo a la terapia biológica, se han considerado como posibles opciones para mantener la remisión, la reducción de la dosis u optimización (OP) e incluso la suspensión total del tratamiento biológico o descanso terapéutico (DT).

**Objetivos:** Determinar las características clínicas de pacientes que se encuentran en OP y DT al final del seguimiento en una cohorte de pacientes tratados por objetivos y en pauta de OP.

**Métodos:** Se recogieron retrospectivamente las características clínicas de los pacientes de nuestro Servicio de Reumatología diagnosticados de EspA y seguidos mediante tratamiento por objetivos utilizando un biológico subcutáneo. Se consideró remisión/baja actividad (R/BA) de la EspA cuando el BASDAI era ≤ 4. En aquellos pacientes en los que se consiguió R/BA, de acuerdo con el enfermo se aplicó pauta de OP previamente establecida para cada biológico: OP<sub>1</sub> y OP<sub>2</sub> (tabla 1) y OP<sub>3</sub> para cualquier opción de prolongación de intervalos superior. La OP<sub>0</sub> se aplicó a los que no estaban optimizados. En aquellos en los que la R/BA se prolongó en el tiempo se inició un DT libre de tratamiento biológico.

Tabla 1. Pautas de optimización OP<sub>1</sub> y OP<sub>2</sub>.

	OP <sub>1</sub>	OP <sub>2</sub>
Etanercept (ETN)	25 mg/sem o 50 mg/10 días	25 mg/10 días o 50 mg/2 sem
Adalimumab (ADA)	40 mg/3sem	40 mg/4sem
Certolizumab pegol (CER)	200 mg/3 sem	200 mg/4 sem
Golimumab (GOL)	50 mg/5 sem	50 mg/6 sem
Secukinumab (SEC)	150 mg/5 sem	150 mg/6 sem

**Resultados:** Setenta y dos pacientes diagnosticados de EspA fueron tratados por objetivos con biológicos, 10 ETN, 30 ADA, 17 CER, 8 GOL y 4 SEC entre enero de 2014 y diciembre de 2022. Tres pacientes se perdieron en el seguimiento. Treinta y seis pacientes seguían con la dosis administrada inicialmente en OP<sub>0</sub>. Treinta y tres pacientes (45%) estaban en OP o en DT. De estos, seis pacientes recibían la pauta OP<sub>1</sub>, doce la OP<sub>2</sub> y nueve pacientes la OP<sub>3</sub>. De los treinta y tres pacientes optimizados, 22 (67%) lo estaban con su primer biológico. Ocho pacientes iniciaron un DT, de los cuales 6 lo mantuvieron

**Tabla P327**

Tabla 2. Pacientes que continúan en descanso terapéutico

Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico	Tiempo hasta inicio biológico (en meses)	Biológicos previos	Biológico actual	Duración tratamiento hasta DT (en meses)	Duración remisión sin biológico (en meses)	BASDAI actual
1	Varón	32	168	0	ETN	29	88	1
2	Mujer	36	92	0	ADA	29	86	0,6
3	Varón	47	209	0	ADA	117	47	3,5
4	Varón	41	141	0	ETN	60	46	4
5	Mujer	16	2	0	ADA	57	35	4
6	Varón	31	3	0	ETN	53	50	0,3

hasta el final del estudio (tabla 2), 4 eran varones y 2 mujeres con edades al diagnóstico comprendidas entre 16 y 47 años. Ninguno había sido tratado previamente con biológicos. La duración de la enfermedad en el momento del inicio del biológico se comprendía entre 2 y 209 meses. Tres habían recibido ADA y 3 ETN. La duración del tratamiento con el biológico previo al DT se situaba entre 29 y 117 meses. La duración de la R/BA al final del seguimiento osciló entre 35 y 88 meses, manteniendo la R/BA todos ellos. Dos pacientes que habían recibido ambos ETA, iniciaron un DT, uno en 2 ocasiones de 9 y 45 meses de duración con reactivación posterior de la enfermedad en ambas, que requirió reiniciar tratamiento con el mismo biológico consiguiendo de nuevo la R/BA y la OP<sub>1</sub>. El otro paciente, precisó de nuevo tratamiento con ADA por recidiva de una EII, no de la afectación axial.

**Conclusiones:** La OP es posible en el 45% de nuestros pacientes en tratamiento biológico, sin perder la R/BA de la EspA lo que permite la reducción de costes contribuyendo a la viabilidad de nuestro sistema sanitario. La mayoría de nuestros pacientes optimizados o en DT lo estaban con su primer biológico lo cual hace pensar que aquellos pacientes que responden bien a un primer biológico durante un tiempo prolongado pueden conseguir optimizaciones más duraderas e incluso un DT. En nuestra población con EspA, el DT es poco frecuente y se puede acompañar de una recaída.

**P328. RELACIONES ENTRE LA INHIBICIÓN DE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA Y EL LOGRO DE BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD O REMISIÓN Y SUS COMPONENTES CENTRALES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON SECUKINUMAB EN EL ESTUDIO FUTURE 5 DURANTE LAS PRIMERAS 24 SEMANAS**

Emma Beltrán Catalán<sup>1</sup>, P.J. Mease<sup>2</sup>, A.M. Orbai<sup>3</sup>, B. Parikh<sup>4</sup>, C. Gaillez<sup>5</sup>, X. Meng<sup>6</sup> y C.T. Ritchlin<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Rheumatology. Seattle. EE. UU. <sup>3</sup>Johns Hopkins University School of Medicine. Division of Rheumatology. Psoriatic Arthritis Program. Baltimore. EE. UU. <sup>4</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. Rheumatology. East Hanover. EE. UU. <sup>5</sup>Novartis Pharma AG. Rheumatology. Basel. Suiza. <sup>6</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. Biostatistics. East Hanover. EE. UU. <sup>7</sup>University of Rochester Medical Center. Division of Allergy. Immunology. and Rheumatology. Rochester. EE. UU.

**Introducción y objetivo:** Los pacientes con artritis psoriásica (APs) activa experimentan una inflamación que puede dar lugar a daño estructural y discapacidad. En el estudio de fase 3 FUTURE 5, el tratamiento con secukinumab (SEC) inhibió la progresión radiográfica y condujo a una remisión mantenida y baja actividad de la enfermedad (LDA, según sus siglas en inglés) hasta la semana 104<sup>1,2</sup>. Este análisis *post hoc* del estudio FUTURE 5 exploró las relaciones entre el estado de progresión radiográfica y el alcance de LDA o remisión en pacientes tratados con SEC.

**Métodos:** Los pacientes fueron aleatorizados 2:2:2:3 para recibir SEC 300 mg con dosis de carga (DC), 150 mg DC, SEC 150 mg sin DC o placebo al inicio, a las semanas 1, 2, 3, 4 y cada 4 semanas a partir

**Tabla P328**

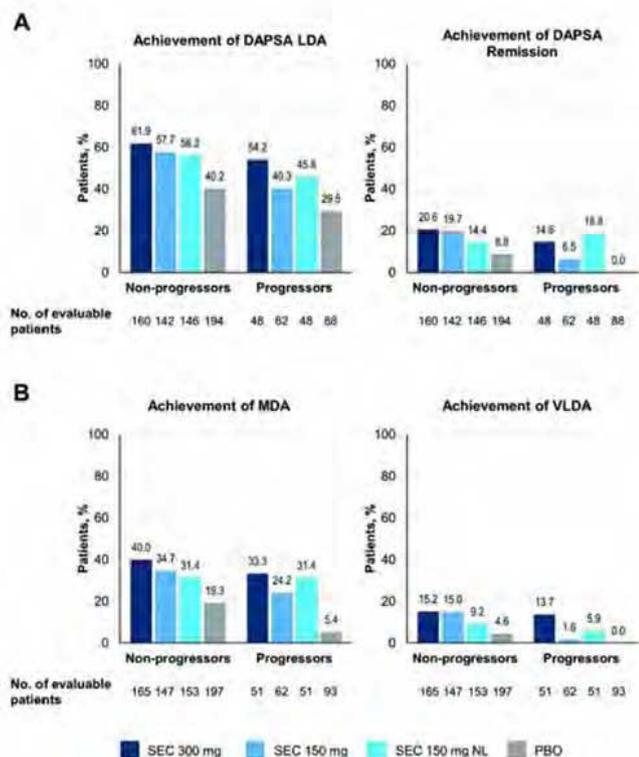
Proporción de pacientes que lograron los componentes de MDA/VLDA a la Semana 24 agrupados por estado de progresión radiográfica a la semana 24

Resultado, n/N (%)	Semana 24 no progresores				Semana 24 progresores			
	SEC 300 mg (n = 166)	SEC 150 mg (n = 150)	SEC 150mg SDC (n = 159)	PBO (n = 200)	SEC 300 mg (n = 51)	SEC 150 mg (n = 63)	SEC 150mg SDC (n = 51)	PBO (n = 93)
TJC78 ≤ 1	52/161 (32,3)	46/146 (31,5)	37/150 (24,7)	38/196 (19,4)	15/50 (30,0)	13/62 (21,0)	13/49 (26,5)	11/90 (12,2)
SJC76 ≤ 1	105/160 (65,6)	85/146 (58,2)	83/150 (55,3)	88/196 (44,9)	32/50 (64,0)	28/62 (45,2)	20/49 (40,8)	30/90 (33,3)
PASI ≤ 1 o BSA ≤ 3%	99/128 (77,3)	90/128 (70,3)	69/109 (63,3)	64/153 (41,8)	29/38 (76,3)	27/47 (57,4)	28/40 (70,0)	26/70 (37,1)
Paciente con dolor VAS ≤ 15	57/144 (39,6)	50/133 (37,6)	50/141 (35,5)	33/179 (18,4)	14/42 (33,3)	15/60 (25,0)	13/43 (30,2)	7/82 (8,5)
PtGA VAS ≤ 20	63/145 (43,4)	47/125 (37,6)	50/135 (37,0)	39/173 (22,5)	13/41 (31,7)	14/61 (23,0)	13/41 (31,7)	7/81 (8,6)
HAQ-DI ≤ 0,5	72/135 (53,3)	55/118 (46,6)	54/122 (44,3)	47/158 (29,7)	13/39 (33,3)	18/58 (31,0)	17/39 (43,6)	19/77 (24,7)
Puntos sensibles de entesis ≤ 1	70/87 (80,5)	44/63 (69,8)	42/76 (55,3)	45/88 (51,1)	13/18 (72,2)	17/31 (54,8)	11/19 (57,9)	23/38 (60,5)

BSA, body surface area; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire Disability Index; MDA, Minimal Disease Activity; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PBO, placebo; PtGA, patient global assessment of disease activity; SDC, sin dosis de carga; SEC, secukinumab; SJC, swollen joint count; TJC, tender joint count; VAS, visual analog scale; VLDA, Very Low Disease Activity.

de entonces hasta la Semana 24. En este análisis *post hoc* los pacientes se agruparon por estado de progresión radiográfica a la semana 24 (progresores no radiográficos: cambio desde la basal en la puntuación Sharp total modificada [mTSS] ≤ 0,0; progresores radiográficos: cambio desde la basal en mTSS > 0,0). La eficacia (alcanzar Minimal Disease Activity [MDA] o Very Low Disease Activity [VLDA] y sus componentes individuales, y Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis [DAPSA] LDA o remisión) se evaluó a la semana 24.

**Figura 1.** Proporción de pacientes que logran (A) DAPSA LDA y DAPSA remisión\* y (B) MDA y VLDA<sup>‡</sup> a la Semana 24 agrupados por estado de progresión radiográfica a la Semana 24



\*DAPSA LDA definido como DAPSA ≤ 14; DAPSA remisión definida como DAPSA ≤ 4.

‡MDA se define como el logro de 5 de los siguientes 7 criterios: TJC ≤ 1; SJC ≤ 1; PASI ≤ 1 o BSA ≤ 3%; dolor del paciente VAS ≤ 15; actividad global de la enfermedad del paciente VAS ≤ 20; HAQ-DI ≤ 0,5; TEP ≤ 1. VLDA se define como el logro de los 7 criterios.

BSA, body surface area; DAPSA, Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire Disability Index; LDA, Low Disease Activity; MDA, Minimal Disease Activity; NL, sin dosis de carga; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PBO, placebo; SEC, secukinumab; SJC, swollen joint count; TEP, tender entheses point; TJC, tender joint count; VAS, visual analog scale; VLDA, Very Low Disease Activity.

**Resultados:** De 933 pacientes con datos disponibles, 675 (72,3%) se clasificaron como progresores no-radiográficos y 258 (27,7%) fueron progresores radiográficos a la Semana 24. Los no-progresores a la Semana 24 presentaban más probabilidades de lograr DAPSA LDA y remisión a la Semana 24 que los progresores en todos los brazos de tratamiento (fig. 1A). Además, los no-progresores presentaban más probabilidades de lograr MDA y VLDA a la semana 24 que los progresores en todos los brazos de tratamiento (fig. 1B). Se observaron tendencias similares para todos los criterios individuales de MDA/VLDA a la semana 24 entre los pacientes tratados con SEC 300 mg o SEC 150 mg DC (tabla). En particular, los no-progresores presentaban más probabilidades de lograr mejoras en la función física, el dolor y la evaluación global de la actividad de la enfermedad del paciente que los progresores en todos los brazos de tratamiento.

**Conclusiones:** Los pacientes que no presentaron progresión radiográfica durante 6 meses de tratamiento con SEC tenían más probabilidades de lograr LDA o remisión y mejoría en la función física a la semana 24. Los análisis adicionales explorarían las relaciones entre la progresión radiográfica y los resultados clínicos adicionales informados por el paciente durante períodos de tiempo más prolongados.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mease P, et al. RMD Open. 2021;7:e001600.
2. Coates LC, et al. Ann Rheum Dis. 2021;80:803-4.

**P329. USO COMBINADO DE APREMILAST CON BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA GRAVE**

María Carmen Ortega de la O<sup>1</sup>, Raquel Aragón Miguel<sup>2</sup>, Alberto Onteniente González<sup>3</sup>, Isabel Martín González<sup>2</sup>, Ángel Aragón Díez<sup>1</sup> y Teresa Molina García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Getafe. <sup>3</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.

**Introducción:** En la enfermedad psoriásica (EPS) pueden afectarse múltiples dominios cuya patogenia está regulada por una o más citoquinas, generalmente el TNF y la IL-17. A menudo el bloqueo de una de estas citoquinas no consigue el adecuado control de otros dominios regulados por otra(s) citoquina(s).

**Objetivos:** Determinar si la combinación de apremilast (APR), un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, con un fármaco biológico, permite el adecuado control de aquellos dominios que, a pesar del tratamiento existente, no responden de manera adecuada.

**Métodos:** Recogimos retrospectivamente los pacientes tratados en nuestra consulta Derma-Reuma con biológicos: adalimumab (ADA), etanercept (ETA), secukinumab (SEC), ixekizumab (IXE), ustekinumab (UST), guselkumab (GUS), brodalumab (BRO), risankizumab (RIS) y que precisaron durante al menos 3 meses para el adecuado control de las manifestaciones de la EPS el uso combinado con APR. En cada paciente se recogió edad, sexo, número de fármacos modificadores de enfermedad (FAME) previos recibidos (incluidos para la

**Tabla P329**

Características de los pacientes

Edad	Sexo	Duración enfermedad (años)	Dominios afectados	FAMEs previos	Biológico y tiempo en combinación (meses)	Optimización	Suspensión y causa
52	M	7	A, C, O	3	ADA (9) SEC (36)	Sí	No
59	M	4	D, O	3	ETN (6)	No	Sí (diarrea)
75	M	29	A, O	12	SEC (11), IXE (48)	Sí	No
49	M	7	C, A	6	IXE (3)	No	Sí (diarrea)
51	V	9	A, C, E	9	UST (5), GUS (26)	Sí	No
56	V	26	A, C	7	GUS (12)	No	Sí (ineficacia)
63	V	12	A, C	6	IXE (12)	No	No
54	M	2	C, A, E	2	ADA (4), IXE (27)	No	No
59	V	4	A, C, E	4	SEC (22)	No	No
64	V	4	A, C, O, D	1	SEC (44)	Sí	No
64	V	13	A, C	7	SEC (2), GUS (39)	Sí	No
61	V	3	A, C, E	2	UST (44)	Sí	No
48	V	2	C, D, E	10	BRO (2), RIS (7)	No	Sí (diarrea)
50	V	11	A, C, D, O	6	GUS (17)	No	No
48	V	4	A, C	3	IXE (47)	Sí	No
45	M	11	C	3	IXE (5)	No	No
35	V	6	A, O	1	ADA (79)	Sí	No

A: articular (artritis y/o axial); C: cutáneo; O: onicopatía; D: dactilitis; E: entesitis.

piel), duración de la EPS, dominio afectado, causas de suspensión si no mantenía la combinación (toxicidad o ineficacia) y si se encontraban en pauta de optimización al final del seguimiento (tabla). Se consideró la optimización cuando los pacientes en los que se consiguió la remisión o baja actividad y de acuerdo con el enfermo se redujo la dosis o se prolongó la administración de esta según pauta de OP previamente establecida para cada biológico o APR. Los pacientes fueron tratados por objetivos mediante el control de la actividad de la EPS, utilizando el Minimal Disease Activity y/o Disease Activity in PSoriatic Arthritis.

**Resultados:** Entre junio 2016 y enero de 2023, 17 pacientes diagnosticados de EPS, de entre 35 y 75 años, 11 varones y 6 mujeres, cuyos tratamiento previos con FAME oscilaron entre 1 y 12 tratamientos, recibieron 23 ciclos de tratamiento combinado, IXE (6), SEC (5), GUS (4), ADA (3), UST (2), ETA (1), RIS (1) y BRO (1). Seis pacientes recibieron 2 tratamientos distintos. La duración de la EPS oscilaba entre 2-29 años. Los dominios afectados fueron la artritis (13 pacientes), piel (14), uñas (6), entesitis (5), axial (3) y dactilitis (3). Al final del seguimiento 13 pacientes mantenían el tratamiento, de los cuales 8 consiguieron un control adecuado de la enfermedad lo que permitió la optimización del tratamiento con APR y además en 1 caso con SEC. De los 4 tratamientos que no se continuaron, 1 lo suspendió por ineficacia y 3 por diarrea. El tiempo de mantenimiento del tratamiento combinado osciló entre 3-79 meses. No se observaron efectos adversos graves durante el seguimiento (tabla).

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes principalmente combinamos APR con bloqueantes de la IL-17 o IL-23. Aunque el bloqueo de IL-17 o IL-23 es un excelente tratamiento para la EPS, en pacientes complejos con múltiples dominios afectados puede requerir una adicional supresión de otras citoquinas reguladoras. La combinación de anti IL-17 o anti IL-23 con APR parece especialmente eficaz y seguro en nuestros pacientes con EPS grave frente a la asociación con anti TNF en que su combinación con APR parece menos complementaria. El impacto económico de la combinación puede reducirse si se obtiene un control adecuado de la actividad de la EPS y se optimiza.

**P330. OPTIMIZACIÓN DEL VIAJE DEL PACIENTE CON ESPONDILOARTROPATÍA AXIAL: REDUCCIÓN DEL TIEMPO A DIAGNÓSTICO Y DE SUS COSTES EVITABLES DERIVADOS**

Eduardo Flores Fernández, Carlos Valera-Ribera, Pablo Andújar-Brazal, Adrián Mayo-Juanatey, I. Vázquez-Gómez, Elia Valls-Pascual, À. Martínez-Ferrer, D. Ybáñez-García y J.J. Alegre-Sancho

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

**Introducción:** El retraso diagnóstico en la espondiloartropatía axial (EspAx), según el Atlas de Espondiloartritis Axial en España de 2017 es de 8,5 años de media y supone un coste medio por paciente de 659,8€. Es fundamental trabajar de forma coordinada con la atención primaria (AP), las urgencias y las especialidades implicadas en el sistema musculoesquelético para incentivar la detección precoz de pacientes con sospecha de EspAx y así reducir el tiempo de diagnóstico y los costes derivados del mismo. La creación de circuitos de derivación a Reumatología es una herramienta de gestión útil para mejorar la calidad asistencial y potenciar la estandarización de procesos con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial.

**Objetivos:** Analizar el tiempo de retraso diagnóstico y los costes adicionales derivados del mismo de pacientes diagnosticados de EspAx tras la implantación de un circuito de derivación preferencial a Reumatología.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron los datos de pacientes remitidos al Servicio de Reumatología del Hospital Doctor Peset desde enero a noviembre de 2021 cuyo diagnóstico definitivo fue EspAx. Previamente se realizaron reuniones informativas con los servicios de AP, Urgencias, Traumatología, Rehabilitación y Radiodiagnóstico del centro para incentivar la derivación activa y precoz de pacientes con sintomatología o alteraciones radiológicas sugestivas de EspAx. Se recogieron datos desde el primer contacto con los servicios mencionados hasta su remisión y su diagnóstico definitivo, así como el número de consultas, de pruebas complementarias (analíticas y de imagen), y los costes directos derivados de todas ellas. Estos datos se compararon con los recogidos en los años previos a la implantación del circuito de derivación (2019 y 2020), siguiendo los mismos criterios.

**Resultados:** Durante el periodo de observación se diagnosticaron 11 pacientes con una mediana de edad de 41 años siendo un 55% de ellos varones. Nueve pacientes (45%) fueron remitidos desde AP y también 9 pacientes desde Urgencias. Un paciente fue remitido desde Radiodiagnóstico. El tiempo medio de retraso diagnóstico fue de 9 meses, con una reducción del 59% con respecto al tiempo hasta diagnóstico en 2019 y 2020, que fue de 2 años de media. También se redujeron el número de consultas y de pruebas complementarias evitables en un 50,5% y un 95,5% respectivamente. En global, hubo una reducción de costes evitables de 5.034€, un 59,15% con respecto al periodo previo analizado. El coste medio adicional por paciente de aquellos no remitidos directamente a reumatología (2 pacientes) o que tuvieron que acudir a Urgencias (5 pacientes) fue de 558€, un 20% menos con respecto al periodo previo analizado.

**Conclusiones:** La creación de circuitos de derivación preferencial de pacientes con sospecha de EspAx es una herramienta útil que per-

mite la reducción del tiempo diagnóstico, de pruebas complementarias evitables y de los costes derivados. Se han conseguido unos resultados favorables a pesar de que el circuito ha tenido una implantación parcial en nuestro centro y por ello consideramos necesario continuar colaborando con los servicios implicados para conseguir una mayor difusión del circuito y aumentar así la eficiencia del mismo.

**P331. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE ACCESO RÁPIDO A RESONANCIA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL**

Iván del Bosque Granero<sup>1</sup>, Marta Valero Expósito<sup>1</sup>, José Acosta Batlle<sup>2</sup> y Mónica Vázquez Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.<sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** La resonancia magnética (RM) es una herramienta útil y con frecuencia necesaria para el diagnóstico y valoración de actividad en las espondiloartritis axiales (EspAax). Pese a su utilidad es una prueba de difícil acceso que precisa habitualmente de largos tiempos de espera. En la EspAax, con un retraso diagnóstico estimado de 2,5 años, el acceso preferente para la realización de una RM y su evaluación por radiólogos especializados, podría mejorar los resultados de salud acortando los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar en pacientes con EspAax el tiempo desde la consulta hasta la realización de la RM y valorar si existe mejoría en la atención al paciente acortando tiempos de diagnóstico y cambios en la actitud terapéutica.

**Métodos:** Como parte la obtención del certificado de Excelencia en la consulta monográfica de espondiloartritis axial de nuestro hospital, se realizó un trabajo coordinado con el Servicio de Radiología para la realización precoz (antes de 30 días desde la petición de la prueba) de una RM de sacroilíacas o columna en base a la demanda de peticiones de RM desde la consulta. Se generó una petición preferente de RM según un protocolo establecido con Radiología en pacientes con sospecha alta de espondiloartritis o espondiloartritis diagnosticada y sospecha de actividad por imagen, especificándolo en el motivo de petición para diferenciar estas peticiones del resto. Se compararon 2 periodos de tiempo: un “periodo basal” en el que las RM se solicitaban por una vía no preferente entre el 1 de enero y 14 de agosto de 2022; y un periodo “periodo de rápido acceso a RM” entre el 15 de agosto y el 30 de noviembre de 2022. Este proyecto no ha sido evaluado por un comité ético dado que se trata de una evaluación de calidad y gestión que no incluye datos personales de pacientes.

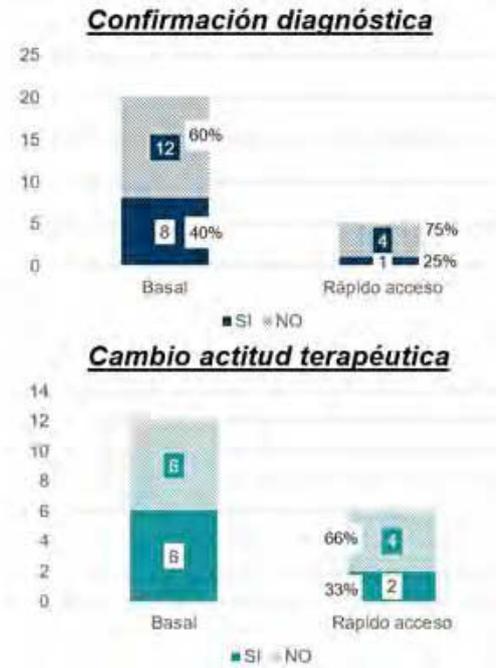
**Resultados:** En el periodo basal se solicitaron 32 RM, de las cuales el 81% correspondían a pacientes con EspAax o sospecha. En el periodo de rápido acceso a RM se solicitaron 11 RM, que correspondieron en un 91% a pacientes con EspAax pura y un 9% a pacientes con EII con EspAax o sospecha. No hubo pacientes con artritis psoriásica con afectación axial.



P331 Figura 1. Porcentaje de diagnósticos por RMN en periodo basal (izquierda) y en el periodo de rápido acceso a RM (derecha).



P331 Figura 2. Tiempos de acceso a la RM entre ambos periodos (izquierda) y tiempo desde la primera visita hasta el diagnóstico en ambos periodos (derecha).



P331 Figura 3. Motivo de solicitud de la RM en ambos periodos (izquierda).

riásica en este último periodo dado que existe otra consulta mono-gráfica en nuestro servicio dirigida a esta patología (fig. 1). La media de tiempo hasta la realización de la RM en el periodo basal fue de 121 días, con una mediana de 102 días, mientras que en el periodo de rápido acceso a RM tanto la media como la mediana se redujeron a 16 días. El tiempo desde la primera visita en consulta hasta el diagnóstico se redujo de 191 a 114 días en el periodo de rápido acceso a RM, que supone una diferencia de 77 días (fig. 2). En cuanto al motivo de solicitud de la RM, este fue mayoritariamente para el diagnóstico de EspAax en el periodo basal (63% de los motivos de petición), mientras que en el periodo de rápido acceso a RM fue la valoración de la actividad de enfermedad en un 55%. En ambos grupos, la RM no mostró hallazgos típicos de EspAax en la mayoría de casos. En el 50% de pacientes del periodo basal hubo un cambio de tratamiento, mientras que en el periodo de rápido acceso fue de un 33% (uno de ellos fue un cambio de tratamiento biológico) (fig. 3).

**Conclusiones:** La colaboración entre reumatólogos y radiólogos mediante la elaboración de canales específicos para la realización de RM permite acortar los tiempos de diagnóstico y tratamiento, mejorando la calidad en la atención a los pacientes con EspAax.

**P332. PREVALENCIA DEL ENTESOFITO EN LA PROTUBERANCIA OCCIPITAL EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS: EL SIGNO DE SANZ**

Natalia de la Torre Rubio, J. Campos Esteban, M. Pavía Pascual, M. Machattou, P. Navarro Palomo, M. Alonso de Francisco, C. Navarro Joven, C. Merino Argumáñez, B. García Magallón, M. Fernández Castro, H. Godoy Tundidor, C. Barbadillo Mateos, C.M. Isasi Zaragoza, L.F. de Villa Alcázar, J.L. Andréu Sánchez y J. Sanz Sanz

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del entesofito en la protuberancia occipital (EPO) en procesos no inflamatorios, artritis psoriásica (APs), espondiloartritis (EspA) y artritis reumatoide (AR).

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo y comparativo de las radiografías cervicales de una muestra aleatoria de pacientes mayores de 18 años atendidos en las consultas de reumatología de un hospital terciario desde julio de 2022 hasta enero de 2023 hasta

completar 30 pacientes en el grupo de procesos no inflamatorios y 35 en el resto de grupos. Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos diagnósticos: procesos no inflamatorios (excluidos aquellos con antecedentes de accidente de tráfico y/o cirugía cervical), APs, EspA y AR. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad en la que se hizo la radiografía, EPO (sí/no) evaluada por una residente de Reumatología (4º año) y por un reumatólogo experto (25 años). Los resultados fueron presentados mediante estadística descriptiva y el índice Kappa de Cohen se calculó para cuantificar el grado de acuerdo en el diagnóstico de la presencia de entesofito entre ambos reumatólogos; el test de la Chi cuadrado con la corrección de Yates se utilizó para comparar el sexo y la prevalencia por grupos y se realizó ANOVA para comparar la media de edad.

**Resultados:** Se recogieron un total de 135 pacientes, 35 pacientes por grupo, excepto 30 en el grupo de procesos no inflamatorios. El 68% eran mujeres; la media de edad fue de 57,5 años con una desviación estándar de 15,6. Los grupos fueron homogéneos (sexo  $p < 0,0001$ ; media de edad  $p = 0,004$ ). Setenta y tres de los 135 pacientes (54%) tenían EPO (20% en el grupo de procesos no inflamatorios, 63% en el grupo de procesos inflamatorios); la prevalencia de EPO fue estadísticamente significativa en los procesos inflamatorios ( $p = 0,0001$ ). El análisis estratificado por sexo entre procesos inflamatorios y no inflamatorios no fue significativo ( $p = 0,58$ ) y la incidencia de EPO en los procesos no inflamatorios tiende a aumentar con la edad ( $p = 0,06$ ). La tabla muestra los resultados por grupo. La figura muestra los diferentes tipos de morfología del EPO. El grado de acuerdo global fue casi perfecto (92% de acuerdo, índice Kappa de Cohen 0,85); el mejor acuerdo se obtuvo en EspA y AR (94-97%, índice Kappa de Cohen 0,9, grado casi perfecto).

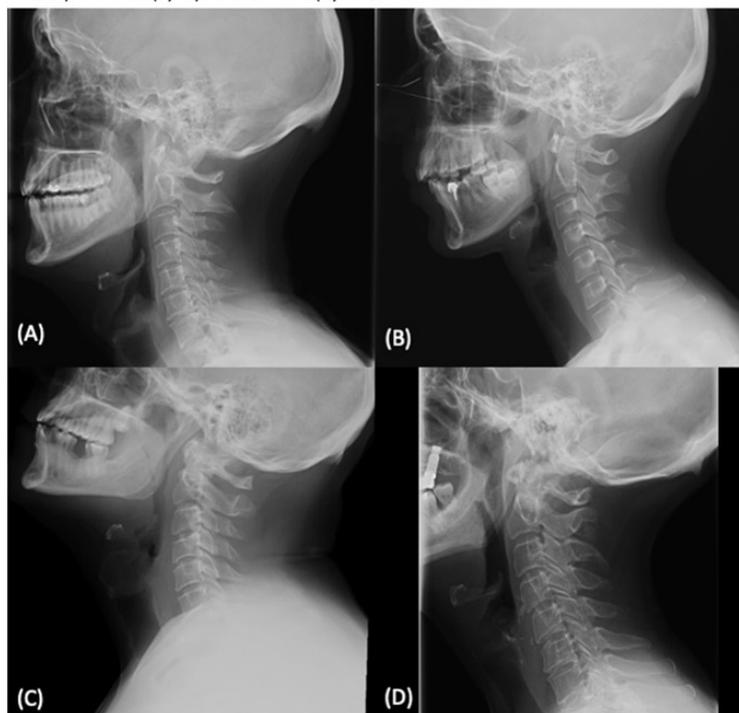
**Conclusiones:** Según la literatura revisada este es el primer estudio sobre la prevalencia de la EPO en enfermedades reumáticas inflamatorias y no inflamatorias, siendo más prevalente en las enfermedades inflamatorias (63%,  $p = 0,0001$ ), especialmente en la espondiloartritis y la artritis psoriásica. El grado de concordancia global entre un residente de reumatología y un reumatólogo experto fue casi perfecto. Realizaremos un nuevo estudio para averiguar si la diferente morfología de los entesofitos occipitales se asocia a alguna enfermedad reumática inflamatoria. Proponemos el epónimo "signo de Sanz" en honor a su primer observador.

**Tabla P332**

Descripción de los grupos

Grupos	No inflamatorio	Artritis psoriásica	Espondiloartritis	Artritis reumatoide	Total
n	30	35	35	35	135
Sexo mujer (%)	27 (90)	16 (53)	13 (43)	30 (100)	92 (68)
Edad (media ± DE)	66,3 ± 13,5	54,6 ± 15	53,7 ± 16,2	56,5 ± 15	57,5 ± 15,6
prevalencia (%)	7 (5)	24 (18)	24 (18)	18 (13)	73 (54)
Índice kappa de Cohen	0,7	0,8	0,9	0,9	0,85
Valor p	p = 0,0001	p = 0,0003	p = 0,0003	p = 0,02	

Figura 1. Tipos morfológicos de entesofito en protuberancia occipital. (A) No inflamatorio. (B) Artritis psoriásica. (C) Espondiloartritis. (D) Artritis reumatoide.



P332 Figura

**P333. ¿PUEDE SER LA COMBINACIÓN DE DOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS UNA TERAPIA SEGURA Y EFICAZ?**

Judit Font Urgelles<sup>1</sup>, Cristina Valero Martínez<sup>2</sup>, Rosario García-Vicuña<sup>2</sup>, Santos Castañeda<sup>2</sup>, Beatriz E. Joven-Ibáñez<sup>3</sup>, Alexia De Juanes<sup>3</sup>, Julio Ramírez García<sup>4</sup>, Xavier Juanola Roura<sup>5</sup>, Raquel Almodóvar<sup>6</sup>, Ana Laiz Alonso<sup>7</sup>, Mireia Moreno Martínez-Losa<sup>8</sup>, Manel Pujol Busquets<sup>9</sup>, Emma Beltrán<sup>10</sup>, José Antonio Pinto-Tasende<sup>11</sup>, Laura Crespi<sup>12</sup>, Luis Sala-Icardo<sup>13</sup>, Noemí Busquets-Pérez<sup>14</sup>, Vera Ortiz-Santamaria<sup>14</sup>, Anna Arnau-Bartés<sup>15</sup>, Sonia Mínguez-Blasco<sup>16</sup> y Meritxell Sallés-Lizarzaburu<sup>16</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>7</sup>Unitat Territorial de Reumatología Sant Pau-Dos de Maig. Barcelona. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Manacor. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Torrejón de Ardoz. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. <sup>15</sup>Unidad de Investigación e innovación. Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa. <sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa.

**Introducción:** Los pacientes con más de una enfermedad autoinmune/inmunomediada (EAI) no siempre consiguen el control de las dos enfermedades con único fármaco biológico (FAMEb). La terapia combinada (TC) no está recomendada en las guías clínicas porque se desconoce si aporta más eficacia sin incrementar los efectos adversos (EA), pero cada vez más se está reportando el uso de la TC en la práctica clínica habitual.

**Objetivos:** Analizar los casos de TC en España y analizar la seguridad y la eficacia.

**Métodos:** Estudio observacional ambispectivo multicéntrico. Sujetos: pacientes con EAI que en algún momento hayan recibido TC entre 2017 y 2022. Variable dependiente principal: causas de suspensión de la TC (definida TC como combinación de dos FAMEb o un FAMEb con un FAME sintético dirigido [FAMESd]), actividad de la enfermedad (ASDAS, DAS28, DAPSA) y los EA. Variables independientes: demográficas, clínicas, serológicas y calendario vacunal. Análisis estadístico: análisis descriptivo y bivariado.

**Resultados:** Se incluyeron 38 TC en 32 pacientes con una edad media de 47,6 años (DE 13,7). Un 52,6% eran mujeres. El 50% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad. Las enfermedades reumáticas fueron espondilitis axial y periférica (36,8%), espondilitis axial (23,7%) y artritis psoriásica (18,4%) con una edad media al diagnóstico de 33 años (DE 17,3). Un 36,8% eran HLA-B27 positivo. El 94,7% habían recibido al menos un FAMEb antes de empezar la TC (ustekinumab 31,6%, etanercept 28,9%, secukinumab 26,3%) y un 26,3% habían recibido FAMESd. Las EAI más frecuentemente asociadas a la enfermedad reumática fueron la enfermedad de Crohn

(60,5%) y la psoriasis (26,3%). Previo al inicio de la TC un 55,3% habían presentado algún EA asociado al FAMEb. La principal indicación de la TC fue la falta de control de la enfermedad reumática (76,3%). La media entre el inicio de un fármaco y la asociación con el segundo fue de 29,7 meses (DE 38,9). En la tabla 1 se muestran las características basales de los pacientes. En un 97,3% se habían reali-

zaron serologías previas siendo VHB, VHC y VIH las más frecuentes (94,7%). Un 55,3% recibieron la vacuna de la gripe y un 71,1% la del neumococo. Las serologías previas, así como la actualización del calendario vacunal se muestran en la tabla 1. En la tabla 2 se muestra la TC. La combinación más frecuente fue anti-TNF + anti-IL12/23. Un 42,1% asociaban un FAME convencional y un 47,4% corticoides. La persistencia de la TC era del 91,9% (33) a los tres meses (V3) (3 TC suspendidas por EA, 1 por ineficacia y 1 sin visita realizada aún [NR]). A los 6 meses (V6) era del 90,3% (31) (2 TC suspendidas por EA, 1 por ineficacia y 3 visitas NR). Al año (V12) la persistencia era del 60,6% (7 TC suspendidas por EA, 6 por ineficacia y 8 NR). Los EA se muestran en la tabla 3. Se apreció una reducción de los índices de actividad de las tres enfermedades desde la V3 y progresiva en la V6 y V12 (ASDAS de muy alta a alta [4,06/3,5/3/2,3]; DAS28 de moderada a baja [4,95/3]; y DAPSA se mantuvo alta con tendencia a una disminución [43,67/59,4/44/37,5]).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas basales

Edad (años) al inicio de la TC	47,6 (DE 13,7)
Edad (años) al diagnóstico de la enfermedad reumática	33 (DE 17,3)
Sexo (mujeres) n (%)	20 (52,6)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,1 (DE 5,7)
Tabaco (%)	
Fumador	32,4
Exfumador	24,3
Comorbilidades (%)	
Hipertensión	23,7
Dislipemia	23,7
DM tipo II	13,2
Cardiopatía	2,6
Neumopatías	2,6
Cáncer	5,3
Insuficiencia renal	2,6
Hepatopatía crónica	5,3
Depresión	5,3
Hepatitis B	2,6
Trombosis venosa profunda	2,6
Enfermedad reumática (%)	
Espondilitis axial	23,7
Espondilitis axial y periférica	36,8
Espondilitis periférica no psoriásica	5,3
Artritis psoriásica	18,4
Artritis idiopática juvenil	15,8
Inmunidad (%)	
HLA-B27	36,8
ANA > 1/80	31,6
FR	2,7
ACPA	2,7
Tratamientos previos (%)	
FAME convencionales	92,1
MTX	76,3
Leflunomida	26,3
Azatioprina	44,7
FAME biológicos (%)	94,7
Anti-TNF	86,8
IL-17	39,5
Otros	39,5
FAME sintéticos (%)	27,5
EIA asociada (%)	
Crohn	60,5
Psoriasis	26,3
Colitis ulcerosa	2,6
Uveítis	7,9
Otros	2,6
Serologías previas realizadas (%)	97,3
Hepatitis A	47,4
No anticuerpos	1,26
¿Se administra vacunación?	44,4
Hepatitis B	94,7
No anticuerpos	63,8
Infección pasada	2,8
¿Se administra vacunación?	55,6
Hepatitis C	94,7
No anticuerpos	97,2
Infección pasada	2,8
VIH	94,7
Parotiditis	42,1
Sarampión	44,7
Rubéola	47,4
Zóster	39,5
Sífilis	23,7
S. stercularis	7,9
TBC	86,8
Profilaxis TBC	6,1
Tratamiento TBC	0
Vacunas (%)	
Antigripal	55,3
Neumococo	71,1
Meningococo B	18,4
Meningococo ACWY	13,2
Tétanos/difteria	36,8
Haemophilus Influenzae tipo B	21,1

Tabla 2. Terapia combinada

Biológico	Biológico asociado	
Adalimumab	Ustekinumab	8
Adalimumab	Vedolizumab	1
Adalimumab	Ixekizumab	1
Adalimumab	Apremilast	1
Adalimumab	Secukinumab	1
Infliximab	Tofacitinib	1
Infliximab	Ustekinumab	2
Golimumab	Ustekinumab	4
Golimumab	Risankizumab	1
Golimumab	Secukinumab	1
Golimumab	Vedolizumab	1
Golimumab	Brodalumab	1
Etanercept	Secukinumab	3
Etanercept	Ustekinumab	1
Certolizumab Pegol	Ustekinumab	5
Certolizumab Pegol	Guselkumab	1
Vedolizumab	Apremilast	1
Vedolizumab	Guselkumab	1
Vedolizumab	Ustekinumab	1
Vedolizumab	Risankizumab	1
Ixekizumab	Guselkumab	1

Tabla 3. Efectos adversos reportados

Efectos adversos a los 3 meses (n/N, %)	5/37 (13,5)	¿Condiciona suspensión?
Infecciones		
No grave:		No
IRVA	2 (5,4)	
Grave	0	
Citopenias		
No grave:	1 (2,7)	No
(Grado I)	0	
Grave		
Otros		
Graves:		
Toxicidad pulmonar	1 (2,7)	Sí
Tos irritativa	1 (2,7)	Sí
Efectos adversos a los 6 meses (n/N, %)	5/31 (16,1)	
Infecciones	3/31 (9,7)	2 ingreso en planta convencional
No graves		
Grave	1 IRVA	Sí
	1 IRVA y 1 GI por CMV	
Otros	1/31 (3,2)	
No grave	1	No
Grave	0	

IRVA; infección respiratoria. GI: gastrointestinal.

**Conclusiones:** Nuestros resultados aportan datos de seguridad en relación con la TC mostrando una tasa baja de EA que condicionen la suspensión. Sin embargo, hacen falta más estudios para confirmar la seguridad de la TC. En relación con la eficacia, consideramos que la doble terapia puede ser una opción terapéutica válida en este perfil de pacientes.

### P334. APLICACIÓN DEL PROYECTO ESPANDE, DE MANEJO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA, ENTRE ASISTENCIA PRIMARIA Y REUMATOLOGÍA, EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE VALÈNCIA-HOSPITAL GENERAL

Cristina Campos Fernández<sup>1</sup>, Amalia Rueda Cid<sup>1</sup>, José Corell Dolz<sup>2</sup>, Vicente Gasull Molinera<sup>3</sup>, Tomás Manuel Pérez García<sup>4</sup> y Yolanda Riofrio Valero<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. <sup>2</sup>Centro de Salud Torrent I. Valencia. <sup>3</sup>Centro de Salud Torrent II. Valencia. <sup>4</sup>Centro de Salud Nou Moles. Valencia.

**Introducción:** La espondiloartritis (EspA) es una enfermedad inflamatoria muy prevalente pero que presenta un importante retraso diagnóstico. Este retraso se ha estimado, en algunas series, en 8,5 años desde el inicio de los primeros síntomas. Se debe a la complejidad diagnóstica por la asociación de síntomas que se relacionan con distintas especialidades, Reumatología, Oftalmología, Dermatología y Digestivo. Esto además conlleva que se realicen derivaciones innecesarias a otras especialidades (Traumatología, Rehabilitación, Neurocirugía). Existe un laberinto diagnóstico que necesitamos cambiar para realizar un diagnóstico precoz que permita un manejo adecuado de los pacientes, mejorar su calidad de vida al instaurar los tratamientos adecuados lo antes posible y disminuir así las discapacidades. Con una coordinación comprometida entre Atención Primaria y Reumatología, y con la colaboración de otras especialidades (Dermatología, Oftalmología y Digestivo) y la implicación de enfermería, podríamos mejorar la situación actual.

**Objetivos:** 1º. Impulsar la derivación temprana de los pacientes con sospecha de EspA desde Atención Primaria (AP) a Reumatología, para intentar un diagnóstico precoz. 2º. Evitar derivaciones innecesarias a otras especialidades, así como duplicidad de pruebas diagnósticas o realización de pruebas no precisas.

**Métodos:** Se ha creado un grupo de trabajo entre Reumatología y AP de tres Centros de Salud (CS) y se ha establecido un plan de actuación consensuado con el objetivo de mejorar la derivación temprana con unos criterios de derivación sencillos. Estos criterios son: presencia de dolor lumbar inflamatorio, edad inferior a 45 años y clínica de más de 3 meses de evolución (según criterios ASAS). Estos MAP están encargados de difundir el proyecto entre compañeros de sus respectivos CS. No se precisa la realización de estudios complementarios para su derivación, aunque su petición puede ser opcional. Hemos valorado al año de comenzar el proyecto si se han incrementado las solicitudes de consulta con la sospecha de EspA, y si de esta forma hemos conseguido diagnosticar antes a estos pacientes. Se ha tenido en cuenta la aplicación de los criterios de derivación consensuados. Está previsto extender este proyecto al resto de los CS que pertenecen al Departamento de Salud de València-Hospital General.

**Resultados:** El proyecto se inició en noviembre de 2021 y hasta entonces, la media de solicitudes de consulta con la sospecha de EspA, era de 2,7 enfermos por mes. Se ha realizado una primera evaluación del proyecto en diciembre de 2022. En estos 12 meses se han recibido 68 solicitudes de consulta (media de 5,6 enfermos/mes). De los 68 pacientes valorados, 9 (13,23%) han sido diagnosticados de EspA (3 pacientes EspA-radiográfica y 6 EspA-no radiográfica); 14 pacientes siguen en control por cuadros de sospecha o pendientes de exploraciones; 42 (68,85%) pacientes han sido dados de alta con diagnóstico de lumbalgia mecánica en la mayoría de los casos; 3 pacientes han perdido seguimiento.

**Conclusiones:** Contando con la implicación de tres CS, ha habido un incremento de interconsultas de pacientes con sospecha de EspA. Esperamos poder difundir el proyecto a todos los CS del Departamento de Salud de València-Hospital General y que dependan de nuestro centro. Creemos que se trata de un proyecto interesante que

mejorará la atención a los pacientes con EspA, favoreciendo el diagnóstico precoz y por lo tanto el inicio del tratamiento.

### P335. DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ESTUDIO CONTROLADO

Carlos Valera Ribera, Elia Valls Pascual, Eduardo Flores Fernández, Adrián Mayo Juanatey, Pablo Andújar Brazal, Ignacio Vázquez Gómez, Àngels Martínez Ferrer, Desamparados Ybáñez García y Juan José Alegre Sancho  
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

**Introducción:** En la espondiloartritis axial (EspAx) es frecuente el dolor durante periodos de inactividad, como es el descanso nocturno. Aunque la calidad del sueño (CS) supone una de las principales preocupaciones de los pacientes, existen un número limitado de estudios examinando su relación con la EspAx. Asimismo, la mayoría no poseen un grupo control ni exploran las diferentes áreas del sueño.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con EspAx y compararla con una población sana. Analizar los factores asociados a la CS en ambas poblaciones. Analizar el efecto del daño estructural, la actividad de la enfermedad y los tratamientos específicos en la CS.

**Métodos:** Realizamos un estudio transversal. La cohorte estaba compuesta por pacientes adultos diagnosticados de EspAx, en seguimiento en consultas externas de Reumatología del Hospital Universitario Doctor Peset, y por adultos sanos apareados por edad y sexo. Se excluyeron participantes con enfermedades del sueño diagnosticadas. Se recogieron las siguientes variables en pacientes y controles: Edad, sexo, salud percibida, actividad física semanal, situación laboral, nivel de ingresos anuales, historia de ansiedad y/o depresión, y tratamiento activo para éstas. Se registraron los siguientes datos en los pacientes de EspAx: tiempo desde el diagnóstico, puntuación BASFI, BASDAI y ASAS-HI, dosis actual de glucocorticoides, uso de AINE, FAME sintéticos convencionales y dirigidos, tratamientos biológicos y la presencia de sindesmofitos en radiografía simple. Se les aplicó el Índice de Pittsburgh de Calidad del Sueño (PSQI), que evalúa la calidad y trastornos del sueño en el último mes, estudiando 7 dominios diferentes del sueño: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Se creó un modelo de regresión estimando la influencia de las variables en el resultado del PSQI.

**Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes con EspAx y 50 controles sanos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad media o proporciones de sexos entre ambos grupos. Según las puntuaciones obtenidas en el PSQI, 87,72% de los pacientes y 62% de los controles fueron clasificados como “malos dormidores”. La calidad del sueño se relacionó con padecer EspAx ( $p = 0,002$ ), ansiedad ( $p = 0,003$ ), salud percibida ( $p = 0,001$ ) y la actividad física ( $p = 0,006$ ). La EspAx afectó negativamente a los dominios de calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia y alteraciones del sueño ( $p < 0,05$ ). La *odds ratio* de tener un trastorno del sueño en pacientes con EspAx fue de 5,63. En pacientes con EspAx, se encontró que la ansiedad ( $p < 0,001$ ), la actividad física ( $p = 0,0015$ ), las puntuaciones en BASDAI ( $p = 0,001$ ) y BASFI ( $p = 0,038$ ) y la presencia de sindesmofitos ( $p = 0,028$ ) influían en el resultado del PSQI.

**Conclusiones:** Los pacientes con EspAx tienen una peor calidad del sueño en comparación con individuos sanos. La EspAx afecta negativamente a: La calidad subjetiva del sueño, la latencia, la duración, la eficiencia y a las alteraciones durante el sueño. La actividad de la enfermedad y la presencia de sindesmofitos tienen un efecto perjudicial mientras que la actividad física tiene un efecto protector sobre la calidad del sueño. El cuestionario PSQI aporta una evaluación completa de la salud del sueño y debe considerarse como una

herramienta complementaria para el manejo de pacientes con EspAx.

**P336. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. DATOS EN VIDA REAL**

Carolina Merino Argumánz<sup>1</sup>, Carmen Secada Gómez<sup>2</sup>, Ana Urruticochea Arana<sup>3</sup>, Sara Alonso Castro<sup>4</sup>, María Luz García Vivar<sup>5</sup>, Mireia Moreno Martínez-Losa<sup>6</sup>, Raquel Almodóvar González<sup>8</sup>, Cristina Vergara Dagand<sup>7</sup>, Cristina Fernández Carballido<sup>9</sup>, Cristina Macía Villa<sup>10</sup>, Ricardo Blanco Alonso<sup>2</sup>, Belén Ruiz Antorán<sup>1</sup> y Jesús Sanz Sanz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>4</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>5</sup>Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>6</sup>Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. <sup>7</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. <sup>8</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>9</sup>Hospital San Juan de Alicante. <sup>10</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** El upadacitinib es un inhibidor selectivo y reversible de las janus quinasas (JAK) que inhibe preferentemente la transmisión de señales mediante JAK1 o JAK1/3. El upadacitinib está aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis axial no radiográfica, espondilitis anquilosante (espondiloartritis axial radiográfica), colitis ulcerosa y dermatitis atópica.

**Objetivos:** Con el presente estudio se pretende evaluar los primeros datos sobre seguridad y eficacia en práctica clínica real.

**Métodos:** Estudio multicéntrico observacional retrospectivo (hasta 31 diciembre 2022). Se han recogido datos demográficos, antecedentes personales y evolución clínica de los pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante tratados con upadacitinib en los centros participantes. Se realizó estadística descriptiva y se utilizaron modelos de regresión logística para identificar factores predictivos de respuesta.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 50 pacientes con espondilitis anquilosante, 54% varones, con una edad media (DE) de 50,33 (12,79) años. Presentaban las siguientes características clínicas basales: dolor lumbar inflamatorio (94%), buena respuesta a AINE (68%), artritis (44%), entesitis aquilea (54%), uveítis (12%), dactilitis (10%), psoriasis (10%), enfermedad de Crohn (14%), colitis ulcerosa (4%), HLA B 27 positivo (62%), sacroilitis radiográfica (88%). El 86% de los pacientes habían recibido al menos 1 tratamiento biológico previo a upadacitinib, el 30% al menos 5, con una media por paciente de 2,98 (1,97) FAMEb, siendo el más frecuente como primer y segundo FAMEb adalimumab, como tercer FAMEb secukinumab, y cuarto golimumab. Recibieron upadacitinib una media de tiempo de 8,8 (7,14) meses, con una tasa de mantenimiento del fármaco a fecha de finalización de la observación de un 72%. Recibieron FAMEc concomitante en el 28% de los casos, siendo metotrexato el más frecuentemente asociado. Se observaron los siguientes resultados, evaluados de forma evolutiva desde situación basal a semana 12: disminución de PCR media (mg/L) de 13,68 (20,15) a 7,16 (3,49); mejoría de EVA espinal de 7 (1,96) a 4,79 (2,6); disminución de valoración global del paciente (EVA) de 7,06 (1,7) a 4,73 (2,34); disminución de cifras medias de BASDAI de 6,93 (1,86) a 4,7 (2,59); disminución de cifras medias de ASDAI-PCR de 3,69 (0,97) a 2,48 (0,99). Finalmente, se cuantificó una mejoría global en el 52% de pacientes medido por mejoría subjetiva reportada por el paciente. El tratamiento fue suspendido en el 26% de pacientes, el motivo principal de suspensión fue ineficacia, seguida de efectos adversos. El fármaco fue más suspendido en los pacientes que habían recibido un mayor número de FAMEb previo (3,6 vs. 2,77 en los no suspendidos). Se realizó un análisis de factores predictores de respuesta, considerando uveítis, dactilitis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, número de FAMEb previos. No se encontró ninguna asociación

estadísticamente significativa. Se comunicaron efectos adversos en 8 pacientes, siendo el más frecuente cefalea, y destacando un episodio de TVP y un episodio de herpes zóster. Como eventos clínicos, señalamos 3 episodios de uveítis durante el tratamiento con upadacitinib.

**Conclusiones:** El upadacitinib en práctica clínica real resulta eficaz en el control de la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante con fallo a varios FAMEb previos a las 12 semanas de tratamiento.

**P337. PERSISTENCIA EN TRATAMIENTOS INHIBIDORES DEL TNF EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA: EL PAPEL DEL GÉNERO**

José Antonio Pinto Tasende<sup>1</sup>, Carlota Iñiguez<sup>2</sup>, Carlos García Porrúa<sup>3</sup>, José L. Guerra Vázquez<sup>4</sup>, José A. Mosquera Martínez<sup>5</sup>, Francisco J. Maceiras Pan<sup>6</sup>, Víctor Quevedo<sup>7</sup> y Luis Fernández Domínguez<sup>8</sup>

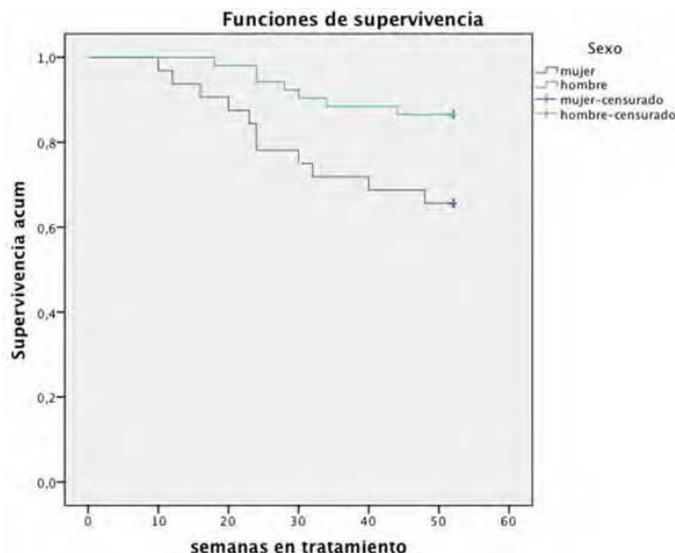
<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. INIBIC. Hospital Universitario de A Coruña. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario Ourense. <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario Ferrol. <sup>5</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>6</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>7</sup>Hospital de Monforte de Lemos. <sup>8</sup>INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**Introducción y objetivos:** El uso combinado de resultados clínicos y PROs en la práctica es una forma de obtener una visión integral del bienestar del paciente. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de los iTNF en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica, y la influencia del género del paciente en los mismos.

**Métodos:** Es un estudio multicéntrico y observacional realizado en pacientes APs en tratamiento con etanercept (ETA), adalimumab (ADA), golimumab (GOL) y certolizumb pegol (CTZ) entre el 1 de febrero de 2021 y el 1 de febrero de 2022. Se les evaluó mediante el índice DAPSA y sus puntos de corte (14) en la basal y a las 52 semanas de su inicio o cuando el paciente interrumpía el tratamiento. La MDA y el PsAID12 fueron recogidos, teniendo en cuenta el PsAID Total por debajo de 4 (PASS: *patient-acceptable symptom state*). Se recogieron los eventos adversos graves acaecidos durante el período de seguimiento. Para el análisis se utilizó el software SPSS 23.0. Los pacientes firmaron un consentimiento informado para permitir la recogida y análisis de los datos de forma anonimizada y su inclusión en un registro de estudio de pacientes con APs (código de registro: 2015/671).

**Resultados:** El total de pacientes APs incluidos fue de 84: 28 con ETA (33,3%), 24 con ADA (28,6%), 10 con GOL (11,9%) y 22 con CTZ (26,2%). La edad de los pacientes era de 54 (44-60), más jóvenes en tratamiento con CTZ, p = 0,166. La distribución por sexos no tuvo diferencias, p = 0,490. El tiempo de evolución de la APs desde el diagnóstico tampoco, p = 0,172. El 55% y el 19,3% de los pacientes tenía presencia de entesis en la basal y a las 52 semanas, sin diferencias entre grupos (p = 0,540 y p = 0,723, respectivamente). El DAPSA al inicio era de 23 (14-46), sin diferencias entre los grupos de tratamientos, p 0,857, y se redujo a lo largo de las 52 semanas hasta 3,4 (0-9), sin diferencias entre tratamientos, p = 0,684. No hubo diferencias en los 4 grupos para los distintos puntos de corte del DAPSA en la semana 52, p = 0,905. El porcentaje de pacientes que alcanzaba a cumplir el objetivo del *minimal disease activity* (MDA5/7 o baja actividad) era del 68,3% a las 52 semanas, sin diferencias entre los 4 grupos, p = 0,360, y el porcentaje de pacientes que alcanzaba a cumplir el objetivo del *very low disease activity* (MDA7/7 o remisión) era del 32,9% a las 52 semanas, sin diferencias entre los 4 grupos, p = 0,757. En el momento basal el PsAID12 era de 5,4 (4-8) y a las 52 semanas era de 2,8 (1-5), no habiendo diferencias entre grupos (p = 0,450), y la proporción de paciente con un PASS era de 79,2%, sin diferencias entre los grupos, p = 0,621. Hubo 18 (21,4%) abandonos del tratamiento sin diferencias

entre los 4 grupos, y la persistencia en el tratamiento a las 52 semanas fue mayor en hombres que en mujeres, 13,5% vs. 38,1%,  $p = 0,023$ . En el análisis de regresión de Cox se observó que el sexo femenino era un factor predictor de abandono del tratamiento a lo largo de las 52 semanas del estudio,  $p = 0,041$  (fig.).



**Conclusiones:** los pacientes mejoraron significativamente en todos los parámetros analizados a lo largo de 54 semanas, sin diferencias significativas entre grupos. La persistencia en el tratamiento fue alta y hubo mejoría importante en los PROs utilizados. Se pudo observar que el sexo femenino era un factor independiente para la suspensión del tratamiento en los 4 grupos de iTNF.

**P338. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA**

Nuria Vegas Revenga<sup>1</sup>, Irati Urionaguena-Onaindia<sup>1</sup>, Victoria Morillo<sup>2</sup>, Blanca Sampedro Andrada<sup>3</sup>, Cristina San Juan López<sup>3</sup>, Nahia Plaza-Aulestia<sup>1</sup>, Oihane Ibaranguoitia-Barrena<sup>1</sup>, Itziar Calvo-Zorrilla<sup>1</sup>, David Montero-Seisdedos<sup>1</sup>, José Francisco García-Llorente<sup>1</sup> y Urko Aguirre<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. <sup>3</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. <sup>4</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario Galdakao- Usansolo. Vizcaya.

**Introducción:** El hígado graso no alcohólico (HGNA) puede expresarse desde una indolente esteatosis hasta una esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), que puede evolucionar hacia una fibrosis y acabar en una cirrosis hepática. El HGNA es la primera causa de hepatopatía en el mundo occidental. Uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar HGNA es el síndrome metabólico. Está descrito que el HGNA es más prevalente entre la población con psoriasis (PSo) y artritis psoriásica (APs). Pero se desconoce si hay mayor riesgo de HGNA en pacientes solo con PSo o APs.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de HGNA en pacientes con PSo y APs. Además, evaluar los factores de riesgo para desarrollar HGNA. **Métodos:** Estudio transversal unicéntrico de 75 pacientes consecutivos con PSo diagnosticada por un dermatólogo o APs diagnosticada por un reumatólogo (según criterios CASPAR). Se incluyeron sujetos con cualquier gravedad o duración de la enfermedad. Ninguno de los pacientes incluidos tenía antecedentes de hepatopatía

conocida. Dos expertas hepatólogas de nuestro centro determinaron los grados de fibrosis hepática (estratificado de F0 a F4) y el porcentaje de cambio graso (de S1 a S3) evaluado mediante el CAP (Controlled Attenuation Parameter) utilizando la elastografía hepática (FibroScan®). Las variables de estudio fueron el sexo, la edad, la presencia de diabetes mellitus, la hipertensión, la dislipemia y el IMC. Como variables secundarias se determinaron los niveles de glucemia (mg/dL) y LDL (mg/dL). Los resultados del análisis estadístico se expresan como media ± DE para variables de distribución normal, mediana [IQR] para variables de distribución no normal y porcentaje para variables cualitativas. Las variables cuantitativas se compararon mediante t de Student o test U de Mann-Whitney. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó utilizando el software SAS System v9.4. El estudio fue aprobado por el CEIm local (protocolo 07/22).

**Resultados:** Los datos generales de los 75 pacientes figuran en la tabla. 26 pacientes eran hombres (34,64%) y 49 mujeres (65,33%). La edad media del grupo era de  $52,82 \pm 1,01$  años. 37 pacientes estaban diagnosticados de PSo y 38 de APs. Del total de pacientes 10 (13,3%) eran diabéticos, 26 (34,66%) hipertensos y 20 (26,66%) dislipémicos. Los pacientes con PSo presentaban mayor número de pacientes con diabetes, hipertensión y dislipemia. Los pacientes con mayor afectación hepática pertenecían al grupo de PSo, 23,6% presentaban fibrosis significativa ( $\geq F2$ ) y el 86% esteatosis moderada. En cambio, en el grupo de APs un 13,5% tenía fibrosis significativa y el 80,5% esteatosis. En cuanto a variables demográficas, llama la atención que los pacientes con PSo eran más mayores ( $55,92 \pm 10,39$  años) frente a los pacientes con APs ( $50,24 \pm 10,84$ ;  $p = 0,04$ ). En relación al resto de parámetros, el grupo de PSo presentaban unos niveles de LDL de  $111,9 \pm 26,27$  mg/dL y en el grupo de APs de  $133,52 \pm 37,61$  mg/dL;  $p = 0,06$ .

Características clínicas de los 75 pacientes

	Psoriasis (n = 37)	Artritis psoriásica (n = 38)	p
Hombres, n (%)	11 (14,66%)	15 (20%)	-
Mujeres, n (%)	26 (34,66%)	23 (30,66%)	-
Edad, n ± DE	55,92 ± 10,39	50,24 ± 10,84	0,04
Factores de riesgo cardiovascular			
Diabetes mellitus, Si (%)	6 (8%)	4 (5,33%)	-
Glucemia (mg/dL), n ± DE	109,15 ± 45,17	96,24 ± 24	0,59
Hipertensión arterial, Si (%)	16 (21,33%)	10 (13,33)	-
Dislipemia, Si (%)	16 (21,33%)	4 (5,33%)	-
LDL (mg/dL)	111,9 ± 26,27	133,52 ± 37,61	0,06
IMC kg/m <sup>2</sup> , n ± DE	29 ± 6,42	28,69 ± 4,94	0,93
Consumo OH > 30 g	5 (6,66%)	4 (5,33%)	-
Transaminasas			
GOT- ALT (U/L), n ± DE	23,08 ± 7	22,54 ± 6,67	0,93
GPT- AST (U/L), n ± DE	25,8 ± 11,6	27,24 ± 11,9	0,45
FibroScan®			
Fibrosis (kPa)	6,2 ± 3,8	5,57 ± 2,02	0,82
CAP (dB/m)	278,03 ± 42,02	271,78 ± 49,84	0,57

**Conclusiones:** Los pacientes con PSo de mayor edad y los pacientes con APs y LDL más elevado tienen mayor riesgo de presentar HGNA. Los pacientes con PSo tenían una mayor afectación hepática, con un mayor porcentaje de fibrosis significativa y de esteatosis moderada, si bien las diferencias respecto a los pacientes con APs no fueron estadísticamente significativas.

**P339. DOLOR AXIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**

Paloma Valentina Castillo Dayer<sup>1</sup>, Paula Pérez<sup>2</sup>, María José Moreno<sup>3</sup>, Manuel J. Moreno<sup>2</sup> y Luis F. Linares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Morales Meseguer. Murcia. <sup>2</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>3</sup>Hospital Rafael Méndez. Lorca.

**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica cuya afectación musculoesquelética es multidomi-

nio: afectación periférica, axial, dactilitis y entesitis. Actualmente no tenemos criterios para definir cuando una APs tiene afectación axial (APsax) y utilizamos los mismos criterios que en la espondiloartritis axial (EspAax). Los estudios nos dicen que los pacientes con APsax tienen más dolor cervical, y en torno al 45% de los pacientes con APsax no tienen dolor lumbar<sup>1</sup>. En este trabajo queremos mostrar cómo es el dolor axial en pacientes con APs y relacionarlo con la afectación radiográfica de sacroilíacas.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal multicéntrico en el que se reclutan pacientes, según su asistencia a consulta, con APs según su reumatólogo y cumpliendo criterios CASPAR. Se registran datos demográficos, antecedentes familiares, analíticos y se revisa la historia clínica digitalizada para valorar si el paciente ha tenido o tiene dolor axial definido como: Dolor axial crónico (cervicaldorsal-lumbar ≥ 3 meses de duración); Dolor cervical inflamatorio; Dolor dorsal inflamatorio; Dolor lumbar inflamatorio. Valoramos si el paciente tiene radiografías de sacroilíacas, su alteración según criterios de Nueva York (NY), y de columna. Se excluyen pacientes con hiperostosis esquelética difusa y/o intervenidos de columna. Realizamos un estudio descriptivo inicial de las variables y posteriormente analizamos la asociación entre el dolor y el resto de las variables. Mostramos los resultados iniciales.

**Resultados:** Se incluyen 75 pacientes con una edad media de 53 (± 11,3) años y una duración de la enfermedad de 9,2 (± 3,6) años. El 60% son varones. En el 51% de los pacientes el HLA-B27 no estaba recogido; en el resto, el 32,7% era negativo y el 16,3% positivo. En cuanto al daño radiográfico en sacroilíacas solo tenemos datos en 22 pacientes. No tenemos datos radiográficos de la columna. En la tabla podemos ver otras características de los pacientes. En cuanto al tipo de dolor axial de los pacientes: el dolor axial crónico se encontró en el 40,4% de los pacientes. El dolor cervical inflamatorio en el 6,3%, el dorsal inflamatorio en el 12,3% y el lumbar inflamatorio en el 24,2%. El dolor axial crónico fue más frecuente en las mujeres (29,4 vs. 56,5%, p = 0,03), en los pacientes con dactilitis (57,8 vs. 30,3%, p = 0,04) y en los pacientes sin sacroilitis compatible con espondilitis anquilosante (NY) (18,8 vs. 72,7%, p = 0,01). No encontramos relación con otras variables. El dolor cervical, dorsal y lumbar inflamatorio fueron independientes del resto de variables. De los pacientes con sacroilitis grado ≥ 2 (uni o bilateral): 35,2% tenían dolor axial crónico, el 5,8% dolor cervical inflamatorio, el 5,8% dolor dorsal inflamatorio y el 11,8% dolor lumbar inflamatorio. Encontramos correlación entre el grado de sacroilitis y la edad (rho Spearman 0,42, p = 0,04) y el tiempo de evolución (rho Spearman 0,45, p = 0,02). Sin embargo, no observamos influencia de dichas variables en el análisis de regresión.

Características de los pacientes

Fumador	
Activo	21,6%
Exfumador	26,7%
Psoriasis ungueal	51,9%
Dactilitis	36,7%
Entesitis	17,5%
Uveítis	4,3%
Enfermedad inflamatoria intestinal	2%
Sacroilitis grado II bilateral o III unilateral (NY) (n = 22)	50%
Tratamiento con biológico	61,4%
Primera línea	31,8%
Segunda línea	39,4%
Antecedentes familiares de:	
Psoriasis	32%
EspA	8,2%

**Conclusiones:** Aunque estos resultados son preliminares, podemos decir que es necesario una definición específica de pacientes con APsax. El dolor lumbar inflamatorio no está presente en todos los pacientes con daño radiográfico sacroiliaco sugestivo de patología axial, siendo, en algunos casos, un dolor crónico o un dolor inflamatorio a otros niveles.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mediterr J Rheumatol. 2022;33(Suppl 1):142-9.

**P340. DAÑO RADIOGRÁFICO Y METROLOGÍA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA**

María José Moreno Martínez<sup>1</sup>, Manuel J. Moreno<sup>2</sup>, Paula Pérez<sup>2</sup> y Luis F. Linares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Rafael Méndez. Lorca. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Introducción:** La espondiloartritis axial (EspAax) radiográfica es una enfermedad inflamatoria crónica cuya evolución natural tiende a la fusión vertebral y la anquilosis. Ello conlleva limitaciones importantes en la vida diaria de los pacientes que la padecen, acompañadas de limitaciones de la movilidad. En la exploración física de estos pacientes se incluyen ciertas exploraciones como es la flexión lateral lumbar o la rotación cervical, entre otras. El daño radiográfico se puede medir mediante un sistema de puntuación. El más utilizado es el m-SASSS (*Modified stoke ankylosing spondylitis spinal score*). Sin embargo, mediante este índice no se analizan estructura importantemente dañadas como son las articulaciones interapofisarias (AIs) cervicales las cuales pueden influir mucho en esta limitación de movimiento y así en la función física y calidad de nuestros pacientes. Mediante este trabajo analizamos como la valoración e inclusión de las AIs mejora la correlación del índice m-SASSS con la metrología de los pacientes.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal llevado a cabo en la consulta monográfica de EspA de un hospital de tercer nivel. Se incluyen pacientes con diagnóstico de EspAax radiográfica con ≥ 18 años. Analizamos datos demográficos de los pacientes y clínicos de la enfermedad, incluyendo resultados reportados por los pacientes. Analizamos el último estudio radiográfico de dichos pacientes calculando el índice m-SASSS, así como el daño a nivel de las AIs cervicales. Este último estudio se realiza mediante una radiografía lateral cervical y la puntuación que se utiliza es la siguiente: 0 si es normal; 1 si existe pinzamiento (estrechamiento del espacio articular); 2 si existe esclerosis en los márgenes articulares; 3 si existe fusión articular. Realizamos un estudio descriptivo inicial y un análisis de correlación entre el índice m-SASSS, la afectación de las AIs, la valoración conjunta de m-SASSS+AIs y la metrología de los pacientes.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 47 pacientes, con una edad media de 43,6 (± 8,2) años, de los cuales el 81% eran varones. El tiempo de evolución de la enfermedad era de 6,2 (± 7,1) años (mínimo 2 y máximo 21 años). El 80% era HLA-B27 positivo. La puntuación media del m-SASSS era de 10 (± 12,5). En cuanto a la afectación de las AIs, la puntuación media fue de 8,6 (± 6,7). En la tabla 1 podemos ver otras características de los pacientes. En la tabla 2 podemos ver las correlaciones de los índices de actividad con la metrología de los pacientes. Realizamos un análisis de regresión en el que se estudió la influencia de la edad, el sexo, el tiempo de evolución, el índice m-SASSS y la afectación de AIs en la rotación cervical, observando que solo la afectación de AIs influía en la misma.

Tabla 1. Características de los pacientes

	Media (± desviación típica)
Rotación cervical (ROT)	63,4 (± 21,1)
Distancia Trago-pared (DTP)	14,9 (± 4,5)
Flexión lateral lumbar (FL)	13,6 (± 11,8)
Distancia intermaleolar (DIM)	97,5 (± 18,7)
Test Schöber modificado (SM)	3,2 (± 1,6)
ASQOL	4,9 (± 6,4)
BASDAI	3,6 (± 2,4)
BASFI	3,1 (± 2,4)
ASDAS-PCR	2,9 (± 0,8)

Tabla 2. Correlaciones mediante Rho de Spearman

	ROT	DTP	FL	SM
m-SASSS	-0,2 p = 0,1	0,4 p = 0,07	-0,49 p = 0,01	-0,32 p = 0,1
Puntuación Als	-0,47 p = 0,004	0,36 p = 0,1	-0,05 p = 0,8	-0,08 p = 0,6
m-SASSS+Als	-0,49 p = 0,002	0,47 p = 0,07	-0,51 p = 0,007	-0,44 p = 0,02

**Conclusiones:** La inclusión de la valoración de las Als al m-SASSS mejoraría su correlación con la metrología en los pacientes con EspAax radiográfica.

**P341. EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA ARTICULAR ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES TRATADOS CON VEDOLIZUMAB Y USTEKINUMAB: ESTUDIO VEDUSTAR**

Mariana Gutiérrez Riart<sup>1</sup>, Chamaida Plasencia<sup>1</sup>, Irene González<sup>2</sup>, Cristina Suárez<sup>2</sup>, Diego Benavent<sup>1</sup>, Victoria Navarro<sup>1</sup>, Mari Dolores Martín<sup>2</sup>, Pablo Rodríguez<sup>3</sup> y Alejandro Balsa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital La Paz. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico inmunomediado que cursa en brotes. Asocia manifestaciones extraintestinales siendo la más frecuente la afectación musculoesquelética como la espondiloartritis (EspA), la prevalencia oscila entre 4-20%<sup>1</sup>. Desde el uso de anti-TNF el pronóstico de la enfermedad ha mejorado, incluyendo la mejoría de la patología articular asociada. No existe tanta experiencia en vida real sobre la evolución de la clínica articular con nuevos tratamientos como vedolizumab (VDZ) y ustekinumab (UST).<sup>1,2</sup>

**Objetivos:** Estudiar la incidencia y/o evolución de la patología musculoesquelética (ME) en pacientes con EII en pacientes en tratamiento con VDZ y UST.

**Métodos:** Estudio descriptivo de cohortes ambispectivo de pacientes con diagnóstico de EII en tratamiento con VDZ y UST que fueron remitidos a Reumatología para valoración de patología articular. Las características demográficas, analíticas y clínicas de los pacientes se extrajeron de la historia clínica electrónica. Las visitas se hicieron según el protocolo de estudio VEDUSTAR (82 pacientes), se recogieron las siguientes variables: sexo, tabaquismo, HLAB27, sospecha diagnóstica y valoración médica (patología mecánica, debut o actividad de la EspA). En el estudio descriptivo se calcularon la media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico dependiendo de la distribución de las variables.

**Resultados:** De 93 pacientes en tratamiento con VDZ o UST, se incluyeron 82 pacientes, de los cuales el 65% tenían diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y el 35% de colitis ulcerosa (CU). Las características descriptivas se resumen en la tabla. El 64% de los pacientes estaban siendo tratados con VDZ y el 36% con UST. En la valoración en reumatología se diagnosticó de: 37 (45%) artralgi/lumbalgias inespecíficas, 7 (9%) artrosis, 2 (2%) microcristalinas, 3 (4%) conectivopatías, 24 (29%) EspA con diagnóstico previo, 6 (7%) debut de EspA y 3 (4%) sospecha de EspA. De los pacientes con EspA previa, 13 (54%) mejoraron, 10 (42%) se mantuvieron estables y 1 (4%) presentó un brote de la enfermedad. El 88% (21/24) de los pacientes con sospecha/diagnóstico de EspA tenían EC. Con respecto al tipo de EspA, se observó que la EspA periférica fue más frecuente en el grupo con EC (57%), y la EspA axial en el grupo de CU (50%). Se requirió cambio de tratamiento biológico por la actividad de la EspA en 2 (2%) pacientes en los que debutó la enfermedad que están recibiendo VDZ.

Tabla 1. Características descriptivas de los pacientes.

	Total n = 82	Grupo UST n= 24	Grupo VDZ n= 58
<b>Características demográficas</b>			
Sexo			
Femenino	45 (54,9%)	12 (50%)	35 (56,9%)
Fumador			
No	33 (44%)	12 (50%)	21 (41,2%)
Si	12 (16%)	3 (12,5%)	9 (17,6%)
Exfumador	30 (40%)	9 (37,5%)	21 (41,2)
<b>Características analíticas</b>			
HLA-B27 Positivo	5 (10,4%)	2 (8,7%)	3 (12%)
<b>Tratamientos</b>			
Nº biológicos previos	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)
<b>Diagnóstico Digestivo</b>			
CU	28 (34,1%)	4 (16,7%)	24 (41,4%)
EC	53 (64,6%)	20 (83,3%)	33 (56,9%)
<b>Diagnóstico Reumatológico</b>			
Artralgia/lumbalgia inespecífica	37 (45%)	1 (4%)	36 (62%)
Artrosis	7 (9%)	4(17%)	3 (5%)
Micro cristalina	2 (2%)	0	2 (4%)
Conectivopatía	3 (4%)	1 (4%)	2 (3%)
Debut EspA	6 (7%)	4 (17%)	2 (3%)
Alta Sospecha EspA	3(4%)	2 (8%)	1 (2%)
Dx previo EspA	24 (29%)	12 (50%)	12 (21%)

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con EII en tratamiento con UST o VDZ el 40% tenían diagnóstico o sospecha de EspA, siendo más frecuente en los pacientes con EC. La mayoría de los pacientes con diagnóstico previo de EspA presentaron mejoría o estabilidad de la enfermedad. La mayoría de los pacientes se controló la EspA sin cambiar el tratamiento biológico.

**BIBLIOGRAFÍA**

- De Galan C, Truysens M, Peeters H, et al. The Impact of Vedolizumab and Ustekinumab on Articular Extra-Intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Real-Life Multicentre Cohort Study. J Crohns Colitis. 2022;1676-86.
- Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: Current concepts, treatment, and implications for disease management. Reviews in Basics and Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2021;1118-32.

**P342. ACTIVIDAD CLÍNICA, FUNCIONALIDAD E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE FIBROMIALGIA OBTENIDA POR EL MDHAQ EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA**

Carolina Cristina Chacón Vélez<sup>1</sup>, Esther Toledano<sup>2</sup>, Sonia Pastor<sup>1</sup>, Marta Ibáñez<sup>1</sup>, Belén Miguel<sup>1</sup>, Cristina Hidalgo<sup>1</sup>, Ana Turrión<sup>1</sup>, Olga Martínez<sup>1</sup>, Susana Gómez<sup>1</sup> y Carlos Montilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Discriminar la presencia de fibromialgia mediante la utilización del cuestionario MDHAQ. Comparar las características basales, la actividad clínica, la funcionalidad y el impacto de la enfermedad en relación con la presencia de fibromialgia.

**Métodos:** Estudio transversal en el que se incluyeron 248 pacientes diagnosticados de APs. La presencia de fibromialgia se obtuvo mediante el FAST3 (incluido en el MDHAQ). Como variables basales medimos la edad, el género, la duración de la enfermedad, el tratamiento con FAMES o FAMEB, la forma de la enfermedad (periférica, mixta o axial) y la presencia de dactilitis. La actividad periférica por el cDAPSA y por el RAPID3 (incluido en el MDHAQ), la funcionalidad por el cuestionario HAQ, el impacto de la enfermedad (PsAID) y la fatiga (FACIT-F).

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 51,97 (DE: 11,79). El 53,2% eran hombres. La duración de enfermedad fue 10,74 (DE: 8,01). El 34,4% tomaban metotrexate, 10,2% salazopirina y 3,7% leflunomida. El 21% estaban en tratamiento con FAMEB. Diez pacientes tuvieron una

afectación exclusivamente axial (4%), 20 mixta (8,1%) y el resto periférica (87,9%). El 16,9% presentaron dactilitis. La media de cDAPSA fue de 11,9 (DE: 6,52), la de RAPID3: 11,7 (DE: 6,7), la de HAQ: 0,6 (DE:0,5), la de PSAID: 3,5 (DE: 2,2) y la de FACIT-F: 36,0 (DE: 10,9). El 20,2% de los pacientes presentaban fibromialgia según el FAST3. La fibromialgia se asoció al género femenino (26,7% frente a 14,4%,  $p < 0,01$ ), al tratamiento con FAMEb (34,6% frente a 16,3%,  $p < 0,003$ ), a un mayor valor de cDAPSA (17,5-DE: 6,1- frente a 10,6, DE: 5,9,  $p < 0,001$ ) RAPID3 (19,7-DE: 2,9- frente a 9,7-DE: 5,8-  $p < 0,001$ ), HAQ (1,0-DE: 0,5- frente a 0,4-DE: 0,4-  $p < 0,001$ ), PsAID (5,5-DE: 2,1- frente a 2,9-DE: 1,9-  $p < 0,001$ ) y FACIT-F (26,3-DE: 11,0- frente a 38,2-DE: 9,7-  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Las características clínicas de los pacientes diagnosticados de Aps con fibromialgia diagnosticada mediante el FAST-3 son similares a las encontradas cuando se diagnostica por otros métodos.

**P343. EFICACIA, SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD DEL SECUKINUMAB EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL**

Uxue Astigarraga Urquia<sup>1</sup>, Marta López i Gómez<sup>2</sup>, Irene Piñeiro<sup>1</sup>, Libe Ibarrola Paino<sup>1</sup>, Javier Mendizabal<sup>1</sup>, Guillen Sada Urmeneta<sup>1</sup>, Natividad Del Val del Amo<sup>1</sup>, Inmaculada Paniagua Zudaire<sup>1</sup>, Laura Garrido Courel<sup>1</sup>, Loreto Horcada<sup>1</sup>, Ricardo Gutiérrez<sup>1</sup> y Concepción Fito Manteca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Álava.

**Introducción:** El secukinumab (SEC) es un anticuerpo monoclonal humano (IgG1) dirigido contra la IL-17A, aprobado para la psoriasis en placas, la artritis psoriásica (APs) y la espondiloartritis axial (EspAax). Se disponen pocos datos sobre la supervivencia a largo plazo del SEC en pacientes con EspAax y APs. Se ha publicado que el cociente neutrófilo-linfocito (NLR), podría predecir la aparición de eventos cardiovasculares y la mortalidad por todas las causas.

**Objetivos:** Evaluar eficacia, seguridad, tasa de retención y causas de interrupción del SEC en pacientes con EspAax y APs.

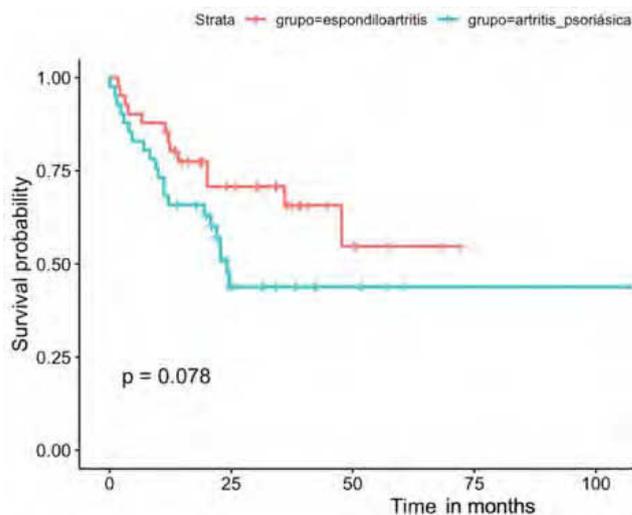
**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, se incluyeron pacientes diagnosticados de EspAax según ASAS y de APs según criterios CASPAR. En total 90 pacientes tratados con SEC entre 2016 y 2022 en el servicio de reumatología del Hospital Universitario de Navarra. Todos los pacientes incluidos iniciaron SEC al menos 12 meses antes de la extracción de datos. Se analizó la proteína C reactiva (PCR), la escala de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (ASDAS), la escala analógica visual (EAV) del paciente y el cociente neutrófilo-linfocito (NLR) al inicio, a los 12 y 24 meses. La supervivencia del fármaco en meses se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y los factores predictivos de suspensión mediante un análisis de regresión de Cox. También se recogió el motivo de suspensión.

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes (46 con EspAax y 44 con APs). La edad media al diagnóstico fue de 44,5 años (DE 11,1) y 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 4,2 meses (IQR 9,8) (tabla). El 92,2% pacientes fueron tratados con uno o más biológicos antes de la SEC, la mediana de biológicos previos fue de 2. La duración media del tratamiento fue de 31,8 meses (DE 75,1). Las tasas de retención a 1 y 2 años de la SEC en el grupo de EspAax fueron del 83% y el 71% respectivamente, y en APs del 69% y el 52% (fig.). Treinta y cinco pacientes interrumpieron el tratamiento, 29 por ineficacia, 1 por decisión propia, 4 por dolor mecánico persistente y 1 por neoplasia. Los factores asociados a un menor riesgo de interrupción fueron un mayor IMC ( $p = 0,025$ ) y la diabetes ( $p = 0,04$ ). Ninguna de las otras variables clínicas evaluadas tuvo asociación estadísticamente significativa con el riesgo de interrupción. La media de PCR antes de iniciar la SEC fue de 8,4 mg/L (DE 15,8), EVA de 7,5 (DE 2) y NLR de 2 (DE 1,2). Se observó una mejoría

estadísticamente significativa de la PCR a los 24 meses ( $p 0,049$ ), pero no a los 12 meses. La EVA presentó mejoría estadísticamente significativa a los 12 y 24 meses ( $p 0,008$  y  $0,012$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el NLR. En con EspAax, el ASDA mostró gran mejoría en 4,34% ( $> 3,1$ ) y mejoría en 26%. Ningún paciente presentó infecciones que requirieran la interrupción del fármaco.

Características basales

	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 (DE5,1)	29 (DE7,2)	28,4 (DE6,4)
Tabaco	17 (37,8%)	15 (34,1%)	32 (36%)
Alcohol	2 (4,4%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)
Enfermedad cardiovascular	8 (17,4%)	5 (11,6%)	13 (14,6%)
Depresión	5 (10,9%)	1 (2,3%)	6 (6,7%)
Biológicos previos, mediana (IQR)	1 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-2)
Glucocorticoides	8 (18,2%)	21 (47,7%)	29 (33%)



Estimación de la supervivencia de Kaplan-Meier en meses.

**Conclusiones:** SEC mostró una tasa de retención muy elevada en una población que ha sido expuesta previamente a varias terapias biológicas en ambos grupos. La obesidad y la diabetes parecen asociarse a una mejor supervivencia de SEC y, podría ser una terapia óptima en pacientes con factores de riesgo cardiometabólico. El SEC demostró ser eficaz en pacientes con axSpa y APs, con mejoría estadísticamente significativas en la EAV a los 12 y 24 meses y en la PCR a los 24 meses. El perfil de seguridad de SEC en nuestra cohorte parece ser bueno.

**P344. TELECONSULTA ASINCRÓNICA MEDIANTE CHATBOT DE WHATSAPP EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL CONTROLADA CON TERAPIA BIOLÓGICA: RESULTADOS CLÍNICOS Y PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES**

Elena Abad Plou<sup>1</sup>, N. Rivera<sup>2</sup>, E. Galíndez-Agirregoikoa<sup>1</sup>, E. Cuende<sup>1</sup>, A.R. Intxaurre Pellejero<sup>1</sup>, J.M. Blanco Madrigal<sup>1</sup>, L. Vega<sup>1</sup>, C. García<sup>1</sup>, M. Enjuanes<sup>1</sup>, O.B. Fernández-Berrizbeitia<sup>1</sup>, I. Gorostiza<sup>3</sup>, M.L. García Vivar<sup>1</sup> y Grupo INNOBIDE<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>2</sup>Biocruces Bilbao. Bizkaia.

<sup>3</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

<sup>4</sup>Grupo INNOBIDE formado por gestores, clínicos, informáticos e investigación de Hospital Universitario Galdakao, clínicos de Hospital Universitario Basurto y con el apoyo de ARAIA SL.

**Introducción:** El uso de teleconsulta en reumatología antes de la pandemia COVID ha sido limitado, por reticencias de clínicos y

pacientes, que podrían clasificarse en entusiastas y reacios<sup>1</sup>. Posteriormente se adoptan diferentes modelos de teleconsulta que se agrupan en sincrónica (teléfono, videollamadas), y asincrónica. Les propusimos a nuestros pacientes con espondiloartritis axial (EspAx) teleconsulta mediante un *chatbot* de WhatsApp creado exprofeso para el envío de PROMS (BASDAI, EVA para la evaluación global de la enfermedad del paciente, ASDAS y 3 preguntas de manifestaciones extraarticulares), y que vuelca los datos en la historia clínica.

**Objetivos:** Demostrar que la teleconsulta a través de la plataforma WhatsApp es útil para mantener el control clínico de los pacientes con EspAx. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes e identificar un perfil más proclive a consulta telemática.

**Métodos:** Estudio prospectivo con control retrospectivo de pacientes diagnosticados de EspAx con enfermedad estable con TB, visitados del 01/01 al 30/11/2021 en nuestro centro. Se reclutan 62 pacientes, y tras 2 abandonos (motivos personales y traslado de domicilio), incluimos 60. Se proponen dos visitas de teleconsulta (cada 4 meses), y una presencial final (al año de la basal). En caso preciso se contacta por teléfono y/o se agenda una visita presencial extra. Se considera enfermedad controlada si BASDAI < 4, ASDAS < 2,1 o a juicio del reumatólogo. Recopilamos información del paciente y de la enfermedad (edad, sexo, empleo, características de la enfermedad, tratamiento previo y actual), actividad, función física y calidad de vida. Se recogen la satisfacción del paciente y sus preferencias en la consulta final.

**Resultados:** Se incluyen 60 pacientes (fig. 1), 90% con espondilitis anquilosante (EA) clásica (fig. 2), solo 6 EspAx no radiográfica; el 93,3% con remisión/baja actividad por ASDAS/BASDAI-PCR. Solo 4 pacientes incluidos presentaban puntuaciones de actividad más altas. No encontramos diferencias clínicas significativas entre las visitas basales y finales en BASDAI, BASFI, ASDAS-PCR o AsQOL (tabla). Tres pacientes con dosis reducida de TB necesitaron aumentar a dosis estándar sin necesidad de cambiar de tratamiento. La valoración (EVA 0-10) de la teleconsulta por los pacientes fue alta: media 9,14 (DE 1,498); y 91,7% ≥ 8. El 83,3% prefirió el seguimiento telemático. Hubo una tendencia hacia las preferencias de telemedicina en los niveles educativos más altos y el trabajo activo (86% frente a 70%). No encontramos correlación con el género, la edad, la actividad de la enfermedad y las características de la enfermedad analizadas (manifestaciones extraarticulares. No hubo correlación con la necesidad de contactos/visitas presenciales adicionales.



Figura 1

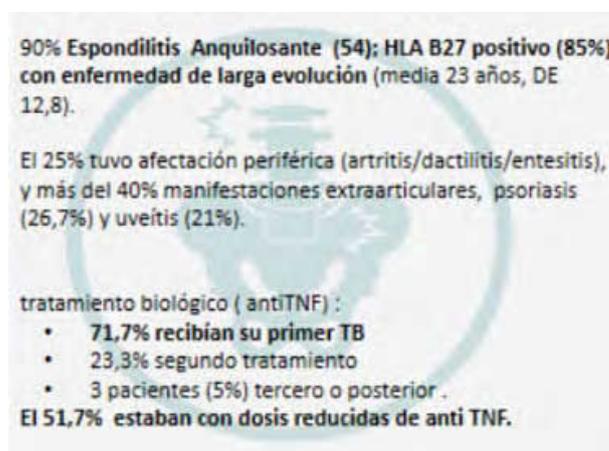


Figura 2

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra que la teleconsulta asincrónica es una herramienta útil en el seguimiento de los pacientes con EspAx controlada con TB, mantiene el control de la actividad de la enfermedad, la función física y la calidad de vida. Asimismo es muy bien valorada por nuestros pacientes (varones, jóvenes, con estudios medios superiores y vida laboral activa).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Knudsen LR, et al. Experiences With Telehealth Followup in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Interview Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(9):1366-72.

**P345. CAMBIO DE FÁRMACOS GLOBAL Y POR INEFICACIA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON AGENTES BIOLÓGICOS. EXPERIENCIA CLÍNICA**

María Rodríguez Laguna<sup>1</sup>, Dalifer Freites Nuñez<sup>1</sup>, Inmaculada Concepción Morado<sup>1</sup>, José Pierre Otazu Moudelle<sup>1</sup>, María Paula Álvarez Hernández<sup>1</sup>, Cristina Hormigos<sup>1</sup>, Gloria Candelas<sup>1</sup>, Cristina Martínez Prada<sup>1</sup>, Leticia León<sup>2,3</sup>, Benjamín Fernández<sup>1</sup> y Lydia Abasolo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. <sup>3</sup>Universidad Camilo José Cela. Ciencias de la Salud. Madrid.

**Introducción:** La artritis psoriásica (APso) es una enfermedad inflamatoria heterogénea que requiere un tratamiento específico basado en las manifestaciones clínicas, la gravedad de los síntomas y las comorbilidades. La APso se beneficia de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb), recomendados para prevenir daños permanentes. Aunque en la actualidad existen varias opciones de cambio de tratamiento, es importante definir características del paciente o del tratamiento como la falta de eficacia objetivadas en el momento del cambio.

**Objetivos:** Evaluar el cambio de una terapia biológica a otra global y por ineficacia en pacientes con APso en tratamiento con terapia biológica.

**Métodos:** Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Sujetos: Cohorte de pacientes que acudieron a consulta externa de Reumatología desde enero de 2006 hasta diciembre de 2021, y seguidos

	MEDIA BASAL	MEDIA FINAL	DIFERENCIA MEDIA
BASDAI	1,725 (DE 1,496)	2,268 (DE 1,3420)	0,5434 (DE 1,1483)
BASFI	2,108 (DE 1,619)	1,943 (DE 1,6228)	0,1492 (DE 1,3420)
ASDAS-PCR	1,288 (DE 1,496)	1,608 (DE 0,6297)	0,3198 (DE 0,6297)
AsQOL	2,53 (DE 3,311)	2,35 (DE 2,906)	0,2456 (DE 1,7856)

P344 Figura 3. Resultados clínicos.

hasta junio de 2022, diagnosticados de APso según código CIE-10 y en tratamiento con terapia biológica. Variable principal: cambio de FAMEb global y por ineficacia. Covariables: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. Análisis estadístico: Para estimar las tasas de cambio de agente biológico por cualquier causa y por ineficacia se utilizaron técnicas de supervivencia, expresando la tasa de incidencia (TI) por 100 pacientes\*año con su respectivo IC al 95% [IC95%].

**Resultados:** Se incluyeron 141 pacientes con diagnóstico de APso y en tratamiento con FAMEb, con un seguimiento de 893,09 pacientes\*año. El 52,48% eran mujeres con una edad media de 48,06 ± 13,21 años. 108 (76,60%) tenían antecedentes de psoriasis cutánea al inicio y 105 (74,47%) presentaban artritis periférica y 22 (15,60%) lumbalgia inflamatoria como principal dominio clínico. Se registraron 262 cursos de tratamiento. A lo largo del seguimiento, 85 (60,28%) pacientes recibieron los mismos FAMEb y 56 (39,72%) cambiaron de régimen terapéutico. El inhibidor del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) fue el agente biológico más utilizado, con 192 cursos (73,28%), seguido de los inhibidores de la interleucina-17, con 43 (16,41%). 243 cursos fueron de terapia combinada, 185 (76,13) con metotrexato. Se registraron 121 cambios de régimen terapéutico, con una TI de 13,54 [11,34-16,19]. De estos, 109 fueron por ineficacia con una TI de 12,20 [10,11-14,72]. Describiendo el cambio por cualquier causa, 90 se produjeron en sexo femenino (TI 20,82 [16,93-25,60]), 30 (TI 20,13 [14,08-28,80]) presentaban lumbalgia inflamatoria, 19 (TI 36,58 [23,33-57,34]) tenían entesitis y 5 (TI 35,38 [14,73-85,01]) dactilitis. En cuanto al cambio por ineficacia 79 se produjeron en sexo femenino (TI 18,28 [14,66-22,79]), 27 (TI 18,12 [12,43-26,42]) presentaron lumbalgia inflamatoria, 7 (TI 49,54 [23,61-103,91]) tuvieron dactilitis y 16 (TI 30,80 [18,87-50,28]) entesitis. 12,03 [9,56- 15,13]) pacientes que cambiaron el fármaco por cualquier causa y 67 (TI 11,04 [8,67-14,02]) que cambiaron por ineficacia presentaban antecedentes de psoriasis. Las tasas de cambio de régimen terapéutico para cada tipo de fármaco se recogen en la tabla 1 y aquellas por ineficacia en la tabla 2.

Tabla 1. Tasas de incidencia de cambio de régimen terapéutico por 100\*pacientes año en pacientes con APso tratados con fármacos biológicos

	Pacientes*año	Eventos (n)	TI	IC95%
Total, cambio	893,09	121	13,55	11,34-16,19
Abatacept	5,90	1	16,94	2,39-120,29
Inhibidores de Interleucina-17	70,84	17	23,99	14,92-38,60
Ustekinumab y guselkumab	10,29	5	48,59	20,23-116,75
Inhibidores de JAK	14,06	5	35,56	14,80-85,45
Antifactor de necrosis tumoral	792,00	93	11,74	9,58-14,40

Tabla 2. Tasas de incidencia de cambio de fármaco por ineficacia por 100 \*pacientes año en pacientes con APso tratados con agentes biológicos

	Pacientes*año	Eventos (n)	TI	IC95%
Total, cambio	893,09	109	12,20	10,11-14,72
Abatacept	5,90	2	33,88	8,47-135,50
Inhibidores de Interleucina-17	70,84	18	25,40	16,01-40,33
Ustekinumab y guselkumab	10,29	5	48,59	20,23-116,75
Inhibidores de JAK	14,06	5	35,56	14,80-85,45
Antifactor de necrosis tumoral	792,00	79	9,97	8,00-12,43

**Conclusiones:** La tasa de cambio de régimen terapéutico fue del 13,54. Hemos encontrado algunas manifestaciones clínicas de la enfermedad y factores del régimen terapéutico que podrían modificar la supervivencia de los fármacos en la APso. Los anti-TNF parecen ser los fármacos con la tasa más baja de cambio por ineficacia en nuestro estudio.

### P346. EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA EL HERPES ZÓSTER

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

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

**Introducción:** La infección por herpes zóster es debida a la reactivación del virus varicela-zóster, siendo especialmente prevalente en pacientes ancianos e inmunodeprimidos. Desde comienzos del año 2022, se ha aprobado y comercializado una nueva vacuna que previene la infección contra el herpes zóster. Sin embargo, hay pocos estudios que analicen su efectividad en condiciones de vida real.

**Objetivos:** Analizar la incidencia y tasa de herpes zóster en una población de riesgo con distintas enfermedades reumatológicas que presentan indicación para la vacunación contra dicho virus.

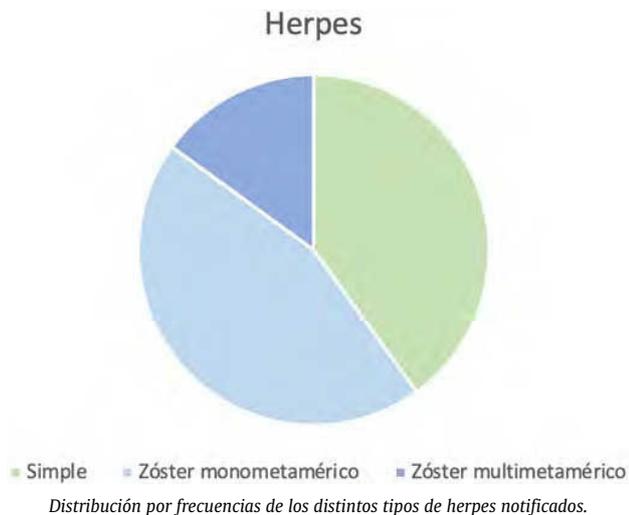
**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes que iniciaron tratamiento con inhibidores de JAK (iJAK) durante el periodo de 2013 a 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas en la historia clínica electrónica. Se analizó la vacunación de los pacientes con la vacuna del herpes zóster, así como la incidencia de herpes simple y herpes zóster antes y después de enero de 2022, fecha en la que se inició la pauta de vacunación. Además, se calculó la tasa del evento adverso (herpes zóster) en función del tiempo de seguimiento tanto para pacientes vacunados como no vacunados, ajustándose la exposición en eventos/100 pacientes-año (E/100 PA).

**Resultados:** Se incluyeron 236 pacientes con indicación de vacunación contra herpes zóster por estar en tratamiento con iJAK, de los cuales la patología mayoritaria era artritis reumatoide. Sus características demográficas se muestran en la tabla. 30 pacientes estaban vacunados contra el herpes zóster (12,71%). Se observó una incidencia de 20 casos de herpes en pacientes no vacunados (8 herpes simples y 12 herpes zóster). De los herpes zóster diagnosticados, 3 fueron multimetaméricos, como figuran en el gráfico. No se encontraron casos de herpes en la población vacunada. Ningún herpes supuso la suspensión del tratamiento de base de los pacientes. Los pacientes no vacunados fueron seguidos durante 3.500 meses, siendo la tasa de herpes en dicha población de 4,12 E/100 PA. El seguimiento total de pacientes vacunados fue de 102 meses, siendo la tasa de herpes de 0 E/100 PA.

	Total de pacientes (n = 236)
Edad - años (de)	62,45 (8,2)
Sexo femenino - n (%)	188 (79,66%)
Diagnóstico - n (%)	
AR	179 (75,84%)
APs	28 (11,86%)
EA	14 (5,93%)
AIJ	5 (2,11%)
Otros	10 (4,23%)
Comorbilidades - n (%)	
HTA	65 (27,54%)
Hipertensión arterial	69 (29,23%)
Diabetes mellitus	22 (9,32%)
Tabaquismo	40 (16,95%)
Vacunación - n (%)	
No	206 (87,29%)
Sí	30 (12,71%)

**Conclusiones:** Se observa una incidencia de 12 zóster en pacientes no vacunados con respecto a una incidencia de 0 en pacientes vacunados. La tasa de herpes en no vacunados fue de 4,12 E/100 PA frente

a la de 0 E/100 PA en vacunados. Por ello, concluimos que la vacuna de herpes zóster muestra su efectividad en nuestra población pero sería necesario realizar más estudios en el futuro con mayor tiempo de seguimiento.



**P347. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA VISIÓN EN PACIENTES CON UVEÍTIS NO INFECCIOSA: UN ANÁLISIS LONGITUDINAL**

María Paula Álvarez Hernández<sup>1</sup>, Alfredo Madrid García<sup>2</sup>, Lara Borrego-Sanz<sup>3</sup>, Cristina Hormigos<sup>1</sup>, Beatriz García-Tirado<sup>1</sup>, Mayte Ariño-Gutiérrez<sup>3</sup>, Cristina Lajas<sup>1</sup>, Pedro Arriola-Villalobos<sup>3</sup>, Esperanza Pato Cour<sup>1</sup> y Luis Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.  
<sup>2</sup>Grupo de Patología Musculoesquelética. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Departamento de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** Las uveítis no infecciosas (UNI) se caracterizan por la inflamación de la capa media de la pared ocular y tienen un impacto significativo en la calidad de vida relacionada con la visión (CVRV) de los pacientes. Las medidas objetivas de la visión, como la agudeza visual (AV), no reflejan por completo el impacto de estas enfermedades en la calidad de vida (CV) percibida por los pacientes, ya que esta incluye otros aspectos relevantes e importantes que no se evalúan en la práctica clínica habitual. La evaluación de la CV del paciente mediante cuestionarios estandarizados y validados permite estimar objetivamente la carga real de la enfermedad. Varios estudios transversales han demostrado que la CVRV de los pacientes con UNI está disminuida. Sin embargo, las pruebas sobre cómo evoluciona la CV en la práctica clínica real y qué características influyen en esta evolución son escasas.

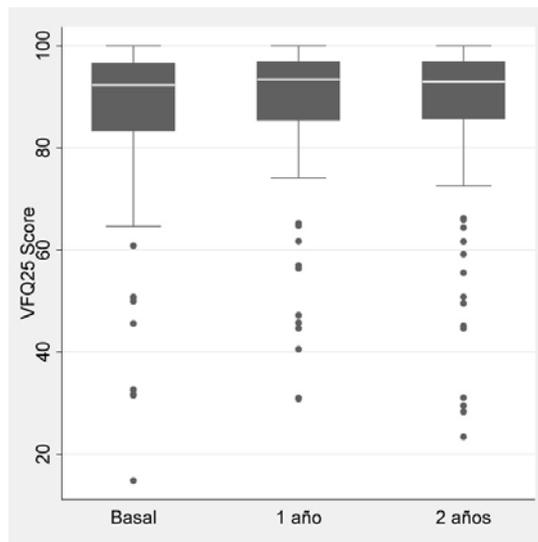
**Objetivos:** Describir la evolución de la CVRV en sujetos con UNI e identificar los factores asociados a un aumento o disminución de la CVRV durante el seguimiento.

**Métodos:** Estudio observacional longitudinal prospectivo que incluyó pacientes consecutivos con UNI de una unidad de uveítis en un hospital terciario en Madrid (España). El resultado principal fue la puntuación compuesta del Cuestionario de Funcionamiento Visual 25 (VFQ25), medida al inicio y tras 1 y 2 años de seguimiento. Se analizó la influencia de las variables demográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento (evaluadas en los mismos puntos temporales) en las medidas repetidas de CVRV mediante modelos de ecuaciones de estimación generalizada (EEG) bivariados y multivariados anidados por paciente.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 145 pacientes, con 422 visitas. En los dos años de seguimiento no se observaron cambios significativos en la evolución del VFQ25 (fig.). En el análisis multivariado, una menor agudeza visual corregida (AVC), la presencia de incapacidad laboral permanente, estar en desempleo, células en cámara anterior  $\geq 2+$ , cirugía previa de cataratas, cirugía previa de glaucoma, otras cirugías intraoculares y la prescripción de fármacos inmunosupresores sintéticos se asociaron de forma independiente con un menor VFQ25 (tabla).

Análisis multivariado para evaluar la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas en la CVRV en los pacientes con UNI

Variable	Coef (IC95%)	p-valor
Mujeres	1,82 (-0,98 a 4,63)	0,21
AVC (logMAR)	-8,18 (-10,93 a -5,43)	5,68 × 10 <sup>-9</sup>
Visita inicial	Ref.	
Visita de 1 año	-0,18 (-1,68 a 1,32)	0,81
Visita de 2 años	-0,9 (-1,50 a 1,11)	0,77
AVC X visita de 1 año	4,61 (2,30 a 6,93)	9,5 × 10 <sup>-5</sup>
AVC X visita de 2 años	4,46 (3,03 a 5,88)	9,18 × 10 <sup>-10</sup>
Casado	1,96 (-0,34 a 4,26)	0,09
Incapacidad laboral permanente	-27,42 (-36,90 a -17,93)	1,47 × 10 <sup>-8</sup>
Desempleado	-7,04 (-10,82 a -3,27)	2,6 × 10 <sup>-4</sup>
Células en cámara anterior $\geq 2+$	-3,85 (-7,03 a -0,67)	0,02
Cirugía de cataratas	-4,61 (-8,15 a -1,07)	0,01
Cirugía de glaucoma	-14,51 (-24,72 a -4,30)	0,01
Otra cirugía intraocular	-6,77 (-10,53 a -3,01)	4,2 × 10 <sup>-4</sup>
Sin uso de IS	Ref.	
IS sintéticos	-5,38 (-8,19 a -2,56)	1,9 × 10 <sup>-4</sup>
IS biológicos	3,11 (-0,59 a 6,81)	0,01
IS sintéticos y biológicos	-2,22 (-5,79 a 1,34)	0,22



VFQ25 durante el seguimiento.

**Conclusiones:** En los dos años de seguimiento de nuestro estudio, no identificamos cambios significativos en la evolución de la CVRV en los pacientes con UNI. Sin embargo, encontramos algunos factores sociales que podrían contribuir a la disminución del puntaje del VFQ25 durante el seguimiento. Fundamentalmente, la situación laboral y el bienestar económico. También se identificaron variables clínicas, como una menor agudeza visual y factores que podrían reflejar una enfermedad activa (células en cámara anterior  $\geq 2+$  y prescripción de fármacos inmunosupresores sintéticos). Así mismo, detectamos que la cirugía ocular previa podría contribuir a una puntuación VFQ25 más baja. Estos datos preliminares nos permiten evaluar otras variables que contribuyen a la carga de la enfermedad y al grado de sufrimiento del paciente respecto a su visión y reflejan

la importancia de identificarlas para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

**P348. SEGURIDAD DE LA VACUNA RECOMBINANTE CONTRA EL HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON MEDICAMENTOS JAKI**

Ana Pons Bas<sup>1</sup>, J. Rosas<sup>1</sup>, L. Pons-Canet<sup>1</sup>, J.M. Senabre-Gallego<sup>1</sup>, G. Santos-Soler<sup>1</sup>, J.A. Bernal<sup>1</sup>, J.C. Cortés-Quiroz<sup>1</sup>, C. Raya-Santos<sup>1</sup>, R. Gallego, M. Lorente<sup>1</sup>, X. Barber<sup>2</sup>, J.A. García-Gómez<sup>2</sup> y Grupo AIRE-MB

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

**Introducción:** Los pacientes que reciben medicamentos inhibidores de JAK (JAKi) tienen un mayor riesgo de herpes zóster (HZ). Actualmente se recomienda una nueva vacuna recombinante eficaz contra HZ (Shingrix-RV) para pacientes tratados con JAKi.

**Objetivo.** Evaluar la seguridad de la primera y segunda dosis de la vacuna recombinante contra HZ (HZ-VR), en pacientes con AR, en tratamiento con JAKi.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de la seguridad después de recibir la primera y después de 2 meses, segunda dosis del HZ-VR en pacientes con AR tratados con JAKi. Se recogieron las siguientes variables: información general de los pacientes, tipo de JAKi y tiempo en tratamiento; uso y dosificación de FAMEcs o corticosteroides. Con respecto a HZ: infección antes de HZ-VR y tiempo transcurrido; efectos secundarios después de la vacunación.

**Resultados.** De 138 pacientes tratados con JAKi, 9 (7%) rechazaron la vacunación, 129 (93%) recibieron la primera dosis de HZ-VR. De ellos, 38 (28%) pacientes la recibieron antes de comenzar JAKi y 98 (72%) estaban en tratamiento con JAKi (con una media de 36 meses). La segunda dosis se administró en 113 (82%) pacientes. 21 (15%) pacientes habían sufrido HZ, antes de la vacunación. Ciento ocho (84%) fueron mujeres (edad media: 64 [DE: 3] años), en tratamiento con JAKi una media de: 2,4 (DE: 1,6) años: 89 (69%) baricitinib (2 mg/día: 29 [33%] pacientes; 4 mg/día: 60 [67%]), upadacitinib: 48 (44%) y 3 (3%) pacientes con tofacitinib. Ochenta y siete (67%) pacientes recibieron FAMEsc: metotrexato: 55 (63%), dosis media semanal: 17,5 mg (DE: 3,5), leflunomida: 22 (25%), hidroxilcloroquina: 8 (9%), sulfasalazina: 2 (2%). Cincuenta y seis (40%) pacientes recibieron prednisona: dosis media diaria: 5,2 mg (DE: 1,8). Un mes después de la primera dosis de la vacuna, 97 (75%) y 62 (55%) después de la segunda dosis tuvieron efectos secundarios (p = 0,68): dolor local: 95 (74%) vs. 62 (55%) pacientes, p = 0,014; fatiga: 27 (21%) vs. 15 (13%), p = 0,17; artralgia-mialgia: 21 (19%), p = 0,17; fiebre ≤ 38 °C: 10 (8%) vs. 15 (13%), p = 0,69; cefalea: 9 (7%) vs. 3 (3%), p = 0,72; prurito local: 3 (2%) vs. 2 (2%), síntomas gastrointestinales: 2 (2%) vs. 2 (3%), p = 0,943; y después de la primera dosis, otros en 4 (4%) pacientes: infección del tracto urinario, úlcera oral, mareos, eritema en el lugar de la inyección. No se detectó linfadenopatía, ingreso hospitalario, exacerbación de la AR ni efectos secundarios graves. Después de 90 días de la segunda vacuna, solo una mujer de 58 años (0,8%) en tratamiento 5 meses con baricitinib 4 mg/día y metotrexato, sin corticosteroides, presentó una ligera dosis de reactivación facial de HZ.

**Conclusiones.** 1. La vacunación con HZ-VR fue segura. 2. Aunque un gran porcentaje de pacientes experimentaron algún efecto secundario, especialmente después de la primera dosis de la vacuna, estos fueron leves. 3. No se detectó ningún brote de AR en este período. 4. Menos del 1% de los pacientes sufrieron reactivación de HZ después de la vacunación.

Agradecimientos: el estudio fue apoyado con una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

**P349. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA OCULAR EN PACIENTES CON IMID TRATADOS CON CERTOLIZUMAB PEGOL**

Pablo Andújar Brazal, Elia Valls Pascual, Eduardo Flores Fernández, Carlos Valera Ribera, Ignacio Vázquez Gómez, Desamparados Ybáñez García, Àngels Martínez Ferrer y Juan José Alegre Sancho

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

**Introducción:** Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) representan un grupo de enfermedades crónicas originadas por alteraciones del sistema inmunológico y la enfermedad ocular inflamatoria (EIO) una manifestación que puede presentarse asociada a la mayoría de ellas. El certolizumab pegol (CZP) es un fragmento recombinante de un anticuerpo humanizado que bloquea el TNFa y es capaz de modular la respuesta inflamatoria en algunas de estas enfermedades, incluyendo la inflamación ocular. El presente estudio analiza la incidencia de eventos de EIO en pacientes con IMID tratados con CZP en un servicio de Reumatología de un hospital de 2º nivel asistencial.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con IMID tratados con CZP en base a registros del servicio de farmacia del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. Se analizaron variables sociodemográficas, tipo de IMID que motivó su prescripción, existencia de EIO previa, tiempo de tratamiento con CZP (meses), desarrollo de EIO y tiempo hasta su aparición (meses), dosis de fármaco y uso de terapia inmunomoduladora asociada.

**Resultados:** Se registraron 86 pacientes con IMID tratados con CZP. La edad media fue de 49,51 años y el 76,74% eran mujeres. Los tipos de IMID que motivaron la prescripción del fármaco fueron: espondiloartritis (32,6%), artritis reumatoide (31,4%), artritis psoriásica (20,9%), enfermedad de Crohn (7%), psoriasis (4,7%) e hidradenitis supurativa (3,5%). El tiempo medio de tratamiento con CZP fue de 26,07 meses (rango 1-100 meses) y en el 86% de los casos la pauta de tratamiento utilizada fue de 200 mg cada 2 semanas. El 52,32% recibían tratamiento concomitante con otro fármaco inmunomodulador, siendo metotrexato el fármaco más utilizado. El 6,97% de los pacientes tenían antecedentes de EIO (5,81% en forma de uveítis y 1,16% escleritis), y en estos, las IMID asociadas fueron espondiloartritis (83,33%) e hidradenitis supurativa (16,66%). Solo un paciente desarrolló EIO tras recibir tratamiento con CZP en forma de uveítis anterior aguda, 8 meses después del inicio del fármaco. El paciente había interrumpido dos dosis consecutivas del fármaco durante el periodo de pandemia de COVID-19, desarrollando EIO meses después de este acontecimiento. Como IMID, el paciente tenía diagnóstico de espondiloartritis y ya constaba antecedentes de EIO previas (escleritis). La dosis de CZP utilizada fue de 200 mg cada 2 semanas sin asociar tratamiento inmunomodulador concomitante. Ningún otro de los que habían presentado eventos de EIO previos desarrollaron inflamación ocular tras inicio de CZP. El tiempo medio de tratamiento en este subgrupo de pacientes fue de 15 meses (rango 5-36 meses) y la dosis utilizada fue de 200 mg cada 2 semanas.

**Conclusiones:** Observamos en nuestra serie un descenso de episodios de EIO en pacientes que recibieron tratamiento con CZP y que contaban con antecedentes de EIO previos, pues en la mayoría de ellos no se registraron nuevos eventos tras su administración. Solo uno de estos pacientes desarrolló EIO tras inicio del fármaco y, aunque constaba en historia clínica suspensión temporal del fármaco en meses previos, en el momento del episodio el paciente recibía dosis habitual del fármaco, por lo que no consideramos que dicho evento se debieran a su discontinuación. Adicionalmente, no se registraron eventos de EIO *de novo* tras inicio de CZP en nuestra serie.

**P350. CONSULTA PREGESTACIONAL MULTIDISCIPLINAR EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: EXPERIENCIA A 2 AÑOS Y MEDIO**

B. Magallares<sup>1,6</sup>, C. Sierio<sup>1,2</sup>, H.S. Park<sup>1,6</sup>, E. Llubra<sup>3</sup>, H. Marco<sup>4</sup>, M. Díaz-Encarnación<sup>4</sup>, P. Moya<sup>1,6</sup>, I. Castellvi<sup>1,6</sup>, S. Ros<sup>1</sup>, J.L. Tandaipan<sup>1,5,6</sup>, C. Pitarch<sup>5</sup>, A. Laiz<sup>1,6</sup>, C. Díaz-Torné<sup>1,6</sup>, V. Coll<sup>4</sup>, H. Codes-Méndez<sup>1</sup>, S. Fernández<sup>1</sup>, A.M. Millán<sup>1</sup> y H. Corominas<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>3</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Mayo. Barcelona. <sup>6</sup>Universitat Autònoma de Barcelona.

**Introducción:** El embarazo en pacientes con enfermedades reumáticas y autoinmunes sistémicas (ERAS) puede asociarse a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y maternas que en población general. El asesoramiento previo a la concepción en consultas específicas es clave para prevenir estas complicaciones. Sin embargo, los datos en práctica clínica habitual son escasos.

**Objetivos:** Describir las características clínicas maternas, obstétricas y los resultados del embarazo en pacientes con ERAS valoradas en la consulta pregestacional.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron mujeres valoradas en la consulta pregestacional multidisciplinar (ginecología, nefrología y reumatología) desde febrero de 2020 hasta julio de 2022. Se recogieron variables clínicas y obstétricas, así como si la gestación se había clasificado como de alto, moderado o bajo riesgo. También se recopilaron datos relacionados con los resultados del embarazo. Se calcularon la media, la desviación estándar y las proporciones.

**Resultados:** Se atendieron a 41 pacientes diagnosticadas de ERAs y con deseo gestacional en la consulta pregestacional multidisciplinar, con una edad media de 35,7 ± 4,43. Las características clínicas basales de las pacientes se describen en la tabla 1. El 53,6% de las pacientes estaban en tratamiento con fármacos inmunosupresores y 22 (53,65%) pacientes con hidroxicloroquina. El 12,2% de las pacientes habían recibido tratamiento previo con ciclofosfamida. Los tratamientos que recibían las pacientes inmediatamente antes y después de la valoración pregestacional multidisciplinar se recogen en la tabla 2. En la valoración durante la consulta pregestacional multidisciplinar, se clasificaron como “bajo riesgo para complicaciones gestacionales” al 51,2% de las pacientes, “riesgo moderado” al 39% y “alto riesgo” al 9,8%. El 17% de las pacientes evaluadas estaban embarazadas de primer trimestre. Al 46,3% de las pacientes se les indicó que estaban en un momento óptimo para buscar gestación sin modificar tratamientos, al 12,2% se les propuso un cambio de tratamiento antes de buscar concepción. A 11 (26,8%) se les indicó posponer el deseo gestacional, de ellas a 3 pacientes se les indicó buscar gestación en una segunda valoración posterior. De las 41 pacientes evaluadas, 15 (36,6%) consiguieron gestación en una media de 6,25 ± 4,5 meses, de ellas 2 (13,3%) mediante técnicas de fertilización asistida. Se recogieron complicaciones médicas en 2(4,8%) de las pacientes (colestasis intrahepática y plaquetopenia), y obstétricas en 3 (7,3%) (2 roturas prematura de membrana y una placenta previa). Se produjeron 4 abortos y 1 recién nacido a término con bajo peso al nacer.

**Conclusiones:** La edad media de las pacientes atendidas en la consulta pregestacional multidisciplinar era alta, de 35,7 años de edad. El 46% presentaban diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Del total de las 41 pacientes, se les aconsejó intentar gestación con cambios y sin cambios de medicación al 12,2% y 46,3% respectivamente. El 36% de las pacientes consiguieron concebir, con una tasa menor de complicaciones obstétricas que las registradas en gestaciones previas de la misma cohorte de pacientes.

Tabla 1. Características clínicas basales de las pacientes

	Total (n = 41)
Edad al diagnóstico (media ± DE)	28,5 ± 7,65
Edad en la visita preconcepcional (media ± DE)	35,7 ± 4,43
Etnia, n (%):	
Caucásica	30 (75,6)
Hispánica	8 (19,5)
Asiática	2 (4,6)
Africana	1 (2,3)
Diagnósticos, n (%):	
Lupus eritematoso sistémico	19 (46,34)
Síndrome antifosfolípido	2 (4,88)
Otras ERAS	15 (36,59)
Artritis	2 (4,88)
Enfermedades autoinflamatorias	3 (7,32)
Nº de embarazos previos, n (%)	
0	16 (39)
1	16 (39)
2	7 (17)
3	2 (4,9)
Nº de abortos previos, n (%)	
0	21 (61,8)
1	10 (29,4)
2	3 (8,8)
Complicaciones obstétricas registradas, n (%)	
Pretrémios	5 (10,5)
Bajo peso al nacer	6 (11,7)

DE: desviación estándar.

Tabla 2. Tratamientos de las pacientes

Tratamiento	Previo a la valoración, n (%)	Posterior a la valoración, n (%)
FAMES e Inmunosupresores	11 (26,83)	12 (29,3)
Hidroxicloroquina	22 (53,65)	24 (58,53)
FAMES biológicos	11 (26,83)	10 (24,4)
Dosis de prednisona		
Nada	20 (48,7)	22 (53,7)
≤ 7,5 mg/día	18 (43,9)	19 (46,3)
> 7,5 mg/día	3 (7,3)	0

FAME: fármaco modificador de la enfermedad.

**P351. RELEVANCIA DEL SERVICIO DE ANÁLISIS EN LA OPTIMIZACIÓN DE LAS RUTAS ASISTENCIALES: PERFILES ANALÍTICOS DE DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Isabel de la Morena Barrio<sup>1</sup>, I. Vinyals Bellido<sup>2</sup>, A. López Martínez<sup>2</sup>, A. Martí Martínez<sup>2</sup>, R. Planell Oliván<sup>1</sup>, L. Charca Benavente<sup>1</sup>, N. Costas Torrijo<sup>1</sup>, J. Sanmartín Martínez<sup>1</sup>, P. Mallent Trenor<sup>1</sup>, D. Bedoya Sanchis<sup>1</sup>, P. Trenor Larraz<sup>1</sup> y E. Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Laboratorio. Hospital Clínico de Valencia.

**Introducción:** La derivación de pacientes desde Atención Primaria (AP) a Atención Especializada (AE) en ocasiones adolece de rapidez y operatividad. Frecuentemente se acompaña de exploraciones bioquímicas duplicadas, innecesarias o incompletas por falta de homogeneidad en la selección de pruebas. La introducción en los sistemas de petición electrónica (SPE) de perfiles clínicos basados en sospechas diagnósticas específicas pueden ser de gran ayuda en AP si se acompañan del pertinente informe de laboratorio interpretativo que sugiera la derivación a AE a la luz de los hallazgos analíticos y la clínica reportada en la historia clínica (HC), facilitando y agilizando las decisiones de los especialistas. El diagnóstico de las enfermedades reumatológicas es eminentemente clínico, ayudándose de ciertas alteraciones analíticas. Ha sido sobradamente demostrado que, en enfermedades reumatológicas inflamatorias, hay dos factores pronósticos relevantes: el primero y más importante es la intervención terapéutica precoz por parte del reumatólogo, y el segundo las alteraciones analíticas (p.ej., la elevación de reactantes de fase aguda, los títulos de factor reumatoide, de anticuerpos antipeptido citrulinado, del DNA de doble cadena, o la presencia del HLA-B27).

**Objetivos:** Adaptar la ruta asistencial desde AP al Servicio de Reumatología (SR) al SPE del laboratorio mediante perfiles clínicos e informes interpretativos y estudiar su eficacia en el período de octubre de 2021 a enero de 2022.

**Métodos:** En el formulario de petición electrónica de AP se habilitó una columna de derivación al SR con 6 nuevos perfiles de pruebas basados en sospechas diagnósticas de la ruta asistencial, previamente pactados. Al seleccionarlos, el SPE preguntaba al clínico en un campo libre, información clínica adicional. Dos facultativos de laboratorio revisaban diariamente estas peticiones y en función de los hallazgos analíticos, la información aportada y la revisión de la HC, elaboraban un informe recomendando o no la derivación al SR. Se contabilizó el número de estudios realizados, si fueron sugestivos o no de interconsulta, su tipología, si fueron derivados finalmente por AP al SR y el diagnóstico final.

**Resultados:** Se realizaron 264 peticiones siendo sugestivos de derivación 55 (20,8%), no sugestivos 194 (73,5%) e innecesarios 15 (5,7%). De los sugestivos de derivación o interconsulta, 36(65,5%) se derivaron al SR por parte de AP y en 30(83,3%) de ellos el SR realizó un diagnóstico definitivo en un plazo no superior a los dos meses. De los 55 sugestivos de derivación, las sospechas clínicas más frecuentes fueron "artropatía inflamatoria" 39 (70,9%) y "polimialgia reumática" 7 (12,7%).

**Conclusiones:** El médico de AP sabe que el Laboratorio, a la luz de la HC, realizará pruebas secuenciales convenientes y elaborará una sugerencia de derivación en función de los resultados facilitando su interpretación. El SR sabe que el paciente remitido cumple los requisitos clínicos y bioquímicos para ser estudiado por su parte, pudiendo priorizar aquellos con alteraciones analíticas, y evitando derivaciones innecesarias. En el momento actual, con AP y AE con altos niveles de saturación, adquieren gran importancia acciones que faciliten los actos clínicos sin detrimento de la calidad asistencial. Así el Laboratorio mejora procesos mediante herramientas como el SPE, los perfiles clínicos y el informe interpretativo. El impacto en el proceso asistencial es evidente, ganando velocidad y efectividad.

**P352. FIBROELASTOSIS PLEUROPARENQUIMATOSA: UNA SITUACIÓN CLÍNICA ESPECIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN CENTRO DE REFERENCIA**

Belén Atienza-Mateo<sup>1,2</sup>, Sara Remuzgo-Martínez<sup>2</sup>, Verónica Pulito-Cueto<sup>2</sup>, Diego Ferrer<sup>3</sup>, Gerardo Blanco Rodríguez<sup>4</sup>, Sheila Izquierdo Cuervo<sup>3</sup>, Víctor M. Mora-Cuesta<sup>2,3</sup>, David Iturbe-Fernández<sup>2,3</sup>, Raquel López-Mejías<sup>2</sup>, Ricardo Blanco<sup>1,2</sup>, José M. Cifrián<sup>2,3,5</sup> y Miguel Á. González-Gay<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Metabólicas Óseas del Sistema Musculoesquelético. IDIVAL. Santander. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>4</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>5</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. <sup>6</sup>IDIVAL. UC. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Santander. <sup>7</sup>IIS-Fundación Jiménez Díaz. Departamento de Reumatología. Madrid.

**Introducción:** La fibroelastosis pleuroparenquimatosa (FEPP) es una enfermedad pulmonar intersticial (EPI) poco frecuente que puede ser idiopática o estar asociada a diversas afecciones, incluidas las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS)<sup>1,2</sup>. En este sentido, la presencia de FEPP se ha descrito como un factor predictivo independiente de peor pronóstico en pacientes con EPI-EAS<sup>3</sup>. Aproximadamente un tercio de los pacientes con EPI cumplen criterios de una EAS establecida<sup>4</sup>.

**Objetivos:** A) Determinar la prevalencia de FEPP en una cohorte de pacientes con EPI-EAS, y B) Comparar las características entre pacientes con EPI-EAS con y sin FEPP.

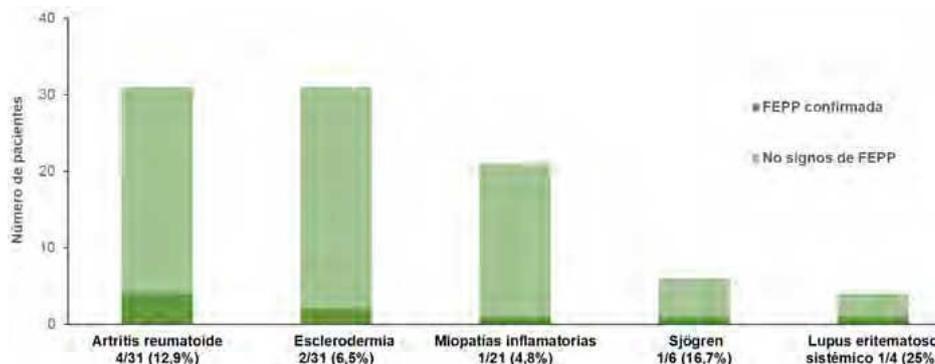
**Métodos:** En el estudio se incluyeron 99 pacientes con EPI-EAS (31 con artritis reumatoide (AR), 31 con esclerosis sistémica (ES), 21 con miositis inflamatoria idiopática (MII), 6 con síndrome de Sjögren primario (SSp), 4 con lupus eritematoso sistémico (LES) y 6 con otros tipos de EAS) seguidos en la consulta multidisciplinar de Neumología-Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**Tabla P352**

Características demográficas, clínicas y radiológicas de pacientes con EPI-EAS con y sin FEPP

Características	Pacientes con FEPP	Pacientes sin FEPP	p
Edad en el momento del diagnóstico de la EAS (años), media ± DE	57,4 ± 11,3	53,0 ± 12,6	0,35
Edad en el momento del diagnóstico de la EPI (años), media ± DE	54,9 ± 12,6	56,4 ± 12,5	0,73
Sexo (hombres/mujeres), n (%)	3/6 (37,5/62,5)	43/47 (47,8/52,2)	0,50
Antecedentes de tabaquismo, n (%)	4 (50,0)	52 (62,7)	0,48
Índice de masa corporal	23,5 ± 5,5	26,2 ± 4,6	0,14
PFR en el momento del diagnóstico de la EPI			
CVF ml, media ± DE	2.196 ± 1.268	2.740 ± 945,3	0,16
CVF (% predicho), media ± DE	71,3 ± 38,1	84,1 ± 25,4	0,22
DLCO (% predicho), media ± DE	36,2 ± 19,3	47,0 ± 16,0	0,15
DLCO/VA (% predicho), media ± DE	66,8 ± 18,8	72,9 ± 23,2	0,57
Características radiológicas			
Bronquiectasias, n (%)	4 (44,4)	6 (6,74)	0,006

CVF: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión del pulmón para el monóxido de carbono; EAS: enfermedad autoinmune sistémica; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; FEPP: fibroelastosis pleuroparenquimatosa; DE: desviación estándar; PFR: pruebas funcionales respiratorias; VA: volumen alveolar.



**P352 Figura.** Prevalencia de FEPP en cada EPI-EAS.

(Santander, España). La presencia de FEPP fue confirmada por radiólogos expertos que evaluaron las imágenes de tomografía computarizada de alta resolución de tórax de todos los pacientes. Además, se recogieron características demográficas, clínicas y radiológicas.

**Resultados:** La presencia de FEPP se detectó en 9 (9,1%) de los 99 pacientes con EPI-EAS, mientras que el 90,9% restante no presentaba signos de FEPP. En particular, se confirmó en 4 pacientes con AR (12,9%), 2 con ES (6,5%), 1 con MII (4,8%), 1 con SSp (16,7%) y 1 con LES (25,0%) (fig.). La prevalencia de bronquiectasias fue estadísticamente mayor en los pacientes con EPI-EAS que presentaban FEPP en comparación con los que no la tenían (44,4% frente a 6,74%, respectivamente,  $p = 0,006$ , tabla). No hubo diferencias significativas en la edad al diagnóstico de EAS o EPI, sexo, antecedentes de tabaquismo, índice de masa corporal y pruebas de función pulmonar al diagnóstico de EPI entre ambos grupos (tabla).

**Conclusiones:** En este estudio se aporta la prevalencia y los datos clínicos de la FEPP en pacientes con EPI-EAS de un centro de referencia del norte de España. Aproximadamente 1 de cada 10 de nuestros pacientes presentó FEPP asociada, estrechamente asociada a la presencia de bronquiectasias. La identificación de esta condición en pacientes con EPI-EAS debe ser considerada de forma rutinaria, ya que puede empeorar su pronóstico.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Chua F, et al. Ann Am Thorac Soc. 2019;16(11):1351-9.
2. Bonifazi M, et al. Eur Respir J. 2020;56(1):1902135.
3. Orlandi M, et al. Reumatología (Oxford). 2020;59(12):3645-56.
4. Atienza-Mateo B, et al. J Clin Med. 2020;9(6):1606.

**P353. ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA SOLICITUD DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA)**

Isabel de la Morena Barrio, R. Planell Oliván, N. Costas Torrijo, J. Sanmartín Martínez, L. Charca Benavente, Y. Ballesta Cuñat, D. Andrés, D. Bedoya Sanchis, P. Mallent Trenor y P. Trenor Larraz

Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Valencia.

**Introducción:** El diagnóstico de enfermedad autoinmune ha crecido en los últimos años, y se expresa en un incremento del número de solicitudes de las pruebas de ANA por año y la derivación a atención especializada para la valoración de este resultado. Fue estimado que el 70% del diagnóstico médico se basa en las pruebas de laboratorio. No obstante, si a la indicación de los ANA corresponde a una probabilidad preprueba razonable, la probabilidad de obtener una información valiosa posprueba se incrementa considerablemente, pero si la probabilidad preprueba es baja, aumenta la probabilidad de un resultado falso positivo. De esa forma, la solicitud indiscriminada de los ANA, supone una sobrecarga del laboratorio y un incremento del gasto, socavando el valor de estos resultados, que pueden conducir a errores en el diagnóstico, seguimiento, y tratamiento. Por este motivo se han publicado numerosos artículos acerca de las situaciones clínicas que justifican la solicitud de los ANA, y aquellas manifestaciones en que, por su inespecificidad, no estaría indicada esta solicitud (concretamente: fatiga, mialgias generalizadas inespecíficas y fibromialgia).

**Objetivos:** Analizar las derivaciones realizadas a reumatología por un resultado ANA positivo (ANA+).

**Métodos:** Se recogen las derivaciones a Reumatología para valoración clínica de un resultado ANA+ recibidas en el año 2021, y su seguimiento hasta diciembre de 2022. Se recoge el perfil clínico de los pacientes, las manifestaciones por las que se hace la solicitud, el resultado ANA y sus perfiles, el diagnóstico final, las altas de seguimiento, el número de visitas y exploraciones complementarias solicitadas, y el tiempo de seguimiento. Se analiza si las indicaciones de solicitud están siendo adecuadas o desaconsejadas según las manifestaciones.

**Resultados:** Se analizan 134 derivaciones por ANA+, de las cuales, 119 (88,8%) son mujeres. La edad media de la muestra es de  $57,8 \pm 16,3$  (16-88) años. Derivados 116 (86,6%) desde Atención Primaria y el

resto de otros servicios. El perfil de los resultados ANA se muestran en la tabla 1. La solicitud de ANA en un contexto clínico desaconsejado se hizo en 25 (18,6%) pacientes y las solicitudes por manifestaciones clínicas sospechosas de conectivopatía se llevó a cabo en 45 (33,6%) pacientes. El resto de las solicitudes no fueron por manifestación clínica sugestiva ni por manifestación desaconsejada. En 87 (64,9%) pacientes, el diagnóstico final no estuvo relacionado con los ANA+. Se dio de alta a 66 (48,5%) pacientes, 1 (0,7%) fue *exitus* por otro motivo, y 13 (9,6%) no acudieron a seguimiento. Los pacientes dados de alta fueron seguidos una media de  $8 \pm 8,2$  (0-33) meses, 23 (34,8%) de ellos con necesidad de una única visita y, salvo estos, al resto se les solicitaron exploraciones complementarias de despistaje: analíticas, funcionales y de imagen, a lo largo del seguimiento hasta el alta. Al 52,2% de los pacientes que se les da el alta, se hace en los primeros 6 meses. Los diagnósticos finales se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Perfil de los anticuerpos antinucleares

Perfil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
ANA sin especificidades	58	44,0
Espectro esclerosis sistémica	13	9,7
Espectro hepatitis autoinmune/cirrosis biliar primaria	8	6,0
Perfil miopatía inflamatoria	3	2,2
Lupus eritematoso sistémico/Síndrome de Sjögren	30	22,4
DFS70	3	2,2
Perfil solapamiento/Antisintetasa	11	8,2
Varios	7	5,2
Total	134	100

Tabla 2 Diagnósticos finales

Diagnóstico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Conectivopatía	21	15,7
Artritis reumatoide seropositiva	12	9,0
Otras artritis o polimialgia reumática	16	11,9
Artrosis de manos	11	8,2
Fibromialgia/dolor crónico	16	11,9
ANA+ sin conectivopatía	21	15,7
Otros diagnósticos no inflamatorios	33	24,6
Total	130	97
Sin diagnóstico	4	3

**Conclusiones:** En nuestra serie observamos que el 18,6% de las solicitudes se realizaron por manifestaciones en las que está desaconsejada la determinación. Solo el 33,6% de las solicitudes, se hicieron en base a una manifestación clínica sugestiva de conectivopatía. Solo el 15,7% fue diagnosticado de conectivopatía; el 48,5% fue dado de alta; y el 64,5% fue diagnosticado de una patología no relacionada con los ANA+.

**P354. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA: APP DERIVAREUMA**

Ana Urruticoechea Arana<sup>1</sup>, Fernando León<sup>2</sup>, Miguel Ángel Abad<sup>3</sup>, Raquel Almodóvar<sup>4</sup>, Concepción Fito Manteca<sup>5</sup>, Juan Carlos Hermosa<sup>6</sup>, María Medina Abellán<sup>7</sup>, Joan Miquel Nolla<sup>8</sup>, Marcos Paulino<sup>9</sup>, José María Pego-Reinosa<sup>10</sup>, Jose Javier Pérez Venegas<sup>11</sup>, Paloma Vela<sup>12</sup> y Estibaliz Loza<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>2</sup>Centro de Salud San Juan de la Cruz. Universidad Francisco de Vitoria. Pozuelo de Alarcón. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Universitario de Navarra. Pamplona. Centro de Salud Ciudades. Getafe. <sup>6</sup>Centro de Salud Espinardo. Murcia. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Meixoeiro. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Vigo. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. <sup>12</sup>Centro de Investigación Inmusc. Madrid.

**Objetivos:** Diseñar una App con criterios de derivación de pacientes con enfermedades reumatológicas y musculoesqueléticas (ERYME) desde Atención Primaria (AP) a reumatología.

**Métodos:** Estudio cualitativo. Se realizó una revisión sistemática de la literatura (RSL) para analizar la eficacia y seguridad de los de derivación de pacientes con ERYME desde AP. Se diseñó una encuesta para evaluar el nivel de conocimiento y manejo de las ERYME en la práctica diaria en AP, la disposición sistema de derivación, y el uso de las herramientas digitales en salud para la derivación de pacientes. En una reunión de grupo nominal, se discutieron los resultados de la revisión y encuesta, y se consensuaron los criterios de derivación así como otros materiales educativos de ayuda para ser incluidos en la App. Una empresa especializada generó la App DerivaREUMA.

**Resultados:** La RSL incluyó 32 artículos sobre los criterios de derivación de AP a reumatología. La mayoría hacen referencia a una ERYME concreta, sobre todo artritis y espondiloartritis, y básicamente se generan para confirmación diagnóstica. Bastantes criterios incluyen un número elevado de ítems a analizar de tipo clínico, laboratorio e imagen. Se constató una falta de visión holística de las ERYME (que incluya síntomas y signos de alarma, su diagnóstico pero también complicaciones de su evolución, tratamientos y otras necesidades, priorizaciones, etc.), de adaptaciones al contexto socio-sanitario local, y de evaluación de los propios criterios. La encuesta la contestaron 37 médicos de AP de toda la geografía nacional, 69% mujeres, 72% con más de 20 años de experiencia. El 70,6% dispone de formación adicional en reumatología. El 66,6% lo realiza con cursos de formación on-line, el 62,5% con la lectura de revistas científicas y el 45% con la asistencia a congresos. El nivel de seguridad medio al diagnosticar y tratar pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas, en una escala de 1 (muy inseguro) a 10 (muy seguro) fue de  $5,79 \pm 1,53$ . Pero en relación a enfermedades musculoesqueléticas como la artrosis, la media subió a  $7,85 \pm 1,43$ . Más del 60% de los encuestados no disponen de criterios de derivación a

mente se generan para confirmación diagnóstica. Bastantes criterios incluyen un número elevado de ítems a analizar de tipo clínico, laboratorio e imagen. Se constató una falta de visión holística de las ERYME (que incluya síntomas y signos de alarma, su diagnóstico pero también complicaciones de su evolución, tratamientos y otras necesidades, priorizaciones, etc.), de adaptaciones al contexto socio-sanitario local, y de evaluación de los propios criterios. La encuesta la contestaron 37 médicos de AP de toda la geografía nacional, 69% mujeres, 72% con más de 20 años de experiencia. El 70,6% dispone de formación adicional en reumatología. El 66,6% lo realiza con cursos de formación on-line, el 62,5% con la lectura de revistas científicas y el 45% con la asistencia a congresos. El nivel de seguridad medio al diagnosticar y tratar pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas, en una escala de 1 (muy inseguro) a 10 (muy seguro) fue de  $5,79 \pm 1,53$ . Pero en relación a enfermedades musculoesqueléticas como la artrosis, la media subió a  $7,85 \pm 1,43$ . Más del 60% de los encuestados no disponen de criterios de derivación a

**Tabla. Criterios de derivación de AP a Reumatología.**

Criterio
<p><b>1 Artritis &gt; 3-4 semanas si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 2</math> articulaciones o</li> <li>• Monoartritis (independientemente de su duración) + alguno de los siguientes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Susceptible de artrocentesis y/o infiltración*</li> <li>◦ Localización en muñeca</li> <li>◦ Sospecha de artritis séptica</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2 Dolor lumbar &gt; 3 meses en paciente &lt; 45 años:</b> si es dolor tipo inflamatorio (alternante, despierta en la noche, rigidez matutina, mejora con antiinflamatorios)</p>
<p><b>3 Enfermedad autoinmune sistémica:</b> Se sospecha con al menos uno de los siguientes signos o síntomas, con <math>\geq 2</math> se aconseja derivación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fenómeno de Raynaud</li> <li>- Abortos de repetición o problemas de embarazo de forma</li> <li>- Xerostomía, xeroftalmia, sequedad nasal y vaginal</li> <li>- Endurecimiento de la piel de manos y pies</li> <li>- Aftas de repetición en boca y/o genitales</li> <li>- Dolor, debilidad e impotencia funcional en cintura escapular, pelviana y cuello</li> <li>- Cefalea intensa con sensibilidad al tacto del cuero cabelludo</li> <li>- Aumento irregular del cartilago auricular y del conducto auditivo externo</li> <li>- Afectación cutánea, fotosensibilidad en diversas formas.</li> <li>- Síntomas generales: fiebre, astenia, artralgias.</li> </ul>
<p><b>4 Reumatismos de partes blandas si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si precisa técnicas diagnósticas* (ej. ecografía musculoesquelética)</li> <li>• Si precisa terapias específicas* (ej. infiltración)</li> </ul>
<p><b>5 Artrosis de rodilla o mano si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se precisan terapias específicas* (ej. artrocentesis o infiltración)</li> </ul>
<p><b>6 Osteoporosis si alguno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si precisa técnicas diagnósticas* (ej. densitometría ósea) no accesibles en AP, necesaria para la toma de decisión</li> <li>• Pre-menopáusica con sospecha de origen secundario</li> <li>• Osteoporosis del varón</li> <li>• Sospecha de falta de eficacia del tratamiento (ej. fractura osteoporótica)</li> <li>• Valoración de tratamientos hospitalarios* no accesibles en AP</li> </ul>
<p><b>7 Complicaciones del tratamiento reumatológico si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de corticoides y alguno de los siguientes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Pérdida de densidad mineral ósea secundaria</li> <li>◦ Sospecha de necrosis avascular de cadera</li> </ul> </li> <li>• Uso de FAME clásicos o biológicos y alguno de los siguientes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Trastornos analíticos                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transaminasas: elevaciones &gt; 3 LSN</li> <li>▪ Neutrófilos: recuento absoluto <math>&lt; 0,5 \times 10^9 /L</math></li> <li>▪ Insuficiencia renal</li> </ul> </li> <li>◦ Infecciones de repetición</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Abreviaturas:</b> AP=atención primaria; LSN=límite superior de la normalidad; L=litro.                      (*) Técnicas diagnósticas o terapias no accesibles para el médico de AP o técnicas con las que el profesional no está familiarizado</p>

reumatología. Finalmente, el 74% de los encuestados considera útil el uso de las herramientas digitales en salud para garantizar la continuidad asistencial y facilitar la derivación. Se consensuaron 7 criterios de derivación, en los que, partiendo de alguna de las siguientes, se van dando más criterios: 1) Artritis > 3-4 semanas; 2) Dolor lumbar > 3 meses en paciente < 45 años; 3) Enfermedad autoinmune sistémica; 4) Reumatismos de partes blandas; 5) Artrosis de rodilla y mano; 6) Osteoporosis; 7) Complicaciones del tratamiento reumatológico (tabla). La app también contiene material informativo y explicativo.

**Conclusiones:** DerivaREUMA es una App con criterios de derivación y otros materiales de ayuda para incrementar la eficiencia en la derivación de pacientes con ERYME desde AP.

**P355. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CURSO “HABILIDADES DE ANAMNESIS, EXPLORACIÓN Y USO EFICIENTE DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS EN ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS Y REUMÁTICAS”. ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COLABORACIÓN AP-AH EN ANDALUCÍA.**

Virginia Moreira Navarrete<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Eugenia Gómez Martínez<sup>2</sup>, Alfredo Ruiz Gutiérrez<sup>2</sup>, Dolores Ruiz Montesino<sup>1</sup> y Jose Javier Perez Venegas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

**Introducción:** El Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME), en su línea estratégica de formación, persigue asegurar las competencias adaptadas al perfil y ámbito asistencial de los profesionales implicados en la atención a las ERYME y su desarrollo profesional. También como estrategia para mejorar la colaboración entre AP y AH y facilitar la accesibilidad de los pacientes y la consecución de resultados en salud. Por esta razón, se puso en marcha, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), un curso virtual masivo de autoaprendizaje sobre anamnesis y exploración de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas y reumáticas de alto impacto y de alta prevalencia, así como utilización eficiente e interpreta-

ción de las técnicas de laboratorio y de imagen para el manejo de los pacientes con este tipo de enfermedades. El curso se estructuró en seis unidades temáticas: Dolor axial, Síndromes mecánico-degenerativos de grandes y pequeñas articulaciones, Artropatías inflamatorias y enfermedades sistémicas, Tendinopatías, otros reumatismos de partes blandas y neuropatías por atrapamiento, Enfermedades del pie y Uso eficiente de pruebas analíticas y de imagen. Los materiales fueron elaborados por 25 profesionales del SAS y en cada unidad se utilizó material audiovisual, bibliografía recomendada y obligatoria y un cuestionario pre y post. Se desarrolló una primera edición como pilotaje y una segunda edición, ambas acreditadas por ACSA con 6 créditos.

**Objetivos:** Evaluar el resultado de la actividad en términos de aprendizaje y docencia para los profesionales que completaron el curso.

**Métodos:** Se realizó una evaluación de la actividad de la segunda edición del curso en los siguientes ámbitos: Evaluación del aprendizaje mediante un test de conocimientos previos que repitió al finalizar el curso. Evaluación de la docencia a través de evaluación de satisfacción con la actividad formativa mediante la encuesta que con ese objetivo utiliza la EASP.

**Resultados:** Se seleccionaron 388 profesionales para la 1ª edición del curso, de los cuales se matricularon e iniciaron la actividad 311, finalizándola 285 de ellos. En la 2ª edición se seleccionaron 201 profesionales, de los cuales se matricularon e iniciaron la actividad 149, finalizándola 124 de ellos. En cuanto a la evaluación del aprendizaje de la 2ª edición, la puntuación media obtenida por el alumnado mejoró significativamente tras la realización de las actividades propuestas, pasando de 6,55 (6,15-8,85) en el cuestionario inicial a 8,79 (8,08-10) en el cuestionario final. En cuanto a la evaluación de la docencia de la 2ª edición, 117 alumnos (94%) completaron el cuestionario de evaluación de la calidad docente, mostrando una alta satisfacción con el desarrollo del curso (media de 9 en una escala de 10) y calificaron su nivel de aprendizaje como alto (9/10) y los contenidos como muy útiles para su actividad profesional (9/10). En la tabla 1 se muestran los resultados agregados de los cuestionarios de satisfacción realizados por los alumnos que finalizaron la segunda edición del curso.

**Tabla P355**  
Respuestas al cuestionario de satisfacción. Tabla de distribución de porcentajes.

Pregunta	Baja	Media	Alta	NS/NC
<b>A. Objetivos</b>				
P1. Claridad de la formulación de los objetivos en la programación del curso.	0,00	7,83	92,17	1,71
P2. Nivel de consecución de los objetivos de aprendizaje propuestos.	0,00	12,28	87,72	2,56
<b>B. Contenidos temáticos</b>				
P3. Adecuación de los contenidos desarrollados para el logro de los objetivos.	0,00	11,40	88,60	2,56
P4. Adecuación de la estructura y organización de los contenidos.	0,88	12,28	86,84	2,56
<b>C. Metodología de enseñanza-aprendizaje/recursos</b>				
P5. Adecuación de la metodología para alcanzar los objetivos	0,89	17,70	81,42	3,42
P6. Utilidad de las técnicas de aprendizaje empleadas en el curso: exposiciones, debates en foro, casos u otros ejercicios individuales y grupales.	0,91	14,55	84,55	5,98
P7. Calidad de los recursos didácticos empleados en el curso: documentos bibliográficos, presentaciones, videos, aula virtual, enlaces u otros.	0,00	18,42	81,58	2,56
<b>D. Coordinación docente</b>				
P8. Calidad de la coordinación docente del curso.	0,00	13,64	83,36	5,98
<b>E. Equipo docente</b>				
P9. Dominio de la materia por parte del equipo docente.	0,00	8,93	91,07	4,27
P10. Calidad de las habilidades metodológicas del equipo docente.	0,00	12,96	87,04	7,69
P11. Adaptación del equipo docente a las necesidades del grupo.	0,99	13,86	85,15	13,68
P12. Adecuación del asesoramiento individual por parte del equipo docente	1,03	12,37	86,60	17,09
P13. Fomento de la participación individual y grupal en el curso.	2,06	11,34	86,06	17,09
P14. Grado en que el equipo docente ha facilitado la aproximación a los diferentes puntos de vista acerca de la materia tratada	1,01	12,12	86,87	15,38
P15. Calidad del trato dispensado en el curso por parte del equipo docente	0,00	10,00	90,00	14,53
<b>F. Secretaría del curso.</b>				
P17. Eficacia en la labor administrativa de la Secretaría	0,00	8,57	91,43	10,26
<b>G. Nivel de aprendizaje</b>				
P18. ¿Cómo valora el nivel de aprendizaje que ha alcanzado mediante el curso?	0,00	15,65	84,35	1,71
<b>H. Utilidad del curso</b>				
P19. ¿Cómo valora la utilidad del curso para su actividad profesional?	0,87	6,96	92,17	1,71
<b>I. Satisfacción global</b>				
P20. En general ¿cuál es su nivel de satisfacción con el curso?	0,89	12,39	86,73	3,42

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un curso para mejorar las competencias de los profesionales implicados en la atención a las ERYME y como estrategia para mejorar la colaboración entre AP y AH ha tenido unos resultados positivos en términos de aprendizaje y los alumnos que lo realizaron mostraron una alta satisfacción con el mismo.

**P356. RESPUESTA INMUNE TRAS VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INMUNOMEDIADAS (PROYECTO RIM-COV)**

Verónica García García<sup>1</sup>, Noelia Villarrubia Migallón<sup>2</sup>, Ana Corral Bote<sup>1</sup>, Ana M. Ruiz Bejerano<sup>1</sup>, Jaime Arroyo Palomo<sup>1</sup>, Patricia García Casado<sup>1</sup>, Rafael Rodríguez Ramos<sup>2</sup>, Luisa María Villar Gumierans<sup>2</sup>, Mario Rodríguez Domínguez<sup>3</sup>, Alfonso Muriel García<sup>4</sup>, Carlos A. Guillén Astete<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Ángeles Blázquez Cañamero<sup>1</sup>, Javier Bachiller Corral<sup>1</sup>, Mónica Vázquez Díaz<sup>1</sup> y Alina L. Boteanu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>4</sup>Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS. CIBERESP. Servicio de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Madrid.

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades inmunomediadas pueden tener menor respuesta inmune a las vacunas. Se han desarrollado varias vacunas desde que apareció la infección por SARS-CoV-2, habiéndose observado en estudios previos una menor respuesta humoral a la vacunación en algunos subgrupos de pacientes, sobre todo aquellos tratados con rituximab, pero también en los que reciben tratamiento con micofenolato de mofetilo, inhibidores JAK, anti-TNF, metotrexato o corticoides. Algunos estudios han demostrado la presencia de respuesta celular T a pesar de no haber desarrollado respuesta humoral tras la vacunación, incluso en aquellos pacientes con depleción de células B, sin encontrar diferencias al compararlo con otros tratamientos inmunomoduladores o controles sanos. Además, se ha observado una menor respuesta celular T en pacientes tratados con anti-CTLA4, anti-IL6 o anti-TNF.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es identificar los factores que influyen en la respuesta humoral y celular tras la vacunación contra SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades inmunomediadas en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y en sujetos sanos como control.

**Métodos:** Se incluyeron 140 pacientes consecutivos y 24 controles sanos. Se trata de un estudio observacional unicéntrico. Se cuantificaron anticuerpos anti-SARS-CoV-2 IgG mediante inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas y la producción de interferón (IFN)-gamma por células T estimuladas por péptidos de SARS-CoV-2 usando una prueba de liberación de IFN-gamma. Niveles inferiores a 1.800 AU/ml de IgG anti-SARS-CoV-2 o inferiores a 0,15 IU/ml de IFN-gamma se consideraron respuesta humoral o celular (respectivamente) subóptimos.

**Resultados:** De los 140 pacientes incluidos, 101 fueron mujeres. La media de edad fue de 55,9 años (46,1-69,7) y la duración de la enfermedad de 13 años (6-20,8). 106 pacientes tenían un diagnóstico de artropatía autoinmune y 34, de enfermedad autoinmune sistémica. El mayor riesgo de tener una pobre respuesta humoral tras la vacunación contra SARS-CoV-2 se observó en pacientes que habían recibido solo 2 dosis (OR: 7,83 (2,94-20,83); p < 0,0001), con diagnóstico de enfermedad autoinmune sistémica (OR: 4,73 (1,47-15,21); p = 0,009) o que recibían tratamiento con rituximab (OR: 13,17 (3,68-47,11); p < 0,0001). Se objetivó una asociación moderada entre respuesta celular subóptima y mayor edad (OR: 1,03 (1,01-1,05); p < 0,01). Recibir solo 2 dosis de la vacuna (OR: 4,02 (1,7- 9,5);

p < 0,001) y la edad avanzada (OR: 1,04 (1,01-1,07); p < 0,006) se asociaron a una respuesta inmune humoral y celular subóptimas, sin asociación entre ambas respuestas (factor kappa = 0,198).

**Conclusiones:** Este estudio permite la identificación precoz de pacientes con enfermedades inmunomediadas en tratamiento con FAMEs que presentan una respuesta subóptima a la vacuna contra SARS-CoV-2 y demuestra la necesidad de dosis de recuerdo en pacientes con edad avanzada, y puede que con enfermedades autoinmunes sistémicas o en tratamiento con rituximab. Se necesitan más estudios para valorar si la respuesta inmune subóptima se asocia o no con COVID-19 más grave.

**P357. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y EVALUACIÓN DE LA CIRCUNFERENCIA DE CINTURA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA 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 obesidad es una condición caracterizada por un estado crónico de inflamación de bajo grado debido al aumento de producción de citocinas en el tejido adiposo visceral<sup>1</sup>. La artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APS) son enfermedades que presentan una alta prevalencia de obesidad, la cual condiciona una menor respuesta al tratamiento con fármacos biológicos como los anti-TNFs<sup>2</sup>. Estudios recientes han demostrado que el exceso de adiposidad contribuye al desarrollo de la psoriasis cutánea en algunos pacientes y sugieren que la obesidad también puede ser un factor clave en la transición de la psoriasis en la piel a la artritis<sup>3</sup>, sin embargo, no se ha demostrado el papel etiológico de la obesidad en la AR<sup>4</sup>.

**Objetivos:** Evaluar la circunferencia de cintura (CC) y la prevalencia de obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC) en una muestra de pacientes del mismo hospital con diagnóstico de AR y APS y analizar las diferencias entre ambas enfermedades.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. La población incluida en el estudio fueron pacientes de consulta de reumatología con diagnóstico de AR y APS que estaban siendo tratados con tratamiento biológico. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, talla (m), masa corporal (Kg) y CC (cm). Las variables antropométricas se midieron en la consulta de enfermería de reumatología. Se utilizó una cinta antropométrica para medir la CC, tomando como referencia la altura del ombligo. Se calculó el IMC y se utilizó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para categorizar a los pacientes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas en el estudio, incluyendo la media y desviación estándar (DE) de las variables cuantitativas continuas (IMC y CC). Se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias en las variables edad, IMC y CC entre pacientes con AR y APS. La significación estadística se fijó a priori en p < 0,05.

**Resultados:** En este estudio se incluyeron un total de 207 pacientes (121 con AR y 86 con APS). Los pacientes con APS mostraron valores más altos de CC, observándose diferencias significativas con los pacientes con AR (103,66 ± 15,05 cm vs. 99,38 ± 14,90 cm, p = 0,04). Tanto los pacientes con APS como con AR mostraron valores de CC por encima de los valores recomendados (74,41% vs. 74,38%). En cuanto al IMC, los pacientes con APS tenían un IMC medio superior (31,29 ± 6,37 cm vs. 28,85 ± 5,84 cm, p < 0,043) respecto a los pacientes con AR.

Análisis descriptivo

	AR	APS
N = 207	121	86
Edad (media ± DT; min-máx)	57,31 ± 13,01; 24,00-81,63	56,03 ± 10,74; 26,91-80,98
Sexo	95 mujeres (78,5%) 26 hombres (21,5%)	53 mujeres (61,63%) 33 hombres (38,37%)
IMC (media ± DT; min-máx)	28,85 ± 5,84; 18,00-40,67	31,29 ± 6,37; 19,00-49,15
IMC > 30	48 (39,6%)	50 (58,13%)
Circunferencia cintura		
Hombres > 102 cm	18 (69,23%)	19 (57,57%)
Mujeres > 88 cm	72 (75,78%)	45 (84,90%)

**Conclusiones:** En el presente estudio, los pacientes con APS tienen mayores valores de CC e IMC respecto a los pacientes con AR, siendo estas diferencias significativas y coincidiendo estos resultados con estudios recientes. Son necesarios más estudios para caracterizar la obesidad en pacientes con AR y APS y tratarla adecuadamente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Moroni L, Farina N, *et al.* Obesity and its role in the management of rheumatoid and psoriatic arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2020;39:1039-47.
- Ferguson LD, *et al.* Association of central adiposity with psoriasis, psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis: a cross-sectional study of the UK Biobank. *Rheumatology*. 2019;58:21372142.
- Ramírez K, Azuaga-Piñango AB, *et al.* Update on Cardiovascular Risk and Obesity in Psoriatic Arthritis. Article 742713. 2021.
- Ulrich H, Häupl T, *et al.* The etiology of rheumatoid arthritis. *J Autoimmunity*. 2020;110:102400.

**P358. IMPLEMENTACIÓN DE PROS (PATIENT REPORTED OUTCOMES) EN LA CLÍNICA DIARIA EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS INFLAMATORIA CRÓNICA SEGÚN EL MODELO ICHOM UTILIZANDO UNA NUEVA PLATAFORMA ELECTRÓNICA (QUESTCLINIC)**

Rosa María Morlá Novell<sup>1</sup>, Núria Sapena Fortea<sup>1</sup>, Ana Belén Azuaga Piñango<sup>1</sup>, Yolanda Romero Hidalgo<sup>1</sup>, Laura Heredia Aguilar<sup>2</sup>, Silvia Sánchez Seda<sup>3</sup>, Marta Bassas Palou<sup>2</sup>, Raimon Sanmartí Sala<sup>1</sup>, Roser Cadena Caballero<sup>3</sup> y Jose A. Gómez-Puerta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>ICEMEQ <sup>3</sup>Dirección de Calidad Asistencial.

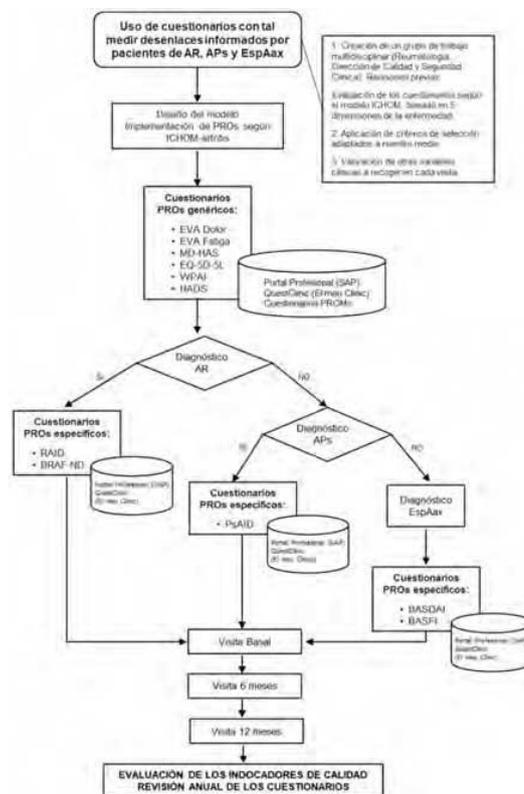
**Introducción:** En los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas: artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) no se suele evaluar los resultados en calidad de vida en relación a la enfermedad (*Patient Reported Outcomes* o PROs), que se pueden medir con cuestionarios validados y fiables (PROMs). El International Consortium Health Outcomes Measures (<http://www.ichom.org>), cuyo principal objetivo es medir los resultados en salud proporcionados por el paciente como fundamento de la medicina basada en el valor, proporciona un modelo específico para artritis (ICHOM-arthritis).

**Objetivos:** Describir el estudio piloto de la implementación de PROs en una Unidad de Artritis de un hospital terciario basado en el modelo ICHOM mediante un novedoso sistema electrónico, y algunos datos de población estudiada.

**Métodos:** Reumatólogos, enfermeras y personal de gestión de calidad han trabajado durante un periodo de 2 años en el modelo ICHOM-arthritis, básicamente en dos aspectos: 1. Adaptar a nuestro medio el uso del *standard set* que incluye datos clínicos, demográficos y una lista de cuestionarios genéricos y específicos (PROMs) a recoger para pacientes con AR, APs y EspAax. 2. La tipología y frecuencia de las visitas a establecer. “El Meu Clínic” es una plataforma electrónica disponible en el Hospital en la que se comparte informa-

ción bidireccional (pacientes y médicos) y en el que se diseñó el “Questclinic”; un espacio en el que prescribir y enviar los PROMs a los pacientes, y dónde responderlos. Los pacientes adultos con los diagnósticos de artritis inflamatoria (AR, APs y EspAax) visitados en una consulta externa semanal, de febrero-2022 a diciembre-2022, se invitaron a participar en este estudio piloto, aceptando y firmando el consentimiento informado.

**Resultados:** Se seleccionaron 4 cuestionarios genéricos que se envían para responder en el QuestClinic: MDHAQ (EVA-Dolor, VGP, EVA-Fatiga), EuroQoL, HADS ansiedad y depresión, y FACIT-FS, y también uno específico de la enfermedad: RAID para AR, PsAID para APs, y BASDAI y BASFI para EspAax. Las visitas se establecieron de hasta 12 meses, con una Visita Basal (VB) al inicio, a los 6 meses (V6) y a los 12 meses (V12), realizándose en un formato integrado doble de enfermera y médico el mismo día. En la VB, en la visita de enfermería se realizan 3 tareas: 1. Comprobar la cumplimentación de cuestionarios. 2. Características iniciales (solo en VB): Datos demográficos y antecedentes patológicos: tabaquismo, hipertensión, cardiopatía, EPOC, diabetes *mellitus*, neoplasias, depresión... 3. Seguimiento: constantes vitales y cálculo del IMC; adherencia al tratamiento oral o parenteral. Después, en la visita estándar con el reumatólogo, se revisan además las puntuaciones de los PROMs enviadas al QuestClinic (fig.). En este estudio piloto se recogieron un total de 74 registros pertenecientes a 55 pacientes, 29 (54%) mujeres, con nivel de estudio mínimo de secundaria del 54%, de los que 39 (53%) son AR, 20 (27%) son EspAax y 15 (20%) son APs. De todos los pacientes, 54 (73%) realizaron solo de visita basal y en 20 (27%) se dispone de 2 visitas (VB y V6).



Algoritmo de la implementación de PROMs en el estudio piloto.

**Conclusiones:** Se propone un modelo de implementación de PROs incluyendo los resultados en calidad de vida considerados más importantes en los pacientes con artritis inflamatorias crónicas, con datos preliminares del reclutamiento piloto.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Oude Voshaar MAH, *et al.* Arthritis Care Res (Hoboken). 2019.

**P359. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A UNA UNIDAD DE MUSCULOESQUELÉTICO**

Trinitario Pina Murcia<sup>1</sup>, Cristina Martínez Dubois<sup>1</sup>, Patricia Corro Madrazo<sup>2</sup>, Raquel López Mejías<sup>3</sup>, Verónica Pulito Cueto<sup>3</sup>, Belén Atienza Mateo<sup>1</sup>, Íñigo González Mazón<sup>1</sup>, Julio Sánchez Martín<sup>1</sup>, Lara Sánchez Bilbao<sup>1</sup>, Natalia Palmou Fontana<sup>1</sup>, Teresa Ruiz Jimeno<sup>1</sup>, Vanesa Calvo del Río<sup>1</sup>, María Enriqueta Peiró Callizo<sup>1</sup>, Javier Loricera García<sup>1</sup>, José Alburquerque Sánchez<sup>2</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Calidad. Subdirección de Asistencia Sanitaria Servicio Cántabro de Salud. Santander. <sup>3</sup>Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL). Santander. <sup>4</sup>Servicio de Inspección y Evaluación de la Consejería de Sanidad de Cantabria.

**Objetivos:** Las Unidades de Musculo-esquelético (UME) se han creado en determinadas áreas de salud como primer punto de contacto entre Atención Primaria y los servicios de Reumatología. Nuestro objetivo ha sido analizar qué factores influyen en la derivación de Atención Primaria a la UME.

**Métodos:** Nuestro hospital es el hospital de referencia de una comunidad autónoma de España, y de él dependen 20 zonas básicas de salud (ZBS). Cada ZBS está integrada al menos por un centro de salud y de forma optativa por uno o varios consultorios. Además, algunas ZBS cuentan con Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). Se recopiló las derivaciones realizadas a la UME desde cada ZBS durante el año 2022. Este dato se correlacionó con el número de médicos de cada ZBS, con el cupo de pacientes de cada ZBS, con el ratio cupo de pacientes de la ZBS por médico, con la presencia de SUAP en la ZBS y con el número de incapacidades temporales (IT) emitidas por cada ZBS bajo el capítulo diagnóstico CIE-9 de enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo. También se correlacionó con el porcentaje de pacientes del cupo de cada ZBS sin patología crónica, con complejidad baja, moderada o severa según el agrupador GMA (Grupos de Morbilidad Ajustada). Finalmente, se correlacionó con el porcentaje de población del cupo de cada ZBS estratificado en < 35 años, de 35-64, y > 65 años, y por tramos de edad (0 años, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-34 años, 35-49 años, 50-64 años, 65-74 años, 75-84 años, y más de 85 años).

**Resultados:** Se pudieron recopilar los datos de 17 de las 20 ZBS, lo que supone el 84% de la población de referencia (266.448 personas de un total de 317.151). En el análisis de correlación se halló una correlación positiva y estadísticamente significativa del número de derivaciones de la ZBS a UME con el número de ITs emitidas por la ZBS ( $r = 0,77$ ,  $p = 0,0001$ ). También se halló una correlación positiva débil ( $r = 0,34$ ) de las derivaciones a UME con el ratio cupo de pacientes de la ZBS por médico, pero no alcanzó significación estadística ( $p = 0,31$ ). Se halló una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el número de derivaciones de la ZBS y la presencia de SUAP ( $p = 0,04$ ), y del número de derivaciones con el porcentaje de pacientes del cupo entre 50 y 64 años ( $r = -0,53$ ,  $p = 0,02$ ). No hubo correlación entre la complejidad de la población atendida y las derivaciones a UME.

**Conclusiones:** En contra de lo que se pudiese pensar inicialmente, la carga de morbilidad de la población atendida no parece influir en el volumen de derivación. Tampoco la sobrecarga de trabajo medida por el tamaño del cupo del médico. Curiosamente la presencia de SUAP en la ZBS se asoció a una menor derivación, tal vez por la posibilidad de una atención inmediata a un problema de aparato locomotor. Llamativamente, un mayor número de derivaciones se correlacionó con un mayor número de incapacidades temporales, y un mayor peso en el cupo del grupo de edad entre 50 y 64 años se correlacionó con una menor derivación. Estos últimos datos tienen diferentes lecturas posibles por lo que requiere un estudio adicional que incluya entre otros el análisis de la duración de las ITs derivadas. Como conclusión

final hay que remarcar que los motivos de derivación a una UME no obedecen a un criterio exclusivamente médico. El análisis de otros factores permite a nivel de gestión tomar decisiones que pueden influir en una organización más eficiente de la asistencia.

**P360. INHIBIDORES DE LAS JANUS CINASAS EN PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Lara Sánchez Bilbao<sup>1</sup>, José Luis Martín-Varillas<sup>2</sup>, Vanesa Calvo-Río<sup>1</sup>, José Luis Álvarez-Vega<sup>3</sup>, Emma Beltrán<sup>4</sup>, Mar Esteban Ortega<sup>5</sup>, Santiago Muñoz<sup>5</sup>, Olga Maíz<sup>6</sup>, Ignacio Torre-Salaberri<sup>7</sup>, Ana Urruticoechea-Arana<sup>8</sup> Elia Valls-Pascual<sup>9</sup>, Carmen Álvarez-Reguera<sup>1</sup>, Rosalía Demetrio-Pablo<sup>1</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Reumatología. Hospital de Laredo. <sup>3</sup>Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>4</sup>Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>5</sup>Reumatología y Oftalmología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. <sup>6</sup>Reumatología. Hospital de Donostia. San Sebastián. <sup>7</sup>Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. <sup>8</sup>Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>9</sup>Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Alicante.

**Introducción:** La patología ocular inflamatoria (POI) puede ser grave y refractaria a inmunosupresores convencionales e incluso a terapia biológica. Los inhibidores de janus cinasas (JAKINIB) han demostrado eficacia en el tratamiento de diferentes enfermedades inmunomediadas (IMID).

**Objetivos:** En pacientes con POI grave y refractaria tratados con JAKINIB nuestros objetivos fueron: a) evaluar los casos de varios centros hospitalarios españoles y, b) realizar una revisión de la literatura.

**Métodos:** Estudio multicéntrico de 11 pacientes diagnosticados de POI refractaria y tratados con JAKINIB. Para la revisión de la literatura se realizó una búsqueda en PubMed, Embase y Cochrane (desde su creación hasta el 1 de enero de 2023) y de las actas de los 4 principales congresos de reumatología. Se incluyeron artículos originales que describieron el uso de JAKINIB en pacientes con POI.

**Resultados:** Se incluyeron en total 24 pacientes (17 mujeres/7 hombres) (35 ojos afectados), 11 casos en 8 Hospitales Universitarios del territorio español y 13 casos en la revisión de la literatura. La edad media fue de  $38,9 \pm 21,9$  años, y presentaron diferentes POI refractarias (uveítis = 14; escleritis = 5, PUK = 5). La mayoría de los pacientes presentaron IMID asociada ( $n = 19$ , 79,2%) mientras que 5 casos (20,8%), fueron idiopáticos. Las principales IMID fueron la artritis reumatoide ( $n = 6$ , 25%), la artritis idiopática juvenil ( $n = 5$ , 20,8%) y las espondiloartritis ( $n = 4$ ; 16,7%) (tabla). La uveítis ( $n = 14$ ) seguida de la patología ocular de superficie ( $n = 10$ ) fue la causa principal de POI. Los patrones de afectación de la uveítis fueron: panuveítis ( $n = 8$ ), uveítis anterior ( $n = 5$ , 2 de ellos con edema macular quístico), y uveítis posterior ( $n = 1$ ). En cuanto a la patología de superficie se describieron casos de escleritis ( $n = 5$ ) y PUK ( $n = 5$ ). Además del tratamiento tópico y con glucocorticoides sistémicos, antes de JAKINIB, se emplearon fármacos inmunosupresores convencionales ( $n = 23$ ; 95,8%) y terapia biológica ( $n = 18$ ; 75%). Los JAKINIB más empleados fueron tofacitinib ( $n = 11$ ; 45,8%) y baricitinib ( $n = 8$ ; 33,3%). En una paciente con síndrome de Blau y uveítis, se sustituyó tofacitinib por baricitinib debido al efecto secundario de linfopenia grave. En otros dos pacientes se suspendió upadacitinib por anemia y reacción adversa cutánea. Después de iniciar el tratamiento con JAKINIB, 23 pacientes mejoraron de manera completa ( $n = 21$ , 87,5%) o parcial ( $n = 2$ ; 8,3%). Solo en un caso se retiró el JAKINIB (baricitinib) por ausencia de mejoría.

**Conclusiones:** Los JAKINIB parecen ser una terapia eficaz en POI refractaria a los tratamientos inmunosupresores convencionales e incluso terapia biológica.

Estudio, año (Ref)	Casos	Edad/Sexo	Enfermedad subyacente	JAKINIB	Afectación ocular	Tratamiento inmunosupresor previo	Evolución a nivel ocular
Meadow et al. 2014 (1)	1	59, M	Artritis reumatoide	TOFA	PUK	MTX, ASA, MMF	Mejoría parcial
Sauerbrenn et al. 2018 (2)	1	22, M	Artritis idiopática juvenil	TOFA	Uveítis anterior, EMO	MTX, ADA, RTX, GOL, IFX, CsA, TCZ, MMF	Mejoría completa
Paley et al. 2019 (3)	2	140, M 248, M	1 Idiopática 2 Idiopática	1 TOFA 2 TOFA	1 Escleritis 2 Uveítis anterior, EMO	1 MTX, MMF, AZA, CYP 2 MTX, LFN, AZA, MMF, ADA, IFX, C2P Acetato de fluorocinolona intravitreo	1. Mejoría completa 2. Mejoría completa
Liu J et al. 2020 (4)	1	30, V	Enfermedad de Behçet	TOFA	Escleritis	SSZ, MTX, AZA, LFN, THD, COL, GUM	Mejoría parcial
Majumder et al. 2020 (5)	1	26, M	Vogt-Koyanagi-Harada	TOFA	Uveítis posterior	MMF	Mejoría completa
Masrocchi et al. 2020 (6)	4	1. 9, M 2. 1, M 3. 2, M 4. 10, V	Artritis idiopática juvenil	1. TOFA 2. BARJ 3. BARJ 4. BARJ	1. Panuveítis 2. Panuveítis 3. Panuveítis 4. Panuveítis	1. IFX, ADA, LFN, ASA, RTX, TCZ 2. MTX, ADA, IFX, RTX, ASA 3. MTX, AZA, IFX, ADA, TCZ 4. ETN, MTX, CsA, IFX, ADA, ASA, TCZ, RTX	1. Mejoría completa 2. Mejoría completa 3. Mejoría completa 4. Mejoría completa
Pyke et al. 2020 (7)	1	45, M	Idiopática	TOFA	Escleritis necrotizante	MMF	Mejoría completa
Kaneko et al. 2022 (8)	1	36, V	Artritis reumatoide	BARJ	Panuveítis	MTX, SSZ, ADA, IFX	Mejoría completa
Xiao-Sag et al. 2022 (9)	1	18, M	Idiopática	TOFA	Panuveítis	MTX, MMF, CsA, ADA	Mejoría completa
Presente estudio, 2023	11	1. 25, M 2. 66, M 3. 43, M 4. 66, M 5. 56, V 6. 40, M 7. 58, V 8. 45, M 9. 49, M 10. 62, M 11. 67, V	1. Síndrome de Sjögren 2. Artritis reumatoide 3. Policondritis recurrente 4. Idiopática 5. Espondilitis anquilosante 6. Espondiloparitis y cistitis vítreas 7. Espondilitis Anquilosante 8. Espondilitis Anquilosante 9. Artritis reumatoide 10. Artritis reumatoide 11. Artritis reumatoide	1. TOFA/BARJ 2. BARJ 3. BARJ 4. BARJ 5. UFA 6. TOFA 7. UFA 8. UFA 9. UFA 10. UFA 11. BARJ	1. Panuveítis 2. PUK 3. PUK 4. Panuveítis 5. Uveítis anterior 6. Uveítis anterior 7. Uveítis anterior 8. Escleritis 9. Escleritis 10. PUK 11. PUK	1. MTX, ETN, ANA, ASA 2. MTX, LFN, C2P, ADA, MMF 3. MTX, CsA, SSZ, MMF, AZA, IFX, TCZ, C2P, ASA, ADA 4. MTX, AZA 5. MTX, ADA 6. MTX, AZA, ADA 7. MTX, IFX, GOL 8. MTX, ADA 9. MMF, MTX, TCZ, ADA, GOL, C2P 10. MTX 11. MTX, LFN	1. Mejoría completa 2. Mejoría completa 3. Mejoría completa 4. Mejoría completa 5. Mejoría completa 6. Mejoría completa 7. Mejoría completa 8. Mejoría completa 9. Mejoría completa 10. Mejoría completa 11. Ausencia mejoría

P360 Figura. Serie de casos y revisión de literatura en pacientes con POI grave y refractaria tratados con JAKINIB.

**P361. TELEMEDICINA: ¿HA LLEGADO PARA QUEDARSE?**

María José Moreno Martínez, Deseada Palma, Ana del Carmen Haro, Elena Peñas y Marta Mayor

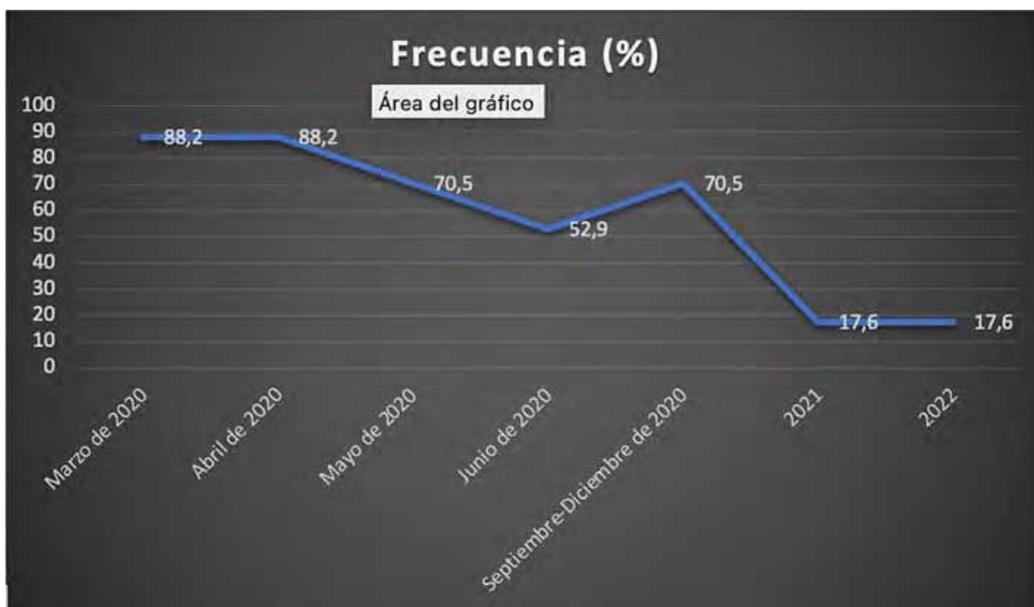
Hospital Rafael Méndez. Lorca.

**Introducción:** La telemedicina (TM) es la prestación de servicios médicos empleando las tecnologías que tenemos a nuestro alcance, ya sea mediante videoconsultas o consultas telefónicas. En los últimos años, debido a la situación epidemiológica por la pandemia de COVID, nos hemos visto obligados a implementar la TM en prácticamente todos los centros. Han pasado ya 3 años y la TM sigue presente. Mediante este trabajo analizamos cómo ha sido la evolución de la TM (en formato consultas telefónicas) en las consultas de Reumatología de nuestro hospital desde el año 2020.

**Métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo, realizado en reumatología de un hospital universitario de segundo nivel, donde analizamos el porcentaje de consultas telefónicas a lo largo del tiempo desde el inicio de la pandemia por COVID (marzo 2020) hasta diciembre de 2022.

**Resultados:** Analizamos los datos en base a la “consulta tipo” de nuestra unidad (17 pacientes). En nuestro hospital la consulta de telemedicina se realiza mediante consulta telefónica. Previo al inicio de la pandemia por COVID el 100% de los pacientes se atendían presencialmente. En 2020: en marzo, coincidiendo con el inicio de la pandemia por COVID, el 100% de las visitas, tanto primeras como

sucesivas, se realizaron de manera telefónica. Se estableció, de manera excepcional, una consulta de urgencias con 2 visitas presenciales para aquellos pacientes con enfermedades inflamatorias que presentaran brote y precisaran exploración física. En abril se determina que las primeras visitas deben realizarse de manera presencial, dado la importancia de la exploración física a la hora del diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas. Solo se revisan 2 pacientes por consulta presenciales (indistintamente nuevos o revisiones). En mayo se va ampliando el número de visitas presenciales a 5, de las cuales 3 serían para pacientes nuevos y 2 para revisiones. El resto fueron telefónicas sucesivas. En junio: 8 presenciales (4 nuevos y 4 revisiones) y el resto telefónicas sucesivas. A partir del 21 de junio (fin del Estado de Alarma): 12 presenciales (4 nuevos y 8 revisiones) y el resto sucesivas telefónicas. En olas sucesivas cambia parcialmente el número de visitas telefónicas, siendo, de septiembre a diciembre de 2020 el 70,5% de todas las sucesivas y ninguna primera consulta. En los años posteriores se determina que la consulta telefónica queda relegada, por lo general, a 3 consultas sucesivas al día. En la figura podemos ver la evolución del número de consultas telefónicas. En relación con el tipo de pacientes que se revisan telefónicamente, aunque depende tanto del médico como del paciente, serían los siguientes: revisión de resultados de pruebas; osteoporosis; pacientes con problemas de movilidad; pacientes con problemas de desplazamiento; pacientes en remisión (conocida) por decisión del propio paciente.



P361 Figura. Evolución de las consultas telefónicas a lo largo de estos tres últimos años.

**Conclusiones:** Al inicio de la pandemia, las consultas telefónicas suponían casi un 100% debido a la situación epidemiológica. Tras el final del estado de alarma el porcentaje de revisiones telefónicas ha disminuido progresivamente hasta mantenerse en el 17,6%. Las consultas telefónicas, un recurso que no utilizábamos con anterioridad, se han instaurado en nuestro hospital para determinados casos.

**P362. ¿NOS RECOMIENDAS? ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**

Marta Ibáñez Martínez, Belén Miguel Ibáñez, Sonia Pastor Navarro, Carolina Cristina Chacón Vélez, Cristina Hidalgo Calleja, Carlos Montilla Morales, Susana Gómez Castro, Ana Turrión Nieves, Olga Martínez González

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

**Introducción:** Las encuestas de satisfacción de pacientes son una herramienta sencilla y de gran utilidad para establecer medidas de mejora en la calidad asistencial del sistema sanitario. La pandemia SARS-CoV-2 ha supuesto un reto para la organización de las consultas, ya anteriormente saturadas, aumentando más las listas de espera y repercutiendo sobre todo en los pacientes crónicos.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción pospandemia de los pacientes con más de un año de atención en el servicio de reumatología de un hospital de cuarto nivel.

**Métodos:** Estudio transversal y descriptivo realizado a través de una encuesta de satisfacción validada por el comité de calidad del centro. La cumplimentación es voluntaria y anónima. Se entrega de forma consecutiva a 450 pacientes con más de un año de seguimiento que acudieron al servicio entre octubre y diciembre de 2022. La encuesta recoge sexo y edad de los pacientes y consta de 17 preguntas: 1 y 2 acerca de los tiempos de atención, 3-6 sobre los espacios del centro, 7-12 sobre la atención recibida, 13-15 opinión global, 16-17 apartados para reflejar quejas y sugerencias. Las 12 primeras se puntúan de 1 a 5 siendo 5 la mejor calificación. De 13 a 15 hay opciones de sí/no sabe/no. La 16 y 17 son espacios para comentarios subjetivos. En la figura se muestra un ejemplo de la encuesta utilizada. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS-V26.

**Resultados:** Se recogen 450 encuestas con una participación del 76% que permitió analizar una muestra de 343 pacientes. Como recoge la tabla 1, la edad media de los pacientes fue de 58 años (16-92) con predominio de mujeres frente a hombres. La tabla 2 aglutina por grupos de preguntas los resultados de la encuesta de satisfacción. Para simplificarlos se comentan en forma de opiniones negativas, neutras y positivas. En el apartado de los tiempos, casi la mitad de los pacientes (24,8% negativos y 23% neutros) consideraron inapropiada la espera para su primera visita. El 27,2% opinó que el tiempo de demora en ser atendido el día de la consulta fue excesivo. En el ámbito de los espacios, ningún ítem obtuvo más del 50% de valoraciones negativas. Los peor valorados fueron los aseos (9,3%) y la comodidad de la sala de espera (11,9%). Las valoraciones positivas más frecuentes con porcentajes del 82,2% al 92,2% de los participantes correspondieron con la atención recibida por parte de los profesionales siendo las más valoradas la amabilidad y profesionalidad de los mismos. La satisfacción global sobre la atención recibida alcanza el 82,2% de opiniones positivas. Como se refleja en la tabla 3, la mayoría de los pacientes encuestados recomendarían el servicio (88%) y a sus profesionales (91,5%) habiendo aportado un 25,4% de los mismos alguna queja o sugerencia. En el espacio para esto último lo más recurrente hace referencia a la necesidad de más profesionales para la reducción de los tiempos de espera tanto para ser atendidos por primera vez como para el tiempo entre las consultas sucesivas de seguimiento.

Tabla 1. Datos demográficos

Variables	n (%)/media (rango)
Total	343
Sexo (Mujer;Hombre;no respondido)	240 (70%); 102 (29,7%); 1(0,3%)
Edad	58 (18-92)
18-29 años	11 (3,2%)
30-49 años	63 (18,4%)
50-69 años	185 (53,9%)
> 70 años	76 (22,2%)
No respondido	8 (2,3%)

**Conclusiones:** La encuesta de satisfacción ha permitido analizar de forma integral la atención al paciente para buscar áreas de mejora en múltiples aspectos. En base a los resultados, la necesidad más demandada por los pacientes es reducir los tiempos de espera.

Tabla 2. Resultados encuesta satisfacción

Preguntas	Valoración					No respondida	
	Negativa		Neutra	Positiva			
	1	2	3	4	5		
Tiempos	1: Primera visita	34 (9,9%)	51 (14,9%)	79 (23%)	133 (38,8%)	39 (11,4%)	7 (2%)
	2: Demora hora citada	22 (6,4%)	71 (20,7%)	93 (27,1%)	119 (34,7%)	29 (8,5%)	9 (2,6%)
Espacios	3: Señalización centro	7 (2%)	16 (4,7%)	91 (26,5%)	167 (48,7%)	50 (14,6%)	12 (3,5%)
	4: Aseos	8 (2,3%)	24 (7%)	86 (25,1%)	180 (52,5%)	41 (12%)	4 (1,2%)
	5: Limpieza sala espera	3 (0,9%)	2 (0,6%)	39 (11,4%)	208 (60,6%)	82 (23,9%)	9 (2,6%)
	6: Comodidad sala espera	9 (2,6%)	32 (9,3%)	89 (25,9%)	169 (49,3%)	40 (11,7%)	4 (1,2%)
Atención recibida	7: Tiempo dedicado	6 (1,7%)	15 (4,4%)	22 (6,4%)	143 (41,7%)	152 (44,3%)	5 (1,5%)
	8: Información enfermedad	6 (1,7%)	15 (4,4%)	27 (7,9%)	140 (40,8%)	147 (42,9%)	8 (2,3%)
	9: Información tratamiento	6 (1,7%)	16 (4,7%)	31 (9%)	143 (41,7%)	141 (41,1%)	6 (1,7%)
	10: Amabilidad	5 (1,5%)	8 (2,3%)	12 (3,5%)	100 (29,2%)	216 (63%)	2 (0,6%)
	11: Profesionalidad	5 (1,5%)	8 (2,3%)	19 (5,5%)	141 (41,1%)	167 (48,7%)	3 (0,9%)
	12: Global	5 (1,5%)	16 (4,7%)	33 (9,6%)	161 (46,9%)	121 (35,3%)	7 (2%)

Tabla 3. Resultados encuesta satisfacción (continuación)

Preguntas	Valoración			
	Sí	No	No sabe	No respondida
13: ¿Recomendaría el servicio?	302 (88%)	17 (5%)	12 (3,5%)	11 (3,2%)
14: ¿Recomendarías a sus profesionales?	314 (91,5%)	16 (4,7%)	6 (1,7%)	7 (2%)
15: Quejas o sugerencias	87 (25,4%)	233 (67,9%)	11 (3,2%)	12 (3,5%)

Los datos recogidos son totalmente **anónimos** y **voluntarios**, serán únicamente utilizados con fines estadísticos. Para mantener la confidencialidad, en ningún caso se harán públicos resultados que permitan identificar a los encuestados/as. Por favor, deposite la encuesta una vez cumplimentada en el buzón o entréguela en:

**Muchas gracias por su colaboración.**



(Marque con una X su nivel de satisfacción)

1. El tiempo que ha tenido que esperar hasta que ha sido visto por primera vez en la consulta del especialista:

2. El tiempo que ha tenido que esperar desde la hora citada hasta que ha entrado en consulta:

3. La señalización del centro:

4. El estado general de los aseos (limpieza, papel, jabón...):

5. La limpieza de la sala de espera:

6. La comodidad de la sala de espera:

7. El tiempo que le ha dedicado el médico en la consulta:

8. La información que ha recibido sobre su enfermedad:

9. La información recibida sobre el tratamiento:

10. La amabilidad y trato recibido por los profesionales:

11. La eficacia, profesionalidad del personal:

12. Globalmente, cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida:

13. ¿Recomendaría este servicio a otras personas en su situación?:

14. ¿Recomendaría los profesionales que le han atendido a otras personas?:

15. ¿Tiene alguna queja o sugerencia sobre el servicio?:

16. En caso de respuesta anterior afirmativa, ¿puede indicar brevemente cuál?:

17. Para terminar, según usted, ¿cuál es la primera mejora que tenemos que poner en marcha?:

A. Año de nacimiento:

B. Sexo:

Hombre

Mujer

ENC-REU-ES-22-01-01

Figura. Ejemplo de la encuesta de satisfacción empleada.

**P363. ¿DEBERÍAMOS LOS REUMATÓLOGOS SOLICITAR UNA SEROLOGÍA PARASITARIA A CANDIDATOS A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR? PREVALENCIA DE *STRONGYLOIDES STERCORALIS* EN UNA ZONA NO ENDÉMICA**

Judit Font Urgelles<sup>1</sup>, Sonia Mínguez-Blasco<sup>1</sup>, Basilio Rodríguez-Díez<sup>1</sup>, Mercè López de Recalde-Martorell<sup>1</sup>, Anna Arnau-Bartés<sup>2</sup>, Sara Jonàs-Llauradó<sup>3</sup>, Antonia Flor-Pérez<sup>3</sup>, Dolors Estivill-Navarrete<sup>4</sup>, Glòria Trujillo-Isern<sup>4</sup>, Jaume Trapé<sup>4</sup> y Mertixell Sallés Lizarzaburu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>2</sup>Unidad de Investigación e Innovación. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>3</sup>Sección de Enfermedades Infecciosas. Departamento de Medicina Interna. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>4</sup>Servicio de Análisis Clínicos y Microbiología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

**Introducción:** La infección es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedades autoinmunes e inmunomediadas (EA/EI). Existen múltiples recomendaciones para la prevención de infecciones bacterianas y virales, sin embargo, no hay recomendaciones específicas para parasitosis. La estrongiloidiasis es una infección causada por *Strongyloides stercoralis*. Este parásito se distribuye globalmente en áreas tropicales y subtropicales. Se estima una prevalencia de 2,8% en Europa. La mayoría de los casos en España son importados. Muchas veces esta infección es asintomática, sin embargo, en situación de inmunosupresión pueden darse presentaciones graves como el síndrome de hiperinfestación o estrongiloidiasis diseminada.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de serología positiva para *S. stercoralis* en nuestra área asistencial (Manresa, el Bages, Cataluña) y describir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de estos sujetos.

**Métodos:** Estudio transversal. Sujetos: pacientes con EA/EI candidatos a tratamiento inmunosupresor. Período de estudio: pacientes atendidos en Reumatología entre junio de 2018 y diciembre de 2022. Variable principal: Prevalencia de serología positiva para *S. stercoralis*. Variables independientes: demográficas, manifestaciones clínicas y viajes a países endémicos. Análisis estadístico: análisis descriptivo y bivariado.

**Resultados:** Se incluyeron 310 pacientes. La mayoría eran mujeres (63,2%), con una edad media de 55,9 años (DE 14,7), siendo el 9,3% no nacidos en España. El diagnóstico más frecuente era artritis inflamatoria (81,2%) seguido de enfermedad autoinmune (8,1%). En el momento de la determinación de la serología, el 41,9% recibía fármaco antiinflamatorio modificador de la enfermedad y el 54,9% prednisona. Se encontró serología positiva en 10 pacientes (3,2%; IC95%: 1,6-5,9) y 4 (1,3%; IC95%: 0,4-3,3) fueron indeterminados. Todos los pacientes positivos recibieron terapia profiláctica con ivermectina. Ningún paciente desarrolló infección sintomática ni hipereosinofilia. El 60% de los pacientes no refirió ningún factor de riesgo epidemiológico. Un 10% había nacido en un país endémico, pero no había vuelto allí, otro 10% nacido en país endémico sí había visitado su país posteriormente, y un 20% eran nacidos en un país no endémico, pero había viajado a una zona endémica. No se observaron diferencias en la prevalencia de *S. stercoralis* según sexo, enfermedad, tratamientos ni contactos epidemiológicos. Los pacientes con serología positiva eran más jóvenes (48,4 años vs. 56,2; p = 0,048). La mayor prevalencia de infección se observó en trabajadores del sector quinario (12%; p = 0,072).

**Conclusiones:** La prevalencia de infección por *S. stercoralis* en pacientes reumáticos en nuestro medio es del 3,2%. Se sospechó que el aumento de la migración y los viajes internacionales eran la causa más probable de esta prevalencia. Sorprendentemente un 60% de los encuestados no refería ningún factor de riesgo epidemiológico. Todos nuestros pacientes con serología positiva fueron tratados profilácticamente. Sin embargo, debido a la potencial letalidad de la

estrongiloidiasis, consideramos que se debería valorar realizar de forma rutinaria la serología y el tratamiento profiláctico si procede, a los candidatos a terapia inmunosupresora.

**P364. ANÁLISIS DE 5 AÑOS DE CONSULTA ONLINE ATENCIÓN PRIMARIA-REUMATOLOGÍA**

María Ángela Pecondón Español, Giuliano Boselli, Carlos Vázquez, Marta Medrano, Álvaro Lesta, Marilia Arce, Marina Soledad Moreno y Javier Manero

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos:** La gestión de la demanda desde Atención Primaria (AP) al servicio Reumatología es llevada a cabo en nuestro hospital desde hace 5 años de forma no presencial (*online*) con el objetivo de evitar la demora al acceso de los pacientes con sospecha de enfermedad reumática autoinmune sistémica (ERAS), inflamatoria, ósea y/o artritis precoz, mejorar la calidad en la derivación y tener una comunicación fluida con AP.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen todas las interconsultas (IC) realizadas *online* de Atención Primaria derivadas al servicio de Reumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, que abarca una población de 379.225 habitantes, entre los años 2019 a 2022 (5 años). El sistema de derivación se basó en el protocolo existente desde 2013 que había sido consensuado con otros servicios, dónde y cómo derivar a los pacientes con dolencias osteomusculares (Unidad Musculoesquelética [UME], Rehabilitación [RHB], Traumatología) desde AP. Correspondiendo en el caso de Reumatología las siguientes situaciones: sospecha de artritis aguda/subaguda/crónica: artritis reumatoide, espondiloartritis (espondilitis anquilosante, A. psoriásica, etc.), artritis microcristalinas. Sospecha de enfermedades autoinmunes sistémicas (LES, SAF, miositis, vasculitis, ESP...). Artritis reumatoide precoz. Raynaud/Capilaroscopia. Enfermedades óseas metabólicas graves o especiales (osteoporosis establecidas, osteomalacia, Paget, etc.). Nuestro compromiso fue dar respuestas en un periodo ≤ 7 días, aunque en su mayoría se realizaron dentro de los 2-3 primeros días. Fueron motivos de no citación en nuestras agendas como pacientes de primeros días, aquellos casos: los que no se ceñían al protocolo de derivación a Reuma. Cuando dichos pacientes ya tenían seguimiento en nuestras consultas. Cuando se daban indicaciones en respuesta a consultas del médico de atención primaria (MAP). En caso de pacientes con fibromialgia y pacientes con osteopenia u osteoporosis y bajo riesgo de fractura.

**Resultados:** Se han atendido un total de 7.255 IC *online* de pacientes nuevos procedentes de Atención Primaria desde el 1 de enero de 2018 hasta 31 de diciembre de 2022 (fig. 1). De estas IC, 4.149 (57%) fueron atendidas en Reumatología de manera presencial, siendo derivadas a las consultas de reumatología general 3.524 (48,57%), a consultas monográficas de reumatología (ERAS, uveítis y metabolismo óseo) el 463 (6,3%) y para capilaroscopia a 162 (2,23%) (fig. 2). No fueron citados en nuestras consultas 3.106 (43%) pacientes, de estos (fig. 3): las relacionadas con osteoporosis y fibromialgia, se corresponden con un total de 327 consultas (11%) y 397 (13%) respectivamente y por otros motivos 872 (28%), aportándose al médico de AP el protocolo expresamente elaborado en nuestro servicio para el manejo de estas patologías en su ámbito. Aquellos que no cumplan protocolo de derivación a Reuma 725 (23%). Por falta de aporte de datos mínimos para realizar una correcta valoración 445 (14%). Indicando al MAP los estudios a realizar. Solicitudes de revisiones de pacientes ya en seguimiento 340 (11%).

**Conclusiones:** Este sistema de interacción con Atención Primaria nos ha permitido centrar nuestra actividad en la atención a pacientes con patología compleja reumatología donde verdaderamente aportamos valor, especialmente importante en estos momentos ante la escasez de reumatólogos y mejorar la comunicación con AP.

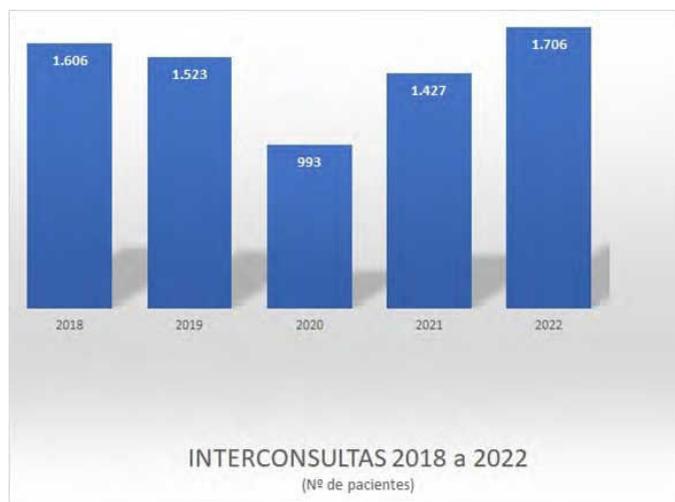


Figura 1. Número total de IC valoradas por año.

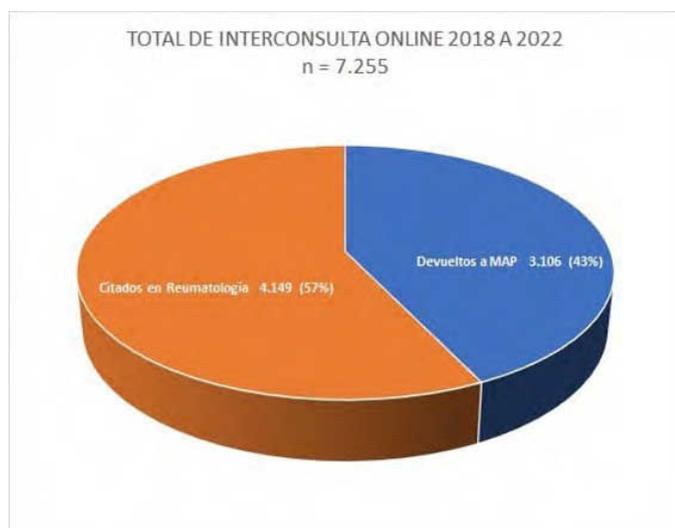


Figura 2. Valoración global de las IC entre el año 2018 a 2022.

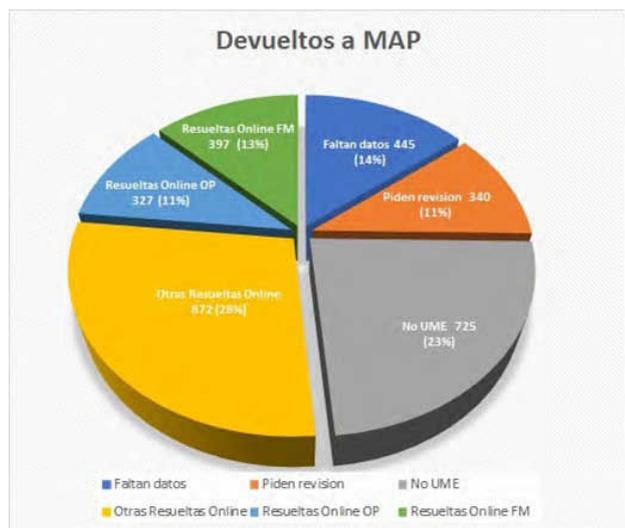


Figura 3. Devoluciones a MAP. Motivos.

### P365. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO CON INTERCAMBIO ENTRE INFILIXIMAB ORIGINAL Y SUS BIOSIMILARES

Verónica García García, Ana María Ruiz Bejerano, Sonia Jiménez Barrios, Mauro Ferre Sanfrancisco, Javier Bachiller Corral y Mónica Vázquez Díaz

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

**Introducción:** Los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) biosimilares son comúnmente empleados en pacientes con enfermedades reumatológicas inmunomediadas, habiendo demostrado su biosimilitud con los originales, siendo más coste-efectivos. Hay múltiples estudios sobre el intercambio entre FAMEb originales y sus biosimilares (y en menor medida, entre biosimilares) y se ha demostrado su efectividad y seguridad, en cuanto a efectos adversos. Estos resultados han favorecido la realización con garantía de estos intercambios en la práctica clínica habitual.

**Objetivos:** Describir la supervivencia del FAMEb biosimilar tras el intercambio, así como los eventos adversos, las infecciones y las causas de suspensión de infliximab (IFX) tras el intercambio entre el biológico original y biosimilar.

**Métodos:** Estudio unicéntrico observacional retrospectivo y analítico en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años atendidos que reciben tratamiento con IFX y han realizado al menos un intercambio. Para el análisis de supervivencia se incluyeron todos los pacientes que hubiesen recibido tratamiento con IFX original (Remicade®) y a los que se ha cambiado a biosimilar (Inflectra®/Remsima®), siendo la mayoría de cambios posteriores a septiembre de 2021. Para el estudio de seguridad se incluyeron también pacientes que habían realizado un cambio inverso (biosimilar-original) o un doble cambio (biosimilar-original-biosimilar). El motivo del cambio fue tanto por decisión clínica como administrativa (cese de suministro del original).

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes, con una edad media de 58,5 años (34-82) y una evolución media de la enfermedad de 19,5 años ( $\pm$  10,26), siendo mujeres el 52,3%. Los diagnósticos reumatológicos más frecuentes fueron la espondiloartritis (43,2%) y la artritis reumatoide (38,6%). Además, 7 pacientes (15,9%) tenían también diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. El 81,8%, además de IFX, recibían tratamiento con un FAME clásico, siendo metotrexate el más frecuente (65,9%). El 79,5% de los pacientes recibían IFX como 1ª línea de tratamiento biológico, el 13,6%, como 2ª y el 6,9%, como 3ª o posterior. Entre los que recibieron un FAMEb previo, 8 habían recibido otro anti-TNF $\alpha$ , uno, anti-IL6 y otro, anti-IL17. La media de tiempo en tratamiento con IFX antes del cambio fue de 101,1 meses ( $\pm$  64,3). Tras el cambio, el seguimiento medio fue de 13,1 meses ( $\pm$  9,1). Para el estudio de supervivencia se incluyeron 33 pacientes; la supervivencia a los 6 meses fue del 96,6% (29/30 pacientes) y al año del 84,6% (11/13 pacientes). No hubo diferencias en cuanto a suspensión del fármaco en función de la edad, el diagnóstico reumatológico (o de otras enfermedades inmunomediadas) o la línea de tratamiento. Para el estudio de seguridad se incluyeron 44 pacientes, 8 con cambio doble y 3 con cambio de biosimilar a original. Hubo eventos adversos en 13 pacientes (29,5%), principalmente infecciones (8 pacientes), sobre todo respiratorias. Solo se objetivó una reacción infusional (en el grupo original-biosimilar), que no supuso la retirada del IFX.

**Conclusiones:** En nuestra serie encontramos una persistencia a corto plazo del fármaco similar a estudios previos; sin encontrarse diferencias por subgrupos de pacientes. La tasa de eventos adversos fue similar a la descrita, siendo en su mayoría infecciones. Solo se encontró una reacción infusional que no su supuso la suspensión del tratamiento.

**P366. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES TRATADOS CON TOCILIZUMAB**

Elisabet Perea Martínez<sup>1,2,3</sup>, Antonio Avilés Hernández<sup>1,2</sup>, M<sup>a</sup> Carmen López González<sup>1,2</sup>, Cristina Rodríguez Alvear<sup>1,2</sup>, Paloma Vela Casasepère<sup>1,2,3</sup>, Vega Jovaní Casano<sup>1,2</sup>, Agustín Martínez Sanchís<sup>1,2</sup>, Joaquín Esteve i Vives<sup>1,2</sup>, Pilar Bernabeu González<sup>1,2</sup>, Irene Calabuig Sais<sup>1,2</sup>, Silvia Gómez Sabater<sup>1,2</sup>, Rocío Caño Alameda<sup>1,2</sup> y Mariano Andrés Collado<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). <sup>3</sup>Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

**Introducción:** El tocilizumab es un anticuerpo humanizado dirigido contra el receptor de la interleuquina 6. Esta citoquina induce la diferenciación de los linfocitos B a células plasmáticas y la producción de anticuerpos. Hemos observado en práctica clínica que algunos pacientes tratados con tocilizumab han presentado formas graves de hipogammaglobulinemia, asociación, sin embargo, escasamente reportada en la literatura (Vílchez-Oya 2020).

**Objetivos:** Analizar la incidencia de hipogammaglobulinemia en pacientes con artritis reumatoide (AR) o arteritis de células gigantes (ACG) tratados con tocilizumab.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y no controlado, en pacientes seguidos en la sección de Reumatología del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico de AR o ACG e incluidos localmente en el registro BIOBADASER. Por otro lado, se excluyeron aquellos con una duración del tratamiento con tocilizumab menor a 3 meses y/o sin determinación de inmunoglobulinas tras su inicio. La variable de resultado fue la incidencia acumulada de hipogammaglobulinemia, definida por unos niveles de IgG inferiores a 750 mg/dL, al menos a los 6 meses del tratamiento, calculándose su intervalo de confianza (IC) al 95%. Otras variables recogidas fueron la incidencia de hipogammaglobulinemia grave (IgG inferior a 450 mg/dL) y de infección grave (aquellas que requirieron ingreso hospitalario o tratamiento endovenoso).

**Resultados:** De los 90 pacientes incluidos inicialmente, se excluyeron 60 por menos de 3 meses de tocilizumab o ausencia de determinación de inmunoglobulinas postratamiento. La muestra final de estudio fue de 30 pacientes, con una edad media de 64 años (DE ± 13 años) siendo el 70% mujeres (21/30). El 60% de los casos padecían AR (18/30). La vía de administración más frecuente del tocilizumab fue la subcutánea (66,7%). La mediana de tiempo de determinación de inmunoglobulinas postratamiento fue de 12 meses (RIC 4,3-37,6 meses). Se observó hipogammaglobulinemia en 13 casos, con una incidencia de 43,3% (IC95% 27,4-60,8%). Dos de estos pacientes habían recibido tratamiento previo con rituximab, y 6 recibían tratamientos concomitantes, tres metotrexatos y tres leflunomida. Hubo 4 casos de hipogammaglobulinemia basal; dos de ellos habían recibido tratamiento previo con rituximab. Hubo 5 casos (38,5%) de hipogammaglobulinemia grave y uno de ellos (7,7%) precisó reposición de inmunoglobulinas. Cinco casos de hipogammaglobulinemia (38,5%) asociaron también descenso de IgA e IgM, pero ninguno mostró linfopenia. Hubo 4 casos (30,8%) de infección grave. Únicamente un paciente con hipogammaglobulinemia grave precisó retirada del fármaco por sepsis urinaria.

**Conclusiones:** La hipogammaglobulinemia asociada a tocilizumab no ha sido estudiada en profundidad. La determinación de inmunoglobulinas en estos pacientes no está integrada en la práctica clínica habitual. Nuestros datos apoyan diseñar nuevos estudios con carácter prospectivo que permitan analizar con mayor evidencia la posi-

ble asociación entre el uso de fármacos anti-IL6 y el desarrollo de hipogammaglobulinemia.

**P367. PREVALENCIA DE LEISHMANIASIS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS**

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

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

**Introducción:** La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa causada por un parásito intracelular del género *Leishmania*. En cuanto a su expresión clínica, podemos observar: leishmaniasis subclínica, cutánea (LC) y visceral (LV). La respuesta inmunológica desencadenada en este tipo de infecciones se basa en una activación de la vía TH1, en la que se ven implicadas moléculas como el TNF α e interleucinas como IL 12 e IL1<sup>1,2</sup>. En los últimos años se ha observado un aumento de la incidencia de enfermedades infecciosas oportunistas, como la leishmaniasis, en pacientes con enfermedades reumatológicas que se encuentran en tratamiento con fármacos anti TNFα, como la artritis psoriásica (APS), la espondilitis anquilosante (EA) o la artritis reumatoide (AR)<sup>1,3</sup>.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de Leishmaniasis de una muestra de pacientes de un centro hospitalario que se encuentran en tratamiento con terapias biológicas. Como objetivo secundario, conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de *Leishmania*.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de un solo centro asistencial. Se analizó una muestra de 720 pacientes que se encontraban en tratamiento biológico, encontrando 5 sujetos diagnosticados de *Leishmania*.

**Resultados:** De los 720 sujetos, 5 fueron diagnosticados de leishmaniasis lo que supone una prevalencia del 0,69%. De estos cinco pacientes, 3 eran varones (60%) y 2 eran mujeres (30%). La edad media fue de 52,164 ± 10,38 años con una duración media de la enfermedad reumática de 13,2 ± 7,8 años. En cuanto a las patologías que padecían nuestros sujetos (fig. 1), 3 presentaban EA (60%), 1 paciente APS (20%) y otro espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (20%). Respecto a las formas de leishmaniasis, 4 sujetos fueron diagnosticados de LC (80%) y tan solo un paciente fue diagnosticado de LV (20%). El 100% de los pacientes diagnosticados de LC estaban o habían estado en tratamiento con un anti-TNFα (75% con adalimumab y el 25% con infliximab). El único caso diagnosticado de LV, estaba en tratamiento actual con un anti-IL 17 (secukinumab), aunque había estado con adalimumab hasta tres meses antes del diagnóstico (figura 2). Por tanto, podemos afirmar que el 100% de los pacientes diagnosticados de leishmaniasis habían recibido tratamiento con un anti TNFα, con una media de duración de este tratamiento de 6,94 ± 4,7 años.

Tabla resumen de los sujetos diagnosticados de leishmaniasis incluidos en el estudio

Sexo/Edad	Enfermedad	Biológico actual	LC/LV	Localización
H43	Espondilitis anquilosante	Adalimumab	LC	Muslo derecho
H48	Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal	Adalimumab	LC	Ambos codos
H62	Espondilitis anquilosante	Infliximab	LC	Codo izquierdo
M40	Artritis psoriásica	Secukinumab	LV	
M66	Espondilitis anquilosante	Adalimumab	LC	Codo + antebrazo izquierdo



**P367 Figura 1.** Enfermedades reumáticas diagnosticadas en nuestros pacientes con leishmaniasis (EA = espondilitis anquilosante, APS: artritis psoriásica, EspA asociada a EII = espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal).



**P367 Figura 2.** Tratamiento biológico administrado en el momento del diagnóstico de la leishmaniasis.

**Conclusiones:** En nuestro estudio el 100% de los sujetos diagnosticados de leishmaniasis habían estado en tratamiento con una molécula anti-TNF  $\alpha$ , siendo adalimumab la más frecuente, lo que coincide con otras series de casos publicados en la literatura.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Sánchez-Rodríguez G, Puig LI. Piel. Formación Continuada en Dermatología, 2022;37:356-60.
2. Bosch-Nicolau P, Ubals M, Salvador F, Sánchez-Montalvá A, Aparicio G, Erra A, Martínez de Salazar P, Sulleiro E, Molina I. Leishmaniasis and tumor necrosis factor alpha antagonists in the Mediterranean basin. A switch in clinical expression. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(8): e0007708.
3. Plachouri KM, Gkermpesi M, Vryzaki E, Kollyrou P, Marangos M, Georgiou S. A Rare Infectious Complication of a Treatment With Biologics: Disseminated Cutaneous Leishmaniasis Associated With Adalimumab. Dermatol Pract Concept. 2020;10(3):e2020061.

**P368. ESTUDIO CLÍNICO, RESPUESTA TERAPÉUTICA Y SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN (NGS) O EXOMA EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. ESTUDIO DE 38 PACIENTES**

Eztizen Labrador-Sánchez<sup>1</sup>, Diana Prieto-Peña<sup>2</sup>, Rafael B. Melero-González<sup>3</sup>, Carlota Iñiguez Ubiaga<sup>4</sup>, Fred Antón-Pagés<sup>5</sup>, Anahy Brandy García<sup>6</sup>, Natalia Palmou-Fontana<sup>2</sup>, Clara Moriano-Morales<sup>7</sup>, Juan Antonio López Martín<sup>1</sup>, Estibaliz Andrés Trashedo<sup>1</sup> y Ricardo Blanco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. <sup>2</sup>División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Segovia. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción:** La enfermedad de Still del adulto (ESA) se considera una enfermedad autoinflamatoria (EAI) poligénica. Su diagnóstico es de exclusión ya que tanto la clínica como la respuesta terapéutica pueden imitar algunas EAI monogénicas. Se ha hallado una mayor expresión del inflammasoma NLRP3 en la ESA, aunque se desconoce la implicación de esta vía en la etiopatogenia, así como las variantes genéticas posiblemente asociadas.

**Objetivos:** Valorar si existen diferencias demográficas, clínicas o de respuesta terapéutica entre los pacientes diagnosticados de ESA portadores de variantes genéticas de EAI y los que no.

**Métodos:** Estudio observacional multicéntrico, descriptivo de pacientes con ESA seguidos en servicios de reumatología del Norte de España. Se han recogido datos demográficos, clínicos, genéticos, de laboratorio y de respuesta terapéutica. Se realizó un análisis genético (exoma o NGS) de genes implicados en EAI en aquellos centros en los que se encontraba disponible la técnica.

**Resultados:** Estudiamos 38 pacientes afectados de ESA (19 varones/19 mujeres); edad media al diagnóstico de 43,8 ± 18,6 años. El tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de 3,5 meses. Las manifestaciones más frecuentes fueron a) fiebre (100%) (continua 68,3%; irregular 26,2% y periódica 5,3%); b) musculoesqueléticas (n = 36; 94,6%), (artralgias 58,3%; artritis 52,7% y mialgias 19,4%); c) lesiones cutáneas (n = 32; 84,2%) (tipo rash máculo-papular la más frecuente; n = 22). Se observaron manifestaciones atípicas en 10 pacientes (26,2%): uveítis aislada (n = 2); enfermedad pulmonar intersticial, glomerulonefritis y amiloidosis (n = 1); epiescleritis (n = 1), manguito periaórtico, hipoacusia neurosensorial y uveítis (n = 1); colitis ulcerosa (n = 1); meningitis linfocitaria (n = 1); tetraparesia por leucoencefalopatía posterior (n = 1); dolor testicular (n = 1); aftas genitales (n = 1). En la analítica, destaca la elevación de reactantes de fase aguda (n = 34; 89,3%) y anemia (n = 17; 44,6%). Los tratamientos usados según frecuencia y respuesta fueron: glucocorticoides (n = 37; 97,4%) con una respuesta completa (RC) en 20 (54%); metotrexato (n = 28; 73,7%) RC (n = 14; 50%); antiinflamatorios no esteroideos (n = 17; 44,7%) RC (n = 0); Anakinra (n = 11; 29%) RC (n = 4; 36,4%); colchicina (n = 8; 21%) RC (n = 2, 25%); canakinumab (n = 3; 7,9%) RC (n = 2; 66,6%); inhibidores de la interleucina-6 (n = 9; 23,7%) RC (n = 8; 88,8%); anti-TNF (n = 7; 18,4%) RC (n = 1; 14,3%). El análisis genético se realizó en 15 pacientes (39,5%). En 3 de ellos (20%) se encontraron variantes de significado clínico incierto (VUS) en heterocigosis en los genes SCN9A (c.2617G > A), NOD2 (c.2104C > T) y TNFRSF1A (c.224C > T). Dos de los pacientes portadores de una VUS presentaban manifestaciones atípicas de la ESA, con presencia de tetraparesia por leucoencefalopatía en un paciente (SCN9A) y dolor testicular (TNFRSF1A). En ambos casos se consiguió una respuesta completa con fármacos inhibidores de la IL-1.

Caracteres generales de los 38 casos con enfermedad de Still del adulto

Datos demográficos	N (%)
Mujeres/Hombres	19 (50)/19 (50)
Edad al diagnóstico (años), media ± DE	43,8 ± 18,6
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Fiebre	38 (100)
Manifestaciones musculoesqueléticas	36 (94,7)
Lesiones cutáneas	32 (84,2)
Manifestaciones atípicas	10 (26,2)
Respuesta completa a tratamiento, n de casos usado (%)	
Glucocorticoides	20 de 37 (54)
Metotrexato	14 de 28 (50)
AINE	0 de 17 (0)
Anakinra	4 de 11 (36,4)
Anti IL-6	8 de 9 (88,8)
Colchicina	2 de 8 (25)
Anti-TNF	1 de 7 (14,3)
Canakinumab	2 de 3 (66,6)
Análisis genético, n (%)	15 (39,5)
VUS: SCN9A (c.2617G > A); NOD2 (c.2104C > T); TNFRSF1A (c.224C > T)	3 (20)

**Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas típicas más frecuentes fueron la fiebre, musculoesqueléticas y cutáneas, como en otros registros. Sin embargo, observamos una alta presencia de manifestaciones clínicas atípicas. El estudio genético probablemente sea útil en pacientes con antecedentes familiares, fenotipo clínico atípico de ESA o refractariedad terapéutica. Son necesarios más estudios y consensuar el estudio genético para establecer asociaciones más sólidas.

**P369. EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES MUCOCUTÁNEAS EN ENFERMEDAD DE BEHÇET: ESTUDIO DE UNA COHORTE DE 120 PACIENTES EN UNA REGIÓN DEL NORTE DE ESPAÑA**

Carmen Álvarez Reguera<sup>1</sup>, Alba Herrero-Morant<sup>1</sup>, José Luis Martín-Varillas<sup>1</sup>, Lara Sánchez-Bilbao<sup>1</sup>, David Martínez-López<sup>1</sup>, Iñigo González-Mazón<sup>1</sup>, Guillermo Suárez-Amorín<sup>2</sup>, Rosalía Demetrio-Pablo<sup>2</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Reumatología. Hospital de Laredo. <sup>3</sup>Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción:** Las manifestaciones mucocutáneas son uno de los signos clínicos más característicos de la enfermedad de Behçet y se incluyen en diferentes criterios de clasificación<sup>1</sup>.

**Objetivos:** Describir las manifestaciones mucocutáneas y valorar su presentación por sexo y edad en una cohorte de pacientes con enfermedad de Behçet.

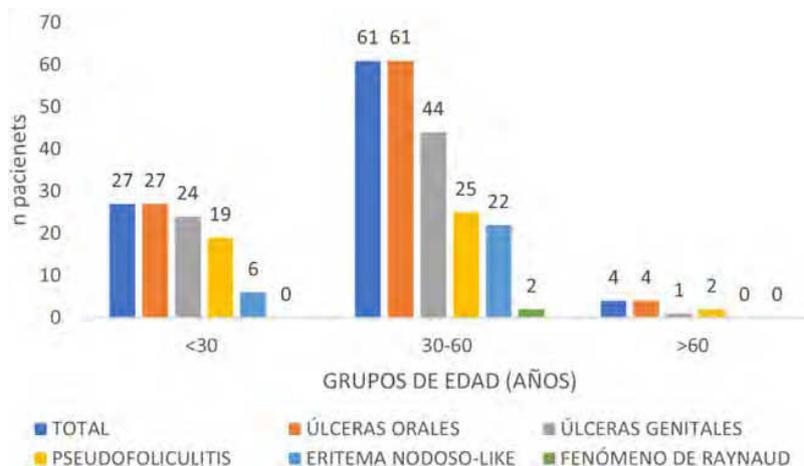
**Método:** Estudio descriptivo de una cohorte de 120 pacientes diagnosticados mediante sospecha clínica de enfermedad de Behçet desde el 1 de enero de 1980 hasta el 31 de diciembre de 2019. Tras aplicar los criterios internacionales de enfermedad de Behçet (ICBD) se incluyeron 92 pacientes<sup>2</sup>.

**Resultados:** 92 pacientes (45 hombres/47 mujeres) presentaban lesiones mucocutáneas. La edad media al diagnóstico fue (36,3 ± 12,6) años. 27 (29,3%) eran adultos jóvenes (< 30 años), 61 (66,3%) adultos de edad media (30-60 años) y 4 (4,3%) adultos mayores (> 60 años). La manifestación mucocutánea más frecuente fueron las úlceras orales (n = 92, 100%), úlceras genitales (n = 69, 73,4%), seudofoliculitis (n = 47, 50%), lesiones tipo eritema nodoso (n = 28, 29,8%) y fenómeno de Raynaud (n = 2, 2%). Las úlceras orales y las lesiones de tipo eritema nodoso se presentaron más frecuentemente en mujeres. Las úlceras genitales y la seudofoliculitis fueron más frecuentes en hombres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (test  $\chi^2$ ). El test de Patergia fue positivo solo en 4 pacientes. La biopsia de las lesiones de tipo eritema nodoso se realizó en 5 pacientes, 3 (60%) presentaban paniculitis septal y 2 (40%) vasculitis con infiltración neutrofílica, un hallazgo típico de las lesiones de tipo eritema nodoso en enfermedad de Behçet<sup>2</sup> (tabla). En la figura se representan las lesiones mucocutáneas por grupos de edad.

Manifestaciones mucocutáneas en una cohorte de 92 pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet

	Total	Mujer	Varón	p
N (%)	92 (100)	47 (51,1)	45 (48,9)	-
Edad (media ± DE)	36,3 ± 12,6	36 ± 13	36 ± 12,2	-
Lesiones mucocutáneas	92 (100)	47 (51,1)	45 (48,9)	0,4*
Úlceras orales	92 (100)	47 (51,1)	45 (100)	0,4
Úlceras genitales	69 (75)	34 (49,3)	35 (50,7)	0,5
Seudofoliculitis	47 (51,1)	23 (48,9)	24 (51,1)	0,7
Eritema nodoso	28 (30,4)	17 (58,6)	12 (41,4)	0,3
Fenómeno de Raynaud	2 (2,2)	2 (0)	0	0,5*
Test de patergia	4 (4,3)	2 (50)	2 (50)	0,9*
Biopsia cutánea	5 (5,4)	2 (40)	3 (60)	-

\*Aplicada corrección de Yates. DE: desviación estándar.



P369 Figura. Lesiones mucocutáneas en una cohorte de 94 pacientes con enfermedad de Behçet distribuidos por grupos de edad.

**Conclusiones:** Identificar lesiones características de enfermedad de Behçet como úlceras orales, genitales, seudofoliculitis y tipo eritema nodoso puede ayudar al diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de la enfermedad. No se observaron diferencias por sexos en las lesiones mucocutáneas.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Nakamura K, et al. Med (Lausanne). 2021;7:613432.
2. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). 2014;28(3):338-47.

**P370. ¿CÓMO RENTABILIZAR LAS DERIVACIONES DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO?**

Tamara Libertad Rodríguez Araya<sup>1</sup>, Anna Arias Gassol<sup>1</sup>, Xavier Torres Mata<sup>2</sup> y Luciano Polino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Psicología. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic de Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Gestionar adecuadamente las derivaciones de la población que padece dolor es importante de cara a obtener resultados eficientes en las unidades multidisciplinares (MD) destinadas a su tratamiento. Existen pocos datos publicados a este respecto en dolor crónico primario (DCP) o fibromialgia (FM), por su escasa presencia en el sistema sanitario. La unidad MD de DCP y FM del servicio de Reumatología del Hospital Clínic de Barcelona es referencia y pionera en nuestro país en tratar estas patologías. Mostramos los datos de gestión de las derivaciones del año 2022 para conocer su calidad y nuestro perfil de pacientes y así establecer un plan de mejora para 2023.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de las derivaciones a nuestra unidad en el año 2022. Se han recogido los datos aportados para evaluar su calidad: servicio que deriva, motivo del rechazo si lo hay, variables sociodemográficas y laborales de los pacientes, urgencia de la derivación, diagnóstico principal, tiempo de evolución de la enfermedad y respuesta a tratamientos previos. Esta unidad, hasta 2021, estaba orientada al tratamiento de FM, pero desde enero del 2022, se han incorporado diagnósticos de DCP de cualquier índole, según los nuevos criterios de la IASP (International Association for the Study of Pain).

**Resultados:** El total de pacientes derivados fue de 478, con edad media de 55,7 ± 11,6, de los que el 92,7% fueron mujeres. Solo se recogió la situación laboral de 78 pacientes, y la mayoría estaban activos o de baja temporal. 382 (79,9%) se encontraban en edad laboral (< 65 años). Los datos sociodemográficos se recogen en la tabla 1. Los servicios que más derivan son reumatología, atención primaria, clínica del dolor, traumatología, rehabilitación, unidad de endometriosis y oncología/hematología. El 1,18% de las derivaciones se hicieron

urgentes y 5,9%, preferentes, aunque no cumplían criterios de urgencia/preferencia. Se aceptaron un total de 330 pacientes (69%). Los datos sobre las derivaciones y el porcentaje de aceptados están recogidos en la tabla 2. Las causas de rechazo fueron: Falta de datos aportados (40%), falta de orientación diagnóstica (25,3%), que el paciente no fuera de zona (6,7%), paciente no subsidiario de tratamiento multidisciplinar (TMD) (por trastornos psiquiátricos, edad muy avanzada o proceso activo de invalidez (8%)) y otros errores administrativos 21,3%. Los diagnósticos principales más frecuentes fueron FM o dolor crónico generalizado (DCG) (50,4%), dolor tras proceso oncológico (13,5%) y dolor en paciente con enfermedad autoinmune inactiva (9,7%). Otros diagnósticos fueron dolor lumbar primario (7%), endometriosis 2,6%, poliartalgias/artrosis 6,2%, capsulitis 1,8%, dolor primario en cadera/trocánter 2,6%, pelvis 1,8%, cervical 2,6%, rodilla 0,9% o tobillo 0,9%. Los datos para evaluar la calidad de las derivaciones están recogidos en la tabla 3. En base a estos datos, hemos establecido un plan estratégico para reducir la edad de derivación y el tiempo desde la aparición de los síntomas ya que mejoraría el pronóstico sintomático, psicológico y funcional del paciente.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes según el servicio que deriva

	Datos derivaciones
Total pacientes	478
Edad media de todos los pacientes	55,7 ± 11,6
Edad media según el servicio que deriva	
Reumatología	52,4 ± 10
Atención Primaria	57,8 ± 11,2
Clínica del dolor	57,1 ± 11
Rehabilitación	59,7 ± 11,4
Traumatología	58,6 ± 17,9
Sexo, porcentaje total	
Mujeres	443 (92,7%)
Hombres	35 (7,3%)
Sexo según el servicio que deriva	
Reumatología	M 88,7%, H 11,21%
Atención primaria	M 86,4%, H 13,6%
Clínica del dolor	M 75,9%, H 24,1%
Rehabilitación	M 82,6%, H 17,4%
Traumatología	M 90%, H 10%
Situación laboral de los pacientes	
Reumatología (recoge datos de 78 pacientes)	
Activo	27 (34,6%)
Amo/a de casa	10 (12,8%)
Baja laboral temporal	27 (34,6%)
Invalidez absoluta	4 (5,1%)
Jubilado por edad	1 (1,3%)
Pare	10 (12,8%)
Atención primaria (recoge datos de 4 pacientes)	
Baja laboral temporal	4
Clínica del dolor (recoge datos de 6 pacientes)	
Baja laboral temporal	6
Rehabilitación (no recoge este dato)	
Traumatología (no recoge este dato)	

Tabla 2. Número de derivaciones distribuido por servicios y porcentaje de admisión a la unidad

	Datos derivaciones	Aceptados
Total pacientes	478	330 (69%)
De zona:	448 (93,7%)	
Reumatología (REU)	190 (42,4%)	176 (92,6%)
Atención Primaria (AP)	129 (28,8%)	83 (64,3%)
Otros servicios	129 (28,8%)	53 (41,1%)
Clínica del dolor (CLD)	39 (8,7%)	3 (7,7%)
Rehabilitación (REHAB)	17 (3,8%)	0 (0%)
Traumatología (TRA)	7 (1,6%)	0 (0%)
Oncología	7 (1,6%)	5 (71,4%)
Unidad Fatiga Crónica	7 (1,6%)	3 (42,8%)
Endometriosis	3 (0,7%)	3 (100%)
Oncohematología	3 (0,7%)	3 (100%)
Otros	46 (10,3%)	36 (78%)
Zona no perteneciente al área del hospital	25 (5,2%)	15 (60%)
Reumatología	4 (16%)	4 (100%)
Atención Primaria	11 (44%)	8 (72,7%)
Otros servicios	10 (0,83%)	3 (30%)
Resto de áreas de Cataluña	4 (0,83%)	2 (50%)
Resto de CCAA fuera de Cataluña	1 (0,2%)	1 (100%)

Tabla 3. Calidad de los volantes de derivación de los pacientes pertenecientes al área del hospital

	REU	AP	CLD	REHAB	TRA
Datos incluidos en la derivación					
No aportan ningún dato	0%	3,03%	28%	21,7%	50%
Solo aportan como dato la sintomatología	0%	9,09%	8%	47,8%	40%
Diagnóstico presuntivo	100%	87,9%	64%	30,4%	10%
Exploración física	64%	6,7%	16%	21,7%	0%
Situación laboral	41,2%	3,03%	16%	0%	0%
Tiempo de evolución desde el inicio de la enfermedad	70,6%	3,03%	8%	0%	10%
Evolución del paciente	82%	13,3%	16%	4,3%	10%
Tratamientos previos y respuesta a los mismos	47%	6,7%	16%	4,3%	10%
Calidad del volante:					
Mala (No aporta datos o solo aporta sintomatología)	0%	12,1%	36%	69,6%	90%
Normal (Al menos diagnóstico presuntivo y evolución de los pacientes)	58%	84,9%	64%	30,4%	10%
Excelente (diagnóstico presuntivo, tiempo de evolución, tratamientos previos y respuesta a los mismos y situación laboral)	41%	3,03%	0%	0%	0%

**Conclusiones:** El perfil de paciente que es derivado a nuestra unidad es una mujer perimenopáusica con dolor crónico generalizado.

Tabla P371

Prevalencia de LTBI en otras regiones geográficas según la EAS subyacente

Autor, año (ref. en texto)	Región	Criterios diagnósticos y periodo de estudio	Prevalencia en EAS (%)	Prevalencia en AR (%)	Prevalencia en APs (%)	Prevalencia en EA (%)	Prevalencia en LES	Prevalencia en E. Behçet
Soborg <i>et al.</i> (2009)	Dinamarca	TST e IGRA (2005-marzo 2007)	19%	20%		28%		
Chang <i>et al.</i> (2011)	Korea	TST o IGRA (2007-julio 2009)	7%	9%		5%		
Mínguez <i>et al.</i> (2012)	España	TST, T-SPOT.TB y QTF-plus (2008-2010)	35%	22%		47%		
			30%	31%		29%		
			13%	16%				
			20%	22%				
			17%	22%				
Mariett X <i>et al.</i> (2012)	Francia	TST, T-SPOT y QTF-plus (2011)	35,2%					
			15,1%					
			9,9%					
Miras <i>et al.</i> (2014)	España	TST and T.SPOT.TB (agosto 2009 a febrero 2012)					7%	
							5%	
Carina Mori Frade Gomes <i>et al.</i> (2015)	Brasil	TST	20,6%	12,8%	18,8%	37,6%		
D. Perifanou <i>et al.</i> (2018)	Grecia	TST e IGRA test (2008-2010)	66,7%	15%		21%		
			31%					
Anton <i>et al.</i> (2019)	Brasil	TST	13%	4%	23%	26%		
Sellami <i>et al.</i> (2019)	Norte de Túnez	TST e IGRA test (2015-2017)	45,7%					
			21,9%					
Oulkadi <i>et al.</i> (2021)	Marruecos	TST e IGRA test (2017-2021)	7,7%	15,9%	2,4%	24,8%		
			15,4%					
Shen <i>et al.</i> (2021)	China	T.SPOT.TB (octubre 2012 y junio 2017).						29,3%
Serie actual	España	TST	31,7%	29,4%	32,5%	32,5%	25%	33,3%

Los pacientes derivados por reumatología son más jóvenes que los derivados por otros servicios y la calidad de la derivación es mayor, por lo que se les admite con más frecuencia y rapidez para TMD.

**P371. INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: PREVALENCIA Y ESTRATEGIA DE SCREENING**

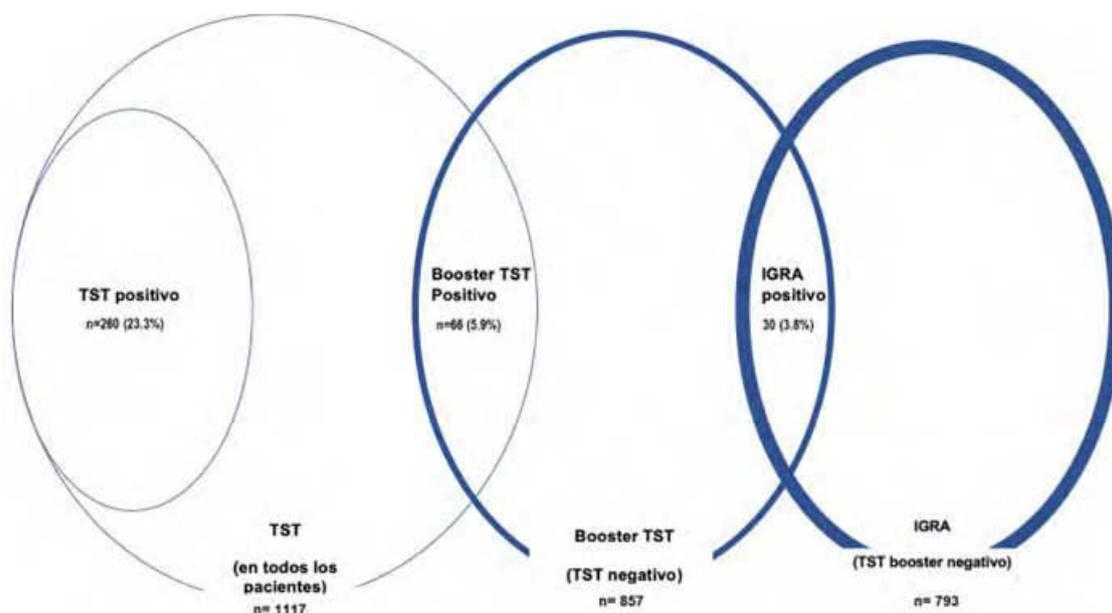
Carmen Lasa<sup>1</sup>, Joy Selene Osorio-Chávez<sup>2</sup>, David Martínez-López<sup>1</sup>, Carmen Álvarez-Reguera<sup>1</sup>, Virginia Portilla<sup>1</sup>, Jose Manuel Cifrián-Martínez<sup>2</sup>, Iván Ferraz-Amaro<sup>3</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cristóbal de La Laguna.

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) e infección tuberculosa latente (ITBL) que requieren terapia biológica (TB) tienen un riesgo mayor de tuberculosis activa (TB) que la población general. La prevalencia de la ITL en pacientes con EAS tiene una distribución diferente según la ubicación geográfica. Para reducir el riesgo de desarrollar TBC es fundamental llevar a cabo un diagnóstico preciso y un tratamiento profiláctico de la ITL. No existe un patrón oro definitivo para diagnosticar la ITBL. La prueba cutánea de la tuberculina (TST) y los ensayos de liberación de interferón-γ (IGRA) son las pruebas más utilizadas en la actualidad.

**Objetivos:** a) Evaluar la prevalencia de ITBL en pacientes con EAS, b) Determinar la importancia de utilizar una prueba de refuerzo en pacientes con TST negativa, c) comparar la TST con la prueba IGRA en la detección de ITBL en pacientes con EAS y d) realizar una revisión bibliográfica de la prevalencia de ITBL en diferentes áreas geográficas y su relación con la EAS.

**Métodos:** Estudio transversal unicéntrico de un hospital universitario que incluyó a pacientes diagnosticados de alguna EAS que se sometieron a un TST (± booster) y/o IGRA en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2016 a 2020. En los casos en los que TST fue negativa, se realizó una nueva TST (booster) entre 1 y 2 semanas después de la primera. Un reumatólogo experto realizó el diagnóstico, de acuerdo con los criterios de clasificación ACR/EULAR, establecidos para cada EAS. La ITBL se definió por una TST positiva y/o



P371 Figura. Proporción de positivos en diferentes test para diagnosticar LTBI en pacientes con EAS.

IGRA sin evidencia de TB activa. El diagnóstico con IGRA frente a TST se comparó mediante el coeficiente kappa de Cohen. Se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios previos de prevalencia de ITBL en pacientes con EAS. La búsqueda fue realizada en agosto 2022. El objetivo de esta revisión fue comparar la prevalencia de LTBI en pacientes con EAS en diferentes áreas geográficas.

**Resultados:** Se incluyeron 1.117 pacientes (741 mujeres/376 hombres), con una edad media  $53 \pm 15$  años con ITBL. La prevalencia global de ITBL fue del 31,7%, obteniéndose un 25% para el LES, y un 33,3% en enfermedad Behçet. Los resultados de prevalencia, comparados con otros países, se muestran en TABLA. La prueba de refuerzo fue positiva en 66 pacientes (7,7%) de 857 pacientes con TST simple negativa. La TST (+booster) fue positiva en 187 pacientes (22,9%) de 817 con una prueba IGRA negativa o indeterminada. La prueba IGRA fue positiva en 30 (3,8%) de 793 pacientes con una TST(+booster) negativa, como se representa en la figura. El coeficiente kappa de Cohen entre TST (+booster) e IGRA (QFT-plus), fue de 0,381.

**Conclusiones:** La ITBL es frecuente entre los pacientes con EAS. El cribado de ITBL es importante en pacientes que necesitan recibir TB. Esta evaluación debe realizarse realizando tanto la TST como el IGRA para asegurar la detección de todos los pacientes con ITBL, ya que ambas pruebas pueden tener resultados falsos negativos, especialmente en pacientes con EAS que reciben terapia inmunosupresora.

**P372. UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS. TRES AÑOS DE EXPERIENCIA**

Carlos Manuel González Fernández, Luis Alberto Menchén Viso, Ofelia Baniandrés Rodríguez, Ana Herranz Alonso, Lucía Ibares Frías, Carmen Lobo Rodríguez, Ignacio Marín Jiménez, Juan Carlos Nieto González, Esther Chamorro de Vega, Indalecio Monteagudo Sáez, José Miranda Bautista, Javier Torresano Bruno, Clara Serrano Moreno, Nieves López Fresneña, Amparo López Esteban, Ana López Calleja, Paloma Morales de los Ríos Luna, María Jesús Lizcano Fernández, Arantza Ais Larizgoitia, Rosa Romero Jiménez, Elena Lobato Matilla, Jose María Álvaro-Gracia, Álvaro Santander, Sonia García de San José

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** Hemos desarrollado en nuestro hospital un modelo de atención integral y multidisciplinar para pacientes con enferme-

dades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMI) en tratamiento con terapias biológicas (TB) o con especial complejidad, con la colaboración de Dermatología (Der), Digestivo (Dig), Reumatología (Reu), Oftalmología (Oft), Endocrinología, M Preventiva, Enfermería de Práctica Avanzada, Psicología, Psiquiatría y Farmacia. Enfermedades: artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA), artritis psoriásica (APs), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y psoriasis (Ps). Los pacientes colaboran en el funcionamiento y dirección de la unidad.

**Objetivos:** Comprobar los cambios que nuestro modelo ofrece en la accesibilidad, efectividad, eficiencia, efectividad y calidad percibida, además de ahondar en el concepto de multidisciplinariedad.

**Métodos:** Se comparan los resultados de 2019, 2020 y 2021. Indicadores: pacientes atendidos, pacientes que inician terapia biológica, pacientes procedentes de otra área sanitaria, proporción de pacientes que necesitan ser atendidos por más de una especialidad, proporción de pacientes en remisión clínica, porcentaje de pacientes ingresados o admitidos en urgencias por cualquier causa, coste anual de la TB por paciente, proporción de pacientes en tratamiento con biosimilar y calidad percibida.

**Resultados:** Datos para indicador en 2019, 2020 y 2021. Accesibilidad: pacientes atendidos: 2.333; 2.986; 3.043. Pacientes con terapia biológica: 1.731; 1.775; 1.906. Pacientes que inician terapia biológica: 140; 145; 238. Pacientes de otra área sanitaria, 39,2%; 42%; 40,4%. Actividad: Consultas médicas: 5.914; 8.156; 9.999. Consultas enfermería: 7.961; 11.014; 12.130. Consultas atención farmacéutica: 1.325; 2.311; 2.131. Tratamientos hospital de día: 4.073; 4.093; 4.916 (incluye vacunaciones en 2021). Los datos de efectividad y eficiencia se muestran en las tablas. Multidisciplinariedad (2020 y 2021): Reu 23,3%; 27,5%. Dig 20,5%; 20,9%. Der 46,8%; 41,8%. Oft 24,6%; 27,5%. Calidad percibida (Net Promoter Score-NPS-) (2020 y 2021): 88; 78.

Tabla 1. Efectividad

	Reu			Dig			Derma		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Pacientes en remisión (%)*	52,3	62,4	66,8	67,3	72,6	73,4	78,4	82,8	88,7
Ingreso cualquier causa (%)	10,7	6,4	5,5	15,9	9,8	15,3	3,8	4,3	6

\*Los índices de remisión clínica varían con cada enfermedad.

**Tabla P372**  
Tabla 2. Eficiencia

	AR			EspA			APs		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Coste medio fármaco paciente/año €	6,371	5,757	5,403	6,162	5,748	4,771	6,895	6,331	5,767
Porcentaje biosimilares%	55,8	54,2	66,8	29,3	34,3	54,5	31,8	31,9	54,5
	EII			Psoriasis					
Coste medio fármaco paciente/año €	2019	2020	2021	2019	2020	2021			
Porcentaje biosimilares%	8,693	7,997	7,296	7,210	6,945	6,651			
	48,9	57,3	64,7	13,6	25,9	42,0			

**Conclusiones:** Observamos una mejoría en la calidad de la atención en nuestro modelo integral multidisciplinar de atención a pacientes con EIMI tratados con TB con la incorporación de los pacientes en la dirección. Es destacable la mejoría en la efectividad de las TB medida por el porcentaje de pacientes en remisión clínica, la disminución del coste medio del biológico por paciente/año y la excelente calidad percibida medida por el NPS. Nuestro modelo no implica un aumento de recursos humanos sino un estilo distinto de trabajo. Nuestro modelo de atención integral mejora no solo la calidad percibida, sino también la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria, aunque necesitamos profundizar en el análisis y en el funcionamiento de nuestro modelo para confirmar esta mejoría.

**P373. EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDAD DE ENFERMEDAD DE BEHÇET EN EL NORTE DE ESPAÑA**

Carmen Álvarez Reguera<sup>1</sup>, Guillermo Suárez Amorín<sup>2</sup>, Alba Herrero-Morant<sup>1</sup>, Lara Sanchez-Bilbao<sup>1</sup>, David Martínez-López<sup>1</sup>, José Luis Martín-Varillas<sup>3</sup>, Raúl Fernández-Ramón<sup>2</sup>, Rosalía Demetrio-Pablo<sup>2</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Reumatología. Hospital de Laredo.

**Introducción:** La prevalencia de la enfermedad de Behçet es muy variable geográfica y temporalmente. Los datos epidemiológicos de esta enfermedad en España son muy escasos<sup>1,2</sup>.

**Objetivos:** Evaluar la epidemiología y dominios clínicos de la enfermedad de Behçet en una cohorte de una región bien definida en el norte de España comparando los resultados con otras áreas geográficas.

**Método:** Se llevó a cabo un estudio de corte transversal en una población bien definida del norte de España. Se recogieron los casos sospechosos de enfermedad de Behçet entre enero de 1980 y diciembre de 2018. El diagnóstico se realizó siguiendo los criterios clasificatorios del International Study Group (ISG) de enfermedad de Behçet. La incidencia de enfermedad de Behçet entre 1999 y 2018 se estimó por sexo, edad y año de diagnóstico.

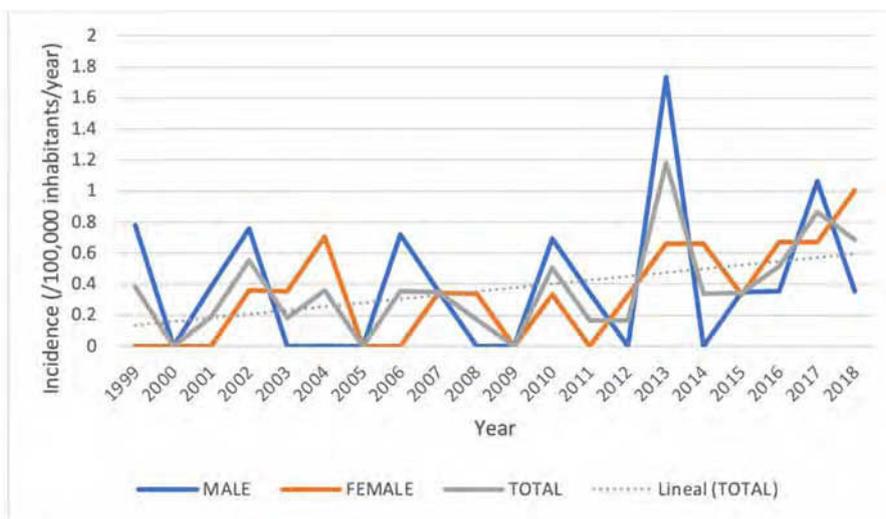
**Resultados:** De los 120 pacientes con sospecha de enfermedad de Behçet, 59 cumplieron los criterios ISG y fueron finalmente incluidos en el estudio con un ratio de varón/mujer de 0,97; la edad media fue 49,7 ± 14,7 años. La incidencia durante este periodo fue 0,492 por cada 100.000 habitantes, observándose un aumento de enero de 1999 a diciembre de 2018. La prevalencia fue de 10,14 por 100.000 en 2018. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las úlceras orales recurrente (100%), las úlceras genitales (78%), las lesiones cutáneas (84,7%), la afectación articular (64,4%), la uveítis (55,9%), la afectación neurológica (16,9%), vascular (10,2%), y gastrointestinal (6,8%). Se incluye en la tabla una revisión de otros estudios comparando los diferentes fenotipos clínicos.

**Conclusiones:** La prevalencia de enfermedad de Behçet en esta región es mayor que otras del sur de Europa. La diferencia puede reflejar una combinación de variaciones geográficas, genéticas o metodológicas además del acceso al sistema público de salud. Los fenotipos clínicos son similares a otros observados en otras regiones del mundo.

**Tabla P373**  
Fenotipos epidemiológicos de enfermedad de Behçet en otras áreas geográficas

Autor, año	Región	Úlceras orales/genitales (%)	Lesiones cutáneas (%)	Uveítis (%)	Manifestaciones articulares (%)	Neurobehçet (%)	Manifestaciones vasculares (%)	Manifestaciones gastrointestinales (%)
Deligny <i>et al.</i> , 2012	Caribbean Islands (Martinique)	100/NR	NR	25	55,6	28	30	19,4
Calamia <i>et al.</i> , 2009	North America (Minnesota, USA)	100/62	85	62	46	23	23	NR
Tüzün <i>et al.</i> , 1996	Middle East (Çamaş, Turkey)	100/73,7	NR	0	47,4	NR	NR	NR
Al-Rawi <i>et al.</i> , 2003	Middle East (Saqlawia, Irak)	100/83,3	50	40	33,3	NR	NR	16,6
Azizlerli <i>et al.</i> , 2003	Middle East (Istanbul, Turkey)	100/70,2	NR	27,7	NR	NR	NR	NR
Krause <i>et al.</i> , 2007	Middle East (Galilee, Israel)	NR/68	41	58	70	11,6	NR	NR
Baş <i>et al.</i> , 2016	Middle East (Northern Anatolian, Turkey)	100/71	NR	28	14	NR	NR	NR
Davatchi <i>et al.</i> , 2019	Middle East (Iran)	97,5/64,4	62,2	55,6	38,1	3,9	8,9	6,8
Chamberlain, 1977	Northern Europe (Yorkshire County, UK)	100/91	66	25	63	25	25	9
Jankowski <i>et al.</i> , 1992	Northern Europe (Scotland, UK)	100/73,3	86,6	93,4	NR	20	NR	53,3
Zouboulis <i>et al.</i> , 1997	Northern Europe (Berlin, Germany)	99/75	76	59	59	12,8	NR	NR
Altenburg <i>et al.</i> , 2006	Northern Europe (Berlin, Germany)	98,5/63,7	62,5	58,1	53	10,9	22,7	11,6
Mohammad <i>et al.</i> , 2019	Northern Europe (Skane County, Sweden)	100/80	88	53	40	0	20	NR
Ambresin <i>et al.</i> , 2002	Central Europe (Lausanne, Switzerland)	86/31	60	71	60	20	20	NR
Kanecki <i>et al.</i> , 2017	Central Europe (Poland, Nationwide)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mahr <i>et al.</i> , 2014	Southern Europe (Seine-Saint-Denis County, France)	100/80	90	51	59	10	NR	10
Salvarani <i>et al.</i> , 2007	Southern Europe (Reggio Emilia, Italy)	100/78	100	56	50	11	6	NR
Peñafiel <i>et al.</i> , 2007	Southern Europe (Granada, Spain)	NR	86,4	65,9	68,2	10	65,9	NR
González-Gay <i>et al.</i> , 2000	Southern Europe (Lugo-Galicia, Northwestern Spain)	100/87,5	87,5	43,8	62,5	31,3	43,7	18,8

ISG: International Study Group; ICBD: International Criteria for Behçet's Disease; NR: No Reportado.



P373 Figura. Incidencia anual en enfermedad de Behçet.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Davatchi F, et al. Expert Rev Clin Immunol. 2017;13(1):57-65.
2. Peñafiel Burkhardt R, et al. Med Clin (Barc). 2007;128(18):717.

**P374. RESULTADOS DEL SEGUNDO EMBARAZO EN MUJERES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

María Enjuanes Noguero<sup>1</sup>, O. Ibarguengoitia<sup>2</sup>, L. Vega<sup>1</sup>, C.L. García<sup>1</sup>, E. Abad<sup>1</sup>, E. Galíndez<sup>1</sup>, J.M. Blanco<sup>1</sup>, A.R. Inchaurre<sup>1</sup>, I Torre<sup>1</sup>, E. Cuende<sup>1</sup>, M.R. Expósito<sup>1</sup>, O. Fernández<sup>1</sup>, I. Gorostiza<sup>3</sup>, M.L. García Vivar<sup>1</sup> y M.E. Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Galdakao. <sup>3</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

**Introducción:** El embarazo en mujeres con enfermedades autoinmunes sistémicas y artropatías inflamatorias se asocia a complicaciones maternofetales y se considerada de alto riesgo. Gracias a un seguimiento estrecho en unidades multidisciplinarias, estas mujeres con más frecuencia tienen más de un embarazo.

**Objetivos:** Evaluar la evolución y las complicaciones del embarazo de mujeres con enfermedades autoinmunes con más de un embarazo a término en una unidad multidisciplinar de un hospital terciario comparado con población control del mismo centro (6,59% partos prematuros, 14,4% cesárea) y comparar las complicaciones y la actividad de la enfermedad entre ambos embarazos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de la evolución del embarazo en pacientes con enfermedades autoinmunes [artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA), artritis psoriásica (APs), artritis idiopática juvenil (AIJ), lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido primario (SAF), portadoras asintomáticas de anticuerpos, síndrome de Behçet y enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC)] y seguimiento en una unidad multidisciplinar durante más de 15 años (hasta diciembre de 2022). Solo se incluye-

ron pacientes con más de un embarazo a término. Se recogieron datos demográficos, enfermedad materna, comorbilidades y presencia de anticuerpos. Además, durante el seguimiento se registraron el tratamiento, las cesáreas, los partos prematuros, la actividad de la enfermedad y complicaciones.

**Resultados:** Se incluyeron 74 embarazos (38 mujeres) con una edad media al parto de 34,39 ± 5,16 años. La edad media en el primer y segundo embarazo fue de 32,54 y 34,33 años respectivamente. En 7 embarazos (9,5%) recibieron tratamiento de fertilidad. Se practicó cesárea en 18 casos (24,3%). Se registraron anticuerpos anti-Ro en 20 embarazos y no hubo ningún caso de bloqueo cardíaco registrado entre ellos. El parto prematuro (< 37 semanas) se produjo en el 5,4% (n: 4) de los embarazos: todos ellos en pacientes con LES. Se observó crecimiento intrauterino retardado (CIR) en 3 casos (4,1%) (AR 2, portadora asintomática de Ac 1) y solo hubo 1 caso (1,4%) de preeclampsia en una paciente con LES. Durante el seguimiento se registraron 15 complicaciones feto/maternas diferentes: 5 durante el primer embarazo y 10 en el segundo. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre complicaciones durante el primer y el segundo embarazo. La frecuencia de las complicaciones se muestra en la tabla. En cuanto al tratamiento concomitante, se utilizó prednisona en el 36,5% de los embarazos, hidroxicloroquina en el 68,9%, heparina en el 18,9% y ácido acetilsalicílico en el 70,3%. La mediana de la DAS28 entre las pacientes con AR de las que se disponía de datos fue inferior a 2,6 durante todo el embarazo, así como anterior y posterior.

**Conclusiones:** La experiencia en la consulta multidisciplinar durante el primer embarazo es buena, tanto en el control de enfermedad como en las complicaciones lo que hace que las pacientes se planteen futuros embarazos. En nuestra serie, aunque globalmente bajas, las complicaciones en el segundo embarazo fueron el doble que en el primero. Las mujeres tienen mayor riesgo de cesárea que la población general, pero no de parto prematuro. La edad avanzada puede ser una de las razones y requiere un seguimiento estrecho y continuado del embarazo. Dado el escaso número de pacientes no pueden extraerse conclusiones significativas. Por lo tanto, son necesarios más estudios.

**Tabla P374**  
Frecuencia de complicaciones

Complicaciones	nº (%)	Primer embarazo	Segundo embarazo
Infección	4 (26,66%)	3 (1 Aps; 1 AIJ, 1 LES)	1 (1 EspA)
CIR	3 (20%)	0	3 (2 AR; 1 portadora de Ac)
Preeclampsia	1 (6,66%)	1 (1 LES)	0
Diabetes	4 (26,66%)	0	4 (2 LES; 1 EspA; 1 Aps)
Nefropatía	2 (13,33%)	1 (1 LES)	1 (1 LES)
Colestasis	1 (6,66%)	0	1 (1 AR)
Total	15 (100%)	5 (33,3%)	10 (66,7%)

**P375. MUTACIÓN JAK2 (V617F) Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS REUMATOLÓGICAS. ESTUDIO DE 130 PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Carmen Álvarez Reguera<sup>1</sup>, Lara Sanchez-Bilbao<sup>1</sup>, Alba Herrero-Morant<sup>1</sup>, Ana Batlle-López<sup>2</sup>, Sara Fernández-López<sup>2</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción:** Las janus kinasas (JAK) promueven la producción de citoquinas en células inmunes y hematopoyéticas. La mutación JAK-2 (V617F) es la mutación más frecuente en síndromes mieloproliferativos (SMP) entre los que se incluyen: la trombocitemia esencial (TE), la policitemia vera (PV), la mielofibrosis primaria (MFP) y los SMP indiferenciados. La mutación JAK-2 (V617F) tiene un papel proinflamatorio que se asocia con un riesgo mayor de enfermedades inmunomediadas (IMID).

**Objetivos:** De una serie de pacientes con mutación de JAK-2 (V617F), se evaluó la presencia de a) IMID (reumatológicas y no reumatológicas), b) tratamiento de IMID reumatológicas.

**Métodos:** Se estudiaron todos los pacientes diagnosticados con mutación JAK-2 (V617F) positiva de un único Hospital Universitario desde enero de 2004 hasta diciembre de 2019. La mutación JAK-2 (V617F) se diagnosticó usando muestras de sangre periférica y médula ósea. Se revisaron las IMID asociadas y el tratamiento de las IMID reumatológicas.

**Resultados:** Se incluyeron 130 pacientes (73 hombres/57 mujeres; edad media 70,1 ± 14,5 años). Todos fueron diagnosticados de SMP; TE (n = 64, 49,2%), PV (n = 46,35,4%), SMP indiferenciados (n = 12, 9,2%) y MFP (n = 8, 6,1%). De los 130 pacientes, 10 (7,7%) tenían una IMID reumatológica diagnosticada: artritis reumatoide (AR) (n = 4; 40%), polimialgia reumática (PMR) (n = 3; 30%), síndrome de Sjögren (SS) (n = 1; 10%), síndrome antifosfolípido (SAF) (n = 1; 10%) y síndrome autoinflamatorio (mutación WDR1) (n = 1; 10%). Los pacientes con AR, SS, PMR y SAF tenían unas manifestaciones clínicas poco agresivas. Todos los casos de AR eran seronegativos, no erosivos y sin afectación extraarticular. El tratamiento y la respuesta clínica se resumen en la tabla. Los pacientes diagnosticados de PMR se trataron con corticoides (prednisona 5 mg/12 horas), SS con hidroxiquina (HCQ) (200 mg/día), el SAF anticoagulado con acenocumarol y un síndrome autoinflamatorio fue finalmente tratado con baricitinib (4 mg/día) tras fallo a anakinra (100 mg/día).

Tratamiento de 10 pacientes con IMID reumatológicas y mutación JAK-2 (V617F)

Casos, n	Diagnóstico	Edad/Sexo	Tratamiento	Evolución clínica
4	AR	67/H	AINE	Mejoría
		87/M	PDN/MTX	Mejoría
		93/H	PDN/MTX	Mejoría
		82/H	HCQ	Mejoría
3	PMR	68/H	PDN	Mejoría
		89/H	PDN	Mejoría
		82/H	PDN	Mejoría
1	SAF	76/M	Acenocumarol	Sin respuesta
1	SS	78/M	HCQ	Mejoría
1	ESA	65/H	PDN, ANA, BARI	Mejoría

AINE: antiinflamatorios no esteroideos, ANA: anakinra, AR: artritis reumatoide, BARI: baricitinib, ESA: enfermedad de Still del adulto, HCQ: hidroxiquina, MTX: metotrexato, PDN: prednisona, PMR: polimialgia reumática, SAF: síndrome antifosfolípido, SS: síndrome de Sjögren.

**Conclusiones:** Excepto en el caso de síndrome autoinflamatorio, la mayoría de IMID reumatológicas asociadas a la mutación JAK-2 (V617F) fueron clínicamente leves y el tratamiento y respuesta de estos pacientes parece similar o incluso mejor que aquellos que no presentan esta mutación.

**P376. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

Katerine Fabiola López Gloria<sup>1</sup>, Carlos Tomás Roura<sup>1</sup>, Teresa Miralles Romero<sup>2</sup>, Nuria Luis<sup>3</sup>, Esther Sauras Colón<sup>4</sup> y Anna Pàmies Corts<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. <sup>2</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Deltobre. <sup>3</sup>Enfermería de Reumatología. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. <sup>4</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

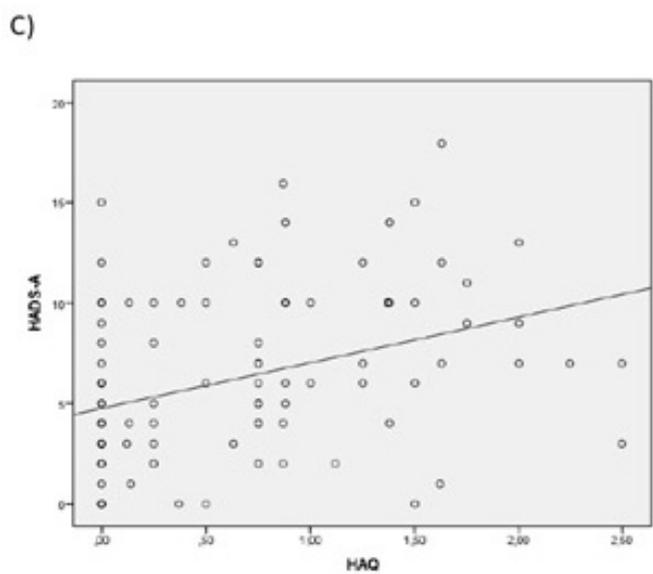
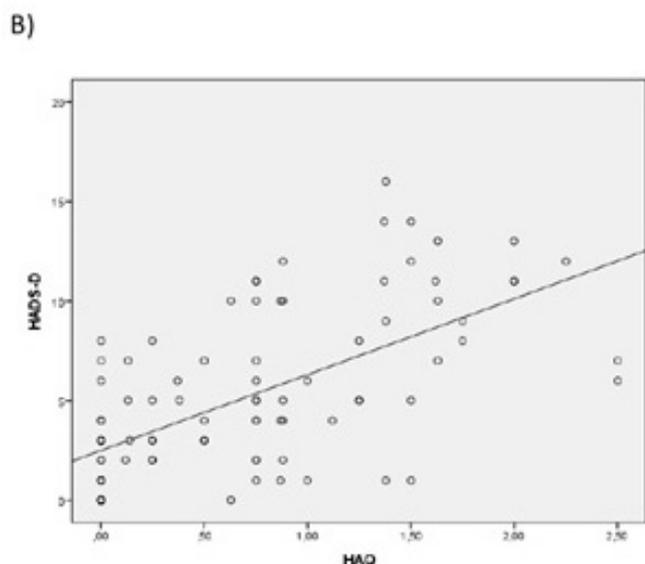
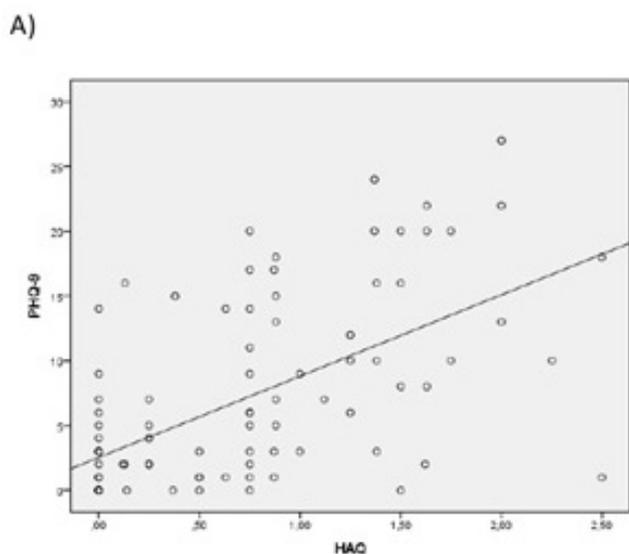
**Introducción:** Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) presentan múltiples comorbilidades entre las que destacan las enfermedades que afectan al estado de ánimo. En los pacientes con ERAS que siguen tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) e inmunosupresores selectivos (ISS), durante la pandemia por COVID-19, la incertidumbre sobre si los tratamientos representan un factor de riesgo de infección grave puede haber afectado negativamente a la esfera de la salud mental.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con ERAS en tratamiento con ISS y/o FAME durante la pandemia por COVID-19. Como objetivos secundarios, evaluar la correlación entre la discapacidad con la depresión y la ansiedad. Así como el impacto de la pandemia en la adherencia a los tratamientos y la preocupación por los efectos adversos de los mismos.

**Métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva pacientes con tratamiento ISS y/o FAME prescrito por una ERAS. Los pacientes realizaron el cuestionario PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 items) para detectar depresión, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), HAQ (Health Assessment Questionnaire) y un cuestionario que incluye la ansiedad y la preocupación sobre los efectos de los tratamientos (mayor, menor o igual que antes de la pandemia) y si el paciente ha abandonado el tratamiento durante la pandemia. Se evaluaron las diferencias entre los pacientes con ERAS y sin ERAS, en el caso de las variables cualitativas se utilizó el test chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según corresponda, y para las variables cuantitativas se utilizó el test U de Mann-Whitney. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la correlación entre HAQ con PHQ-9, HADS-D y HADS-A, respectivamente.

**Resultados:** De los 136 pacientes con ERAS, el 59% eran mujeres con una mediana de edad de 59 años. En la tabla 1 se muestran las características basales de los pacientes. 22 (16,5%) pacientes presentan el diagnóstico de sospecha de depresión leve (PHQ-9 de 5-9), 29 (21,8%) pacientes depresión moderada o moderada-grave (PHQ-9 ≥ 10) y 9 pacientes (6,8%) depresión severa (PHQ-9 ≥ 20). Un 36% de los pacientes describe un empeoramiento de la ansiedad percibida durante la pandemia. Un 20% de los pacientes describe una mayor preocupación desde el inicio de la pandemia sobre los efectos indeseados de los tratamientos. 8 pacientes, un 6,5% de la muestra, abandonaron el tratamiento durante la pandemia sin consultar a su reumatólogo de referencia ni en la farmacia hospitalaria. Existe una correlación en los pacientes con ERAS del HAQ con el PHQ-9 (r = 0,628, p < 0,001), del HAQ con el HADS-D (r = 0,641, p < 0,001) y del HAQ con el HADS-A (r = 0,393 p < 0,001).

**Conclusiones:** Un 28% de los pacientes presenta el diagnóstico de sospecha de depresión moderada a grave según el cuestionario PHQ-9, un 13% y un 14% de pacientes presenta HADS-D y HADS-A patológico, respectivamente. Desde el inicio de la pandemia ha aumentado su preocupación sobre los efectos de los tratamientos ISS. Existe una correlación significativa del HAQ con los cuestionarios de depresión (PHQ-9 y HADS-D) en el grupo de pacientes. En los pacientes con ERAS es importante valorar los trastornos del estado de ánimo, especialmente a raíz de la pandemia.



Correlaciones entre HAQ con PHQ-9, HADS-D y HADS-A en el grupo de pacientes con ERAS. A) Correlación HAQ con PHQ-9  $r = 0,628$  ( $p < 0,001$ ). B) Correlación HAQ con HADS-D  $r = 0,641$  ( $p < 0,001$ ). C) Correlación HAQ & HADS-A:  $r = 0,393$  ( $p < 0,001$ ).

Tabla 1. Características basales de los pacientes con ERAS

n = 136	
<b>Demográficas</b>	
Edad, mediana (IQR)	61 (22)
Mujer, n (%)	80 (59,3)
<b>ERAS</b>	
Artritis reumatoide, n (%)	61 (44,8)
Artritis psoriásica, n (%)	36 (26,5)
Espondiloartritis, n (%)	19 (14)
Lupus eritematoso sistémico, n (%)	3 (2,2)
Síndrome de Sjögren, n (%)	2 (1,5)
Otros, n (%)	15 (11)
<b>Actividad de la enfermedad</b>	
Remisión-Baja, n (%)	111 (81,6)
Moderada, n (%)	16 (12,2)
Alta, n (%)	4 (3,1)
<b>Tratamiento ISS, n (%)</b>	
Anti-TNF, n (%)	52 (38,2)
JAKinib, n (%)	6 (4,4)
Anti-IL17, n (%)	6 (4,4)
Anti-IL6, n (%)	5 (3,7)
Otros, n (%)	12 (8,8)
FAME, n (%)	84 (61,7)

Tabla 2. Resultado de los cuestionarios en pacientes con ERAS y sin ERAS

	Total (n = 250)	Pacientes con ERAS (n = 136)	Pacientes sin ERAS (n = 114)	p
PHQ-9, mediana (IQR)	3 (9)	3 (9)	4 (9)	0,98
Mínima, n (%)	127 (53,6)	73 (55)	54 (51,9)	0,586
Leve, n (%)	45 (19)	22 (16,5)	23 (22)	
Moderada, n (%)	30 (12,7)	15 (11,3)	15 (14,4)	
Moderadamente grave, n (%)	21 (8,9)	14 (10,5)	7 (6,7)	
Grave, n (%)	14 (5,9)	9 (6,8)	5 (4,8)	
HADS-D, mediana (IQR)	4 (6)	4 (6)	3 (6)	0,176
Normal, n (%)	172 (78,9)	85 (75,2)	87 (82,9)	0,342
Borderline, n (%)	20 (9,2)	13 (11,5)	7 (6,7)	
Patológica, n (%)	26 (11,9)	15 (13,3)	11 (10,5)	
HADS-A, mediana (IQR)	5,5 (6)	6 (7)	5 (7)	0,416
Normal, n (%)	147 (67,4)	72 (63,7)	75 (71,4)	0,18
Borderline, n (%)	34 (15,6)	25 (22,1)	9 (8,6)	
Patológica, n (%)	37 (17)	16 (14,2)	21 (20)	
HAQ, mediana (IQR)	0,5 (1)	0,63 (1,22)	0,37 (1)	0,143
Ansiedad percibida				0,737
Menos que antes, n (%)	20 (8,7)	11 (8,7)	9 (8,8)	
Igual que antes, n (%)	131 (57,2)	70 (55,1)	61 (59,8)	
Más que antes, n (%)	78 (34,1)	46 (36,2)	32 (31,4)	
Ánimo bajo percibido				0,914
Menos que antes, n (%)	19 (8,3)	11 (8,7)	8 (7,8)	
Igual que antes, n (%)	120 (52,4)	65 (51,2)	55 (53,9)	
Más que antes, n (%)	90 (39,3)	51 (40,2)	39 (38,2)	
Abandono del tratamiento, n (%)	8 (6,5)	8 (6,5)		

**P377. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNA FRENTE A SARS-CoV-2 EN LA ARTRITIS REUMATOIDE**

Esther Francisca Vicente Rabaneda<sup>1</sup>, María Torres<sup>1</sup>, Miren Uriarte<sup>1</sup>, Patricia Quiroga-Colina<sup>1</sup>, Ainhoa Gutiérrez<sup>2</sup>, Francisco Gutiérrez<sup>1</sup>, Noelia García<sup>1</sup>, Ana Romero-Robles<sup>1</sup>, Laura Cardeñoso<sup>2</sup> y Santos Castañeda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

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

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de pacientes con AR, según los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010, vacunados frente al SARS-CoV-2 entre diciembre de 2020 y octubre de 2021, que disponían de serología de control posvacunal y un seguimiento posterior en un hospital universitario en condiciones de práctica clínica durante un mínimo de 6 meses. La eficacia y efectividad de la vacuna se evaluó analizando la respuesta serológica (anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2) y la incidencia de infección

por SARS-CoV-2 posvacunal. La seguridad de la vacuna se investigó recogiendo los acontecimientos adversos y la aparición de brotes de AR. Se recogieron datos sociodemográficos, las características clínico-analíticas de la AR y sus tratamientos previos y actuales, variables relacionadas con el tipo de vacuna y la infección COVID-19 previa o posvacunal. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar y las cualitativas como número (%). Los factores asociados con la eficacia y seguridad de la vacuna se estudiaron mediante el análisis univariante de la varianza (ANOVA), el test de la t de Student y el test exacto de Fisher, según el tipo de variables, seguido de un análisis de regresión multivariante logística y lineal incluyendo las variables significativas en el análisis univariante. El análisis estadístico se realizó con Stata versión 14® y la significación estadística se estableció para una  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 118 pacientes con AR (87,29% mujeres, edad media 65,47 ± 11,69 años, evolución media 12,08 ± 9,63 años) vacunados frente al SARS-CoV-2 (el 95,76% recibieron la pauta vacunal completa). La vacuna administrada con más frecuencia fue la de ARNm de Pfizer® (66,9%), seguida de la de vectores de adenovirus de AstraZeneca® (16,1%), Janssen® (9,3%) y Moderna® (7,6%) (fig. 1). Características de la población y análisis univariante de su asociación con la respuesta serológica a la vacuna y su intensidad en tablas, respectivamente. El 81,1% de los pacientes desarrolló inmunogenicidad humoral, que se asoció significativamente y de forma inversa con el tabaquismo (OR 0,96, IC95%: 0,94-0,99,  $p = 0,034$ ) en el análisis multivariante. El grado de respuesta serológica se relacionó significativamente con una edad más joven (coeficiente -16,11, IC95%: -34,84 a -0,39,  $p = 0,045$ ) y la infección COVID-19 previa (coeficiente 4,496, IC95% 3,604-5,388,  $p < 0,001$ ), que había ocurrido en el 17,8% de los pacientes (5% grave), y se asoció con el sexo masculino ( $p = 0,016$ ).

Tras la vacunación, el 18,64% presentó infección por SARS-CoV-2, aunque de grado leve. Los acontecimientos adversos (19,5% y 18,6%, tras la primera y segunda dosis, respectivamente) fueron en su mayoría leves, relacionándose inversamente con la edad (OR 0,95, IC95%: 0,91-0,99,  $p = 0,042$ ). Los más frecuentes fueron el rash, las artralgias y la fiebre (fig. 2). La aparición de brotes de AR fue anecdótica (1,7%), relacionándose de forma inversa con la edad.

Tabla 1. Características de la población

Características de población	N = 118
Edad (años)	65,47 ± 11,69
Sexo femenino	103 (87,29%)
Tabaco (índice paquetes/año)	8,79 ± 18,55
Comorbilidad	68 (57,63%)
Duración de la AR	12,08 ± 9,63
Edad de inicio de la AR	53,04 ± 13,64
Erosiva	32 (27,11%)
Manifestaciones extraarticulares	26 (22,03%)
FR positivo	79 (66,95%)
Título	111,49 ± 269,16
aCCP positivos	63 (53,39%)
Título	201,53 ± 255,74
VSG	19,88 ± 18,64
PCR	0,51 ± 0,78
HAQ	0,575 (0,66%)
COVID-19 previo	21 (17,8%)
Grave	6 (5,08%)

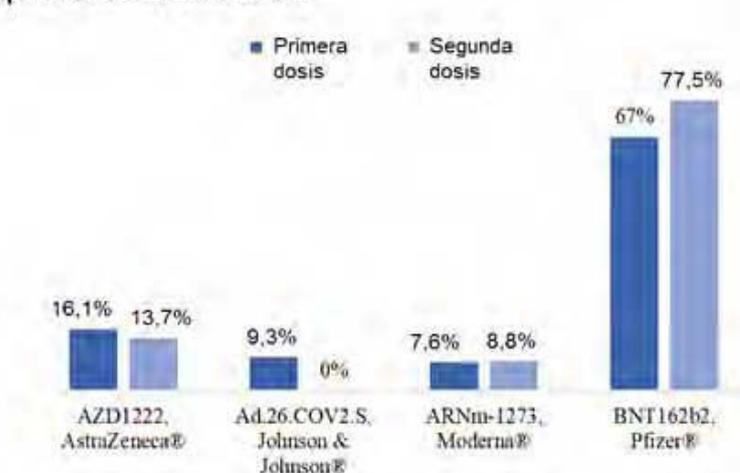
**Conclusiones:** Nuestros resultados, con una muestra limitada, sugieren que la vacuna frente al SARS-CoV-2 induce una adecuada inmunogenicidad humoral, con un perfil de seguridad aceptable en los pacientes con AR, y se asocia con una reducción de la gravedad de la infección por SARS-CoV-2 posvacunal.

Tabla P377

Tabla 2. Análisis univariante

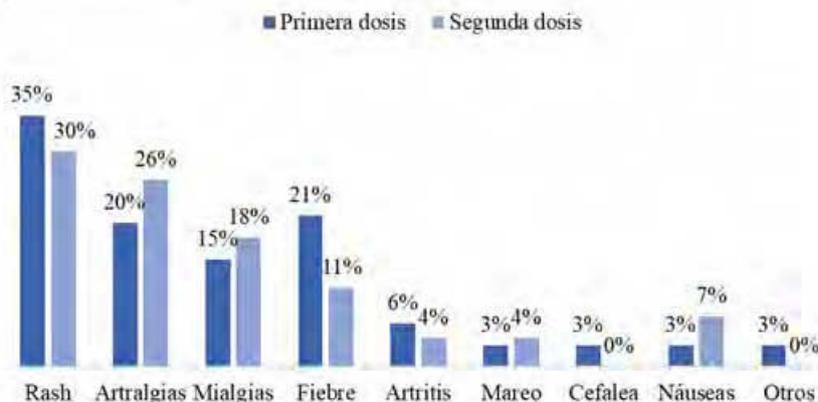
Factores asociados	Respuesta serológica a vacuna ( $\geq 7,1$ BAU/mL)			Grado de respuesta serológica	
	Sí	No	p	p	
Edad (años)	65,25 ± 11,67	67,14 ± 12,10	0,233	0,498	
Sexo					
Masculino	12 (11,54)	3 (21,43)	0,385	0,019	
Femenino	92 (88,46)	11 (78,57)			
Tabaco (índice paquetes-año)	6,87 ± 15,23	23,01 ± 31,83	< 0,001	0,387	
aCCP					
Positivos	52 (82,54)	52 (94,55)	0,051	0,328	
Título	196,34 ± 252,54	240,07 ± 285,45	0,005	0,531	
Manifestaciones extraarticulares	20 (19,23)	6 (42,86)	0,045	0,129	
VSG	20,00 ± 19,04	19,00 ± 15,94	0,855	0,020	
PCR	0,47 ± 0,64	0,82 ± 1,44	0,239	0,006	
COVID-19 previo	22 (20,19)	0 (0)	0,072	< 0,001	
Grave	6 (5,77)	0 (0)	0,460	< 0,001	

Figura 1. Tipos de vacuna SARS-CoV-2



P377 Figura 1

Figura 2. Efectos adversos a la vacuna SARS-CoV-2



P377 Figura 2

**P378. PATIENT AND CLINICIAN FEEDBACK ON THE USE OF A DIGITAL SOLUTION TO MONITOR RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL DISEASES: RESULTS FROM DIGIREUMA STUDY**

José Rodríguez Gago<sup>1</sup>, D. Benavent<sup>1</sup>, L. Fernández-Luque<sup>2</sup>, V. Navarro-Compán<sup>1</sup>, M. Sanz<sup>1</sup>, E. Calvo Aranda<sup>3</sup>, L. Lojo<sup>3</sup>, A. Balsa<sup>1</sup> and C. Plasencia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rheumatology Unit from La Paz University Hospital-Idipaz. Madrid. <sup>2</sup>AdheraHealth Inc. Palo Alto. USA. <sup>3</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Departamento de Reumatología. Madrid.

**Objectives:** To evaluate the satisfaction with the use of a hybrid follow-up digital solution for personalized care in patients with rheumatoid arthritis (RA) and spondyloarthritis (SpA).

**Methods:** DigiReuma is a prospective study that included 56 patients with RA or SpA treated with biologics and that included the use of a digital solution (Adhera for Rheumatology). In this study was combined virtual and face-to-face follow-up for a period of 6 months<sup>1</sup>. After completing the study, feedback from both patients and clinicians was gathered. A structured survey that included 20 questions about usability, utility, feasibility and the main barriers to use telematic care models in clinical practice was carried out among the professionals. As, for patients, in order to obtain the largest number of participants, a semi-structured telephone interview was conducted by an external professional. This interview consisted of 8 questions about usability, design and utility.

**Results:** Four rheumatologists and forty-one patients (89% of the total) that used the mobile solution were interviewed, of whom 20

Patients Interview		Clinicians Interview	
Usability and design	Yes %	Usability and design	0 to 10
Does the application seem easy to use?	97.56%	I find the doctor interface easy to use	8.50 ± 1.29
Are the different functions of the digital solution well adapted?	97.56%	The doctor interface has a nice design	8.75 ± 0.95
Does the app have a nice design?	85.36%	I consider that the questionnaires and content included are adapted for easy	8.75 ± 0.95
Does the design fit the purpose of the application?	95.12%	The design seems friendly	8.50 ± 1.00
Utility	Yes %	The technical performance of the solution is adequate	8.00 ± 1.63
I found the content of the application useful.	97.56%	Utility	0 to 10
The level of detail of the application seemed adequate to me.	92.68%	I found the content of the application useful for my clinical decisions	8.50 ± 1.29
I consider that the content of the application allows me to record my current health	90.24%	The frequency of the questionnaires seemed adequate to me	8.75 ± 0.95
I would recommend this app to a patient with RA/SpA.	97.56%	I consider that the application improves my efficiency in consultation	8.75 ± 0.95
		I consider that the information obtained from the application improves the knowledge	8.50 ± 1.00
		I would recommend this app to other colleagues	8.00 ± 1.63
		Feasibility in clinical practice	0 to 10
		I find it time consuming to review the medical interface	8.50 ± 0.57
		It took me a short time to resolve the registered medical incidents	7.50 ± 0.57
		I consider it possible to implement a tool of these characteristics with the current	7.50 ± 2.51
		I believe that the implementation of this care model requires a specific consultation	6.75 ± 4.03

P378 Figure

had RA and 21 had SpA. Table 1 summarizes the main topics and items of the interviews. Rheumatologists rated the usability and design of the application with an average of 8.43 out of 10, the app utility with an average of 7.79 out of 10 and the feasibility in clinical practice with an average of 6.89 out of 10. The three main barriers that professionals found to implement telematic care models in clinical practice were: lack of interest from professionals, distrust of the results and scarcity of digital media in the outpatient clinic. Regarding the patients 93.75 % positively valued the usability and design of the digital solution. Besides, 94.43 % of the participants found the application useful. The summary of the data for each individual question is found in the table. However, a series of points to improve were located. On the part of the professionals, they highlighted the need to implement an alert system in the professional interface, the non-integration with the electronic medical record and the errors in the operation of the app. On the other hand, the patients also found relevant the existence of an alarm for the doctor, a more direct contact with the rheumatologist, less reiteration of motivational messages and integrating an appointment calendar.

**Conclusions:** The majority of patients and clinicians were satisfied with this follow-up model for disease monitoring. However, there are drawbacks from both points of view that denote the current barriers that hinder the implementation of this type of model in routine clinical practice.

**REFERENCES**

1. <https://journals.plos.org/digitalhealth/article?id=10.1371/journal.pdig.0000157>

**P379. INMUNOGENICIDAD DE LA VACUNACIÓN FRENTE AL SARS-CoV-2 Y PROFILAXIS CON EVUSHELD EN PACIENTES CON IMID TRATADOS CON RITUXIMAB**

Sara Manrique Arijá, Rocío Redondo Rodríguez, Laura Cano García, María del Carmen Morales del Águila, Inmaculada Ureña Garnica y Natalia Mena Vázquez

Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

**Objetivos:** Describir la tasa de vacunación, estado inmunológico, tratamiento profiláctico con Evusheld y características clínico-epidemiológicas de los pacientes con IMID tratados con RTX tras la vacunación contra el SARS-CoV-2; así como estudiar los factores asociados a la respuesta inadecuada a la vacuna.

**Métodos:** Diseño: estudio observacional transversal. Pacientes: Se incluyeron los pacientes de la UGC de Reumatología del HRU Málaga en tratamiento con RTX por cualquier IMID, en los que se habían medido anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2 después de la vacunación desde julio a diciembre de 2022. Variables: la variable principal fue respuesta inadecuada a la vacunación frente a SARS-CoV-2, definida como título de anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2 < 256 BAU/ml. Las variables secundarias incluyeron: a) comorbilidades: obesidad (IMC > 30), hipertensión arterial (sí/no), dislipemia (sí/no), diabetes mellitus (sí/no), hábito tabáquico (fumador/no fumador/exfumador); b) infección por SARS-CoV-2 y gravedad de la infección (hospitalización o mortalidad); c) estado vacunal (tipo de vacuna y número de dosis); d) características clínico-epidemiológicas de las diferentes IMID: actividad inflamatoria y tratamientos recibidos. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo, bivariante y un análisis multivariante de regresión logística para ver los factores asociados a la respuesta inadecuada a la vacunación.

**Resultados:** Se identificaron un total de 52 pacientes que recibieron RTX por IMID entre enero de 2020 y junio de 2022 e. A 37 de estos pacientes se les realizó medición de AC entre junio de

2022 y diciembre de 2022, de los cuales 30 (81,1%) tenían artritis reumatoide, 4 (10,8%) vasculitis, 1 (2,7%) síndrome de Sjögren, 1 (2,7%) lupus eritematoso sistémico y 1 (2,7%) esclerosis sistémica. Las características clínico-epidemiológicas y terapéuticas basales de los 37 pacientes se enumeran en la Tabla 1. Los datos de vacunación estaban disponibles para todos los pacientes, de los cuales 36/37 (97,3%) recibieron pauta vacunal completa según las guías de recomendación. Un total de 18 (48,6%) pacientes tuvieron una respuesta inadecuada a la vacunación, por lo que se les puso tratamiento profiláctico con Evusheld, excepto a un paciente que lo rechazó. Entre los vacunados, se registraron en la historia clínica 14/36 (38,8%) infecciones SARS-CoV-2, de las cuales 2/36 (5,5%) fueron graves y 1 paciente falleció. El paciente no vacunado tuvo 1 episodio de COVID leve. No hubo diferencias significativas entre los pacientes que tuvieron respuesta adecuada a la vacuna con respecto a aquellos con respuesta inadecuada en la infección por SARS-CoV-2 (36,8 vs. 38,9%; p = 0,898) ni en infección grave (5,3 vs. 5,6%; p = 0,969). En el análisis multivariante identificó que la única variable que se asoció a la falta de respuesta inadecuada a la vacuna por SARS-CoV-2 fue el índice de actividad inflamatoria (OR [IC95%], 4,815 [1,241-18,679]; p = 0,023) (R<sup>2</sup> = 0,272).

Variables	Total N=37
Sexo, mujer, n (%)	30 (81,1)
Edad en años, media (DE)	60,8(11,1)
Tiempo de evolución IMID, Media (DE)	15,6 (9,7)
Comorbilidades	
Obesidad, n (%)	10 (27)
IMC, media (DE)	27,2 (5,2)
HTA, n (%)	13 (35,1)
DL, n (%)	13 (35,1)
DM, n(%)	4(10,8)
Tabaco, n(%)	
No Fumador	22 (59,5)
Fumador	10 (2,7)
Exfumador	5 (13,5)
Actividad Inflamatoria	
DAS 28, media (DE)	3,27 (0,8)
PCR, mediana (RIC)	4,0 (4,0-6,1)
VSG, media (DE)	22,1(18,0)
Tratamientos	
FAMEb/td previos, Media(DE)	1,7 (1,5)
Número de FAMEb/td previos, n (%)	
Ninguno	12 (32,4)
1 biológico/td	7 (18,9)
2 biológico/td	6 (16,2)
3 o más terapias biológicas/td	12 (32,4)
Corticoides en visita corte, n (%)	72 (71,3)
SARS-CoV-2	
Infección SARS-CoV-2, n (%)	14 (37,8)
Infección SARS-CoV-2 grave, n (%)	2 (5,4)
Vacunación SARS-CoV-2 completa, n (%)	36 (97,3)
Número de dosis vacunación SARS-COV2, mediana (RIC)	3 (3-4)
Pacientes vacunados según Tipo de vacuna , n(%)	
Pfizer	20 (54,1)
Moderna	13 (35,1)
Astra Zeneca	3 (8,1)
Tasa de respuesta a la vacuna (AC >256BAU/ml), n(%)	19 (51,4)
Profilaxis con Evusheld, n(%)	17(45,9)

Abreviaturas; IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; AC: anticuerpos.

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes con IMID en tratamiento con RTX presentaron respuestas inadecuadas a la vacunación frente al SARS-CoV-2, a pesar de esto no hubo diferencias en la frecuencia de infecciones ni gravedad de las mismas. El mayor índice de actividad inflamatoria se asoció con la respuesta inadecuada a la vacuna. La educación sanitaria se asoció a altas tasas de vacunación. En futuros trabajos evaluaremos la capacidad de Evusheld en la profilaxis de nuevas infecciones por SARS CoV-2.

**P380. SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO Y CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: ¿DOS FACTORES A CONSIDERAR?**

Roxana González Mazarío<sup>1</sup>, Jorge Juan Fragío Gil<sup>1,2</sup>, Pablo Martínez Calabuig<sup>2</sup>, Teresa López de Coca Pérez<sup>3</sup> y Lucrecia Moreno Royo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto Musculoesquelético Europeo (IMSKE). <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. <sup>3</sup>Departamento de Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia.

**Introducción:** La Fibromialgia (FM) es una enfermedad nociplástica de etiología desconocida que afecta al 2,4% de la población española, sobre todo mujeres, según datos del último estudio EPISER, presentado los pacientes además de ansiedad, depresión e insomnio, una gran constelación de síntomas digestivos y neurológicos diversos. Diferentes estudios han intentado relacionar estas manifestaciones con la liberación de mediadores inflamatorios de la microbiota intestinal y disfunción del sistema nervioso simpático/parasimpático, que provocarían un sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) y un aumento de la permeabilidad intestinal. El SIBO no obstante a ser un problema frecuente, es poco reconocido, con una prevalencia desconocida en general, porque requiere pruebas diagnósticas.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de SIBO en una cohorte de pacientes con FM y describir otros factores que pueden verse implicados en los síntomas digestivos y neurológicos subjetivos.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en mujeres de 50 a 70 años con diagnóstico de FM en seguimiento en consultas de Reumatología. Se excluyeron pacientes con diagnóstico concomitante de patologías inflamatorias/inmunomediadas y/o patología oncológica activa. Recogimos datos demográficos y se evaluaron factores como la depresión, ansiedad, calidad de sueño y deterioro cognitivo. A todas las pacientes se les realizó exploración física, analítica de sangre y estudio de SIBO (mediante test del aliento). Además, se realizó una revisión de la medicación prescrita y se calculó la carga anticolinérgica mediante la escala CRIDECO Anticholinergic Load Scale (CALs). El estudio fue aprobado por el Comité Ético con el

código CEEI22/327. Los participantes recibieron una Hoja de Información y Consentimiento Informado según Reglamento General de Protección de Datos Europeo y la Ley Orgánica 3/2018. El análisis estadístico se ha realizado con R.

**Resultados:** En total incluimos 32 pacientes con FM con una edad media de 57,78 ± 5,08 años. Todas las pacientes reportaron en la entrevista inicial quejas subjetivas de memoria y todas tenían depresión y/o ansiedad, coincidiendo ambas entidades en 20 pacientes (62,5%). Encontramos 23 pacientes (81,25%) con prueba de SIBO positiva, y de estas 28,57% presentaban un riesgo moderado de apnea obstructiva del sueño y un 3,57% un riesgo alto. Aunque todas las pacientes hayan reportado QSM, la evaluación de deterioro cognitivo por test (MIS, FVS, SPMSQ) solo se encontró en 1 paciente (3,1%). La media de fármacos que tomaban fue alta, de 5,84 ± 3,72 fármacos, presentando el 15,63% una carga anticolinérgica > 3 (alta) y el 15,63% una carga anticolinérgica entre 2 y 3 (moderada) pudiendo relacionar esta con la QSM ya que las pruebas no fueron compatibles con deterioro cognitivo.

**Conclusiones:** Encontramos una alta prevalencia de SIBO en pacientes con FM, siendo necesarios más estudios que evalúen esta asociación. Por otra parte, debemos prestar atención en las pacientes con FM a la carga anticolinérgica de los tratamientos prescritos, ya que nos encontramos que un 1/3 de nuestra muestra presentó una carga anticolinérgica alta-moderada, que puede tener implicaciones en los síntomas cognitivos reportados por las pacientes, siendo útil en este sentido la aplicación periódica de la escala CALs.

**P381. IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE PARA MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

David Lobo-Prat<sup>1,3</sup>, Luis Sainz<sup>1</sup>, Mar Gomis<sup>2</sup>, Anna de Dios<sup>2</sup>, Ana Laiz<sup>1</sup>, Susana Fernández<sup>1</sup>, Sandra Ros<sup>1</sup>, Montserrat Masip<sup>2</sup>, Pau Riera<sup>2</sup>, Neus Pagès<sup>2</sup> y Hèctor Corominas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

LÍNEA DE TRABAJO	CAUSAS RAÍZ DEL PROBLEMA	CONTRAMEDIDA ADOPTADA
<b>Optimización en la citación de los pacientes ambulatorios</b>	La citación por meses en vez de por semanas implica un decalaje con el dispensación de la terapia biológica por farmacia hospitalaria. Pruebas complementarias que se podrían realizar el mismo día no se agendan el mismo día	Coordinación entre enfermería, personal administrativo y farmacia con una programación regular en semanas. Agendar en la medida de lo posible pruebas complementarias en el servicio de radiología y analíticas sanguíneas el mismo día.
<b>Gestión de visitas espontáneas</b>	Motivos de visita espontánea no relacionados con su patología reumatológica. Alta frecuencia de visitas espontáneas con muy alta carga de trabajo. Educación basal en los pacientes heterogénea.	Análisis de los motivos de visita espontánea y creación de material educativo dirigido a su resolución. Educación de circuito adecuado en caso de motivo no relacionado con su patología reumatológica. Análisis de la frecuencia y distribución del número de visitas espontáneas para adaptación de la agenda de enfermería para su resolución. Establecimiento de visita basal de educación en todos los pacientes al momento de diagnóstico. Creación de plantillas y protocolos para la resolución de los motivos de consulta más frecuentes.
<b>Coordinación entre los distintos departamentos del hospital</b>	Diversas visitas del paciente al hospital en intervalos de tiempo cortos. El paciente realiza desplazamientos entre los distintos departamentos del hospital reiterativos e innecesarios. Ausencia de un circuito homogéneo en la atención farmacéutica en todos los pacientes.	Circuito estandarizado del paciente según su situación dentro de la ruta asistencial. Reestructuración de las actividades y tareas en cada uno de los departamentos evitando duplicidades y un circuito homogéneo para optimizar desplazamientos.
<b>Estandarización de la práctica clínica</b>	No cumplimentación de los índices de actividad de una manera estandarizada y homogénea. Educación heterogénea en relación a enfermedad, tratamiento, comorbilidades y hábitos de vida saludables. Amplia variabilidad en la frecuencia de visitas y en la distribución de visitas presenciales y telemáticas	Elaboración de plantillas con check-list recordatorio según tipos de visita estandarizados. Creación de material educativo homogéneo. Circuito estandarizado de la ruta asistencial según perfil de paciente.

Figura 1. Relación de líneas de trabajo, causas raíz del problema y contramedidas adoptadas.

**P381 Figura.** Relación de líneas de trabajo, causas raíz del problema y contramedidas adoptadas.

**Introducción:** La metodología Lean Healthcare tiene como objetivo optimizar procesos asistenciales mediante la identificación y eliminación de las actividades que no generan valor añadido.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es el análisis y estandarización de la ruta asistencial de pacientes con espondiloartritis mediante metodología Lean Healthcare.

**Métodos:** Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar formado por 3 reumatólogos, 1 enfermera, 1 psicóloga, 3 farmacéuticas y 2 profesionales del departamento de innovación. Se realizó una formación previa en metodología Lean y posteriormente se realizaron un total de 10 sesiones de trabajo desarrollando las siguientes etapas: 1. Información y descripción del contexto de partida del circuito asistencial actual, 2. Diagramación de las etapas de procesos de estudio mediante Value Stream map. 3. Toma de datos a través de la observación. 4. Identificación de las oportunidades de mejora. 5. Análisis de causas de los problemas e identificación de cuellos de botella. 6. Propuestas de mejora, confección del plan de acciones y aplicación de las mismas. 7. Medición de impacto mediante indicadores.

**Resultados:** Se han identificado diversas carencias en los siguientes ámbitos del proceso asistencial: optimización en la citación de los pacientes ambulatorios, gestión de visitas espontáneas, coordinación entre los distintos departamentos del hospital que intervienen en la atención del paciente con espondiloartritis, gestión del tiempo durante la consulta y estandarización de la práctica clínica. En la tabla se exponen las distintas líneas de trabajo y las medidas adoptadas para su mejora.

**Conclusiones:** La metodología Lean Healthcare ha sido útil para identificar y eliminar las prácticas innecesarias y liberar tiempo, aumentando la eficiencia y calidad de las actividades que realmente aportan valor añadido en la ruta asistencial de los pacientes con espondiloartritis.

Iniciativa del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, con la colaboración del Instituto Lean Management y financiado por Novartis.

### P382. ESTUDIO EN VIDA REAL DE INMUNOGENICIDAD Y SEGURIDAD DE LA VACUNA RECOMBINANTE CONTRA EL VIRUS VARICELA ZOSTER EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADOS CON INHIBIDORES DE JAK

A. Esteban-Vázquez<sup>1</sup>, M. Steiner<sup>1,2</sup>, E. Castaneda<sup>1</sup>, I. Thuissard<sup>2</sup>, C. Andreu-Vázquez<sup>2</sup>, C. García-Yubero<sup>3</sup>, A. Somodevilla<sup>4</sup> y S. Muñoz-Fernández<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

<sup>2</sup>Universidad Europea. Madrid. <sup>3</sup>Farmacia. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. <sup>4</sup>Microbiología. Laboratorio UR Salud. Madrid.

**Introducción:** Recientemente ha sido aprobada la vacuna recombinante contra el herpes zoster (VRHZ) para grupos seleccionados de pacientes, con objetivo de prevenir la reactivación del virus varicela zoster latente. Los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas presentan mayor riesgo de reactivación. El riesgo es aún mayor en pacientes tratados con inmunosupresores como los inhibidores de la jak kinasa (iJAK). La VRHZ está disponible en España desde marzo de 2021 para pacientes tratados con iJAK, entre otras indicaciones. Por el momento, no hay estudios de vida real al respecto publicados.

**Objetivo.** Determinar la inmunogenicidad humoral y la seguridad de la VRHZ en pacientes con enfermedades reumatológicas y tratamiento con iJAK.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo, aceptado por el comité de ética regional de la Comunidad de Madrid. Los participantes recibieron dos dosis intramusculares de la VRHZ, separadas dos meses entre sí. Se extrajo un análisis de sangre previo a la primera

dosis y otro un mes tras la segunda dosis. La respuesta humoral se midió mediante inmunoensayo quimoluminiscente, utilizando la glicoproteína E (gE) del virus como antígeno para medir los niveles de anti-gE. Se consideró respuesta a la vacuna la cuadruplicación de los anticuerpos en la segunda determinación respecto a la primera, de acuerdo con el ensayo clínico NCT01165177. Se dividieron los iJAK en tres grupos: inhibición de JAK1 (upadacitinib y filgotinib), inhibición de JAK 1 y JAK 2 (baricitinib) e inhibición de JAK1, JAK2, JAK3 y TYK2 (tofacitinib). Se evaluó la influencia en la respuesta a la vacuna en función del tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) o glucocorticoides. Se recogieron datos relacionados con efectos adversos tras la vacunación, brote de la enfermedad tras la misma e infección por virus herpes zoster.

**Resultados.** Fueron incluidos 30 pacientes, de los cuales 23 eran mujeres (76,7%), con una edad media de 55 ± 12 años. Quince (50%) estaban en tratamiento con upadacitinib, once (36,7%) con baricitinib, dos (6,7%) con filgotinib y dos (6,7%) con tofacitinib. Seis (20%) estaban en tratamiento con metotrexato y 5 (16,7%) con leflunomida. Diez (33%) tenían dosis bajas de prednisona. Cuatro (13%) habían tenido herpes zoster previamente. Dieciséis pacientes (53,3%) alcanzaron el nivel considerado inicialmente como respuesta (cuadruplicación de los niveles de anticuerpos). Esta respuesta no se vio influencia por el tipo de iJAK ni el tratamiento concomitante con FAME ni corticoides. La mitad de los pacientes (50%) presentó efectos adversos leves, siete (23%) consistieron en dolor en el sitio de inyección, y ocho (26,7%) fueron sistémicos (mialgia, astenia o fiebre). Un paciente (3,3%) presentó una complicación isquémica cerebrovascular 2 semanas tras la vacunación. Ningún paciente sufrió un brote de la enfermedad de base un mes tras la vacunación, tampoco infección por herpes zoster tras siete meses de seguimiento.

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes (53%) con enfermedades reumatológicas y tratados con iJAK presentaron respuesta a la vacuna. En ensayos clínicos con pacientes inmunodeprimidos no reumatológicos, la respuesta fue de 65-96%. Esta diferencia podría ser explicada por ser un estudio en vida real, el tipo de enfermedad y tipo de fármaco. La seguridad y eficacia en la prevención de herpes zoster fue alta. Se necesitan más pacientes para confirmar estos resultados.

### P383. TELE-REUMAR: ESTUDIO PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN NUEVO MODELO DE ASISTENCIA MÉDICA BASADO EN LA TELEMEDICINA

Luciano Polino<sup>1</sup>, J. Llorente<sup>1</sup>, L. Tio<sup>2</sup>, I López Guell<sup>2</sup>, L Triginer<sup>2</sup>, I. I Carrión-Barberà<sup>1</sup>, TC Salman Monte<sup>1</sup>, E. Beltrán Catalá<sup>1</sup>, A. Pros<sup>1</sup>, V Abad Peruga<sup>1</sup>, J. Monfort<sup>1</sup> y C. Pérez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>2</sup>IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona.

**Introducción:** Telemedicina (TM) es el conjunto de sistemas y actividades que permiten llevar la atención médica a distancia, sin necesidad de interacción física entre paciente y médico. En los últimos años, coincidiendo con la evolución y difusión de tecnologías, asociado a la pandemia SARs-2, ha habido un aumento de la utilización de la (TM). Hay escasa literatura respecto a su uso en las patologías reumáticas que demuestren su eficacia.

**Objetivos:** Objetivo principal del proyecto es demostrar que la TM en pacientes con artritis reumatoide (Ar), espondiloartritis axial (Ea) y artritis psoriasisica (Apso) en remisión clínica mantenida es igual de eficaz para el manejo de la patología que el modelo de asistencia actual, que consiste en visitas presenciales cada 4-6 meses, medida por el grado de actividad de la enfermedad.

**Métodos:** Estudio cuasiexperimental de no inferioridad con medidas pre y post intervención para evaluar la eficacia y segu-

alidad de un nuevo modelo de asistencia médica basado en la TM. Se incluyeron pacientes con Ar/Ea/Apso en remisión y tratamiento estable durante más de 1 año. Se realizaron visitas presenciales al tiempo 0 y 12 meses. A los 4 y 8 meses se realizó un seguimiento basado en TM. En la visita de inclusión y final se realizó un cuestionario de 10 preguntas específico de cada enfermedad para valorar los conocimientos del paciente respecto a su propia enfermedad y grado de satisfacción de la asistencia médica recibida mediante escala Likert. Se ha realizado un análisis estadístico de varianza (ANOVA) para comparar las medias de diferentes grupos. La figura 1 muestra las variables recogidas durante el estudio. Los pacientes fueron retirados si en algún momento requirieron visita presencial.

**Resultados:** Se incluyeron 130 pacientes (45 Ar, 41 Ea, 23 Apso), de los cuales fueron excluidos en alguna fase 21 (16,15%). La tabla 1 describe las características de los pacientes y la tabla 2 describe los eventos adversos registrados (N.º 33) y se especifica cuáles fueron las causas de finalización prematura del estudio (N.º 21). No se evidenciaron cambios en la actividad en ninguna de las patologías al año de seguimiento según el protocolo Tele-REUMAr (fig. 2). La media de DAS28 basal fue de 1,63 (s 0,71), final de 1,76 (s 0,71). La media de ASDAS-pcr basal fue 0,94 (s 0,34), final de 0,96 (s 0,35). La media de DAPSA basal fue 2,00 (s 2,04), final de 1,98 (s 2,46). No se observan diferencias en las medias de los PROs analizados (fig. 2): HAQ basal 0,18 (s 0,32), final 0,19 (s 0,31). RAPID3 basal 1,86 (s 1,93), final 1,59 (s 2,15). VGD basal 0,64 (s 0,90), final 0,69 (s 1,14). VGP 0,91 (s 1,01), final 0,83 (s 1,02). A pesar de que la puntuación del test de conocimiento de la enfermedad fue mejor tras la intervención realizada al inicio del estudio, (7,086 con s 2,41 y los finales 7,42 con s 2,47), el resultado no fue estadísticamente significativo. No se evidencia diferencia en la satisfacción media de los pacientes, media basal de 9,52 (s 0,82), final de 8,40 (s 2,13). Analizados por separado, los pacientes con Ar y Apso expresan menor satisfacción a pesar de que las puntuaciones finales son superiores a 8 (Ar: basal 9,6 y la final de 8,00 con p 0,05; Apso media basal de 9,68 y la final de 8,59 con p 0,036).

**Conclusiones:** Se confirma que la TM es igual de eficaz a la asistencia médica tradicional en aquellos pacientes con Ar/Ea/Apso en remisión clínica según criterios específicos de actividad clínica de cada enfermedad. No se han registrado eventos adversos diferentes a los que se observan en la práctica clínica habitual. Por ello, se podría plantear la TM como un cambio de modelo asistencial en los

pacientes con remisión mantenida. No se han observado diferencias en el análisis de los PROs (HAQ, RAPID3, VGP, VGD) y tampoco en las medias iniciales y finales de las pruebas de conocimiento de la propia enfermedad. Los pacientes con Ar y Apso presentan menor satisfacción con el modelo asistencial Tele-REUMAr que los pacientes con Ea, a pesar de que las notas de satisfacción eran altas. Probablemente es relacionada a la mayor complejidad y afectación poliarticular periférica de estas enfermedades.

Tabla 1. Resultados descriptivos de la muestra

	AR	EA	APSO
Nº	45	41	23
Mujeres	40 (88,9%)	14 (14%)	9 (39,9%)
Hombres	5 (11,1%)	27 (65,9%)	14 (60,9%)
Edad M (años)	59,8 (s 11)	45,6 (s 10,97)	51,3 (s 5,01)
Años de evolución	14,73 (s 9,54)	13,85 (s10,97)	10,56 (s 5,01)
Fumadores	10 (22,2)	8	3
No fumadores	35 (77,8%)	33	20
FAMEb	18 (40%)	36 (87,7%)	7 (30,4%)
FAMEb+FAMEc	8 (17,8%)	1 (2,4%)	4 (17,4%)
FAMEc	13 (28,9)	0	8 (34,8%)
FAMEst	3 (6,7%)	0	0
No tratamiento	3 (6,7%)	4 (9,7%)	4 (17,4%)

Tabla 2. Eventos adversos totales registrado durante los 12 meses de estudio y causas finalización prematura estudio

Eventos adversos	Casos	Exclusión estudio
Infección respiratoria leve	5	No
Artritis activa	4	Sí
Uveítis	3	Sí
Retirada consentimiento	3	Sí
Perdida de seguimiento	3	Sí
Infección urinaria	2	No
Fallo inclusión	1	Sí
Queratitis	1	No
Insuficiencia cardiaca debut	1	Sí
Neoplasia páncreas	1	Sí
Reactivación HBV	1	Sí
Psoriasis cutánea	1	No
Linfopenia leve	1	No
Aborto	1	Sí
Embarazo a termine	1	Sí
Episodio depresivo	1	Sí
Enfermedad neurológica	1	Sí
Infección dentaria	1	No
Infección COVID	1	No

### Diseño Estudio

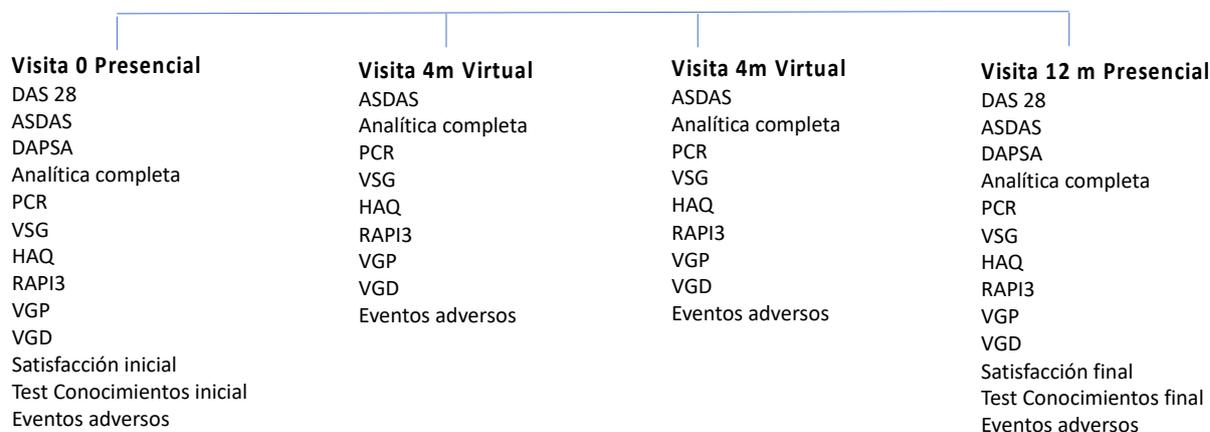


Imagen 1: variables recogidas durante el estudio

P383 Figura 1

	DA S28	ASDAS	DAPSA	HAQ	Rapid3	VGP	VGD	CONOCIMIENTOS	SATISFACCION
Basal	1,63 (s 0,71)	0,94 (s 0,34)	2,00 (s 2,04)	0,18 (s 0,32)	1,86 (s 1,93)	0,91 (s 1,01)	0,64 (s 0,90)	7,086 s 2,41	9,52 (s 0,82)
Final	1,76 (s 0,71)	0,96 (s 0,35)	1,98 (s 2,46)	0,19 (s 0,31)	1,59 (s 2,15)	0,83 (s 1,02)	0,69 (s 1,14)	7,42 s 2,47	8,40 (s 2,13)

Imagen 2: resultados índices de actividad y PROs basales y finales

P383 Figura 2

**P384. EXPERIENCIA DEL SWITCHING MASIVO A FÁRMACOS BIOSIMILARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. PROYECTO INTERCAMBIOSIM**

D. Castro Corredor<sup>1</sup>, V.L. Áreas del Águila<sup>2</sup>, L.A. Calvo Pascual<sup>3</sup>, V. Salas Manzanedo<sup>1</sup>, M.A. Ramírez Huaranga<sup>1</sup>, M. González Peñas<sup>1</sup>, J. Seoane Romero<sup>1</sup>, L. Martín de la Sierra López<sup>1</sup>, J. Anino Fernández<sup>1</sup>, E. Revuelta Evrard<sup>1</sup>, M.D. Mínguez Sánchez<sup>1</sup>, E. Palacios Moya<sup>2</sup>, E. Torres Degayon<sup>2</sup>, C. Cebrián Carrascosa<sup>2</sup> y M.A. Paulino Huertas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>3</sup>Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

**Introducción:** Un biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un medicamento biológico original previamente autorizado (fármaco de referencia).

**Objetivos:** Determinar la efectividad y seguridad del uso de fármacos biosimilares en enfermedades reumáticas inflamatorias inmunitarias.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se realiza una revisión retrospectiva de la base de datos de pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas inflamatorias, a los que se les ha realizado el intercambio de fármaco biológico anterior a un fármaco biosimilar de infliximab, etanercept, adalimumab y rituximab, durante al menos 24 semanas, atendidos en las consultas externas. Realizamos un contraste de hipótesis con  $\alpha = 0,05$  para la independencia de variables categóricas, con la prueba chi cuadrado. Por otro lado, realizamos un contraste U-Mann Whitney para contrastar la independencia entre variables categóricas y numéricas, comprobando la heterocedasticidad de los grupos.

**Resultados:** Se seleccionaron 364 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y en tratamiento con biosimilares (edad media

52,50 años  $\pm$  12,11). 173 presentaban espondiloartritis, 68 artritis psoriásica, 112 artritis reumatoide (90 seropositiva y 22 seronegativa) y 11 otras enfermedades autoinmunes sistémicas. Las variables de actividad y las variables de biosimilares *switching*, cambio de biosimilar, retirada, etc. son independientes como prueban los contrastes de hipótesis usando el estadístico chi cuadrado (tabla). En pacientes que presentan actividad se muestra dependencia del número de días que tuvieron un biosimilar que fue significativamente inferior al número de días que lo tomaron los pacientes sin actividad (fig. 2). El 29,95% de los pacientes se les retiró el fármaco (109 pacientes) y los motivos de retirada fueron ineficacia en 87 pacientes, de los cuales 52 presentaron fallo primario y 35 pacientes fallo secundario, efectos adversos en 18 pacientes y 4 por petición expresa del paciente (fig. 2). La actividad media al inicio del *switching* fue de 1,73 ( $\pm$  0,93) en ASDAS, 8,73 ( $\pm$  12,20) en DAPSA y de 2,60 ( $\pm$  1,20) en DAS28, frente a la actividad media a las 24 semanas del *switching* que fue de 1,79 en ASDAS, de 8,39 en DAPSA y de 2,62 en DAS28 (fig. 3).

**Conclusiones:** En nuestro estudio, el 29,95% sufrió una retirada del fármaco biosimilar, en la mayoría de casos por ineficacia, siendo esto superior a la media según la literatura actual, y solo en 18 pacientes se produjo algún tipo de efectos secundario con solamente 2 casos que fueron graves, dato similar a la literatura. Por tanto, con los fármacos biosimilares no existen interferencias significativas en la actividad y son eficaces, dado que disminuyen la actividad inflamatoria. Además, hemos observado que las medias de actividad por ASDAS, DAPSA y DAS28 son similares al inicio y a las 24 semanas del *switching*, aunque los pacientes con actividad de la enfermedad al inicio del *switching* se encuentran en los grupos de más actividad a las 24 semanas. Nuestros datos en vida real sugieren que los fármacos biosimilares pueden considerarse efectivos en enfermedades inflamatorias reumáticas, medido por ASDAS, DAPSA y DAS28 y por PCR y VSG, aunque existe una elevada tasa de retirada del biosimilar. Además, pueden considerarse seguros, ya que se ha observado una baja frecuencia y gravedad de efectos adversos.

**Tabla cruzada SWITCHING\*ACTIVITY\_6months**

		ACTIVITY_6months		Total	
		0	1		
SWITCHING	0	Recuento	116	135	251
		% dentro de SWITCHING	46,2%	53,8%	100,0%
	1	Recuento	54	58	112
		% dentro de SWITCHING	48,2%	51,8%	100,0%
Total	Recuento	170	193	363	
	% dentro de SWITCHING	46,8%	53,2%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,124 <sup>a</sup>	1	,724		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,057	1	,811		
Razón de verosimilitud	,124	1	,724		
Prueba exacta de Fisher				,734	,405
Asociación lineal por lineal	,124	1	,725		
N de casos válidos	363				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 52,45.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada y contraste de hipótesis para la prueba chi-cuadrada con una significación de 0,05 para las variables switching y actividad a las 24 semanas (variables independientes).

**Resumen de contrastes de hipótesis**

Hipótesis nula	Prueba	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisión
f La distribución de DAYS_BIOSIMILAR es la misma entre categorías de ACTIVITY_6months.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechaza la hipótesis nula.

a. El nivel de significación es de ,050.  
b. Se muestra la significancia asintótica

**Prueba de homogeneidad de varianzas**

DAYS_BIOSIMILAR	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Se basa en la media	1,599	1	361	,207
Se basa en la mediana	1,125	1	361	,289
Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,125	1	343,287	,290
Se basa en la media recortada	1,350	1	361	,246

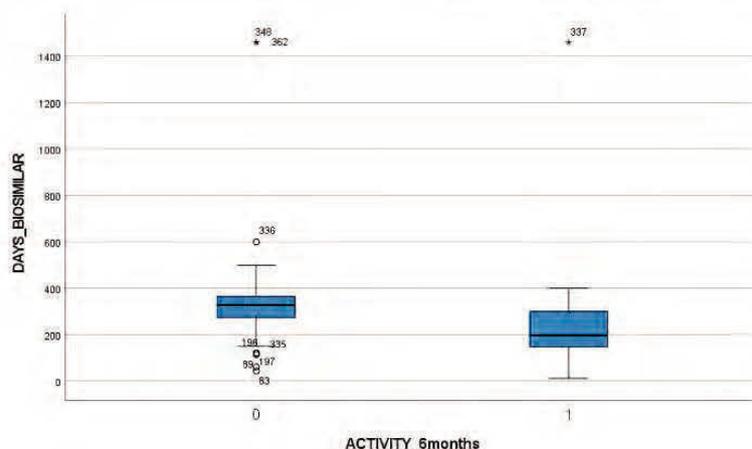
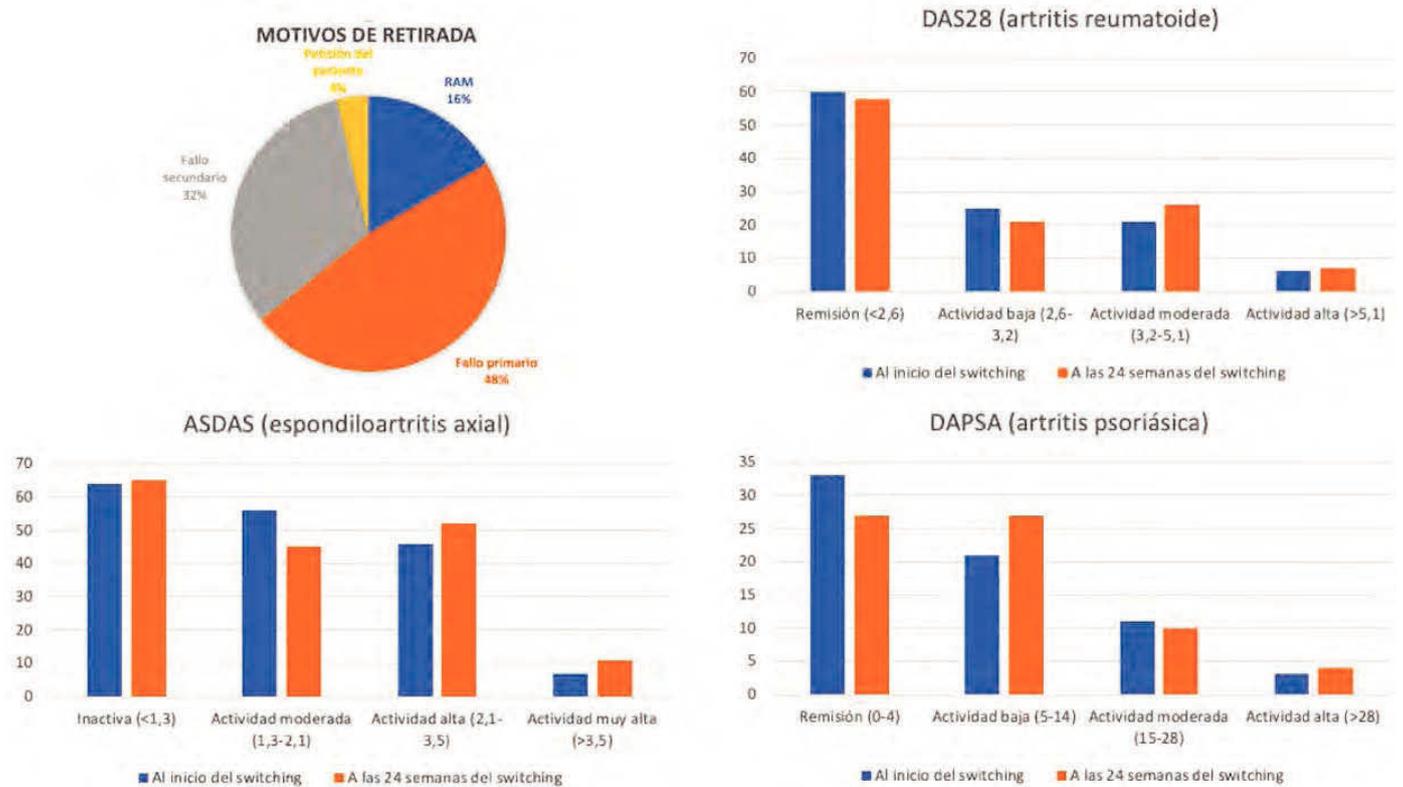


Figura 1. Prueba U de Mann-Whitney para el estudio sobre la independencia de los días que se ha tomado el biosimilar y la actividad del paciente, junto a una prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas. En pacientes con actividad, el número de días.



**P384 Figura 2.** Diagrama circular explicando la retirada del biosimilar y gráficos de barra explican la evolución del número de pacientes, agrupados por el nivel de actividad de la enfermedad, al principio del switching y a las 24 semanas.

**P385. EXPERIENCIA Y SEGURIDAD CON INHIBIDORES DE JANUS KINASA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Lilyan Consuelo Charca Benavente<sup>1</sup>, Jose Javier Sanmartín<sup>1</sup>, Nerea Costas Torrijo<sup>1</sup>, Pilar Trenor Larraz<sup>1</sup>, Diego Bedoya Sanchis<sup>2</sup>, Rosa Planell Oliván<sup>1</sup>, José Mallent Trenor<sup>1</sup> e Isabel de la Morena Barrio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.  
<sup>2</sup>Reumatología. INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. Valencia.

**Introducción:** Los inhibidores de la janus kinasa (JAKi) se han utilizado para el tratamiento de enfermedades como artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA)<sup>1</sup>. El comité de evaluación de la Agencia Europea de Medicamentos ha concluido que el aumento de riesgo de infecciones graves, herpes zóster (HZ), acontecimiento adverso cardiovascular importante (MACE), tromboembolismo venoso (TEV), neoplasias malignas, identificado en el estudio ORAL Surveillance, debe ser considerado un efecto de clase para todos los JAKi, dada la similitud de todos estos medicamentos en su mecanismo de acción<sup>2</sup>.

**Objetivos:** Describir la experiencia y seguridad del uso de JAKi upadacitinib (UPA), tofacitinib (TOFA), baricitinib (BARI) y filgotinib (FIL) en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas a seguimiento en las consultas externas de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**Métodos:** Estudio observacional transversal que incluye pacientes que recibieron o están a tratamiento actual con JAKi durante el año 2022. Se incluyeron las variables de edad, sexo, tratamiento (tiempo, tratamientos previos y concomitantes), efectos adversos (infecciones graves, HZ, MACE, TEV, cáncer).

**Resultados:** Se incluyeron 164 pacientes: 34 con BARI, 45 con TOFA, 60 con UPA y 25 con FIL. De ellos 112 (68%) fueron mujeres. En 47 (29%) pacientes se iniciaron JAKi después de los 65 años. La edad media del total de pacientes con JAKi fue de 61,52 ± 11,06 años. Los resultados según JAKi por edad media, tiempo medio de tratamiento y los que continúan con el JAKi según sean mayores o menores de 65 años se pueden observar en la tabla 1. 153 (93,3%) de los pacientes habían recibido tratamiento previo con un FAME convencional (FAMEc). Recibieron FAME biológicos o sintéticos previos 12 (20,0%) de los pacientes con UPA, 11 (24,4%) de TOFA, 14 (41,2%) de BARI y 11 (44,0%) de FIL. Se suspendieron por ineficacia 8 (13,3%)

**Tabla 1. Distribución por cada JAKi según edad media, tiempo y continuidad de tratamiento**

Fármaco	Media de edad (en años)	Media de tiempo de tratamiento (en meses)	Tratamiento activo	≤ 65 años que siguen con el fármaco	> 65 años que siguen con el fármaco
UPADACITINIB	60.28	9.52	46 (76.67%)	32 (53.33%)	14 (23.33%)
TOFACITINIB	63.91	24.82	18 (40.0%)	10 (22.22%)	8 (17.78%)
BARICITINIB	61.62	23.99	24 (70.59%)	17 (50.0%)	7 (20.59%)
FILGOTINIB	60.04	5.91	23 (92.0%)	13 (52.0%)	10 (40.0%)

**Tabla 2. Distribución por cada JAKi según diagnóstico**

Fármaco	Tamaño de la muestra	Artritis Reumatoide	Artritis Psoriásica	Espondilitis Anquilosante	Otras
UPADACITINIB	60	37 (61.67%)	13 (21.67%)	5 (8.33%)	5 (8.33%)
TOFACITINIB	45	28 (62.22%)	12 (26.67%)	0 (0.00%)	5 (11.11%)
BARICITINIB	34	34 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
FILGOTINIB	25	25 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)

P385 Figura 2

pacientes con UPA, 17 (37,7%) con TOFA, 3 (8,8%) con BARI y 2 (8,0%) con FIL. Los 4 JAKi se emplearon tanto en combinación como en monoterapia, con mayor frecuencia a la terapia en combinación en pacientes con BARI (64,7%) y FIL (el 80%), con mayor frecuencia en monoterapia en el caso de UPA (60%) y con porcentajes similares en el caso de TOFA (51,1% en monoterapia). En la tabla 2 se detalla la distribución de todos los diagnósticos en los que se han empleado cada uno de los JAKi destacando del total de indicaciones de UPA, 37 (61,7%) con diagnóstico de AR, 13 (21,7%) APs y 5 (8,33%) EA. De TOFA, 28 (62,2%) con AR y 12 (26,7%) APs. Mientras que todos los pacientes que recibieron BARI y FIL tenían diagnóstico de AR. Se reportaron eventos adversos en 6 (10,0%) pacientes con UPA (2 HZ, 1 neoplasia, 3 infecciones graves), 7 (15,6%) pacientes con TOFA (2 HZ, 1 MACE, 4 infecciones graves), 5 (14,7%) pacientes con BARI (1 HZ, 3 neoplasias, 1 infección grave). Durante el tiempo de seguimiento de FIL todavía no se han descrito eventos adversos.

**Conclusiones:** Más del 70% de los pacientes tratados con JAKi mantienen el tratamiento, siendo el TOFA el que menor continuidad tuvo, siendo también en el que se reportaron más suspensiones por ineficacia. Se reportaron eventos adversos en 6 (10,0%) pacientes con UPA, 7 (15,6%) con TOFA, 5 (14,7%) con BARI y durante el corto tiempo de seguimiento de FIL no se han descrito eventos. Se necesitan más datos en la práctica clínica para confirmar esta tendencia.

**P386. OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS EN PACIENTES CON CORTICOTERAPIA CRÓNICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL**

José Eloy Oller Rodríguez, E. Grau García<sup>1</sup>, C. Riesco Barcena<sup>1</sup>, A.V. Huaylla Quispe<sup>1</sup>, A.M. Torrat Noves<sup>1</sup>, D. Ramos Castro<sup>1</sup>, P. Muñoz Martínez<sup>1</sup>, L. Mas Sánchez<sup>1</sup>, S. Leal Rodríguez<sup>1</sup>, I. Cánovas Olmos<sup>1</sup>, F. Ortiz-Sanjuán<sup>1</sup>, L. González Puig<sup>1</sup>, J. Ivorra Cortés<sup>1</sup>, I. Martínez Cordellat<sup>1</sup>, E. Vicens Bernabéu<sup>1</sup>, C. Nájera Herranz<sup>1</sup>, R. Neguerols Albuixech<sup>1</sup>, E. Tovar Sugrañes<sup>1</sup>, H. Charia<sup>1</sup> y J.A. Román Ivorra<sup>1</sup>

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

**Introducción:** Los glucocorticoides son ampliamente usados para el tratamiento de diferentes enfermedades reumáticas, siendo uno de los mayores factores de riesgo para la aparición de fracturas por fragilidad ósea. Sin embargo, más allá de ensayos clínicos, existe poca evidencia sobre su impacto global, y factores asociados al mismo, en la práctica clínica habitual.

**Objetivos:** Evaluar la aparición de osteoporosis y fracturas en pacientes sometidos a corticoterapia crónica.

**Métodos:** Diseñamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de vasculitis (diferentes subtipos) y polimialgia reumática (PMR), entre otros, que habían recibido regímenes con dosis de, al menos, 5 mg/día de prednisona (o equivalente) durante un periodo no inferior a 3 meses, y en los que se había vigilado la aparición de fracturas durante, como mínimo, los 2 años posteriores.

**Resultados:** Se incluyeron 234 pacientes (62,4% mujeres) con una edad promedio de 75,8 años al inicio de la corticoterapia y una duración media de la misma de 58 meses. La enfermedad más representada fue la PMR, con 183 pacientes (78,2%), seguida de las vasculitis de grandes vasos (12,4%), vasculitis de pequeño vaso ANCA positivas (4,3%), ANCA negativas (3,4%) y una pequeña proporción de vasculitis de mediano vaso y otras patologías como la policondritis recidivante. Asimismo, 29 pacientes (12,39%) habían presentado fracturas previas por fragilidad, mientras que 32 pacientes (13,68%) experimentaron una o más fracturas tras el inicio del tratamiento con glucocorticoides, siendo la cadera su localización más frecuente (4,7%), seguida de las fracturas vertebrales (3,8%). Por su parte, entre los 32 pacientes que presentaron nueva fractura, la duración media de la exposición a glucocorticoides hasta la aparición de dicho evento fue de 4,5 meses. Pese a no alcanzar significación estadística, observamos una edad más avanzada (80,5 años), mayor presencia del género femenino (81,25%) y de antecedentes de fracturas (18,75%) en pacientes con nuevas fracturas. Por otro lado, el 32,91% de los pacientes presentaba osteoporosis densitométrica al inicio de la corticoterapia. Tras la realización de un modelo de regresión logística, observamos asociación entre la aparición de fracturas y el tratamiento con zoledronato (p = 0,012) y una tendencia a la aparición de las mismas en aquellos en los que se empleó ibandronato para prevención de Osteoporosis y fracturas (p = 0,07). La discreta entidad de las diferencias observadas se podría explicar por el efecto estadístico producido por el escaso número de nuevas fracturas; teniendo en cuenta, además, el hecho de que en nuestro Servicio de Reumatología, realizamos de modo sistemático una evaluación del riesgo de fracturas para decidir la indicación o no de tratamiento preventivo, prescribiendo, además, las opciones con mayor eficacia a pacientes con mayor riesgo basal de fractura. Finalmente, no observamos diferencias estadísticamente significativas en el periodo libre de fracturas entre las diferentes opciones terapéuticas empleadas de modo más frecuente.

Comparación entre diferentes opciones terapéuticas/prevención de fracturas

Tratamiento	Pacientes, n (%)	Nuevas fracturas, n (%)	Periodo libre de fracturas: promedio en años
Alendronato	31 (13,25)	5 (16,13)	5,39
Ibandronato	6 (2,57)	3 (50)	6,51
Risedronato	54 (23,07)	6 (11,11)	5
Zoledronato	8 (3,42)	5 (62,5)	5,03
Bazedoxifeno	1 (0,43)	0 (0)	1,19
Denosumab	38 (16,24)	6 (15,79)	4,41
Teriparatida	10 (4,27)	4 (40)	5,2
Sin tratamiento	86 (36,75)	3 (3,49)	3,88

**Conclusiones:** Observamos una tendencia a presentar mayor frecuencia de fracturas en pacientes con fracturas previas, edad avanzada y género femenino. Se observó una menor eficacia en la prevención de nuevas fracturas en pacientes en tratamiento con zoledronato y en aquellos pacientes en tratamiento con ibandronato, sin diferencias claras en el periodo libre de fracturas.

**P387. ¿CÓMO ADECUAR EL TRATAMIENTO ANTIOSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA? EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL POR CREATININA Y CISTATINA C**

Cristina Rodríguez Alvear<sup>1</sup>, Eduardo Garín Cascales<sup>2</sup>, Nuria Buendía Sánchez<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Carmen López González<sup>1</sup>, Elisabet Perea Martínez<sup>1</sup>, Antonio Avilés Hernández<sup>1</sup>, Irene Calabuig Sais<sup>1</sup>, María Luisa Peral-Garrido<sup>4</sup>, Pilar Bernabeu González<sup>1</sup>, Agustín Martínez Sanchís<sup>1</sup>, Ximo Esteve Vives<sup>1</sup>, Paloma Vela Casasepere<sup>1</sup>, Cayetano Miralles Maciá<sup>3</sup>, Miguel Perdigüero Gil<sup>2</sup>, Vega Jovaní<sup>1</sup> y Mariano Andrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. <sup>3</sup>Unidad Hepática. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Vinalopó.

**Introducción:** Tras un trasplante hepático se produce una rápida pérdida de masa ósea y un aumento de fracturas, por lo que es necesario iniciar precozmente tratamiento antiosteoporótico en muchos casos. Los bifosfonatos son agentes antirresortivos eficaces, con uso limitado en caso de deterioro del filtrado glomerular (FG). La evaluación de la función renal en el paciente cirrótico puede ser compleja y estar infraestimada por los métodos habituales<sup>1</sup>, lo que repercute en la elección del agente antiosteoporótico.

**Objetivos:** Analizar la variabilidad en la adecuación del tratamiento con bifosfonatos en pacientes con enfermedad hepática avanzada en situación pretrasplante, según diferentes fórmulas de estimación del FG.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad Hepática del Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis para valoración multidisciplinar previa a trasplante hepático desde febrero de 2019 hasta diciembre de 2022. Se recogen sexo, etnia, edad, peso, talla y valores séricos de creatinina y cistatina C (biomarcador de función renal quizá más fiable para pacientes con cirrosis<sup>2</sup>). Se evalúa la indicación de tratamiento antirresortivo en presencia de densitometría ósea con valor de T score < -1, acñaamiento vertebral evaluado por radiografía o fractura por fragilidad. Se calcula la tasa de FG ajustada por creatinina, cistatina C y creatinina-cistatina C a través de la herramienta online de cálculo MediCalc. Por último, se comparan las diferencias que existen en tasas de FG < 30 ml/min<sup>3</sup>, valor de referencia por debajo del cual se contraindica el uso de bifosfonatos. Se presenta un estudio descriptivo. La comparación de variables se realiza mediante la prueba exacta de Fisher. Se asume la significación estadística con un valor de p < 0,05.

**Resultados:** Se incluyen 162 pacientes (75,9% hombres), todos caucásicos, con una edad media de 60 años (DE 7,6) y un IMC medio de 27,9 (DE 4,9). El 75,9% (n = 120) precisó inicio de terapia antiosteoporótica, recibiendo finalmente tratamiento el 68,5% (n = 111) de los pacientes (88% bifosfonatos, 11% denosumab y 1% teriparatida). El 3,1% (n = 5) presentó fractura por fragilidad y en el 9,5% (n = 17) se diagnosticó fractura o acñaamiento vertebral visto por radiografía. El 51% (n = 80) presentaba osteopenia y el 22,9% (n = 36) osteoporosis. En cuanto a la función renal, la media de creatinina fue de 0,99 mg/dl (DE 1) y la media de cistatina C de 1,7 mg/L (DE 1). La media de la tasa de FG calculada por creatinina, cistatina C y creatinina-cistatina C fue de 87 (DE 24,8), 49,3 (DE 23,4) y 63,9 (DE 23,3) respectivamente. El porcentaje de pacientes con tasas de FG < 30 ml/min fue de 1,9% medido por creatinina, 20,5% calculado por cistatina y 5,6% calculado por creatinina-cistatina C (fig.). Se observaron diferencias significativas. En este sentido, la terapia antiosteoporótica se adecuó en 12 pacientes (10,9%) con indicación de tratamiento, utilizando denosumab en lugar de bifosfonatos.



Porcentaje de pacientes con FG < 30 ml/min según las diferentes fórmulas.

**Conclusiones:** En este estudio, se objetivan diferencias significativas entre el número de pacientes con enfermedad hepática avanzada en los que se contraindica el uso de bifosfonatos en función de la fórmula utilizada para evaluar el FG. Son necesarios nuevos estudios con el fin de analizar cuál es el mejor método de evaluación en este tipo de pacientes.

**REFERENCIAS**

1. Am J Kidney Dis. 2003;42(6):1169-76.
2. Clin Kidney J. 2021;14(8):1861-70.
3. Rev Osteoporos Metab Miner. 2022;14(1):13-33.

**P388. ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA IL-6 Y TNFα EN EL METABOLISMO ÓSEO EN UNA COHORTE DE ARTRITIS DE INICIO EN EL ANCIANO**

Anahy María Brandy García<sup>1</sup>, Melania Martínez-Morillo<sup>2</sup>, Roxana Coras<sup>3,4</sup>, Águeda Prior-Español<sup>1</sup>, Lourdes Mateo<sup>1</sup>, Mónica Guma<sup>3,4</sup> y Laia Gifre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. <sup>2</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>3</sup>Departamento de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad de California. San Diego. EE. UU. <sup>4</sup>Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

**Introducción:** Tanto el TNF-α como la IL-6 son mediadores inflamatorios que regulan el remodelado óseo, de manera directa e indirecta modulan la diferenciación y función osteoclástica, promoviendo la resorción ósea y favoreciendo la producción de factores proresortivos como RANKL.

**Objetivos:** Analizar la relación entre IL-6 y TNF-α con los mediadores de remodelado óseo (MRO) y masa ósea en una cohorte de pacientes ancianos con artritis reumatoide (AR) y polimialgia reumática (PMR).

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes de > 65 años con artritis de inicio entre enero del 2013 y diciembre del 2014 (cohorte ARTIEL, n = 73). Para este subanálisis, se incluyeron pacientes diagnosticados de AR y PMR. Se excluyeron los pacientes con osteoporosis previa y/o tratamiento antiosteoporótico. En el momento de la valoración, ningún paciente recibía tratamiento con corticoides. A todos ellos, se recogieron variables clínicas, analíticas (incluyendo reactantes de fase aguda (RFA): VSG (mmH) y PCR (mg/L) y MRO (esclerostina (SOST), RANKL, Dkk-1 y osteoprotegerina (OPG)) y densitométricas (DMO y TBS). Las concentraciones de IL-6 y TNF-α se midieron en suero en el momento del diagnóstico por ELISA. El estudio estadístico se realizó mediante SPSS.

**Resultados:** Se compararon los datos de 43 pacientes con AR y 16 con PMR. Al comparar los valores de TNF-α, IL-6 y RFA entre ambos grupos de pacientes, no encontramos diferencias significativas, aun-

que los pacientes con AR tenían niveles más elevados de IL-6 que el grupo con PMR (22,7 vs. 13,7 pg/mL no estadísticamente significativo). Por el contrario, al valorar MRO, los pacientes con PMR presentaban mayores valores de Dkk-1 que el grupo con AR (2,495 vs. 2,495 ng/mL;  $p = 0,006$ ) y mayor porcentaje de RANKL indetectable ( $p = 0,048$ ). Al analizar de forma global, no observamos correlaciones significativas entre IL-6 y TNF- $\alpha$  y los MRO en el grupo total de pacientes. Sin embargo, al analizar por subgrupo, los pacientes con AR presentaban una correlación negativa entre IL-6 y masa ósea en fémur total ( $r = -0,401$ ,  $p = 0,012$ ). Además, los pacientes AR con ACPA+ ( $n = 22$ ) tenían valores más elevados de IL-6 que el grupo con AR ACPA- ( $n = 20$ ) ( $p = 0,018$ ), aunque no observamos diferencias en los MRO, la DMO ni con los valores del TBS entre ACPA + y ACPA -. En el grupo PMR, observamos una correlación negativa entre IL-6 y los valores de TBS ( $r = -0,755$ ,  $p = 0,031$ ) y una correlación positiva con los niveles de Dkk-1 ( $r = 0,582$ ,  $p = 0,018$ ). En ninguno de los grupos encontramos correlaciones significativas con el TNF- $\alpha$ .

**Conclusiones:** La IL-6 pero no el TNF- $\alpha$  se correlacionó con algunos MRO (Dkk-1) y parámetros densitométricos (TBS) en pacientes con artritis del anciano. Sería interesante ampliar la cohorte de pacientes, añadir un grupo control y valorar la evolución de la IL-6 con el tratamiento corticoideo.

### P389. FRACTURAS POR FRAGILIDAD Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON SÍNDROMES DE ACTIVACIÓN MASTOCITARIA PRIMARIO E IDIOPÁTICO

Karen Samantha Carpio Astudillo<sup>1</sup>, Filip Skrabski<sup>2</sup>, Ana Isabel Ramos<sup>1</sup>, Alicia Prieto-García<sup>2</sup>, Javier Rivera<sup>1</sup>, Isabel Castrejon<sup>1</sup>, Jose María Álvaro-Gracia<sup>1</sup> y Teresa González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Departamento de Alergología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** Los síndromes de activación mastocitaria (SAM) son un grupo de trastornos que cursan con síntomas derivados de la liberación de mediadores mastocitarios, principalmente anafilaxia. Los SAM primarios, de estirpe clonal como la mastocitosis sistémica (MS) presentan un mayor riesgo de fracturas por fragilidad (FF) hasta en un 5-37% de los pacientes<sup>1</sup>. Por el contrario, en las formas de SAM idiopáticas (no clonales) dicho riesgo parece no estar incrementado<sup>2</sup>. El objetivo principal de nuestro estudio es describir la presencia de osteoporosis (OP), FF y los principales factores de riesgo asociados, en pacientes con SAM.

**Métodos:** Se analizaron los datos de todos los pacientes diagnosticados de SAM primario y SAM idiopático según criterios diagnósticos y clasificación actualizados en consenso de 2021<sup>3</sup>; estos pacientes fueron valorados por los Servicios de Reumatología y Alergia hasta enero del 2023. Se recogieron características demográficas, clínicas y analíticas. La afectación ósea fue definida como OP densitométrica (T score  $\leq -2,5$ ) y/o la presencia de FF en radiografía de columna dorsal y lumbar. El riesgo de desarrollar fracturas en 10 años fue calculado mediante el índice de FRAX. La comparación entre grupos se realizó mediante el uso de la t-Student y chi<sup>2</sup>. Los valores de  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos

**Resultados:** Se incluyeron un total de 48 pacientes: 36 con SAM primario (33 con mastocitosis, 5 formas cutáneas y 28 sistémicas no avanzadas, y 3 SAM clonales) y 12 pacientes con SAM idiopático. En el grupo de SAM primario un 25% de pacientes desarrollaron FF, de estos un 44,4% eran varones con una edad media de 42 años ( $p = 0,02$ ), una DMO inferior a nivel de cuello femoral (T score -1,07;  $p = 0,04$ ) y un índice de FRAX más elevado en comparación con aquellos que no presentaron fracturas. En el grupo de pacientes con SAM idiopático, solo una paciente presentó FF. En la tabla se presenta una comparación entre el grupo de pacientes con SAM prima-

rio e idiopático. Los pacientes con SAM primario presentaron con más frecuencia OP y FF, niveles de triptasa más elevados ( $p = 0,003$ ) y un IMC más bajo ( $p = 0,004$ ). Sin embargo, el riesgo de fractura calculado por FRAX, tanto para fractura mayor como de cadera, está aumentado en ambos grupos.

Características de los pacientes con SAM primario e idiopático

	SAM primario (N = 36)	SAM idiopático (N = 12)	p
Varón, n (%)	14 (38,9)	4 (33,33)	1,00
Edad media de inicio de los síntomas (DE)	37,7 (17,8)	44,5 (13,1)	0,24
Edad media de diagnóstico (DE)	45,4 (18,3)	51,7 (12,4)	0,27
Media de IMC (DE)	21,65 (4,25)	26,2 (5,3)	0,004
IMC < 19 kg/m <sup>2</sup> , n (%)	7 (19,44)	0 (0)	0,17
Síntomas cutáneos, n (%)	21 (58,33)	12 (100)	0,007
Anafilaxia, n (%)	17 (47,2)	12 (100)	0,001
Síntomas digestivos, n (%)	16 (44,4)	9 (75)	0,98
Media de triptasa basal (DE)	22,60 (18,02)	5,83 (3,46)	0,003
Factores de riesgo generales para OP, n (%)	19 (52,8)	3 (25)	0,18
Osteoporosis, n (%)	14 (38,90)	2 (16,67)	0,16
Fracturas, n (%)	9 (25)	1 (8,33)	0,22
Media de T score en cuello femoral (DE)	-1,07 (1,18)	-0,47 (1,09)	0,12
Media de T score en columna lumbar (DE)	-1,39 (1,41)	-0,66 (1,43)	0,14
Media de FRAX para fractura global (DE)	4,06 (2,85)	4,81(5,12)	0,56
Media de FRAX para fractura de cadera (DE)	1,19 (1,63)	1,10 (2,22)	0,89

**Conclusiones:** La prevalencia de OP y FF es mayor en pacientes con SAM primario en comparación con los pacientes con SAM idiopático. En estos últimos, el IMC más elevado y niveles de triptasa más bajos podrían explicar este menor riesgo pese al pequeño tamaño de la muestra incluida en este estudio. El riesgo de fracturas calculado por FRAX se encuentra infraestimado en ambos grupos de pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

- van der Veer E. J Allergy Clin Immunol. 2014;134(6):1413-21.
- Degboë Y, Eischen M, et al. Higher prevalence of vertebral fractures in systemic mastocytosis, but not in cutaneous mastocytosis and idiopathic mast cell activation syndrome. Osteoporos Int. 2019;30:1235-41.
- Valent P, Akin C, Hartmann K, Álvarez-Twose I, Brockow K, Hermine O, et al. Updated Diagnostic Criteria and Classification of Mast Cell Disorders: A Consensus Proposal. Hemasphere. 2021;5(11):e646.

### P390. FACTOR DE CRECIMIENTO FIBROBLÁSTICO-23, RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTATUS ÓSEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Carolina Tornero Marín<sup>1</sup>, L. León<sup>2</sup>, M.L. González-Casas<sup>3</sup>, L. Giraldo<sup>4</sup>, G. del Peso<sup>2</sup>, D. Garrido<sup>5</sup>, T. López<sup>6</sup>, M. Coronado<sup>4</sup>, M.A. Bajo<sup>2</sup>, S. García<sup>1</sup>, M.G. Serrano<sup>3</sup>, M. Ossorio<sup>3</sup>, A. Balsa<sup>1</sup> y P. Aguado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>6</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** En la enfermedad renal crónica (ERC) se describe mayor comorbilidad vascular y aumento del riesgo de fractura. Estudios observacionales han mostrado asociación entre una densidad mineral ósea (DMO) disminuida y la presencia de calcificación vascular, indicando una probable relación entre ambos sistemas. Además, aumentos inadecuados de factor de crecimiento fibroblástico-23 intacto (iFGF-23) se han relacionado con daño óseo y cardiovascular (CV).

**Objetivos:** Analizar el estatus óseo y riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con ERC y su posible relación con el iFGF-23.

**Tabla P390**

Características demográficas, resultados de laboratorio, ecografía carotídea y parámetros de DMO y TBS en pacientes con ERC con y sin RCVS y/o ECVM

Características	Total (N = 46)	RCVS y/o ECVM (N = 35)	Ausencia RCVS y/o ECVM (N = 11)	p
Sexo masculino, n/N (%)	36/46 (78,3%)	30/35 (85,7%)	6/11 (54,5%)	0,029
Edad (años), mediana (RIQ)	64,5 (59,3-72,3)	64,6 (61,2-73,4)	63,8 (38,2-68,1)	0,041
IMC (kg/m <sup>2</sup> ), mediana (RIQ)	27,9 (25,4-31,1)	27,9 (25,6-30,5)	28,7 (21,24-34,5)	0,879
Hipertensión n/N (%)	33/46 (71,7%)	29/35 (82,9%)	4/11 (36,4%)	0,006
Dislipemia, n/N (%)	32/46 (69,6%)	25/35 (71,4%)	7/11 (63,6%)	0,624
ECVM, n/N (%)	7/46 (15,2%)	7/35 (20%)	0%	0,346
Creatinina sérica (umol/L), mediana (RIQ)	1,59 (1,3-1,9)	1,5 (1,3-1,9)	1,8 (1,5-2)	0,509
EGFR CKD-EPI, mediana (RIQ)	41,5 (34,7-57,5)	42/35 (35-59)	37 (34-50)	0,648
CKD Estadio 2	9/46 (19,6%)	8/35 (22,9%)	1 (9,1%)	
CKD Estadio 3	32/46 (69,6%)	23/35 (65,7%)	9 (81,8%)	
CKD Estadio 4	5/46 (10,9%)	4/35 (11,4%)	1 (9,1%)	
Calcio sérico (mmol/L), mediana (RIQ)	9,7 (9,58-10)	9,7 (9,5-10)	9,7 (9,6-10,2)	0,509
Fosfato sérico (mmol/L), mediana (RIQ)	3,5 (3,1-4,1)	3,5 (3-4,1)	3,5 (3,1-4,3)	0,542
iPTH (ng/L), mediana (RIQ)	92,4 (62,3-135)	92,4 (58,9-135,9)	89 (63,4-134,7)	0,98
25 (OH) VITAMINA D (NG/ML), MEDIANA (RIQ)	29,5 (25-42)	30 (23-42)	29 (25-38)	0,819
Fosfatasa alcalina, (IU/L), mediana (RIQ)	74 (57,7-92,3)	73 (55-92)	78 (60-125)	0,373
iFGF-23 (ng/L), mediana (RIQ)	113,7 (80,9-146,3)	111 (82,1-145)	116,4 (78,4-149,5)	0,8
GIM carotídeo derecho, mediana (RIQ)	0,739 (0,6-0,82)	0,756 (0,70-0,85)	0,628 (0,57-0,7)	0,002
GIM carotídeo izquierdo mediana (RIQ)	0,753 (0,62-0,85)	0,771 (0,70-0,86)	0,6 (0,56-0,68)	0,005
aGIM carotídeo, mediana (RIQ)	0,754 (0,64, 0,82)	0,781 (0,72-0,82)	0,609 (0,57-0,7)	0,001
Placas carotídeas, n/N (%)	35 (76,1%)	35 (100%)	0%	0
GIM > 0,9 mm, n/N (%)	5/46 (10,9%)	5/35 (14,3%)	0%	0,184
Densitometría ósea				0,523
Normal, n/N (%)	26/42 (61,9%)	21/32 (65,6%)	5/10 (50%)	
Osteopenia, n/N (%)	11/42 (26,2%)	7/32 (21,9%)	4/10 (40%)	
Osteoporosis, n/N (%)	5/42 (11,9%)	4/32 (12,5%)	1/10 (10%)	
DMO (g/cm <sup>2</sup> ) en FP, mediana (RIQ)	0,89 (0,8-1,03)	0,896 (0,82-1,03)	0,847 (0,79-1,03)	0,643
Z-Score en FP, mediana (RIQ)	0,2 (-0,9-0,75)	0,2 (-0,9-0,6)	0,0 (-0,98-1,08)	0,988
DMO (g/cm <sup>2</sup> ) en CL, mediana (RIQ)	1,14 (1,02-1,31)	1,174 (1,02-1,34)	1,06 (1,01-1,26)	0,248
Z-Score en CL, mediana (RIQ)	0,05 (-0,7-0,95)	0,05 (-0,6-1,3)	-0,25 (-0,98-0,8)	0,286
Trabecular bone score, mediana (RIQ)	1,36 (1,23-1,44)	1,354 (1,22-1,44)	1,372 (1,23-1,48)	0,453
TBS				0,951
Normal, n/N (%)	20/35 (57,1%)	13/26 (50)	5/9 (55,6%)	
Parcialmente degradada, n/N (%)	12/35 (34,3%)	8/26 (30,8%)	3/9 (33,3%)	
Degradada, n/N (%)	3/35 (8,6%)	1/26 (3,8%)	1/9 (11,1%)	
FRAX mayor	2,8 (1,7-4,7)	3 (1,7-4,7)	2,1 (1,35-4,5)	0,405
FRAX cadera	0,55 (0,2-1,1)	0,6 (0,2-1,4)	0,3 (0,1-1,05)	0,328
FRAX-TBS mayor	3 (1,8-4,9)	3,2 (2,1-4,8)	1,9 (1,1-7,5)	0,506
FRAX-TBS cadera	0,7 (0,2-1,5)	0,7 (0,2-1,5)	0,2 (0,1-1,5)	0,635
Pacientes con fracturas				0,622
De cualquier etiología, n/N (%)	18/46 (39,1%)	13/35 (37,1%)	5/11 (45,5%)	
Clínicas por fragilidad, n/N (%)	5/46 (10,9%)	4/35 (11,4%)	1/11 (9,1%)	0,828
Morfométricas vertebrales, n/N (%)	5/46 (10,9%)	4/35 (11,4%)	1/11 (9,1%)	0,828
Por fragilidad (clínicas/morfométricas vertebrales), n/N (%)	7/46 (15,2%)	5/35 (14,3%)	2/11 (18,2%)	0,754

IMC: Índice masa corporal; ECVM: evento cardiovascular mayor; ERC: enfermedad renal crónica; PTH: paratohormona; iFGF-23: factor de crecimiento fibroblástico23; aGIM: Media grosor íntima media derecho e izquierdo. DMO: densidad mineral ósea; TBS: Trabecular bone score; FRAX: fracture risk assessment tool.

**Métodos:** En pacientes adultos atendidos en consulta de ERC (estadios 2-4, normofosfatémicos) se evaluaron: paratohormona, vitamina D, calcitriol y otros parámetros del metabolismo óseo; iFGF-23 (DiaSorin); parámetros cuantitativos (DXA) y de calidad ósea (TBS); fractura vertebral morfométrica (radiología convencional); valoración del riesgo de fractura (FRAX, con y sin TBS); valoración del RCV mediante ecografía carotídea (grosor íntima media -GIM- y placas de aterosclerosis). Para analizar las diferencias entre variables cualitativas se empleó el test  $\chi^2$ ; para cuantitativas, el test U de Mann-Whitney y para el análisis de correlaciones, el coeficiente de Pearson o Spearman según correspondiera.

**Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes (62,7 ± 10,5 años; 52 (82,5%) varones y 17,7% con ERC estadio 2, 64,5% estadio 3 y 9,6%, estadio 4). La etiología principal fue vascular (25%) y diabética (22%). El 11% presentó enfermedad cardiovascular mayor (ECVM) previa (6,3% cardiopatía isquémica; 3,2% accidente cerebrovascular y 1,6% insuficiencia cardiaca) y en relación con el estatus óseo, 8/55 (14,5%) presentaron osteoporosis; 23/55 (41,8%) osteopenia y 24/48 (50%) alteración de la microarquitectura trabecular (TBS). Los niveles de iFGF-23 fueron 80,4 ± 25,6, 95,5 ± 20,4, 118,8 ± 22,7 y 134,9 ± 50,4 (p = 0,053) pg/mL en estadios 2, 3a, 3b y 4, respectivamente. Se observó correlación inversa entre iFGF-23 y filtrado glomerular (Rho. Sp: -0,390, p = 0,003), DMO lumbar (r: -0,267, p = 0,049) y TBS (r: -0,396, p = 0,005). En los 46 pacientes (74,2%) con ecografía carotídea realizada (tabla), un 38% mostró disminución de la DMO y un

43%, alteración del TBS. Al comparar pacientes con y sin RCV subclínico y/o ECVM (35 vs. 11) no hubo diferencias en parámetros de metabolismo óseo, DMO, TBS, fracturas por fragilidad (14,3% vs. 18,2) ni FRAX con/sin TBS (p > 0,05). El GIM en pacientes con RCVS y/o ECVM mostró correlación directa con DMO lumbar (r: 0,59, p < 0,001) y PTH (r: 0,34, p = 0,046) e inversa con calcidiol sérico (Rho Sp: -0,37, p = 0,031). No se observó correlación con iFGF-23, DMO femoral, TBS y FRAX (p > 0,05) en ningún grupo.

**Conclusiones:** En pacientes con ERC la alteración en la microarquitectura trabecular medida por TBS es frecuente. El aumento de iFGF-23 se asoció con el deterioro de la función renal y de parámetros de calidad ósea y los niveles de calcidiol sérico lo hicieron con parámetros de daño vascular subclínico.

**P391. LA PÉRDIDA DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA POR EL EFECTO REBOTE TRAS RETIRAR DENOSUMAB ES MÁS LENTA QUE LA GANANCIA DURANTE EL TRATAMIENTO ACTIVO**

Irati Urionaguena Onaindia<sup>1</sup>, Nuria Vegas-Revenga<sup>1</sup>, Urko Aguirre<sup>2</sup>, Nahia Plaza-Aulestia<sup>1</sup>, Itziar Calvo-Zorrilla<sup>1</sup>, Oihane Ibaranguoitia-Barrena<sup>1</sup>, David Montero-Seisedos<sup>1</sup> y Jose Francisco García-Llorente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.

**Introducción:** La retirada de denosumab (DMAB) sin tratamiento sustitutivo posterior con bifosfonatos (BF) produce un efecto rebote con una rápida disminución de la densidad mineral ósea (DMO) en densitometría (DEXA), sobre todo en columna lumbar. Sin embargo, no existe evidencia suficiente sobre la intensidad de esa reducción de DMO o su relación con otros factores.

**Objetivos:** Evaluar la evolución en la DMO lumbar en pacientes que hayan recibido al menos un año de tratamiento con DMAB y lo hayan suspendido durante al menos 1 año sin tratamiento de sustitución.

**Métodos:** Estudio observacional unicéntrico, retrospectivo. Pacientes con osteoporosis con retirada de DMAB después de 1 año de tratamiento y sin tratamiento posterior durante al menos otro año. Además, que dispongan de determinaciones de DMO antes, durante y después del tratamiento con DMAB. Se recogen datos demográficos, variables de factores de riesgo para osteoporosis (menopausia precoz, tabaquismo), datos de tratamientos antiosteoporóticos previos y fracturas osteoporóticas mayores previas a DMAB. Se realizó un análisis exploratorio utilizando la estadística descriptiva clásica: media y desviación estándar para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las categóricas. Para cada uno de los desenlaces de interés (niveles de DMO medidos a distintos tiempos), el objetivo fue evaluar su evolución en el tiempo, una vez iniciado el tratamiento. Para ello se desarrollaron modelos mixtos generalizados: como variable dependiente se consideraron los valores de DMO mientras que la variable independiente fue el tiempo de seguimiento medido durante el estudio. Además, se incluyeron intersecciones aleatorias en los modelos. Los coeficientes de regresión estimados se interpretaron como unidades de aumento de 1 año. Los procedimientos estadísticos se calcularon utilizando el software SAS System v94. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** 50 pacientes (49 mujeres) edad media  $64,14 \pm 7,94$  años. 12 de las pacientes (24%) había tenido menopausia precoz y 43(86%) de ellas nunca habían consumido tabaco. Se identificaron fracturas osteoporóticas mayores previas al tratamiento con DMAB en 15(27,08%) de las pacientes. Se había utilizado algún tratamiento antiosteoporótico previo en 23(42,55%) pacientes, siendo el fármaco más utilizado los bifosfonatos (15 pacientes, 31,92%). El tiempo medio de tratamiento con DMAB fue  $2,11 \pm 0,91$  años y el tiempo medio desde la retirada hasta la DEXA posterior  $4,28 \pm 0,98$ . La DMO lumbar (L1-L4) media antes de DMAB fue  $0,885 \pm 0,101$  cm<sup>2</sup>; previa a su retirada  $0,932 \pm 0,094$  y posterior a la retirada  $0,869 \pm 0,0,92$ . Por cada 0,1 cm<sup>2</sup> de DMO aumentado en cada año de tratamiento, hubo una pérdida media de 0,059 cm<sup>2</sup>/año tras la retirada de DMAB. Las variables de riesgo de edad, tabaquismo, menopausia precoz, fracturas previas y tratamiento previo no tuvieron relación con la tasa anual de pérdida de DMO, a excepción de una tendencia estadísticamente no significativa a que el uso de cualquier tratamiento previo se relacionó con una mayor pérdida de DMO.

**Conclusiones:** Existe una clara reducción de DMO lumbar tras la retirada de DMAB sin tratamiento sustitutivo, aunque la tasa anual de ganancia de DMO durante el tratamiento es mayor a la tasa anual de pérdida tras su suspensión.

### P392. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS VALORADOS CON UN PROTOCOLO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR

Ana Isabel Monegal Brancós<sup>1</sup>, J.L. Carrasco<sup>2</sup>, P. Peris<sup>1</sup>, B. Frade-Sosa<sup>1</sup>, A. Azuaga<sup>1</sup>, H. Flórez<sup>1</sup>, N. Guañabens<sup>1</sup> y J. Colmenero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Fundamentos Clínicos. Universidad de Barcelona. <sup>3</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Hepatología. Hospital Clínic de Barcelona.

**Introducción:** Desde que se iniciaron los trasplantes de órganos se evidenció que el desarrollo de fracturas por fragilidad tras el tras-

plante ocasionaba un importante aumento de morbilidad. En nuestro centro alrededor del 30% de los pacientes trasplantados hepáticos (TH) desarrollaban fracturas en el primer año del trasplante. Por ello, a partir de 2010 se incluyó en el protocolo de evaluación de los candidatos a TH la valoración del riesgo de fractura por fragilidad. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de fracturas y los factores de riesgo durante el primer año del trasplante hepático, con un protocolo asistencial de evaluación y tratamiento.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, que analiza el efecto de un protocolo asistencial con una valoración de factores clínicos de riesgo de fractura, la realización de una analítica incluyendo niveles de 25 hidroxivitamina D (25OHD), densitometría (DXA) de columna lumbar y fémur y RX de columna dorsal y lumbar para descartar la presencia de fracturas vertebrales. Todos los pacientes recibieron aportes de 1.000 mg/día de calcio y vitamina D. Los pacientes con T-score  $< -1$  recibían tratamiento con bisfosfonato y en el caso de T-score  $< -3$  o fractura, se administraba ac. zoledrónico. Se realizó una revisión de las historias clínicas, las evaluaciones densitométricas y radiológicas durante el primer año del trasplante. Para analizar el riesgo de fractura se ha utilizado la t de Student y la chi cuadrado para las variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Este estudio ha sido aprobado por el CEIC de nuestro centro.

**Resultados:** Se incluyeron 220 pacientes que eran evaluables durante 1 año (70% hombres), edad media de  $55 \pm 9,7$  años. El 74% de las mujeres eran posmenopáusicas. En la evaluación basal el 24% de los pacientes tenían fracturas por fragilidad y el 37% tenían valores de 25OHD  $< 10$  ng/mL. El 23% de los pacientes tenían una DMO normal, el 47% tenía una osteopenia y el 30% una osteoporosis. Con los criterios establecidos, el 29% no precisaba tratamiento, el 58% recibió tratamiento con bisfosfonatos orales y el 13% endovenosos. Durante el primer año del TH 24 (10,9%) pacientes desarrollaron fracturas. El 54% de los pacientes fracturados eran mujeres ( $p = 0,009$ ) y el 100% de ellas eran posmenopáusicas ( $p = 0,013$ ). Fueron factores de riesgo para desarrollar fracturas: tener  $> 50$  años (91,7%;  $p = 0,04$ ) y antecedentes de fracturas por fragilidad antes del trasplante (65%;  $p < 0,001$ ). Solo un 5,6% de los pacientes fracturados tenían una DMO normal ( $p = 0,015$ ).

**Conclusiones:** La incidencia de fracturas por fragilidad durante el primer año del trasplante con un programa asistencial de evaluación y tratamiento de los candidatos fue del 11%. El riesgo es más alto en las mujeres, especialmente las posmenopáusicas, la población mayor de 50 años, los candidatos a TH con antecedentes de fracturas por fragilidad y con menor DMO.

### P393. INCIDENCIA DE FRACTURAS CLÍNICAS POR FRAGILIDAD AL AÑO DE UNA ATENCIÓN PROTOCOLIZADA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Cristina Rodríguez Alvear<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen López González<sup>1</sup>, Elisabet Perea Martínez<sup>1</sup>, Antonio Avilés Hernández<sup>1</sup>, Irene Calabuig Sais<sup>1</sup>, María Luisa Peral-Garrido<sup>4</sup>, Pilar Bernabeu González<sup>1</sup>, Agustín Martínez Sanchís<sup>1</sup>, Ximo Esteve Vives<sup>1</sup>, Paloma Vela Casasempere<sup>1</sup>, Cayetano Miralles Maciá<sup>3</sup>, Vega Jovaní<sup>1</sup> y Mariano Andrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. <sup>2</sup>Unidad Hepática. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche.

**Introducción:** Entre los trasplantes de órgano sólido, el trasplante hepático es de los que con más frecuencia se asocia al desarrollo de baja masa ósea, presentándose en hasta un 85% de los pacientes<sup>1</sup>. Se ha descrito una incidencia de fracturas que oscila entre un 17 y un 65%<sup>2</sup> en el periodo postrasplante, sobre todo en los 6 primeros meses. Tras la instauración de un protocolo de prevención de frac-

**Tabla P393**

Características de los pacientes con fracturas clínicas por fragilidad durante el año posterior al trasplante hepático

N	Tipo de fractura	Tiempo desde trasplante hasta fractura	Sexo	Edad al inicio	DMO CF al inicio	DMO CT al inicio	DMO CVL al inicio	Fractura previa	Tratamiento recibido
1	Vertebral L2	7 meses	Varón	63	-2,6	-2,7	-4,5	-	Zoledronato
2	Vertebral L1	6 meses	Varón	66	-0,8	-1,2	-1,8	-	-
3	Cadera	9 meses	Varón	62	-1,3	-0,8	0,3	-	Zoledronato
4	Radio distal	11 meses	Varón	61	-1,2	-0,9	-2,8	T12, L2	Zoledronato

DMO: densitometría ósea. CF: cuello femoral. CT: cadera total. CVL: columna vertebral lumbar.

turas, la tasa disminuye al 3,5%. En este sentido, iniciamos en nuestro centro en 2019 un plan de actuación para la prevención de fracturas osteoporóticas en el postrasplante. En un estudio previo<sup>4</sup> vimos que el 77,3% presentaba indicación de inicio de tratamiento antiosteoporótico en la evaluación basal.

**Objetivos:** Estimar la incidencia de fracturas clínicas por fragilidad en los pacientes incluidos en estudio pretrasplante hepático al año de la evaluación inicial de su salud ósea.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo en el que se analiza la incidencia de fracturas clínicas por fragilidad al año de la valoración multidisciplinar pretrasplante hepático realizada en el Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluye a pacientes en los que se realizó el estudio inicial desde febrero de 2019 hasta diciembre de 2021, sometidos a trasplante hepático, con seguimiento completo al año. Basalmente, se evaluó la indicación de tratamiento antiosteoporótico en presencia de densitometría ósea con valor de T score < -1, fractura vertebral evaluada por radiografía o fractura por fragilidad. Se realiza una visita presencial al año en la que se recoge la presencia de fracturas clínicas por fragilidad durante ese periodo. Se muestra un estudio descriptivo, calculando la incidencia acumulada (IA) al año, con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

**Objetivos:** De los 162 pacientes a los que se realiza la evaluación inicial, 79 (48,8%) reciben trasplante hepático y se dispone de seguimiento completo al año. El 75% eran hombres, con una edad media de 60 años (DE 7,5) y un IMC medio de 28,24 kg/m<sup>2</sup> (DE 4,35). El 73,4% eran fumadores y el 67% había tenido un consumo moderado-severo de alcohol. El 2,5% (n = 2) presentó fractura por fragilidad y en el 7,6% (n = 6) se diagnosticó fractura vertebral vista por radiografía. El 50,6% (n = 40) presentaba osteopenia y el 21,5% (n = 17) osteoporosis. El 74,7% (n = 59) precisó inicio de terapia antiosteoporótica, recibiendo finalmente tratamiento el 69,7% (n = 55) de los pacientes (92,7% bifosfonatos y 7,3% denosumab). Del total de trasplantados hepáticos con seguimiento al año, se produjo fractura clínica en 4 de ellos (IA 5%. IC95% 1,9-12,3%) (tabla).

**Conclusiones:** Tras la instauración de un protocolo de prevención de fracturas en los pacientes candidatos a trasplante hepático, la tasa de fracturas en el postrasplante es inferior a las series históricas, pero equiparable a otra serie con atención previa al trasplante<sup>3</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ninkovic M. Calcif Tissue Int. 2001;69:321-6.
2. Premaor M. QJM. 2011;104(7) 599-606.
3. Monegal A. Calcif Tissue Int. 2013;93:571-6.
4. Rodríguez C. Reumatol Clin. 2021;17:207 (Abstract SER 2021).

**P394. EFECTO DIFERENCIAL DE LOS GLUCOCORTICOIDES SOBRE EL TRABECULAR BONE SCORE Y LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA**

D. Roig Vilaseca, D. Cerdà Gabaroi, P. V. Estrada Alarcón, O. A. Camacho Alcázar, S. Heredia Martín, V. A. Navarro Ángeles, M. Tormo Ratera, S. García Díaz y D. Reina Sanz

Servei de Reumatologia. Complex Hospitalari Moisès Broggi Sant Joan Despí.

**Introducción:** El trabecular bone score (TBS) es una medida obtenida a partir de imágenes densitométricas que nos aproxima a la

calidad de la estructura ósea, en comparación con la densidad mineral ósea (DMO), que nos da un valor cuantitativo. El TBS se relaciona con el riesgo de fractura de forma independientemente de la DMO. Los glucocorticoides (GC) aumentan el riesgo de fractura. El aumento del riesgo de fractura se debe a una disminución de la masa ósea, pero sobre todo en los primeros meses, a un deterioro de la estructura ósea. Se hipotetiza que los glucocorticoides afectan de forma diferente al TBS y la DMO. En concreto, se considera que el efecto sobre TBS es mayor que sobre la DMO.

**Objetivos:** Estudiar la relación del tratamiento con GC sobre la relación TBS/DMO.

**Métodos:** De la base de datos donde se recogen las densitometrías de los pacientes que acuden a la consulta, se han seleccionado aquellas determinaciones en las que hubiera simultáneamente valores de DMO y TBS. Se ha calculado la relación TBS/DMO y se ha comparado el resultado en función de la toma previa de GC. Se considera que, si el efecto de los glucocorticoides es mayor sobre el TBS que sobre la DMO, la relación será menor (por ser proporcionalmente mayor el denominador). También se han recogido las siguientes variables: Sexo, edad al realizar la densitometría, antecedentes de fractura (osteoporótica y no osteoporótica), y toma de GC anteriormente a la determinación densitométrica.

**Resultados:** En el momento del estudio, en la base de datos había recogidas 11.613 densitometrías. Se seleccionaron 1.428 determinaciones de las que se dispone de DMO y TBS en el segmento vertebral L2-L4 y se conoce si habían recibido tratamiento con GC. De ellas, 1.295 (90,7%) correspondían a mujeres. El peso medio fue de 63,85 ± 11,95 Kg (35-163) y la talla 154,12 ± 7,89 cm (134-190). 119 pacientes (8,3%) habían tomado GC. 257 pacientes (18,0%) habían sufrido una fractura osteoporótica, y 77 (5,4%) una fractura no osteoporótica. La DMO L2-L4 estandarizada fue 891,25 ± 150,91 g/cm<sup>2</sup> (517,05-1871,37) y el índice T en L2-L4 -1,95 ± 1,33 (-5,31-6,82). En 936 casos (65,5%) se ha utilizado tecnología GE Lunar, y en 492 (34,5%) Hologic. La relación TBS/DMO estandarizada fue 1,434 ± 0,235 (0,397-2,240). No se observaron diferencias en la distribución por sexos entre los pacientes tratados y los no tratados con GC, ni en la proporción de fracturas osteoporóticas y no osteoporóticas previas. Las comparaciones para las variables cuantitativas se recogen en la tabla. Los pacientes que habían recibido tratamiento con glucocorticoides tenían mayor peso y talla. El mejor valor densitométrico (valor de DMO estandarizada y, por tanto, de índice T) puede atribuirse a que en estos pacientes la indicación de densitometría se hace por haber recibido glucocorticoides en dosis significativas, independientemente de la existencia de otros factores de riesgo (menopausia precoz, edad, antecedente de fractura previa, etc.).

Resultados de las variables cuantitativas y significación de la comparación

	GC	No GC	p
N	119	1309	
Edad	71,44 ± 12,49	70,27 ± 9,98	0,322
Peso	66,74 ± 14,10	63,59 ± 11,71	0,006
Talla	156,02 ± 7,53	154,01 ± 7,56	0,006
L2-L4 estandarizada	984,816 ± 168,983	882,747 ± 146,291	0,000
Índice T L2-L4	-1,13 ± 1,46	-2,02 ± 0,04	0,000
TBS L2-L4	1,270 ± 0,109	1,246 ± 0,103	0,016
TBS/DMO est.	1,322 ± 0,228	1,445 ± 0,233	0,000

**Conclusiones:** En nuestro estudio se observa una relación TBS/DMO menor en los pacientes que han recibido GC que en los que no los han tomado, a pesar de tener valores de TBS y DMO superiores, lo que indicaría que en estos pacientes el TBS es más bajo en relación a lo que correspondería por la DMO, reflejando el mayor efecto proporcional de los GC sobre la estructura en comparación con el resto de los pacientes.

### P395. UTILIDAD DE LA 3D-DXA EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

Ester Costa Moya<sup>1</sup>, Silvana di Gregorio<sup>2</sup>, Jordi Sánchez<sup>3</sup>, Ludovic Humbert<sup>4</sup>, Arturo Llobell<sup>1</sup>, Alba Garcia<sup>1</sup>, Luis del Rio<sup>2</sup> y Enrique Casado<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d' Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell. <sup>2</sup>CETIR Centre Mèdic. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Hepatología y Digestivo. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d' Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell. <sup>4</sup>Galgo Medical. Barcelona.

**Introducción:** Los pacientes con cirrosis hepática (CH) presentan un elevado riesgo de osteoporosis y de fractura. La metodología 3D-DXA mide la densidad mineral ósea (DMO) en 3 dimensiones o volumétrica (DMOv) de los compartimentos trabecular y cortical, y podría ser más útil que la densitometría ósea convencional (DXA) en la identificación de los pacientes con mayor riesgo de fractura.

**Objetivos:** Medir la DMOv trabecular y cortical en una cohorte de pacientes con CH multifactorial, y analizar si puede ser de utilidad para la identificación de los pacientes con fractura o riesgo de fractura.

**Métodos:** Se seleccionaron de forma aleatorizada pacientes con diagnóstico de CH de cualquier etiología diferente a la colangitis biliar primaria según el sistema de codificación del Hospital Universitari Parc Taulí. A todos los pacientes, previo consentimiento informado, se les realizó una DXA para la medición de la DMO de columna y cadera, una radiografía de columna dorsolumbar de perfil para la identificación de fracturas vertebrales, y un análisis 3D-DXA mediante el software 3D-SHAPER® (v2.11.2, 3D-SHAPER Medical, España) para medir la DMO de superficie cortical (DMOs Cort) y la DMOv trabecular (DMOv Trab). Las variables continuas se expresan en medianas con intervalo de confianza del 95%. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis de regresión múltiple para determinar posibles asociaciones entre los valores de 3D-DXA y las diferentes variables clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron 92 pacientes (66 varones y 26 mujeres), con una edad de 63 (59-67) años. El alcohol fue la causa más frecuente de la cirrosis (52%), seguida de la infección por virus C (27%). El 80% de los pacientes presentaba una CH Child A. La mediana de las DMOs Cort y DMOv Trab de toda la cohorte fue de 161,8 g/cm<sup>3</sup> (158,3-165,1) y 154,3 g/cm<sup>3</sup> (147,0-166,3) respectivamente. Los valores fueron significativamente mayores en varones en el compartimento cortical (163,7 vs. 155,2 g/cm<sup>3</sup>; p = 0,007), pero no en el trabecular (155,7 vs. 150,5; p = NS). Se observó una correlación positiva entre la DMOs Cort y el índice de masa corporal (IMC) (r = 0,42; p < 0,001), la DMO de columna (r = 0,17; p < 0,001) y la DMO de cadera (r = 0,24; p < 0,001); y una correlación negativa entre la DMOs Cort y el riesgo de fractura mayor a 10 años según FRAX (sin DMO) (r = -0,48; p < 0,001) y de fractura de cadera (r = -0,43; p < 0,001). No se observó correlación de la DMOs Cort con la edad. La DMOv Trab también se correlacionó de forma positiva con el IMC (r = 0,28; p = 0,013), la DMO de columna (r = 0,06; p < 0,001), la DMO de cadera (r = 0,16; p < 0,001), y además con el *Trabecular Bone Score* (TBS) (r = 0,36; p = 0,037); y de forma negativa con la edad (r = -0,31; p = 0,031), el FRAX (sin DMO) para fractura mayor (r = -0,42; p < 0,001) y el FRAX (sin DMO) para fractura de cadera (r = -0,41;

p < 0,001). Seis pacientes (6,4%) presentaron fracturas vertebrales morfométricas. Los pacientes con fracturas vertebrales presentaban valores significativamente más bajos de DMOs Cort (138,3 g/cm<sup>3</sup> [119,8-156,9]; p = 0,007) y de DMOv Trab (123,4 g/cm<sup>3</sup> [91,4-155,4]; p = 0,004) que los pacientes sin fracturas (163,4 [158,5-168,3] y 157,5 [149,0-164,3] respectivamente).

**Conclusiones:** La DMO volumétrica cortical y trabecular medida por 3D-DXA en pacientes con CH se correlaciona con la DMO de columna y de cadera medida por DXA convencional y permite identificar aquellos pacientes con más alto riesgo de fractura (mayor valor de FRAX y mayor prevalencia de fractura vertebral).

### P396. OSTEONECROSIS MANDIBULAR ASOCIADA A MEDICAMENTOS (MRONJ). REGISTRO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE CINCO AÑOS (2017-2021)

Diego Dios Santos, Álvaro García-Rozado González, Jenaro Graña Gil, Guillermo González Arribas, María del Carmen San José Méndez, Uxía Couto Lareo y María Olga Sánchez Meizoso

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**Introducción:** Los fármacos antirresortivos (bifosfonatos y denosumab) son fármacos ampliamente utilizados en osteoporosis y oncología. En 2003 se describe por primera vez la osteonecrosis de maxilar como complicación de su uso. Actualmente se denomina osteonecrosis asociada a medicamentos (Medication Related ON Jaw/MRONJ) a diferencia de las osteonecrosis de otra causa. La MRONJ es una enfermedad rara y grave, que se manifiesta por una o más lesiones óseas necróticas expuestas, con o sin trayecto fistuloso. Los factores que predisponen a esta patología comprenden factores locales (extracción dental, infección...), uso concomitante de otros fármacos (quimioterapia, glucocorticoides), dosis y frecuencia del antirresortivo, factores genéticos y factores sistémicos (alcohol, tabaco, diabetes *mellitus*...). La incidencia en España de osteoporosis es de 2,5 millones de personas mayores de 50 años y la incidencia de MRONJ según los registros internacionales es del 0,01-0,06% para osteoporosis y 1,6-14,8% para cáncer.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 2017 a 2021 (ambos inclusive), de pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial con el diagnóstico MRONJ. Se localizaron 43 pacientes pertenecientes a su área de influencia. Analizamos el porcentaje de MRONJ en pacientes con enfermedades neoplásicas y enfermedades reumáticas (osteoporosis, artritis reumatoide con osteoporosis y enfermedad de Paget). La incidencia media anual de MRONJ en osteoporosis y cáncer. La media anual de antirresortivos utilizados en las áreas estudiadas, el porcentaje medio de cada fármaco utilizado en cada patología y la tasa de incidencia de MRONJ en osteoporosis.

**Resultados:** El 70% de los pacientes con MRONJ estaban con tratamiento antirresortivo para enfermedad neoplásica y el 30% restante para enfermedades reumáticas. La incidencia media de casos por año y patología fue de 6 casos/año en cáncer y 2,6 casos/año en enfermedades reumáticas. El número total de habitantes en las áreas sanitarias de este estudio era de un millón. El número medio de pacientes expuestos a fármacos antirresortivos para OP fue de 14.497/año, distribuidos en: alendronato (ALD) 3.164, risedronato (RIS) 3.187, ibandronato (IBN) 1.600, denosumab (Dmab) 6.497, zoledronato (ZOL) 31. La tasa de incidencia de MRONJ en pacientes con OP fue de 0,17/año/1.000 pacientes, y la poblacional de 0,0026 casos/año/1.000. De los pacientes con MRONJ a tratamiento para osteoporosis, el 53,8% estaba a tratamiento con ALD, el 30,7% con IBN y el 7,7% con RIS y Dmab (dosis habituales para OP). El tiempo medio de exposición al fármaco fue de 5,23 años. De los pacientes a tratamiento para neoplasia, el 76,7% de los casos estaban a tratamiento con ZOL (4mg IV/4 sem), el 13,3% con Dmab (120 mg cada 4 sem) y el

10% con IBN (6 mg IV/4 sem). El tiempo medio de exposición medio al fármaco fue de 1,97 años.

**Conclusiones:** La MRONJ es una patología poco frecuente pero grave. En esta serie su incidencia fue muy superior en pacientes con enfermedades neoplásicas que reumáticas. Las tasas de incidencia en estas últimas son muy bajas y concuerdan con la literatura. El número de pacientes expuestos a ALD y RIS fue similar, pero se observaron más casos de MRONJ en los pacientes tratados con ALD (53,8% vs. 7,7%). El tiempo para desarrollar MRONJ fue menor en los tratados por neoplasia que por osteoporosis. La dosis acumulada y frecuencia de toma de fármaco antirresortivo fue mayor en el tratamiento de neoplasia.

**P397. ANTI-DFS70: ¿SON ÚTILES A LA HORA DE EVALUAR ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS?**

David Galarza Gamboa<sup>1</sup>, Irene Carrión-Barberà<sup>1</sup>, Camilo Veloza<sup>1</sup>, Helena Sirera<sup>1</sup>, Núria Bou<sup>1</sup>, Aina Puiggròs<sup>1</sup>, Eduardo Villegas<sup>2</sup>, Jorge Eguía<sup>2</sup>, Anna Pros<sup>1</sup>, Carolina Pérez-García<sup>1</sup>, Tarek Salman-Monte<sup>1</sup> y Jordi Monfort<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Laboratori de Referència de Catalunya. Immunologia. El Prat de Llobregat.

**Introducción:** Los anti-DFS70 son autoanticuerpos dirigidos contra el antígeno DFS70 (*dense fine speckles* 70). Son reconocidos usando inmunofluorescencia indirecta (IFI) y suelen ser un hallazgo común entre los individuos sanos con anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. Se ha postulado que su presencia podría ser útil para descartar enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) cuando se detectan en ausencia de otros anticuerpos relacionados con éstas. Los datos publicados hasta el momento resaltan la asociación negativa entre antiDFS70 y ERAS.

**Objetivos:** Describir las características de una cohorte de pacientes anti-DFS70+ y su relación con la presencia de ERAS. A la vez, analizar la existencia de otras variables que pudiesen relacionarse con ERAS y que podrían ser utilizadas como herramientas de predicción clínica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes anti-DFS70+ en el Hospital del Mar (Barcelona, España) entre 2021 y 2022. Se recogen datos demográficos, clínicos y biológicos. La presencia de anti-DFS70 se evaluó mediante inmunoblot, empleando el kit EUROLIne de EUROIMMUN, que permite la determinación cualitativa in vitro de autoanticuerpos humanos del isotipo IgG. Simultáneamente, se evaluó también la presencia de autoanticuerpos contra el DNA de doble cadena (anti-dsDNA) y anticuerpos dirigidos a antígenos nucleares extraíbles (ENA) a fin de excluir otros autoanticuerpos que presentan patrones de tinción similares al AC-2 (es decir, AC-1 o AC-1 con AC-4,5). El análisis estadístico descriptivo y de correlaciones fue realizado utilizando SPSS 23 IBM®.

**Resultados:** Se evaluó la presencia de anti-DFS70 en 85 pacientes ANA+ con patrón nuclear moteado fino denso. Del total, 52 pacien-

tes resultaron positivos y se incluyeron en este estudio (10 hombres y 42 mujeres). La edad media hasta la primera determinación de anti-DFS70+ fue de 40,67 ± 16,99 años. La tabla 1 compara los datos entre pacientes anti-DFS70+ con ERAS y sin ERAS. No se objetivó ERAS en 44 pacientes (84,6%). De los 8 pacientes con ERAS diagnosticada, 2 presentaron positividad para otros autoanticuerpos. Se encontró una correlación entre títulos elevados de ANA y la presencia de ERAS. No se identificaron otras correlaciones significativas.

**Conclusiones:** Nuestros datos sugieren que en una población de pacientes ANA+ en estudio para detectar ERAS, la presencia de anti-DFS70, incluso a títulos moderados o altos, puede considerarse un resultado tranquilizador dada su asociación negativa con ERAS. En nuestra cohorte, la única variable que podría actuar como predictor de ERAS ha sido la presencia de ANA+ a títulos altos, lo que justificaría una evaluación más exhaustiva en este subgrupo de pacientes. Cabe mencionar que, para establecer el posible papel protector de los anticuerpos anti-DFS70, no debemos conformarnos únicamente con el patrón de tinción típico, sino confirmar que la inmunoreactividad esté dirigida específicamente contra el antígeno DFS70. Por último, es plausible que el uso clínico de esta prueba pueda comportar un considerable potencial de ahorro de costes.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Miyara M, Albesa R, Charuel JL, et al. Clinical phenotypes of patients with anti-DFS70/LEDGF antibodies in a routine ANA referral cohort. Clin Dev Immunol. 2013;2013:703759.
- Ochs RL, Mahler M, Basu A, et al. The significance of autoantibodies to DFS70/LEDGFp75 in health and disease: integrating basic science with clinical understanding. Clin Exp Med. 2016;16:273-93.

**P398. CRIOFIBRINOGENEMIA EN LAS ERAS PRECOVID-19 Y COVID-19: ESTUDIO COMPARATIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Carmen Lasa-Teja<sup>1</sup>, María Enriqueta Peiró-Callizo<sup>1</sup>, María del Amparo Sánchez-López<sup>2</sup>, Juan Irure-Ventura<sup>3</sup>, Marcos López-Hoyos<sup>3</sup>, Mónica Renuncio-García<sup>3</sup>, Adrián Martín-Gutiérrez<sup>1</sup>, Carmen Secada-Gómez<sup>1</sup>, Cristina Gómez-Fernández<sup>2</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>3</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

**Introducción:** La criofibrinogenemia (CF) es un síndrome con una baja prevalencia debido a la ausencia de unos criterios diagnósticos definidos y a la rareza de la propia enfermedad. La CF puede ser esencial o secundaria a enfermedades autoinmunes, neoplasias o infecciones<sup>1</sup>. Las manifestaciones dermatológicas, principalmente

**Tabla P397**

Comparativa de datos entre pacientes anti-DFS70+ con/sin ERAS

	Individuos anti-DFS70 (+) con ERAS	Individuos anti-DFS70 (+) sin ERAS
N	8: SLE (5), Sjögren (1), Artritis SN (1), SpA HLA-B27+ (1)	44
Edad media a la primera determinación positiva del anti-DFS70	34,6 años ± 13,75	42,8 años ± 17,64
Servicio que solicita el estudio	Reumatología (7), Dermatología (1)	Reumatología (19), Dermatología (5), Hematología (5), Neumología (3), otros (12).
Títulos ANA	≥ 1/640 (87,5%)	≤ 1/640 (50%)
Otros anticuerpos relacionados con eras	Anti-dsDNA+ y anti-Ro60+ (1), anticoagulante lúpico (1)	Anti-dsDNA+ (1), anti-Ro52+ (1), anti-Ro60+ (1), anti-PL7+ (1), p-ANCA+ (2) y ACPA+ (1)
Otros anticuerpos no relacionados con eras	Ninguno	Anti-LC1+ (1)
Otros diagnósticos	Ninguno	CCLE (2), urticaria (5), FM (6), CFS (4)

ANA: anticuerpos antinucleares, ANCA: anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo, ACPA: anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados, Artritis SN: artritis seronegativa, CCLE: lupus eritematoso cutáneo crónico, CFS: síndrome de fatiga crónica, FM: fibromialgia, anti-LC1: anticuerpo anticitosol hepático tipo 1, SLE: lupus eritematoso sistémico, SpA: espondiloartritis.

las úlceras, son las más comunes y podrían estar en probable relación a un síndrome pseudovasculítico. Durante la era COVID-19 el número de casos con manifestaciones cutáneas aumentaron. Son necesarios más estudios para caracterizar la asociación entre CF y SARS-CoV-2.

**Objetivos:** A) Evaluar la frecuencia de CF durante la era pre-COVID y la era COVID. B) Describir el perfil clínico de la CF y las principales características de los pacientes en ambos grupos de estudio.

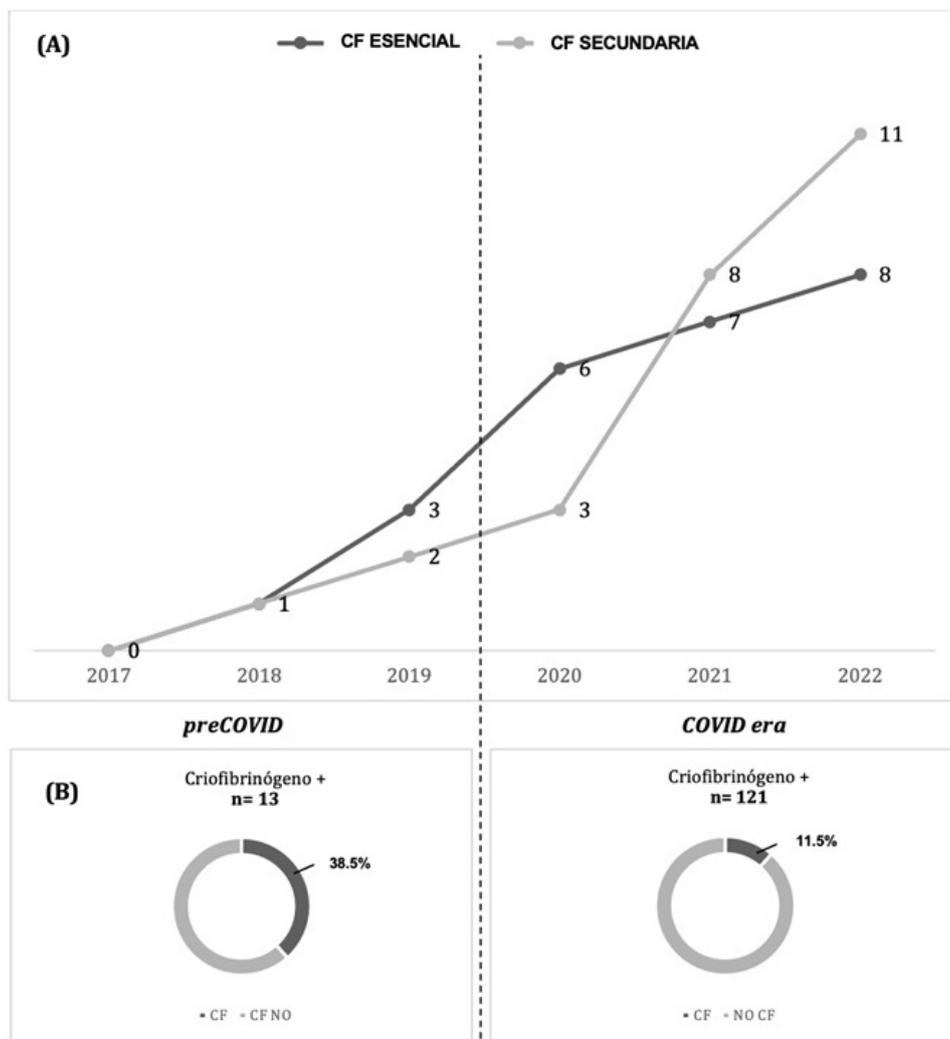
**Método:** Estudio observacional de un único centro realizado en un Hospital Universitario del norte de España de 134 pacientes con al menos un resultado positivo para criofibrinógeno, entre enero de 2017 y marzo de 2020 (era pre-COVID) y marzo de 2020 y diciembre de 2022 (era COVID). El diagnóstico de CF se realizó de acuerdo con los criterios diagnósticos publicados<sup>3</sup>. Se recopilaron características clínicas, parámetros de laboratorio y se realizó un estudio inmunológico y serológico de los pacientes. Para la determinación del criofibrinógeno la sangre se recogió en tubos de citrato. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS. Las variables cuantitativas se expresan en medias ± DE. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon usando el test t-Student.

**Resultados:** La CF se confirmó en 19/134 (14,2%) pacientes, con al menos una determinación positiva para criofibrinógeno (5 era pre-COVID; 14 era COVID). Los pacientes con COVID-19 eran con más frecuencia hombres (64,3% frente 40%) y jóvenes (43,6 a 60,6 años).

Las principales características se muestran en la tabla 1. En la era pre-COVID la mayoría de los casos eran CF esenciales (60%) y en la era COVID la mayoría de los casos eran secundarios (64,3%). El 33,3% de las CF secundarias se atribuyeron al COVID. Las manifestaciones cutáneas fueron similares en ambos grupos, sobre todo en forma de máculas purpúricas (tipo perniosis) en regiones acrales. En la era pre-COVID el tratamiento estaba basado fundamentalmente en antiagregantes y corticoides. La incidencia entre ambas eras se compara en la FIGURA. En la era pre-COVID un gran porcentaje de pacientes con test positivo para criofibrinógeno tenía CF.

Tabla 1. Número de casos y características clínicas de criofibrinogenemia (CF) en la era pre-COVID-19 y en la era COVID-19

	Pre-COVID-19 (n = 5)	COVID-19 (n = 14)	p
CF en pacientes con test de criofibrinógeno positivos, (% CF/test positivo) (N = 134)	5/13 (38,5)	14/121 (11,5)	0,008
Edad en años, media ± DE	60,6 ± 11,2	43,6 ± 21,0	0,195
Sexo			
Hombre, n (%)	2 (40)	9 (64,3)	0,345
Mujer, n (%)	3 (60)	5 (35,7)	
CF Esencial, n (%)	3 (60)	5 (35,7)	0,345
CF Secundaria, n (%)	2 (40)	9 (64,3)	0,345
COVID19, n (%)	0	3 (33,3)	0,239
Conectivopatía, n (%)	2 (100)	3 (33,3)	0,418
Vasculitis, n (%)	0	3 (33,3)	0,259



(A) Número de casos de CF esencial vs. CF secundaria en la era preCOVID19 y en la era COVID19. (B) Proporción de casos positivos de criofibrinógeno en ambas épocas.

Tabla 2. Expresión clínica

Manifestaciones cutáneas			
Localización			
Manos	3 (60)	7 (50)	0,701
Pies	1 (20)	2 (14,3)	0,764
Manos y pies	1 (20)	5 (35,7)	0,516
Patrón lesiones, n (%)			
Máculas purpúricas	4 (80)	6 (42,9)	0,153
Raynaud	2 (40)	3 (31,4)	0,418
Úlceras distales	1 (20)	6 (42,9)	0,363
Otras	1 (20)	2 (14,3)	0,764
Síntomas generales, n (%)			
Síntomas gastrointestinales, n (%)	1 (20)	3 (21,4)	0,659
Síntomas reumatológicos, n (%)	2 (40)	2 (14,3)	0,486
Tratamiento, n (%)			
Antiagregante	4 (80)	4 (28,6)	0,131
Corticosteroideo	3 (60)	4 (28,6)	0,577
Otros tratamientos	3 (60)	4 (28,6)	NA

**Conclusiones:** La CF es una enfermedad rara con baja prevalencia. Este estudio muestra un cambio en la tendencia de los subtipos de CF, probablemente debido a la influencia de la infección por COVID. En la era COVID el número de test positivos para criofibrinógeno aumentó debido a la infección por SARS-CoV-2. Sin embargo, los casos de CF no se incrementaron. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad no presentaron cambios entre ambos grupos.

**Referencias bibliográficas:**

1. Grada A. Am J Clin Dermatol. 2017;18(1):97-104.
2. Gómez-Fernández C. Int J Dermatol. 2020;59(12):1475-84.
3. Grada A, Falanga V. Am J Clin Dermatol. 2017;18(1):97-104.

**P399. USO DEL PERFIL AMPLIADO DE AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS**

Noelia Cabaleiro Raña, D. Santos Álvarez, E.C. Cervantes Pérez, A. Souto Vilas, S. Fernández Aguado, M. Caeiro Aguado y S. Romero Yuste

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

**Introducción:** Identificar la especificidad de los antígenos (Ag) nucleares o no nucleares podría facilitar la aproximación diagnóstica, fenotípica y pronóstica de los pacientes. El objetivo de este estudio es analizar el perfil de autoinmunidad en pacientes con miopatía inflamatoria (MI) tras implementación del perfil ampliado de miositis de 16 Ag.

**Métodos:** Se analizó el perfil de autoinmunidad de los pacientes con MI del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra desde enero de 2016 a diciembre del 2022. Los ANA fueron analizados mediante inmunofluorescencia indirecta. El perfil ampliado de autoinmunidad de 16 Ag (Mi-2 alfa/beta, TIF1γ, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100/75, Jo-1, SRP, PL-7/12, EJ, OJ y Ro-52) se realizó mediante ELISA. Se recogieron como variables descriptivas: edad, sexo, histología, autoanticuerpos, parámetros analíticos, manifestaciones clínicas y tratamientos empleados.

**Resultados:** Se identificaron 24 pacientes con MI: 6 dermatomiositis (DM), 7 miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNIM), 3 polimiositis (PM), 5 síndromes antisintetasa, 2 secundarias a conectivopatía-overlap y 1 miositis inespecífica. La edad media al diagnóstico fue de 55,3 ± 17,1 y un 75% fueron mujeres. El porcentaje de positividad de los ANA fue del 79% y el 75% presentaron elevación de enzimas musculares. La mediana de elevación de enzimas musculares fue de 337,5 [111,5-2.699] para la CK y de 9,3 [5,1-26,9] para la aldolasa. El 75% tenía debilidad muscular, el 33% enfermedad pulmonar intersticial (EPID), el 16,7% disfagia y el 50% manifestaciones cutáneas, destacando un solo paciente con calcinosis en contexto de síndrome overlap polimiositis/esclerosis sistémica (PM/ES). Entre los anticuerpos identificados se encontraron: TIF1γ 20%, MDA5 12%, PM-Scl75 12%, PM-Scl100 20%, Jo1 12% y Ro52 29%. 2 pacientes pre-

sentaron positividad para Mi-2; uno con positividad simultánea para SRP y Ro-52 con diagnóstico de MNIM. Un paciente fue positivo para Ku con biopsia muscular compatible con miositis inespecífica. Los 3 pacientes MDA5+ presentaron EPID. Dos de los 5 pacientes con TIF1γ presentaron dermatomiositis paraneoplásica asociada a adenocarcinoma de ovario y de colon. Dos de las pacientes con diagnóstico histológico de MNIM presentaron negatividad en el estudio ampliado. Con respecto al tratamiento, el 45,8% recibieron metotrexato (MTX), 33,3% azatioprina (AZT), 37,5% micofenolato (MF), 20,8% ciclofosfamida (CFM), 29,2% rituximab (RTX) e inmunoglobulinas el 45,8%. Se utilizó abatacept en 2 pacientes con PM y MNIM que no respondieron a ningún tratamiento previo con buena respuesta en la PM. Para alcanzar la remisión un 33,3% precisó 2-3 líneas de tratamiento, mientras que un 20,8% necesitó hasta 4-5 líneas distintas.

Características de la muestra de estudio

Variable	Miopatías inflamatorias (n = 24)
Edad, media ± DE	55,3 ± 17,1
Mujeres, n (%)	18 (75)
Diagnóstico, n (%)	Miopatía necrotizante inmunomediada: 7 (29,2) Dermatomiositis: 6 (25) Polimiositis: 3 (12,5) Antisintetasa: 5 (20,8) Overlap PM/ES: 2 (8,3) Miositis inespecífica: 1 (4,2)
Manifestaciones extramusculares, n (%)	EPID: 8 (33) Esofágica: 4 (16,7) Cutáneas: 12 (50) Neoplasia 4 (16,7)
CK, mediana (RIQ)	337,5 (111,5-2.699)
Aldolasa, mediana (RIQ)	9,3 (5,1-26,9)
ANA, n (%)	18 (75)
Anticuerpos miositis, n (%)	TIF1γ: 5 (20,8) MDA5: 3 (12,5) PM-Scl75: 3 (12,5) PM-Scl100: 5 (20,8) Jo1: 3 (12,5) Ro52: 7(29,2) Ku: 1(4,2) Mi2 α/β: 2 (8,3) SRP: 2 (8,3) PL-12: 1(4,2)
ANA negativo (n = 5)	1 autoinmunidad negativa 1 Jo-1, Ro-52 1 TIF1γ, PM-Scl 100 1 MDA5 1 PM-Scl 75
Tratamientos n (%)	Metotrexato: 11 (45,8) Azatioprina: 8 (33,3) Micofenolato: 9 (37,8) Ciclofosfamida: 5 (20,8) Rituximab: 7 (29,2) Abatacept: 2 (8,3) Inmunoglobulinas: 11 (45,8)
Líneas de tratamiento hasta respuesta n (%)	1 línea: 11 (45,8) 2-3 líneas: 8 (33,3) 4-5 líneas: 5 (20,8)

DS: desviación estándar, RIQ: rango intercuartílico; EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo. EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.

**Conclusiones:** En nuestra muestra de los 5 pacientes con ANA negativo el 80% presentó positividad para algún autoanticuerpo específico de MI y los dos únicos con autoinmunidad negativa fueron diagnosticados de MNIM. El estudio de dicho perfil en las MI podría ser útil de cara a establecer el diagnóstico/pronóstico de los pacientes y así orientar pruebas complementarias adicionales, así como posibles líneas de tratamiento.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Minoru Satoh, Shin Tanaka, Angela Ceribelli, S John Calise, Edward K L Chan. A Comprehensive Overview on Myositis-Specific Antibodies: New and Old Biomarkers in Idiopathic Inflammatory Myopathy. Clin Rev Allergy Immunol. 2017;52(1):1-19.

**P400. CRITERIOS IWOS DE 2009 Y 2019 REVISADOS DE LA SARCOIDOSIS OCULAR. ESTUDIO DE UNA SERIE DE 384 PACIENTES DE UN ÚNICO HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Carmen Lasa-Teja<sup>1</sup>, Jorge Javier Gaitán-Valdizán<sup>2</sup>, Lara Sánchez-Bilbao<sup>1</sup>, José L. Martín-Varillas<sup>1</sup>, David Martínez-López<sup>1</sup>, Íñigo González-Mazón<sup>1</sup>, Raúl Fernández-Ramón<sup>2</sup>, Rosalía Demetrio-Pablo<sup>2</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

**Introducción:** La sarcoidosis es un trastorno inflamatorio sistémico que afecta a muchos órganos, incluidos los ojos. Las principales manifestaciones son la uveítis y la neuropatía óptica<sup>1</sup>. Los criterios del grupo International de Sarcoidosis Ocular (IWOS) para el diagnóstico de la sarcoidosis ocular (SO) se publicaron por primera vez en 2009 y se revisaron en 2019<sup>2,3</sup>. Los criterios IWOS son una herramienta que permite relacionar la uveítis con la sarcoidosis, especialmente cuando la clínica ocular es la primera manifestación de la enfermedad. Debido a las consecuencias de la SO, es esencial identificar e iniciar la terapia adecuada.

**Objetivos:** Comparar los resultados de los criterios IWOS aplicados en una misma población.

**Métodos:** Se estudió una gran cohorte (n = 384) de todos los pacientes diagnosticados de sarcoidosis desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2019. Finalmente, se incluyeron 344 pacientes según los criterios ATS/ERS/WASOG<sup>4</sup>. De inicio se aplicaron los criterios IWOS (2009) y los criterios revisados (2019) a los pacientes diagnosticados de sarcoidosis con síntomas oculares, y se compararon los resultados en ambos grupos para nuestra población. La concordancia entre los criterios IWOS de 2009 y 2019 se evaluó mediante el cálculo del coeficiente kappa de Cohen.

**Resultados:** 65 de 344 pacientes (51% hombres) tenían afectación ocular (18,9%), con una edad media de 56,7 ± 16,3 años. El 92,3% eran españoles y el 7,7% sudamericanos. La biopsia fue positiva para sarcoidosis en el 75,4% de los casos (n = 49) y negativa en el 6,2% (n = 4). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnósticos para IWOS 2009/IWOS 2019 en edad (p = 0,738/p = 0,495), sexo (p = 0,534/p = 0,459) ni nacionalidad (p = 0,529/p = 0,393). Cuando se aplicaron los criterios IWOS 2009, el 60% (39 pacientes) cumplían alguna de las categorías diagnósticas (43,1% diagnóstico definitivo, 13,8% diagnóstico de sospecha, 1,5% diagnóstico probable, 1,5% diagnóstico posible). De acuerdo con los

criterios IWOS 2019, el 53,8% (35 pacientes) cumplían alguna de las nuevas categorías diagnósticas (43,1% Definitivo, 7,7% de sospecha, 3,1% probable). La sensibilidad para IWOS 2009 fue de 0,6 y para IWOS 2019 fue de 0,53. Hubo una concordancia estadísticamente significativa entre los criterios IWOS 2009 y 2019 (p < 0,0001) con un fuerte nivel de concordancia (kappa = 0,824). Al analizar las categorías IWOS por separado, encontramos concordancia total en la categoría “diagnóstico definitivo”. Las categorías “diagnóstico probable” y “posible” en los criterios de 2009 se han fusionado en probable en los criterios de 2019 y hay una concordancia total al comparar ambas. La categoría “diagnóstico de presunción” es aquella que representa un mayor cambio en los criterios revisados. Encontramos una concordancia estadísticamente significativa (p = 0,000008) con un nivel de concordancia moderado (kappa = 0,524).

**Conclusiones:** Los criterios IWOS revisados de 2019 son menos sensibles en nuestra población. Sin embargo, la principal diferencia se encuentra en la categoría presupuesta: el requisito de al menos 2 signos intraoculares de uveítis implicó un cambio de 9 pacientes (13,8%) en IWOS 2009 a 5 (7,7%) en 2019. En nuestra población el criterio IWOS sigue teniendo una baja sensibilidad.

**BIBLIOGRAFÍA**

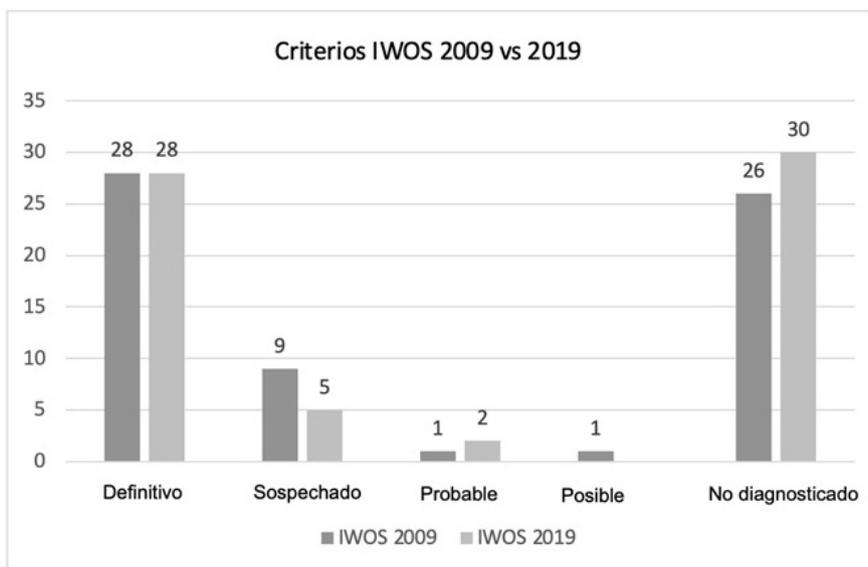
1. Eur Respir J. 1999;14:735-7.
2. Mochizuki M, Smith *et al.* Br J Ophthalmol. 2019;103(10):1418-22.
3. Sève P, *et al.* Semin Respir Crit Care Med. 2020;41(5):673-88.

**P401. FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA EN SÍNDROME ANTI-SINTETASA: UNA COHORTE UNICÉNTRICA**

Irene Peralta García<sup>1</sup>, Ann Mari Svensson<sup>2</sup>, Angeles Shunashy Galindo-Feria<sup>3,4</sup>, Antonella Notarnicola<sup>3,4</sup> Lara Dani<sup>3,4</sup> Ingrid E. Lundberg<sup>3,4</sup> y Maryam Dastmalchi<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Karolinska Universitetssjukhuset. Estocolmo. Suecia. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Departamento de Gastro, Dermatología y Reumatología. Karolinska Universitetssjukhuset. Estocolmo. Suecia. <sup>4</sup>División de Reumatología. Departamento de Medicina. Karolinska Institutet. Estocolmo. Suecia.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes afectos de miopatías inflamatorias idiopáticas (MII). De entre las MII, la



**P400 Figura.** Resultados de criterios IWOS 2009 y 2019 en la población definida.

**Tabla P401**

Características demográficas de los pacientes con síndrome antisintetasa (SAS) incluidos en la cohorte

	Total	Por anticuerpo				
		PL7, n = 8	PL12, n = 8	Jo1, n = 58	EJ, n = 4	OJ, n = 3
Mujeres, n (%)	55 (67,9)	6 (75)	5 (62,5)	40 (69)	3 (75)	1 (33,3)
Edad al inicio de la enfermedad, mediana años (Q1, Q3)	58 (48,67)	61 (35,68)	61 (48,67)	56 (47,65)	72 (46,76)	61 (55,74)
Tiempo desde el diagnóstico a la evaluación, mediana años (Q1, Q3)	6 (3,11)	10 (3,22)	4 (2,5)	7 (3,13)	2 (2,15)	4 (1,7)
Pacientes que cumplían criterios para afectación intersticial fibrótica progresiva, n (%)						
Criterios INBUILD	12 (14,8)	2 (25)	1 (12,5)	8 (13,8)	0 (0)	1 (33,3)
Guías de práctica clínica ATS/ERS/JRS/ALAT	14 (17,3)	3 (37,5)	1 (12,5)	10 (17,2)	0 (0)	0 (0)

EPID es más frecuente en pacientes con síndrome antisintetasa (SAS). Actualmente el tratamiento de esta complicación se basa en una combinación de altas dosis de glucocorticoides y otros inmunosupresores, como la ciclofosfamida o el rituximab. A pesar de ello existe un grupo de pacientes en los que la EPID progresa. Recientemente, se ha aprobado la utilización de un fármaco antifibrótico -nintedanib- para pacientes con afectación intersticial fibrótica progresiva (IFP).

**Objetivos:** Analizar si de entre los pacientes con SAS con empeoramiento de la EPID existe un grupo que cumpla la definición de fibrosis pulmonar progresiva que les haga candidatos al tratamiento con antifibróticos.

**Métodos:** Mediante el registro nacional sueco de miositis (Swedish Myositis network register) se identificó retrospectivamente una cohorte de pacientes diagnosticados de SAS con EPID y positividad para los anticuerpos anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ y/o anti-OJ (Ac-SAS). De todos ellos, se seleccionó el último TC de tórax, las pruebas funcionales respiratorias más recientes y se registró la progresión de síntomas respiratorios según constaba en la historia clínica. Los pacientes fueron diagnosticados de IFP conforme a los criterios del estudio INBUILD y las nuevas guías de práctica clínica de las sociedades internacionales de cirugía torácica y neumología (ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline 2022) (CPG). Una radióloga experta revisó los TC de tórax de aquellos pacientes que cumplían criterios para IFP.

**Resultados:** Se identificaron 147 personas con Ac-SAS positivos, 66 de las cuales no se incluyeron por seguimiento inferior a un año, falta de datos en el registro nacional o ausencia de EPID. Finalmente, se incluyeron 81 pacientes, 67,9% mujeres, con una mediana (Q1, Q3) de edad de 58 (48,67) años al inicio de la enfermedad (tabla). El tiempo medio de seguimiento desde el inicio de la enfermedad hasta que fueron valorados para IFP fue de 6 años. El hallazgo más prevalente en el TC fueron los cambios fibróticos inespecíficos (n = 28); sin cumplir criterios para neumonía intersticial usual (NIU) (n = 9) ni para neumonía intersticial no específica (NINE) de tipo fibrótico (n = 6). El segundo patrón más prevalente fue el de NINE (n = 18). Independientemente del tipo de patrón fibrótico en el TC, 14,8% de los pacientes cumplieron la definición de IFP según los criterios INBUILD y 17,3% según las CPG. El anticuerpo que se observó con mayor frecuencia en los pacientes que cumplían criterios para IFP fue anti-PL7 (25% y 37,5% para INBUILD y CPG respectivamente); sin poder calcular la significancia estadística debido al pequeño tamaño del subgrupo.

**Tabla P402**

Perfil de autoanticuerpos presentes en los pacientes de la cohorte

	Total	Combinación (%)	AAcs con los que se combina	
			2	3
Anti-Ku (Ku)	5	5 (100%)	ATA (1), ACA (1)	PmScl-ACA (1), U1-ACA (1), Th/To-U1 (1)
Anti-U1-RNP (U1)	4	2 (50%)	-	ACA-Ku (1), Th/To-Ku (1)
Anti-Th/To (Th/To)	4	2 (50%)	ACA (1)	U1-Ku (1)
Anti-PmScl (PmScl)	7	3 (43%)	ATA (1), ACA (1)	ACA-Ku (1)
Antitopoisomerasa (ATA)	22	5 (23%)	ARA (3), PMScl (1), Ku (1)	-
Anti-ARN polimerasa III (ARA)	13	3 (23%)	ATA (3)	-
Anti-centromero (ACA)	61	5 (8%)	PmScl (1), Th/To (1), Ku (1)	U1-Ku (1), PmScl-Ku (1)
Anti-U3-RNP (U3)	1	0 (0%)	-	-

Los números entre paréntesis indican el nº de pacientes.

**Conclusiones:** En este estudio transversal aproximadamente un 15% de los pacientes con SAS cumplían la definición de fibrosis progresiva y, por lo tanto, podían ser candidatos a tratamiento antifibrótico. Esta es la primera cohorte que sugiere que el tratamiento antifibrótico puede ser un posible objetivo de tratamiento en pacientes con EPID-MII en práctica clínica habitual.

**P402. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE MÁS DE UN AUTOANTICUERPO ASOCIADO A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA, EN LA CLÍNICA DE LOS PACIENTES**

Laura Tío<sup>1</sup>, Laura Triginer<sup>2</sup>, Irene Carrión Barberà<sup>1,3</sup>, Alfredo Guillen-del-Castillo<sup>4,5</sup>, Lidia Valencia-Muntalà<sup>2,6</sup>, Anna Ribes<sup>1</sup>, Jordi Monfort<sup>1,3</sup>, Tarek Carlos Salman-Monte<sup>1,3</sup>, Carmen Pilar Simeon-Aznar<sup>4,5</sup>, Javier Narváez<sup>2,6</sup> y Anna Pros<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>IMIM (Institut Hospital del Mar d'investigacions Mèdiques). Barcelona. <sup>2</sup>Unitat Funcional de Malalties Autoimmunes Sistèmiques (UFMAS). IDIBELL. Barcelona. <sup>3</sup>Servei de Reumatologia. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>4</sup>Departament de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>5</sup>VHIR. Enfermedades sistèmiques. Barcelona. <sup>6</sup>Departament de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

**Introducción:** Los autoanticuerpos (AAc) son una de las herramientas más utilizadas actualmente en la esclerosis sistémica (SSc) como biomarcadores. Se ha descrito que el 95% de los pacientes con SSc tienen al menos un AAc y ≈5% más de 1 AAc. Al observar solo los AAcs asociados con SSc (ASSc), esa prevalencia se reduce al 2,6%. La combinación suele conferir características clínicas diferentes en comparación con aquellos con positividad para un solo AAc.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de la combinación de AAcs-SSc en una serie de pacientes diagnosticados de SSc, y analizar las diferencias clínicas entre aquellos con positividad para un único AAcs-SSc frente a múltiples ASSc.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 134 pacientes con SSc en los que se determinó sistemáticamente el perfil ASSc mediante inmunoblot (Euroimmun®) que incluía antitopoisomerasa (ATA), anticentromero (ACA), anti ARN-Polimerasa III (ARA), anti-U3 -RNP (U3), anti-Th/To (Th/To), anti-Ku (Ku), anti-PmScl (PmScl) y anti-U1-RNP (U1). Se estudiaron las diferencias demográficas y clínicas entre aquellos con positividad para un ASSc frente a aquellos con más de

uno. Las diferencias se identificaron mediante la prueba exacta de Fisher y Mann-Whitney. El protocolo obtuvo la aprobación del CEIC (2020/9150/I).

**Resultados:** La tabla muestra el perfil de ASSc en nuestra cohorte: 128/134 (96%) eran ANA+, 111 (82%) presentaban 1 ASSc, 8 (8%) 2 ASSc y 3 (2,3%) tenían 3 ASSc concomitantes. Ku se encontró siempre en combinación con otros ASSc y en 3 pacientes se combinaba con 2 ASSc. Al comparar las características entre los pacientes con 1 ASSc vs. más de 1 observamos que el subtipo de SSc limitada asociada a ACA se perdió en las combinaciones ACA-U1-Ku+ y ACA-Ku+ (p = 0,038 y p = 0,039, respectivamente). Además, los pacientes con ATA-ARA+ tenían un índice en la escala de Rodnan modificada más alta que ATA+ (18,33 ± 2,08 frente a 9,67 ± 5,59, p = 0,036). No se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas en el resto de características, aunque se observó una tendencia a mayor presencia síntomas digestivos y enfermedad pulmonar intersticial, y menos miositis en pacientes ACA-U1-Ku+ vs. ACA+. Además, los pacientes ACA-PmScl-Ku+ presentan una tendencia a tener menos miositis que aquellos con PmScl+, y los pacientes ACA-Ku+ menos miositis que aquellos ACA+.

**Conclusiones:** La presencia concomitante de más de 1 Ssc-ab es más frecuente en nuestra cohorte de lo descrito inicialmente (8%), probablemente debido al análisis sistemático realizada en nuestro estudio. La combinación de ASSc puede modificar los fenotipos clínicos característicos asociados a ellos cuando se encuentran de forma aislada. El tamaño de muestra posiblemente ha limitado la observación de más diferencias existentes entre los grupos. La implementación de inmunoblots de rutina como cribado de ASSc para lograr una mejor caracterización de los pacientes podría ser una herramienta útil para los profesionales médicos, ya que estas combinaciones de ASSc pueden tener implicaciones pronósticas. Financiado por la Fundació la Marató de TV3 y parcialmente financiado la FER (Fundación Española de Reumatología).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Stochmal, A. *et al.* Antinuclear Antibodies in Systemic Sclerosis: an Update. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2020;58:40-51.
2. Clark *et al.* Combinations of scleroderma hallmark autoantibodies associate with distinct clinical phenotypes. *Sci Rep.* 2022;12:1-8.

**P403. EFICACIA Y SEGURIDAD DE MACITENTÁN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DIGITALES REFRACTARIAS**

Miriam Retuerto Guerrero<sup>1</sup>, C. Moriano Morales<sup>1</sup>, I. Castellví Barranco<sup>2</sup>, Belén Atienza-Mateo<sup>3</sup> y Elvira Díez Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de León. <sup>2</sup>Unidad de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción:** El fenómeno de Raynaud (fR) se utiliza para describir un síntoma complejo causado por la afectación vascular digital. La presencia de úlceras digitales (UD) debe llevar a una evaluación más exhaustiva de las causas secundarias del fR. Entre las afecciones que pueden asociarse al fR se encuentran las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), especialmente la esclerosis sistémica (ES). Las UD son una causa importante de morbilidad y tienen una alta tasa de recurrencia en la mayoría de los pacientes y pueden ser refractarias a múltiples tratamientos. El macitentan es un antagonista dual de los receptores de la endotelina autorizado para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. Su eficacia en el tratamiento de las UD asociadas a ES se ha evaluado en dos ensayos clínicos (DUAL-1 y DUAL-2; Khanna *et al.*, 2016), sin efectos visibles en su prevención o reducción. Sin embargo, estos ensayos han sido criticados por la metodología y el perfil de los pacientes incluidos.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y la seguridad de macitentan en pacientes con ERAS y UD refractarias.

**Métodos:** Estudio multicéntrico observacional español. Los datos se obtuvieron de forma retrospectiva a partir de las historias clínicas de 10 pacientes que padecían ERAS y UD refractarias secundarias a fR grave tratados con macitentan 10 mg/día. La respuesta total se definió como la curación completa de las UD y la mejoría parcial como la reducción del número o tamaño de las mismas. Se excluyeron aquellos pacientes con úlceras isquémicas causadas por otros factores.

**Resultados:** Se identificaron 10 pacientes, con una mediana de edad de 59 años (IQR 51-68), 80% mujeres, con una mediana de duración del fR y las UD de 56 (14-214) y 25 (9-215) meses (tabla). Ocho pacientes fueron diagnosticados de ES limitada; los ac antinucleares, ac anticentrómero y ac antifosfolípidicos fueron positivos en el 90%, 80% y 20% de los pacientes. La mayoría de los pacientes (90%) habían recibido previamente tratamiento con bosentan, y el motivo de la retirada del mismo fue ineficacia en 4 casos (44%) y efectos adversos (toxicidad hepática) en 5 (56%). 8 pacientes habían recibido prostanoides intravenosos sin respuesta. Al inicio de macitentan el número de UD fue de 5,5 (2,3-6) y se notificó gangrena digital en un caso. Dos pacientes fueron tratados con macitentan en monoterapia, 6 en combinación con antagonistas del calcio y 2 recibieron triple terapia (macitentan + antagonistas del calcio + inhibidor de PDE5). Solo un paciente abandonó el tratamiento por efectos adversos (edema de miembros inferiores). La mediana de seguimiento de los pacientes que no interrumpieron el tratamiento fue de 3,9 (IQR 2,4-5,7) años. El 78% (7/9) de los pacientes tuvieron una respuesta completa y el 22% (2/9) una respuesta parcial.

<b>Sexo femenino</b>	8 (80%)
<b>Edad<sup>2</sup></b>	59 (51-68)
<b>Duración del fR (m)<sup>2</sup></b>	56 (14-214)
<b>Diagnóstico</b>	
Esclerosis sistémica limitada	8 (80%)
Enf indiferenciada del tej conectivo	2 (20%)
<b>Ac Anticentrómero (+)</b>	7 (70%)
<b>Fumador activo<sup>2</sup></b>	3 (30%)
<b>Capilaroscopia</b>	
Cutolo patrón "precoz"	1 (10%)
Cutolo patrón "activo"	2 (20%)
Cutolo patrón "tardío"	5 (50%)
Inespecífico	3 (30%)
<b>Duración de las UD (m)<sup>2</sup></b>	25 (9-215)
<b>Número de las UD<sup>2</sup></b>	
<5	4 (40%)
≥5-10	5 (50%)
>10	1(10%)
<b>Localización de las UD<sup>2</sup></b>	
Manos	5 (50%)
Manos y pies	5 (50%)
<b>Terapia previa y/o actual</b>	
Antagonista del calcio	10 (100%)
Inhibidor PDE5	4 (40%)
Bosentan	9 (90%)
Prostanoides Intravenosos	8 (80%)
Antibióticos	5 (50%)
Estatinas	5 (50%)
Ácido acetilsalicílico	8 (80%)
Terapia sistémica <sup>3</sup>	3 (30%)
Amputación	3 (30%)
Simpatectomía quirúrgica	3 (30%)

<sup>1</sup>Los datos se representan en mediana (IQR), o número (%); <sup>2</sup>Al inicio de Macitentan;

<sup>3</sup>Terapia sistémica: corticosteroides, ácido micofenólico.

Características basales de 10 pacientes con úlceras digitales refractarias tratados con macitentan 10 mg/día.

**Conclusiones:** El macitentan parece ser un agente eficaz para el tratamiento de las UD isquémicas refractarias en pacientes que padecen ERAS con un perfil de seguridad favorable en la práctica clínica.

**P404. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON EPID ASOCIADAS A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

José Carlos García Hernández<sup>1</sup>, Ana Belén Llanos González<sup>2</sup>, Sara García Gil<sup>3</sup>, Juan Alfonso Bonilla Arjona<sup>4</sup>, Elisa Trujillo Martín<sup>1</sup>, María García González<sup>1</sup>, Vanesa Hernández Hernández<sup>1</sup>, Orlando Acosta Fernández<sup>2</sup> y Federico Díaz González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>3</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>4</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Sección Tórax. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

**Introducción y objetivos:** Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) engloban a un grupo de entidades con afectación pulmonar que puede manifestarse mostrando diferentes patrones histológicos y radiológicos que determinan su evolución. El objetivo ha sido analizar la evolución de los pacientes con EPID-EAS en tratamiento con rituximab (RTX).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de 29 pacientes con EPID-EAS en seguimiento por Reumatología y la Unidad de EPID del Servicio de Neumología, desde enero 2015 hasta octubre 2022, recibiendo tratamiento con RTX. Se analizaron características epidemiológicas, comorbilidades, hábitos tóxicos, patrones radiológicos, estudios inmunológicos, evolución funcional (capacidad vital forzada (FVC), difusión CO (DLCO), distancia recorrida en prueba de marcha de 6 minutos (PM6M) y tratamientos.

**Resultados:** La edad media fue 62 ± 11 años, siendo el 66% mujeres. El 48% eran exfumadores. El índice de comorbilidad de Charlson fue ≥ 3 puntos en un tercio de los casos. Entre las EPID-EAS más prevalentes destacan: 38% (11) artritis reumatoide, 15% (4) *interstitial pneumonia with autoimmune features* (IPAF) y 15% (4) *overlap* síndrome Sjögren-esclerodermia. El 31% de los casos al diagnóstico tenía un patrón radiológico de neumonía intersticial usual (NIU). En los estudios inmunológicos, los anticuerpos más prevalentes fueron: 38% factor reumatoide, 38% antipéptido cíclico citrulinado y 55% anticuerpos antinucleares. En todos los casos el perfil de miositis fue negativo. El tiempo medio de seguimiento por Reumatología fue 96 ± 36 meses y por Neumología 60 ± 36 meses. El 97% de los pacientes recibieron tratamiento esteroideo y 18% (5) antifibróticos; entre los inmunosupresores empleados previo inicio de RTX los más utilizados fueron metotrexato (45%), micofenolato (38%), ciclofosfamida (31%) y azatioprina (28%). La media de dosis de RTX fue 3,31 ± 2,11, presentando efectos adversos solo el 38% (11), siendo en su mayoría de carácter leve, produciéndose solo una exacerbación y 5 ingresos por infecciones oportunistas. A los 12 meses de iniciar el tratamiento con RTX se objetivó una mejora de FVC media (+121 ml y 4%), con estabilización de la DLCO y mejor tolerancia al ejercicio con aumento de la distancia media recorrida en PM6M (+44 metros). Actualmente, 11(38%) de los pacientes emplea oxígeno domiciliario, 1 está en lista de espera de trasplante pulmonar y han fallecido 10 (34%).

**Conclusiones:** El RTX en las EPID-EAS contribuye a alcanzar la estabilidad funcional con efectos adversos leves, favoreciendo por ende la mejor calidad de vida y supervivencia de estos pacientes. Es esencial un seguimiento estrecho conjunto por los servicios de Neumología-Reumatología a largo plazo para identificar precozmente signos de progresión y deterioro en estas patologías subsidiarias de optimización terapéutica.

**P405. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA GRAVE REFRACTARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO CON 12 PACIENTES**

Íñigo González Mazón<sup>1</sup>, Gerard Espinosa<sup>2</sup>, Carlos de la Puente<sup>3</sup>, Guillen Sada Urmeneta<sup>4</sup>, Carmen Secada-Gómez<sup>1</sup>, Adrián Martín-Secada<sup>1</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de enfermedades autoinmunes. Hospital Clínic. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

**Introducción:** La terapia farmacológica no modifica el curso natural de los pacientes con esclerodermia (ES). El trasplante autólogo de células hematopoyéticas (TACH) se ha usado en enfermedades inmunológicas refractarias, incluida la ES. El TACH se basa en la ablación del sistema inmunorreactivo con quimioterapia y una posterior regeneración del sistema inmune.

**Objetivos:** Estudiar la eficacia del TACH en una cohorte multicéntrica de pacientes con ES.

**Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes con ES (criterios EULAR/ACR de 2013) tratados con TACH entre 2002 y 2022. Se analizaron diferentes variables clínicas (fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, úlceras digitales, afectación pulmonar y afectación orgánica a otros niveles) e índices de actividad y calidad de vida (Score de Rodnan modificado y HAQ-DI).

**Resultados:** Se incluyeron 12 pacientes con las características basales descritas en tabla 1. En todos los casos excepto uno, el diagnóstico inicial fue de ES cutánea difusa, refractaria a tratamiento con corticoides y al menos 1 DMARD (metotrexato n = 7, rituximab n = 5, azatioprina n = 3, tocilizumab n = 1). Un paciente tenía una afectación cutánea limitada y fue tratado con TACH por un linfoma de Hodgkin concomitante. El tratamiento de acondicionamiento para el TACH fue ciclofosfamida y globulina antitumócica en todos los pacientes salvo uno que experimentó una reacción infusional (se suspendió la globulina) y otro con linfoma Hodgkin (recibió un esquema quimioterápico diferente). Tras el TACH, un paciente (8,3%) falleció por una parada cardiorrespiratoria secundaria a un edema agudo de pulmón en el día +45. Un paciente (8,3%) con una miocardiopatía restrictiva perdió el seguimiento a los 6 meses del TACH por traslado a otro centro ante la necesidad de un trasplante cardíaco. Además, este paciente sufrió una crisis renal esclerodérmica en los primeros 6 meses tras el TACH. Otros eventos adversos observados fueron neutropenia febril (n = 8, 66,7%), mucositis (n = 4, 33,3%), infección confirmada (n = 4, 33,3%) y enfermedad del suero (n = 3, 25,0%). La respuesta al TACH en el mes 6 y 12 tras el mismo se resume en la tabla 2. Se observó una mejoría en el Score de Rodnan modificado, úlceras cutáneas y HAQ-DI.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

Características basales	
n	12
Edad-media ± DE	42,3 ± 11,9
Tiempo de evolución-tiempo medio en meses ± DE	16,8 ± 12,0
Fumador - n (%)	7 (58,3)
Patrón cutáneo-difuso/limitado	11/1
ANA + - n (%)	12 (100)
Anti-Scl70+ - n (%)	9 (75,0)
Raynaud - n (%)	12 (100)
Esclerodactilia - n (%)	12 (100)
Úlceras - n (%)	10 (83,3)
Enfermedad pulmonar intersticial - n (%)	7 (58,3)
Hipertensión pulmonar- n (%)	0 (0)
Afectación renal - n (%)	1 (8,3)
Afectación cardíaca - n (%)	1 (8,3)
Afectación digestiva - n (%)	10 (83,3)

Tabla 2. Comparación de parámetros entre la consulta basal, a los 6 y a los 12 meses del TACH

	Basal	6 meses	12 meses
<b>Afectación cutánea</b>			
Raynaud-n (%)	12 (100)	11 (91,7)	9 (81,8)
Esclerodactilia-n (%)	12 (100)	10 (83,3)	9 (81,8)
Úlceras-n (%)	10 (83,3)	1 (8,3)	1 (0,9)
Score modificado de Rodnan	23,5 ± 11,3	8,5 ± 6,6	11,7 ± 8,6
<b>Pruebas de función respiratoria</b>			
CVF-media % ± DE	90,8 ± 12,8	94,2 ± 9,9	90,9 ± 17,2
FEV1-media % ± DE	91,0 ± 15,6	96,3 ± 9,7	92,9 ± 19,9
DlCO-media % ± DE	78,3 ± 25,5	64,7 ± 15,1	74,0 ± 15,6
<b>Pruebas de laboratorio</b>			
PCR (mg/dl)-media ± DE	3,4 ± 2,9	0,5 ± 0,4	0,48 ± 0,29
VSG-media ± DE	22,1 ± 10,5	3,3 ± 0,5	3,33 ± 1,15
Creatinina-media ± DE	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,2	0,70 ± 0,2
Tasa de filtrado glomerular-media ± DE	100,6 ± 14,2	99,3 ± 13,5	98,7 ± 16,0
<b>Calidad de vida</b>			
HAQ-DI-media ± DE/mediana [RIC]	2,7 ± 0,3	0,25 [0-0,50]	0,25 [0-0,38]

CVF = capacidad vital forzada. DlCO = difusión de CO. FEV1 = volumen expirado máximo en el primer segundo. PCR = proteína C reactiva. VSG = velocidad de sedimentación glomerular. HAQ-DI = Health Assessment Questionnaire-Disability Index.

**Conclusiones:** El TACH puede ser una opción terapéutica en los pacientes con ES grave refractaria.

**P406. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NINTEDANIB EN EPID ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. DATOS EN VIDA REAL**

María Martín López<sup>1</sup>, Jesús Loarce Martos<sup>2</sup>, Gema Bonilla Hernán<sup>3</sup>, Luis Gómez Carrera<sup>3</sup>, Belén Ruiz Antorán<sup>4</sup> y Carolina Merino Argumánez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>3</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>4</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Introducción:** El nintedanib es un fármaco antifibrótico con un triple mecanismo de acción: inhibidor de la angiocinasas que bloquea los receptores del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGFR 1-3), de los receptores del factor de crecimiento derivados de plaquetas (PDGFR alfa y beta) y de los receptores del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR 1-3). Está aprobado su uso en España para la fibrosis pulmonar idiopática, para el tratamiento de otras enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) con fenotipo fibrosante progresivo y para la EPID asociada a la esclerosis sistémica (ES).

**Objetivos:** Evaluar los primeros datos sobre seguridad y eficacia de nintedanib en práctica clínica en pacientes con EPID asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), incluyendo artritis reumatoide (AR), y búsqueda de posibles factores predictores de respuesta.

**Métodos:** Estudio multicéntrico observacional retrospectivo (hasta enero 2023). Se recogieron datos demográficos y clínicos en pacientes diagnosticados de EPID asociada a EAS tratados con nintedanib. Se realizó estadística descriptiva y para identificar los factores predictores de respuesta se utilizaron modelos de regresión logística (RL). Se calculó el OR ajustado por factores basales y de enfermedad y, se empleó un análisis multivariado de RL por etapas para identificar cualquier factor basal independiente que predijera la respuesta.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes con EPID asociada a EAS, 14 varones y 21 mujeres. La edad media (DE) fue 62 (13,5) años, el tiempo medio de evolución de la EAS de 8 (5,7) años y el tiempo medio de evolución de la EPID de 25 (51) años. La distribución en función de la EAS fue: ES (n = 16), AR (n = 10), neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF, n = 5), síndrome de Sjögren (n = 3), miopatía inflamatoria idiopática (n = 1). Presentaban las siguientes características clínicas basales: hipertensión arterial 37%, diabetes mellitus 14%, hábito tabáquico actual o en los últimos 10 años 37%, cardiopatía 20%, neumopatía 3%. El patrón radiológico basal por

TACAR fue: NINE (n = 5), NINE fibrótica (n = 12), NO (n = 1) y NIU (n = 17). En relación a las pruebas de función respiratoria basales, en media (DE), fueron: FVC(L) 2,197 (0,7), FVC(%) 66,5 (17,3), FEV1(L) 1,858 (0,6), FEV1(%) 68,3 (2,3), DLCo (%) 48,4 (17,4). Recibieron nintedanib un tiempo medio de 62 (37) meses, con una tasa de mantenimiento del fármaco a fecha de finalización de la observación de un 80%. Se observó una estabilización de la función pulmonar con respecto a la basal a partir de los 6 meses de tratamiento. En la tabla se muestran los datos medios (DE) a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento. Además, se realizó un análisis de factores predictores de caída de FVC (cualquier porcentaje) durante el tratamiento con nintedanib. No se encontró asociación estadísticamente significativa con hábito tabáquico, otra neumopatía/cardiopatía, diagnóstico de EAS, RSS (Rodnan Skin Score), úlceras digitales, hipertensión pulmonar, afectación esofágica, Scl-70, anticentrómero, factor reumatoide, ACPA, anticuerpos miositis, patrón del TACAR basal ni tratamiento concomitante de la EAS o durante los 6 meses previos. Los eventos adversos más frecuentes fueron diarrea (42%) y pérdida de peso (29%).

Evolución de los parámetros de función respiratoria durante el tratamiento

Tiempo	FVC(L)	FVC (%)	FEV1 (L)	FEV1 (%)	DlCo (%)
3 meses	1,995 (0,74)	59,4 (17,5)	1,649 (0,61)	60,8 (18,0)	46,0 (15,5)
6 meses	2,302 (0,76)	68,7 (20,1)	1,959 (0,61)	72,8 (19,2)	46,7 (17,3)
12 meses	2,190 (0,85)	64,9 (20,6)	1,805 (0,71)	66,8 (20,8)	44,0 (19,3)

**Conclusiones:** En condiciones de práctica clínica el nintedanib produce una estabilización en la FVC a partir de los 6 meses de tratamiento en pacientes con EPID asociada a EAS, con un perfil de seguridad aceptable.

**P407. FENOTIPOS CLÍNICOS DE SARCOIDOSIS EN UNA COHORTE DE 342 PACIENTES**

Fabrizio Benavides Villanueva<sup>1</sup>, Javier Loricera<sup>1</sup>, Raúl Fernández-Ramón<sup>2</sup>, Jorge J. Gaitán-Valdizán<sup>2</sup>, Íñigo González-Mazón<sup>1</sup>, Lara Sánchez-Bilbao<sup>1</sup>, José L. Martín-Varillas<sup>4</sup>, David Martínez-López<sup>3</sup>, Rosalía Demetrio-Pablo<sup>2</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Reumatología. Hospital Sierrallana. IDIVAL. Torrelavega. <sup>4</sup>Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo. IDIVAL. Laredo.

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida. La afectación más frecuente es respiratoria, especialmente con adenopatías hiliares bilaterales con o sin afectación pulmonar parenquimatosa. También puede presentar manifestaciones extrapulmonares en otros órganos como piel, ojos, hígado o sistema linfático. Según los fenotipos clínicos el pronóstico oscila desde leve hasta una gran morbimortalidad.

**Objetivos:** a) Identificar los diferentes fenotipos de sarcoidosis y b) describir las características principales de esos fenotipos.

**Métodos:** Estudio observacional de 342 pacientes diagnosticados de sarcoidosis desde 1999 hasta 2019 en todos los hospitales de una comunidad autónoma. Dividimos los pacientes en cuatro fenotipos o clusters: C1: afectación parenquimatosa pulmonar con disnea; C2: eritema nodoso y afectación articular con astenia; C3: adenopatía hilar aislada; C4: otras afectaciones de sarcoidosis extrapulmonar. Se utilizaron la prueba de chi-cuadrado y ANOVA para comparar las variables categóricas y continuas entre grupos respectivamente.

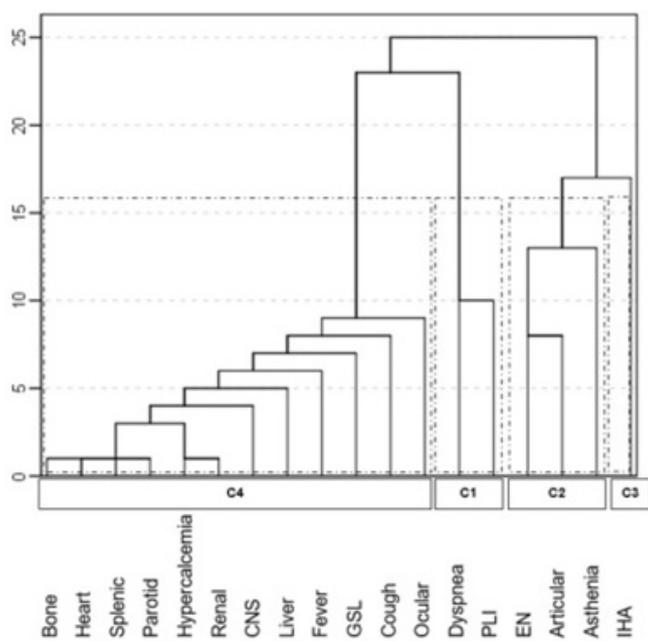
**Resultados:** Los 342 pacientes fueron divididos en: C1 (n = 128; 37,4%), C2 (n = 75; 21,9%), C3 (n = 82; 24,0%) y C4 (n = 57; 16,7%) (Tabla). La afectación pulmonar fue predominante en todos los grupos, que varió del 93,3% (C2) al 100% (C3). La afectación extrapulmonar fue mayor en C2 (97,3%) y C4 (98,2%). El tratamiento con corticoides sistémicos fue mayor (estadísticamente significativo) en el grupo C1 (75,8%) que en el resto (C2: 57,3%; C3: 48,8%; C4: 47,4%) (fig.).

**Tabla P407**

Características clínicas y demográficas de la población estudiada. Datos presentados en n (%) o media ± DE. (p por ANOVA entre grupos)

Características	Total (n = 342)	C1 (n = 128)	C2 (n = 75)	C3 (n = 82)	C4 (n = 57)	p
Sexo (femenino)	177 (51,8)	45 (35,2)	47 (62,7)	46 (56,1)	39 (68,4)	< 0,001
Edad al diagnóstico (años)	47,7 ± 15,1	46,4 ± 14,0	43,4 ± 13,1	51,7 ± 16,8	50,5 ± 15,5	0,002
Raza						0,8
Caucásica	322 (94,2)	121 (94,5)	70 (93,0)	76 (92,7)	56 (98,2)	
Hispana	15 (4,4)	5 (3,9)	4 (5,3)	5 (6,1)	1 (1,8)	
Negra	4 (1,2)	2 (1,6)	1 (1,3)	1 (1,2)	0	
Afectación pulmonar	302 (88,3)	120 (93,8)	70 (93,3)	82 (100)	30 (52,6)	< 0,001
Afectación extrapulmonar	234 (68,6)	68 (53,1)	73 (97,3)	37 (45,1)	56 (98,2)	< 0,001
Piel	117 (34,2)	26 (20,3)	56 (74,7)	3 (3,7)	32 (56,1)	< 0,001
Ojos	61 (17,8)	22 (17,2)	15 (20,0)	21 (25,6)	3 (5,3)	0,02
Hígado	33 (9,6)	12 (9,4)	5 (6,7)	10 (12,2)	6 (10,5)	0,7
Bazo	7 (2,0)	5 (3,9)	1 (1,3)	1 (1,2)	0	0,3
Hueso	4 (1,2)	1 (0,8)	2 (2,7)	0	1 (1,8)	0,4
Articulaciones	95 (27,8)	23 (18,0)	49 (65,3)	0	25 (43,9)	< 0,001
Parótida	4 (2,3)	2 (1,6)	3 (4,0)	2 (2,4)	1 (1,8)	0,7
Riñón	13 (3,8)	2 (1,6)	0	0	11 (19,3)	< 0,001
Sistema nervioso	29 (8,5)	6 (4,7)	16 (21,3)	6 (7,3)	1 (1,8)	< 0,001
Corazón	5 (1,5)	3 (2,3)	0	0	2 (3,5)	0,2

DE: desviación estándar; n = número.



Dendrograma del proceso de agrupación jerárquica que conduce a cuatro fenotipos: C1: afectación parenquimatosa pulmonar con disnea; C2: eritema nodoso y afectación articular con astenia; C3: adenopatía hiliar aislada; C4: otras afectaciones de sarcoidosis extrapulmonar.

**Conclusiones:** La sarcoidosis es una enfermedad muy heterogénea. Un análisis en fenotipos o *clusters* clínicos puede ser de utilidad en el manejo de la enfermedad.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Pacheco SP, et al. Cells. 2021;10. PMID: 1739240.

**P408. MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: UNA ENFERMEDAD CON MUCHAS CARAS**

Álvaro Román Perea, María Luisa Velloso Feijóo, Consuelo Ramos Giráldez, Minerva Berrocal Acedo, Celia Azábal Pérez y Carmen Trapero Pérez

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades poco frecuentes, caracterizadas por debilidad e inflamación muscular, asociado o no a manifestaciones extramusculares. Pueden aparecer de forma primaria o en el contexto de enfermedada-

des autoinmunes sistémicas (EAS), sin olvidar su posible relación con neoplasias.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia en pacientes con miopatías inflamatorias.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo. Se revisaron las historias digitalizadas de pacientes con miopatías inflamatorias evaluados en nuestra Unidad. Se analizaron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

**Resultados.** Se evaluaron 18 pacientes con miopatías inflamatorias. El 72,2% eran mujeres. La edad media fue 55,05 ± 12,47 años, con una edad media al diagnóstico de 42,05 ± 17,01 años. La distribución por tipo fue: dermatomiositis (DM) 27,8%, polimiositis (PM) 16,7%, DM amioipática 22,2%, miopatía necrotizante autoinmune 5,6%, síndrome antisintetasa 5,6%, DM juvenil 5,6%, miopatía inflamatoria anti-Ro 5,6%, y *overlap* con artritis reumatoide (AR) 11,2%. El 55,6% presentó artralgiás. El 55,6% tenía Raynaud. El 72,2% presentó lesiones cutáneas: 9 eritema palpebral o malar, 5 lesiones en escote, 4 lesiones esclerodermiformes, 4 pápulas de Gottron, 3 úlceras digitales, 1 *livedo reticularis* y 1 fotosensibilidad. El 38,9% tenía afectación pulmonar en forma de neumopatía intersticial. Solo 1 presentó asociación con neoplasia (adenocarcinoma de endometrio). En el 61,1% se detectó elevación de CPK, con una mediana de 1.442 µg/L (mín 43, máx 8.893). Se realizó biopsia al 66,7% de los pacientes, con datos de miopatía inflamatoria en el 91,7%. Respecto al perfil de anticuerpos, 2 eran anti-Jo 1 +, 1 anti-MDA 5 +, 1 antimúsculo liso +, 1 anti-Ro 52 y anti-Ro 60 +, el 38,9% ANA + con ENA negativos, y el 33,3% presentó anticuerpos negativos. Dos presentaban FR +, 1 ACPA + y 1 anti-DNA-ds +. En 8 pacientes se realizó capilaroscopia: 4 patrón esclerodermiforme, 2 inespecífico, 1 relacionado con SAF y 1 normal. Como tratamiento, se emplearon corticoides y FAMEsc en el 100% de los casos (10 metotrexato, 8 azatioprina, 7 micofenolato de mofetilo, 5 hidroxicloroquina, 2 leflunomida), FAMEb en el 38,9% (rituximab 5, etanercept 1, adalimumab 1) e inmunoglobulinas (Ig) iv en el 11,2%. En cuanto a la respuesta al tratamiento, presentaron respuesta total el 70,6%, parcial el 23,5% y ausencia de respuesta el 5,9% (cutáneo). Siete pacientes tenían neumopatía intersticial, el 71,4% mujeres, la edad media fue 57 ± 8,21 años, y la edad media al diagnóstico fue 50,43 ± 8,18 años. Dos tenían DM, 2 DM amioipática, 2 PM y síndrome antisintetasa. Dos eran anti-Jo 1 +, 1 antimúsculo liso +, y 4 anticuerpos -. La evolución en estos pacientes ha sido favorable. Todos recibieron corticoides, un 33% IG iv, un 66,7% ciclofosfamida, 71,42% micofenolato mofetilo y 3 pacientes rituximab ante la falta de respuesta a los previos.

**Conclusiones.** Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades (distintos perfiles clínicos, variedad de autoanticuerpos y distintos grados de severidad). Nuestra serie es

una muestra de esta diversidad, que supone un reto diagnóstico, para filiar correctamente el cuadro y poder realizar un tratamiento de forma precoz que favorezca una mejor respuesta. No existe un tratamiento específico según tipo de miopatía o perfil de anticuerpos; estando recomendado el esquema utilizado en nuestra serie.

**P409. RESPUESTA HUMORAL TRAS LA VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB Y BELIMUMAB**

Enrique Júdez Navarro<sup>1</sup>, L. Cebrian<sup>1</sup>, G. Sánchez Nieves<sup>1</sup>, S Soro<sup>1</sup>, N Aviles<sup>1</sup>, A Monroy<sup>1</sup>, I. Labiano<sup>1</sup>, G. García-Consuegra<sup>1</sup>, M.A García Morales<sup>1</sup> y F.A. Pretel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. <sup>2</sup>Fundación Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.

**Introducción:** En marzo de 2022, la AEMPS aprobó la autorización para el empleo de Evusheld para la prevención de COVID-19 siguiendo las recomendaciones acordadas por la Comisión de Salud Pública (CSP). Dichas recomendaciones incluían en el grupo 3 a los pacientes en “Tratamiento inmunosupresor (IS) con inmunomoduladores biológicos como anti-CD20, abatacept o belimumab” dada respuesta inadecuada a la vacunación que se asocia al empleo de estas terapias.

**Objetivos:** Estudiar la respuesta humoral alcanzada tras la vacunación frente al COVID-19 en los pacientes con enfermedades autoinmunes (EA) en tratamiento con rituximab (RTX) y belimumab (BEL). Determinar si la respuesta humoral a las vacunas es distinta en los pacientes tratados con RTX frente a BEL. Analizar asociaciones entre variables clínicas y sociodemográficas y una diferente respuesta a la vacunación.

**Métodos:** Se contactó telefónicamente con todos los pacientes en seguimiento por reumatología que estaban recibiendo tratamiento con RTX y belimumab previamente (al menos 6 meses) a la vacunación frente al COVID. Entre 06/2022 y 08/2022 se determinó el nivel de Ac en sangre frente a SARS-CoV2. Una cifra de Ac superior a 50 AU/mL indicaba inmunización adecuada frente a la vacuna. Se realizó una recogida retrospectiva de variables clínicas (patología, tratamiento concomitante con IS y corticoides (CS)), sociodemográficas (edad y sexo), relacionadas con la vacunación (tipo y pauta de vacunación) así como con el tratamiento (duración del tratamiento con RTX y BEL, así como dosis previa y acumulada de RTX). Se realizó análisis descriptivo y comparaciones con test estadísticos en función del tipo de variables. Nivel de significación estadística  $p < 0,05$

**Resultados:** De los 37 pacientes incluidos (78% mujeres, edad media 55,16 (± 12,41) años, 28 estaban recibiendo RTX (75%) y 9 BEL (25%) durante una media de 3,62 años (± 2,50 años) y con una dosis acumulada de RTX > 6 g en el 42,8% de los pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron LES (37%) y AR (21%), el 60% estaba con tratamiento IS concomitante y el 40% con corticoides (CS) a dosis igual o menor a 7,5 mg PDN/día (tabla). Tan solo 1 paciente no había sido vacunado y 2 pacientes (5,5%) habían recibido una pauta incompleta de vacunación (2 dosis). Se determinó el nivel de Ac frente al SARS-CoV2 en 34 pacientes (92%) de los cuales 8 pacientes (23,5%) presentaban un nivel de Ac inferior a 50 AU/mL, todos ellos en el grupo de RTX. No se observaron diferencias entre los grupos de tratamiento (RTX vs. BEL) y la vacunación recibida (tipo y pauta), determinación de Ac o el empleo y dosis de CS e IS. Respecto a la inmunidad alcanzada (> 50 AU/mL) no se observaron diferencias entre los grupos (RTX vs. BEL) aunque el nivel absoluto de Ac fue mayor en BEL ( $p = 0,02$ ) pero con una magnitud de la SD superior a las medias. Se observó una tendencia no significativa entre Inmunidad no alcanzada (< 50 AU/mL) y el tratamiento con RTX la dosis administrada previa a la vacuna de 2 g (no dosis acumulada) y la fecha de infusión.

<b>Diagnóstico</b>		
• LES	n=14	38%
• AR	n=12	32%
• ES	n= 8	21%
• Otros (ES, MII, SS)	n=7	19%
<b>Inmunosupresores</b>	Si (n=22)	60%
	No (n=17)	40%
<b>Corticosteroides</b>	Si (n=17)	40%
	No (n=17)	60%

Características clínicas.

**Conclusiones:** El belimumab no disminuye la respuesta humoral frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 mientras que un porcentaje considerable de pacientes en tratamiento con RTX no alcanzaron niveles protectores de Ac. El pequeño número de pacientes en tratamiento con belimumab podría haber influido en la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

**P410. ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS REUMATOLÓGICOS RELACIONADOS CON INMUNOTERAPIA DEL CÁNCER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULÍ**

Arturo Llobell Uriel<sup>1</sup>, A. Gómez<sup>1</sup>, L.A. Fernández<sup>2</sup>, E. Gallardo<sup>2</sup>, M.A. Seguí<sup>2</sup>, S. Retamozo<sup>1</sup>, A. Berenguer<sup>1</sup>, S García-Cirera<sup>1</sup>, E Costa<sup>1</sup>, A García-Pinilla<sup>1</sup>, C. Galisteo<sup>1</sup>, B. López<sup>3</sup> y J. Gratacós<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

<sup>2</sup>Servicio de Oncología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

<sup>3</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

**Introducción:** La inmunoterapia contra el cáncer se basa en el uso de tratamientos dirigidos a moléculas concretas del sistema inmune, modificando su funcionamiento con el objetivo de bloquear los mecanismos que regulan la respuesta inmune hacia la tolerancia del cáncer (los llamados *immune checkpoints* o puntos de control inmunitario), potenciando una respuesta del propio sistema inmune frente a las células tumorales. Aunque estos tratamientos poseen perfiles aceptables de seguridad y tolerabilidad, se ha identificado un aumento en la aparición de efectos adversos inmunomediados (*immune related adverse events*, irAEs en inglés) en relación a estos tratamientos. Estos irAEs pueden afectar potencialmente a cualquier órgano y sistema, con una gran heterogeneidad de manifestaciones y gravedad. En el caso de las manifestaciones reumáticas, se están documentando casos de artritis, miositis, síndrome seco, síndrome polimialgico y otros, relacionados con dicha inmunoterapia<sup>1</sup>.

**Objetivos:** Analizar la aparición de manifestaciones autoinmunes sistémicas y/o reumatológicas relacionadas con el uso de inmunoterapia basada en inhibidores de los *checkpoints* inmunes (ICI) para el tratamiento de neoplasias.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, con inclusión de los 375 pacientes que iniciaron tratamiento con inmunoterapia con inhibidores de *checkpoints* inmunes (ICIs) en el HUPT durante el periodo de 2016 al 2022. Un reumatólogo revisó las historias clínicas de los pacientes para identificar posibles manifestaciones compatibles con reumatismo inflamatorio (polimialgia reumática, artritis, miositis, síndrome seco, arteritis...) asociadas al uso de ICI. Se realizó un análisis estadístico para buscar diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos.

**Resultados:** Se analizaron los 375 pacientes tratados con ICIs. Se evidenció que 28 presentaron manifestaciones reumatológicas. Las

características demográficas y clínicas se recogen en la tabla 1. Las características de los 28 pacientes con irAEs reumatológicos se recogen en la tabla 2. Se hallaron diferencias significativas en la aparición de irAEs reumatológicos según el sexo, con mayor incidencia en mujeres (p = 0,00665), así como diferencias significativas entre las distintas neoplasias, con mayor probabilidad de irAEs en los pacientes tratados por melanoma (p = 0,0244). No se hallaron diferencias significativas entre los distintos tratamientos (anti-PD1, anti-PDL1).

Tabla 1: Datos demográficos y clínicos de pacientes tratados con ICI

	Grupos	Total tratados con IT	Con irAE reumatológica
Sexo	Hombre	296 (78,9%)	16 (5,4%)
	Mujer	79 (21,1%)	12 (15,2%)
Edad de inicio de IT		66,683 [64,923, 68,060]	67,967 [63,302, 74,056]
Tipo de tumor	Pulmón	217 (57,9%)	12 (5,5%)
	Melanoma	43 (11,5%)	9 (20,9%)
	Vesical	39 (10,4%)	1 (2,6%)
	Renal	25 (6,7%)	1 (4,0%)
	ORL	18 (4,8%)	1 (5,6%)
	Gastroesofágico-colorrectal	17 (4,5%)	2 (11,8%)
	Otros	16 (4,3%)	2 (12,5%)
Tipo de IT	Anti-PD-L1	97 (25,9%)	5 (5,2%)
	Anti-PD-1	278 (74,1%)	23 (8,3%)
Total		375	28

**Conclusiones:** El uso cada vez más frecuente de la inmunoterapia con ICIs en el tratamiento del cáncer ha llevado a un aumento en la aparición de irAEs en estos pacientes. En nuestro estudio factores como ser mujer o tener melanoma parecen favorecer el desarrollo de estas manifestaciones clínicas. No hemos observado sin embargo diferencias significativas entre los diferentes tipos de ICIs. Son necesarios estudios más exhaustivos y con un mayor número de pacientes para poder asegurar las diferencias identificadas y encontrar nuevas.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Cappelli LC, Gutiérrez AK, Bingham CO 3rd, Shah AA. Rheumatic and Musculoskeletal Immune-Related Adverse Events Due to Immune Checkpoint Inhibitors: A Systematic Review of the Literature. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69(11):1751-63.

**P411. INMUNOGLOBULINAS ENDOVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EN UNA REGIÓN DEL NORTE DE ESPAÑA: ANÁLISIS POR SUBTIPOS**

Cristina Corrales-Selaya<sup>1</sup>, Fabricio Benavides-Villanueva<sup>1</sup>, Diana Prieto-Peña<sup>1</sup>, David Martínez-López<sup>2</sup>, Jose Luis Martín-Varillas<sup>3</sup>, Alfonso Corrales<sup>1</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>3</sup>Hospital Comarcal de Laredo.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas principalmente por la presencia de inflamación y debilidad muscular. Los principa-

Tabla P410

Tabla 2: Características de los pacientes con irAEs reumatológicas

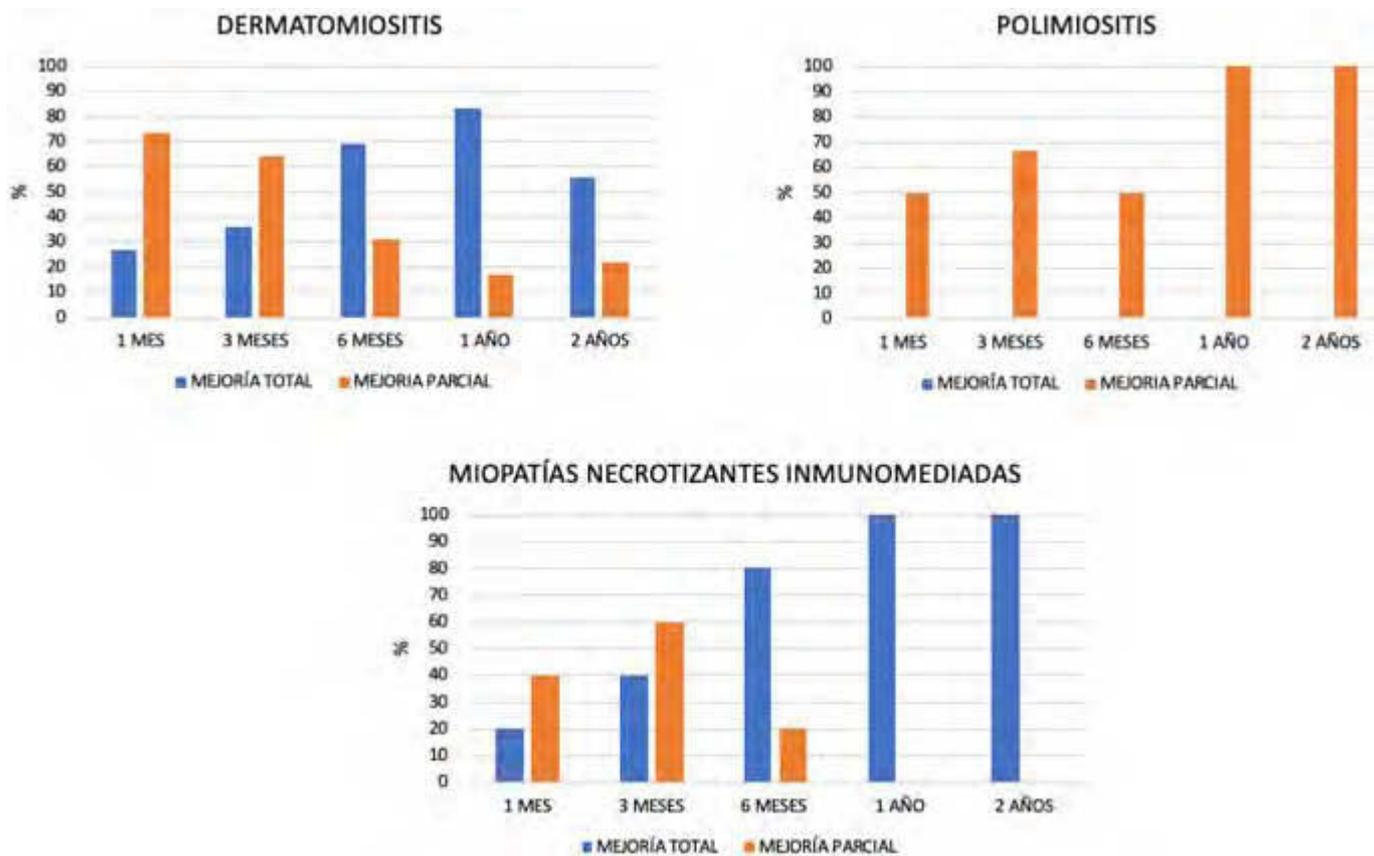
	Grupos	N(%)	Neoplasia			Tiempo medio aparición irAE (días)
			Pulmón	Melanoma	Otros	
Tipo de IT	Anti-PD-L1	5 (17,9%)	2		3	179
	Anti-PD-1	23 (82,1%)	10	10	3	174
Tipo de irAE reumatológica	Síndrome polimiálgico	10 (35,7%)	6	1	3	100
	Poliartritis	7 (25%)	2	4	1	205
	Miositis	5 (17,9%)		3	2	30
	Síndrome seco	3 (10,7%)	2	1		173
	Artritis psoriásica	1 (3,6%)	1			189
	Espondiloartritis	1 (3,6%)	1			187
	Arteritis de células gigantes	1 (3,6%)		1		81
Total		28 (100%)	12	10	6	

les subtipos de MII son dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), miositis por cuerpos de inclusión (MCI), miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNI) y síndrome antisintetasa (SAS). Actualmente el tratamiento de las MII no está bien establecido. Las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) constituyen una alternativa terapéutica de las MII. Aunque su mecanismo de acción no se conoce con precisión, diversos estudios sugieren que son eficaces en el tratamiento de múltiples enfermedades reumatológicas, incluyendo las MII.

**Objetivos:** El principal objetivo es describir el uso de IVIG, así como determinar su eficacia en los diferentes subtipos de MII en una cohorte de pacientes del norte de España.

**Métodos:** Estudio observacional de pacientes con MII que requirieron al menos un ciclo de IGIV entre enero del 2000 y diciembre de 2022. Se incluyeron pacientes con MII que cumplían a) criterios EULAR/ACR 2017 para DM y PM, b) Definición de European Neuro-muscular International Workshop 2016 para MNIM y c) Criterios de Connor 's en SAS. La eficacia del tratamiento se estudió atendiendo a a) variables clínicas (debilidad muscular), b) variables analíticas (creatina kinasa, CK) y c) efecto ahorrador de corticoides. Todos estos factores se midieron al mes, 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años tras el inicio del tratamiento con IGIV. La debilidad muscular se midió en 3 territorios (extremidades superiores, inferiores y músculos flexores del cuello) utilizando la escala de fuerza muscular de la MRC (Medical Research Council Grading System). Su evolución fue clasificada en 3 categorías: mejoría completa, mejoría parcial y ausencia de mejoría. El esquema de tratamiento con IGIV utilizado fueron 2 g/kg repartidos en 2-5 días.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 37 pacientes con MII, 29 mujeres (78%) y 8 hombres (22%), con una edad media (47 ± 27). El grupo más frecuente fue la DM (n = 27; 73%), seguido de MNIM (n = 6; 16%), PM (n = 3; 8%) y SAS (n = 1; 3%). Entre los pacientes con DM, 8 (30%) recibieron IGIV como tratamiento de inducción asociado al tratamiento estándar, mientras que 19 (70%) las recibieron tras bolos de metilprednisolona (n = 10; 53%), prednisona (dosis media de 45 mg/día) (n = 9; 100%), asociados a otros inmunosupresores (IS) (metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida o micofenolato). La indicación principal de las IGIV en este grupo fue la debilidad muscular (n = 19; 70%) y la afectación cutánea (n = 8; 30%). La indicación principal de las IGIV en la DM fue la debilidad muscular (n = 19; 70%) y la afectación cutánea (n = 8; 30%). Todos los pacientes con PM (n = 3) habían recibido tratamiento previo con prednisona 60 mg/día. La indicación fundamental fue la debilidad muscular (n = 3, 100%). De los 6 pacientes con MNIM, 5(67%) recibieron IVIG como tratamiento de inducción y 1 paciente (33%) tras Prednisona 60 mg/día. En todos ellos la indicación fue la debilidad muscular. Solamente un paciente con SAS recibió tratamiento con IGIV, debido a la afectación pulmonar intersticial y a la debilidad muscular. Se observó una mejoría de la debilidad muscular (total y/o parcial) (fig. 1), de los niveles de CK (fig. 2) y una disminución de la dosis de los corticoides (fig. 3).



P411 Figura 1. Mejoría de la debilidad muscular (%).

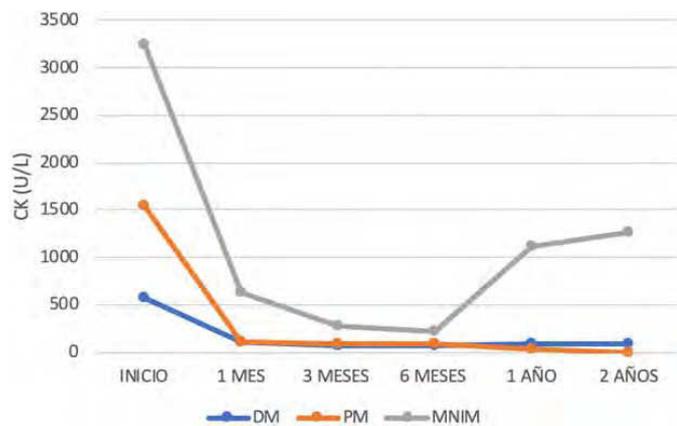


Figura 2. Evolución de los Niveles de CK (U/L).

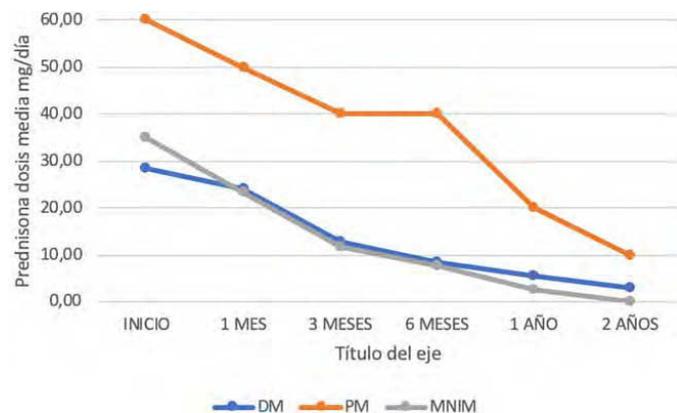


Figura 3. Evolución de la dosis de corticoides (prednisona mg/d).

**Conclusiones:** Las IVIG parecen eficaces en los 3 subtipos de MII estudiadas.

**P412. LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y LA MALNUTRICIÓN SE ASOCIA CON MAYOR RIESGO DE SARCOPENIA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA**

Laura Cano García, R. Redondo-Rodríguez, N. Al Mashhadani<sup>1</sup>, M.C. Ordóñez-Cañizares, A. García-Struder y S. Manrique-Arija

Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

**Introducción:** La sarcopenia es una condición muscular caracterizada pérdida de masa y función del músculo esquelético. La malnutrición es un grave problema de salud que emporra procesos comórbidos. Ambos procesos se asocian a enfermedades crónicas, elevan la complejidad de los procesos y en el caso de la sarcopenia predice discapacidad, hospitalización y muerte.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de sarcopenia, riesgo de malnutrición y malnutrición y sus factores asociados de una serie de pacientes con esclerosis sistémica (ES).

**Métodos:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Participantes: reclutamiento consecutivo de pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) seguidos en nuestra unidad. El seguimiento de estos pacientes se realiza habitualmente cada 3 a 6 meses en consulta y todos los pacientes fueron registrados en una base de datos. Aceptaron y firmaron el consentimiento el 90% de los pacientes, el resto rechazó por dificultades de desplazamiento o laborales. Variables: la variable principal fue sarcopenia definida según criterios European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOPII) y la sarcopenia grave que según criterios EWGSOPII incluye además el rendimiento físico en el test de marcha de 4 metros. La variable

desnutrición o riesgo de desnutrición definida según el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA), se definió malnutrición con puntuación menor o igual a 7, riesgo de malnutrición con puntuaciones entre 8 y 11 y nutrición normal con valores superiores a 11. La actividad inflamatoria se evaluó mediante la proteína C reactiva (PCR). Se recogieron datos antropométricos, clínicos y analíticos, así como actividad física evaluada por GPAQ, polimedición (si toman > 3 fármacos), grado funcional de Steinbrocker y Short Physical Performance Battery (SPPB). Análisis estadístico: descriptivo, bivariante y un modelo de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a malnutrición y riesgo de malnutrición. Variables análisis estadístico: descriptivo y dos modelos de regresión logística para identificar factores asociados a sarcopenia y a sarcopenia grave.

Características clinicoepidemiológicas de los 52 pacientes de esclerosis sistémica

Variable	ES n = 52
Mujer, n (%)	51 (98,1)
Edad en años, media (DE)	60,8 (11,0)
Patrón cutáneo limitado, n (%)	40 (76,9)
Patrón cutáneo diseminado, n (%)	12 (23,1)
EPID, n (%)	17 (32,7)
HTAP, n (%)	5 (9,6)
Anticentrómero, n (%)	28 (53,8)
Anti-SI70, n (%)	10 (19,2)
Otros anticuerpos, n (%)	9 (17,3)
MNA estado nutricional normal n (%)	34 (64,5)
MNA riesgo de malnutrición, n (%)	17 (32,7)
MNA malnutrición, n (%)	1 (1,9)
Sarcopenia, n (%)	12 (23,1)
Sarcopenia severa, n (%)	6 (11,5)
Circunferencia pantorrilla derecha, media (DE)	34,5 (5,5)
Circunferencia pantorrilla izquierda, media (DE)	34,5 (5,3)
Pérdida de peso > 1 kg en los últimos 3 meses, n (%)	25 (48,1)
Polifarmacia, n (%)	12 (23,1)
GPAQ media (DE)	669,5 (666,9)
PCR mg/dl, media (DE)	8,3 (8,7)
Calcio mg/L media (De)	9 (1,2)
Prealbúmina mg/dl, media (DE)	21,4 (4,6)

ES: esclerosis sistémica; DE: desviación estándar; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; HTAP: hipertensión arterial pulmonar; MNA: cuestionario de malnutrición; PCR: proteína C reactiva.

**Resultados:** Se incluyeron 52 pacientes, de los cuales, 51 (98,1%) eran mujeres, con una media (DE) de edad de 60,8 (11,0) años. 17/52 pacientes (32,7%) presentaban riesgo de malnutrición y 1/52 pacientes (1,9%) presentaban malnutrición (tabla). Los pacientes con sarcopenia en comparación con el resto, tuvieron más frecuentemente anticuerpos anti-Sc170 (41,7% vs. 12,5%; p = 0,030) y estaban polimedificados (87,5% vs. 60,0%; p = 0,022). Así mismo los pacientes con sarcopenia tenían peores valores de media (DE) en el grado funcional de Steinbrocker (2,58 [1,24] vs. 1,75 [0,89]; p = 0,040). Los pacientes con sarcopenia severa en comparación al resto tuvieron valores medios (DE) más bajos de prealbúmina (19,2

[3,3] vs. 21,6 [4,7]; p = 0,001) y eran con mayor frecuencia dependientes en domicilio (16,7 vs. 2,5%; p = 0,03). El análisis multivariante identificó que la única variable asociada a sarcopenia en los pacientes con ES fue la PCR (OR [IC95%], 1,125 [1,037-1,220]; p = 0,004) (R<sup>2</sup> = 0,282). De forma similar, la PCR también se asoció de manera independiente a la sarcopenia grave (OR [IC95%], 1,240 [1,081-1,423]; p = 0,002) (R<sup>2</sup> = 0,314). Los pacientes con riesgo de malnutrición y malnutrición en comparación con los pacientes con estado nutricional normal, tenían con más frecuencia sarcopenia (44,4 vs. 11,8%; p = 0,01), sarcopenia grave (27,8 vs. 2,9; p = 0,01), pérdida de peso (100,0 vs. 55,6%; p < 0,001) y polimedicación (94,4 vs. 67,6%; p = 0,02). El análisis multivariante, el único factor asociado a la malnutrición en ES fue la sarcopenia (B [IC95%], -2,521 [-4,867, -0,175]; p = 0,036) (R<sup>2</sup> = 0,115).

**Conclusiones:** La sarcopenia está vinculada a la actividad inflamatoria en ES y la malnutrición predispone al desarrollo de sarcopenia. Esta comorbilidad tiene graves consecuencias en la funcionalidad e independencia por lo que es importante la prevención y detección precoz de la sarcopenia y de sus factores asociados.

### P413. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EN UNA REGIÓN DEL NORTE DE ESPAÑA

Cristina Corrales-Selaya<sup>1</sup> David Martínez-López<sup>2</sup>, Diana Prieto-Peña<sup>1</sup>, José Luis Martín-Varillas<sup>3</sup> y Ricardo Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>3</sup>Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de inflamación y debilidad muscular. Los principales subtipos son dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), miositis por cuerpos de inclusión (MCI), miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNIM) y síndrome antisintetasa (SAS).

**Objetivos:** Estudiar las características epidemiológicas y clínicas de las miopatías inflamatorias diagnosticadas en una región del norte de España.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo Se incluyeron todos los casos incidentes de miopatías inflamatorias idiopáticas (excluyendo MCI) diagnosticadas entre enero de 2000 y diciembre de 2022. El diagnóstico fue realizado de acuerdo con a) los Criterios de Clasificación de miopatías Inflamatorias EULAR/ACR 2017 para DM y PM, b) la Definición de European Neuromuscular International Workshop 2016 para MNIM, y c) los Criterios de Connor en el caso de SAS.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 63 pacientes, 44 mujeres (69,8%) y 19 varones (30,2%), con una media de edad de 53,9 ± 18,6 años. La prevalencia de MII fue de 8,20 casos por 100.000 habi-

Estudio, año	País, fuente de datos	Periodo	Población	Prevalencia/100.000 habitantes	Casos incidentes	Incidencia (Millón personas-año)
Tran et al, 2012	Inglatera, Base de datos hospitalaria	2000-2009	1.72 millones	27,2	326	19
Vincze et al, 2013	Hungría, Registro miositis	1999-2010	9.82 millones	ND	1119	9,5
Svensson et al, 2017	Suecia, Base de datos hospitalaria	2007-2011	9.48 millones	14	558	11
Ostrovrsnik, 2018	Eslovenia, Base de datos hospitalaria	2010-2017	704.342	ND	65	11,5
Estudio actual, 2023	España, Base de datos hospitalaria	2000-2022	585200	8,2	63	4,9

P413 Figura 1. Tabla 1. Revisión bibliográfica de estudios publicados entre 2000-2022 en Europa.

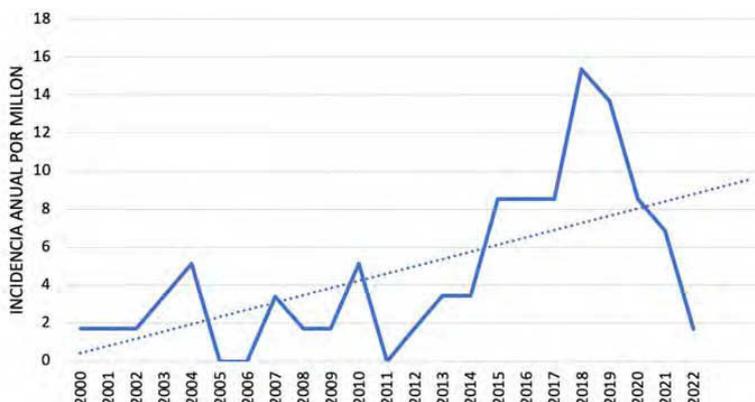


Figura 2. Incidencia anual de las miopatías inflamatorias Idiopáticas en 2000-2022.

	Dermatomiositis (n=34)	Polimiositis (n=5)	Miopatía Necrotizante Inmunomediada (n=9)	Síndrome Antisintetasa (n=15)
Edad al diagnóstico (años), media ± DS	53.9 ± 18.6. (*DMJ 5.5 ± 1.7	54.8 ± 11.6	64.5 ± 7	52.7 ± 11.7
Género (mujer), n (%)	26 (76.5)	3 (60)	6 (66.7)	9 (60)
Dislipemia, n (%)	10 (29.4)	2 (40)	9 (100)	4 (26.7)
Hipertensión, n (%)	9 (26.5)	1 (20)	7 (77.8)	1 (6.66)
Diabetes Mellitus, n (%)	4 (11.8)	.	7 (77.8)	.
Cancer, n (%)	6 (17.7)	.	.	.
Estatinas, n (%)	5 (14.7)	2 (40)	8 (88.9)	4 (26.7)
Duración de los síntomas antes del diagnóstico, mediana [RIC].	0.1 [0.1-4]	10 [6.5-15.0]	4.0 [3.0-5.0]	6.00 [6.00-12.00]
Debilidad muscular, n (%)	26 (76.5)	3 (60)	9 (100)	3 (20)
Mialgias, n (%)	11 (32.4)	2 (40)	4 (44.4)	4 (26.7)
Papulas de Gottron /Signo /Rash en heliotropo, n (%)	27(79.4)/25 (73.5)/11(32.3)	.	.	1 (6.7) / . / .
Artritis, n (%)	9 (26.5)	1 (20)	.	4 (26.7)
Raynaud, n (%)	3 (8.8)	1 (20)	.	9 (60)
Enfermad Pulmonar Intersticial, n (%)	5 (14.7)	2 (40)	.	14 (93.3)
Disfagia, n (%)	15 (44.1)	.	3 (33.3)	2 (13.3)
Disfagia/ Calcinosis, n (%)	6 (17.6)	.	.	.
Pérdida de peso, n (%)	4 (11.8)	2 (40)	5 (55.6)	.
Creatin-Kinase (UI/L), mediana [RIC]	533 [226.5-1325.5]	3360 [3158-4100]	4977 [3273-9271]	57 [35-550]
Aldolase (IU/L), median [IQR]	16.5 [10-25]	53.0 [13.5-107.8]	42.5 [26.5-63.0]	9 [9.0-9.0]
LDH mg/dl, media ± DS	489.49 ± 223.72	1360 ± 992.7	654 ± 258	343.6 ± 151.2
AntiJo1, n (%)	1 (2.94)	2 (40)	0	4 (26.7)
MI2, n (%)	1 (2.94)	0	0	0
MDA5, n (%)	3 (8.82)	0	0	0
PL7, n (%)	0	0	0	7 (46.7)
PL12, n (%)	0	0	0	4 (26.7)
EJ, n (%)	1 (2.94)	0	0	0
HMGCR	0	0	9 (100)	0
Ro52, n (%)	3 (8.82)	0	0	8 (53.3)
Edema/Atrofia RMN, n/N (%)	12/12 (100) / 2/12	2/2 (100) / 0/2 (0)	5/9 (55.6) / 3/9 (33.3)	1/9 (11.1) / 0/9
Oral/ Intravenous Corticosteroids, n (%)	34 (100) / 18 (52.9)	5 (100)/ 1 (20)	7 (77.8)/ 3 (33.3)	15 (100)/ 5 (33.3)
Dosis máxima diaria de Prednisona mg/day, media ± DS	40.29 ± 18.54	39 ± 5.5	37.8 ± 29.1	28.3 ± 16.1
Metotrexate, n (%)	15 (44.1)	2 (40)	3 (33.3)	2 (13.3)
Azatioprina, n (%)	15 (44.1)	4 (80)	3 (33.3)	8 (53.3)
Micofenolato, n (%)	4 (11.8)	0	0	9 (60)
Ciclofosfamida, n (%)	4 (11.8)	1 (20)	0	4 (26.7)
Inhibidores de la Calcineurina, n (%)	5 (14.7)	.	.	2 (13.3)
Hidroxicloroquina, n (%)	15 (44.1)	.	.	3 (20)
Inmunoglobulinas intravenosas, n (%)	21 (61.8)	1 (20)	6 (66.7)	1 (6.7)
Rituximab, n (%)	13 (38.2)	1 (20)	3 (33.3)	12 (80)

Figura 3. Tabla 2. Principales características clínicas, analíticas y tratamientos recibidos en 63 pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas.

tantes (IC95% 5,90-10,4). El subtipo más frecuente fue la DM con una prevalencia de 4,27 casos por 100.000 habitantes, seguido de SAS (1,70/100.000 habitantes), la MNIM (1,54/100.000 habitantes) y, por último, la PM (0,68/100.000 habitantes) (tabla 1). En el periodo estudiado, la tasa de incidencia fue de 4,89 casos por millón de personas/año. Se observó una tendencia ascendente en la incidencia anual desde 1,71 en 2000 hasta 15,38 casos por millón en 2018, como se muestra en la figura. En este estudio el tipo más frecuente de miopatía fue la DM (n = 34, 54,0%), seguido de SAS (n = 15, 23,8%), MNIM (n = 9, 14,3%) y PM (n = 5, 8,0%). Entre las DM, 4 fueron DM juveniles (6,3%) y 5 paraneoplásicas (7,9%). Las principales características de la enfermedad, comorbilidades, pruebas complementarias y tratamientos recibidos se resumen en la tabla 2. La debilidad muscular fue la principal manifestación de las PM (n = 3, 60%), MNI (n = 9, 100%) y de la DM (n = 26, 76,5%), asociada en esta última a las pápulas de Gottron (n = 27, 79,4%). Entre los SAS, la manifestación predominante fue la enfermedad pulmonar intersticial (n = 14, 93,3%). El anticuerpo más frecuente en las DM fue antiMDA5 (n = 3, 8,8%), en PM el antiJo1 (n = 2, 40%), el HMGCR en MNIM (n = 9, 100%), y en SAS el antiRO52 (n = 8, 53,3%), seguido del antiPL7 (n = 7, 46,7%). El tratamiento más utilizado, además de los corticoides, en la DM y MNIM fueron las inmunoglobulinas endovenosas (IGIV) (n = 21, 61,8% y n = 6, 66,7% respectivamente). La azatioprina fue el más utilizado en el caso de la PM (n = 2, 40%), y el rituximab (n = 12, 80%) en el SAS.

**Conclusiones:** En este estudio se describe la distribución de las miopatías inflamatorias idiopáticas en una región del norte de España atendiendo a sus diferentes subtipos, así como las principales características clínicas, analíticas y los tratamientos recibidos.

**P414. EVALUACIÓN MORFOLÓGICA CON ECOGRAFÍA DE LAS FASCIAS MUSCULARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA**

Paloma García de la Peña Lefebvre<sup>1</sup>, Juan Carlos Acebes Cachafeiro<sup>2</sup>, Manuel Garabal Miguel<sup>3</sup>, Begoña García Serna<sup>4</sup> y Rosa María Codejón<sup>4</sup>

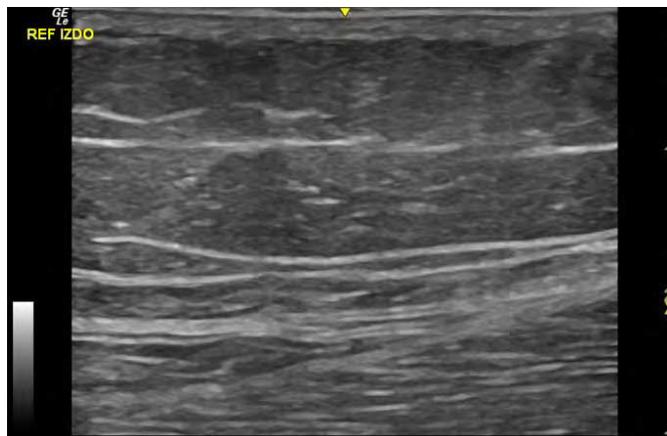
<sup>1</sup>Universidad Camilo José Cela. Madrid. <sup>2</sup>Change Health Solutions. <sup>3</sup>Clínica Garabal. <sup>4</sup>Asociación Española de Esclerodermia.

**Introducción:** El estudio de la fascia es el gran olvidado en muchas patologías reumáticas, como las Conectivopatías, siendo estas estructuras parte fundamental del tejido que da nombre a estas enfermedades y el sostén de todo el organismo. Estudios previos parecen indicar que, en la esclerosis sistémica (ES), las fascias musculares presentan una afectación histomorfométrica similar a la de la piel. Este hecho podría explicar algunos de los signos/síntomas (mialgias, hipertonia/hipotonía y limitación funcional) de los pacientes con ES no bien aclarados hasta el momento y que en ocasiones son diagnosticados de fibromialgia secundaria.

**Objetivos:** Evaluar, por medio de la ecografía, las características morfológicas de las fascias musculares de los pacientes diagnosticados de ES y compararlas con controles.

**Métodos:** Estudio piloto prospectivo, observacional y descriptivo en pacientes de ES y controles emparejados por edad y sexo. Se evaluaron con ecografía las principales fascias del miembro superior e inferior, retroverso y cuello. Se realizó una recogida de datos clínicos, analíticos y terapéuticos además del índice de masa corporal y grado de actividad física. Las variables analizadas para la evaluación morfométrica de las fascias fueron: cuantitativa -espesor de la fascia (décimas de mm), semicuantitativas: 1. Discontinuidad. 2. Dishomogeneidad (sí/no). 3. Integridad, aplicando una escala Likert (0: fascia normal, 1: cambios leves, 2: cambios moderados, 3: cambios graves). Dos observadores ciegos para los casos/controles entrenados en ecografía y en evaluación de la fascia normal, participaron en el estudio.

**Resultados:** Fueron incluidos 33 sujetos (16 controles/17 pacientes); 13 pacientes presentaban una ES cutánea limitada (EScl), 4 ES cutánea difusa (EScd), 1 ES sine esclerodermia (ESse) y 1 EMTc. 15 eran mujeres y 2 varones y en cuanto a los anticuerpos 6 tenían AAT1, 6 AAC exclusivamente y 5 uno de estos dos anticuerpos y otro anticuerpo no específico de la enfermedad. Clínicamente todos los pacientes presentaban mialgias y rigidez muscular y 14 de ellos tenían cierto grado de debilidad muscular. Solo una paciente había presentado afectación muscular inflamatoria en el pasado. Resultados ecográficos: las medias de los espesores medidos con ecografía de las fascias del deltoides, bíceps braquial y palmar mayor en el miembro superior; recto femoral, vasto lateral, semitendinoso, gemelo externo, soleo y cintilla iliotibial (3 localizaciones) en el miembro inferior; esternocleidomastoideo en el cuello y trapecio y fascia toracolumbar en retroverso fueron más elevadas en pacientes comparado con controles. También en todas las localizaciones anatómicas descritas, la valoración semicuantitativa indicó mayor discontinuidad, dishomogeneidad y menor integridad en la morfología normal de las fascias en los pacientes de ES (figs.). La única excepción fue la valoración del tensor de la fascia lata a la altura de trocánter, en la que el espesor medio fue mayor en controles que en pacientes.



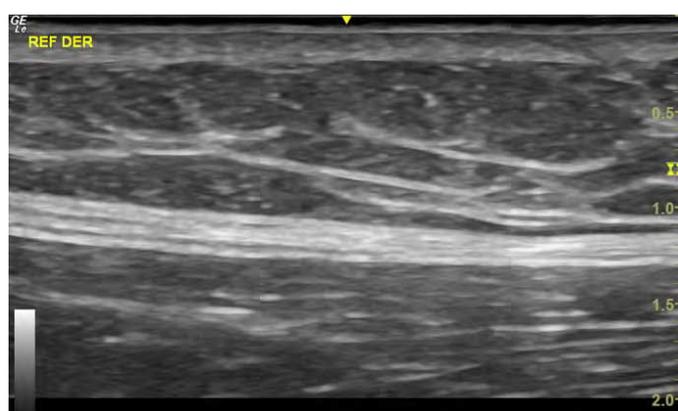
Fascia recto femoral izquierda paciente.

Tabla P414

		Discontinuidad		Dishomogeneidad		Likert				Espesor fascia
		Sí	No	Sí	No	0	1	2	3	
Bíceps braquial	C	4	28	8	24	21	10	1	0	0,08
	P	14	20	25	9	4	22	5	3	0,1
Vasto lateral	C	7	25	7	25	21	11	0	0	0,11
	P	19	15	31	3	0	18	14	2	0,14
Esternocleidomastoideo	C	3	29	10	22	14	17	1	0	0,1
	P	18	16	25	9	1	23	8	2	0,11
Fascia toraco-lumbar	C	5	27	10	22	12	8	2	0	0,3
	P	24	10	25	9	5	18	9	2	0,39



Fascia recto femoral derecha paciente.



Fascia recto femoral derecha control.

**Conclusiones:** Este estudio piloto muestra que los pacientes afectados de ES presentan alteraciones morfológicas de las principales fascias musculares y justifica que se prosiga esta línea de investigación. Se precisan más estudios con un mayor número de sujetos con objeto de investigar y demostrar la participación de estas estructuras anatómicas en alguna de la sintomatología no aclarada, en ocasiones invalidante, que presentan las personas con ES.

#### P415. DECONSTRUYENDO LA OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA NEUROGÉNICA: ESTUDIO *IN VITRO* REVELA EL EFECTO DEL SISTEMA NERVIOSO EN LA MODULACIÓN DEL EQUILIBRIO OSTEOBLÁSTICO Y ADIPOGÉNICO

María Guillán Fresco, Ana Alonso-Pérez, Eloi Franco-Trepat, Verónica López-López, Miriam López-Fagúndez, Andrés Pazos-Pérez, Alberto Jorge-Mora y Rodolfo Gómez Vaamonde

Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela.

**Introducción:** El término osificación heterotópica (OH) hace referencia a la formación de hueso laminar maduro en tejidos blandos extraesqueléticos. Actualmente, no existe un signo patognomónico que permita establecer el diagnóstico temprano de esta patología. Su diagnóstico se basa en la recopilación de una serie de manifestaciones clínicas entre las que destacan el dolor, signos inflamatorios, limitaciones en el rango de movimiento articular que conllevan a una dependencia funcional, pudiendo asociarse complicaciones como la anquilosis o el atrapamiento nervioso o vascular. Etiológicamente, existen dos variantes de la OH: la congénita y la adquirida. Dentro de la modalidad adquirida destaca, por su alta prevalencia,

la OH neurogénica (OHN), la cual se desarrolla *a posteriori* de una lesión en el sistema nervioso asociado a una fractura de hueso largo. La fisiopatología de la OHN no está del todo esclarecida. Sin embargo, se ha postulado que los factores promotores del anabolismo óseo e inflamatorios relacionados con esta patología podrían tener su origen en las estructuras nerviosas lesionadas.

**Objetivos:** Desarrollar un modelo de OHN *in vitro* válido que permita el estudio del impacto del sistema nervioso sobre el equilibrio entre la osteoblastogénesis y adipogénesis.

**Métodos:** Se diferenciaron las células SaOS2 y C3H10T1/2 a osteoblastos y adipocitos respectivamente en presencia o ausencia de astrocitos, explantes nerviosos (EN) y células migrantes de los explantes nerviosos (CEN). Posteriormente, se estudiaron genes relevantes relacionados con el metabolismo óseo, inflamatorio y adipogénico mediante RT-PCR. Finalmente, los datos fueron analizados con GraphPad Prism y se consideró un valor de  $p < 0,05$  estadísticamente significativo.

**Resultados:** Los factores liberados por los astrocitos incrementaron la expresión génica de genes relacionados con la OH (SPP1 y BMP2) en los osteoblastos, además de promover cambios morfológicos en los mismos propios de estadios más avanzados de la diferenciación osteoblástica similares a los osteocitos. Del mismo modo, los factores secretados por los astrocitos incrementaron la expresión de marcadores inflamatorios (VCAM y CCL2) en los osteoblastos. Interesantemente, las acciones de los astrocitos se incrementaron al alza ante la presencia de la IL1B para inducir la expresión de genes inflamatorios y anabólicos óseos. De forma similar, los EN y las CEN incrementaron los marcadores anabólicos e inflamatorios durante la osteoblastogénesis. Por el contrario, la presencia de los factores liberados por los astrocitos y EN redujeron la expresión génica de los marcadores adipogénicos e incrementaron la expresión de marcadores óseos durante la diferenciación de las C3H10T1/2 a adipocito. Finalmente, la coestimulación de los osteoblastos con los factores liberados por los astrocitos y EN evidenció la sinergia ejercida por ambos componentes del sistema nervioso para incrementar los marcadores anabólicos óseos e inflamatorios relacionados con la patología.

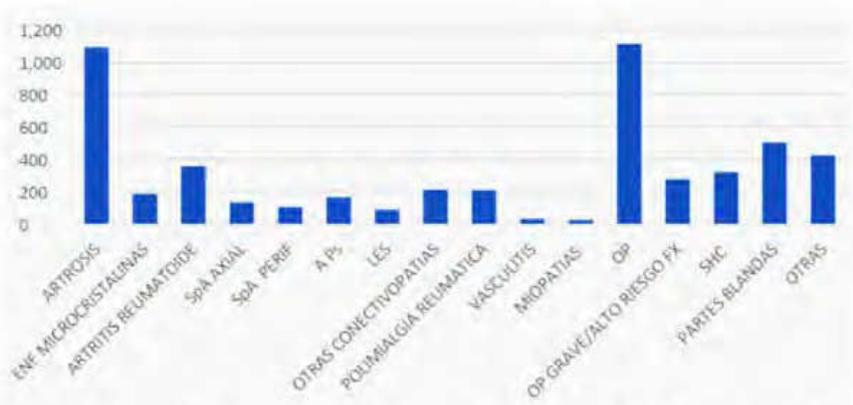
**Conclusiones:** Los astrocitos y EN alteran el balance osteoblastogénesis/adipogénesis en detrimento de este último, favoreciendo las respuestas anabólicas óseas e inflamatorias relacionadas con la OH en los modelos de OHN *in vitro* desarrollados.

#### P416. CARACTERIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA ATENDIDA EN EL EJERCICIO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA EN ESPAÑA

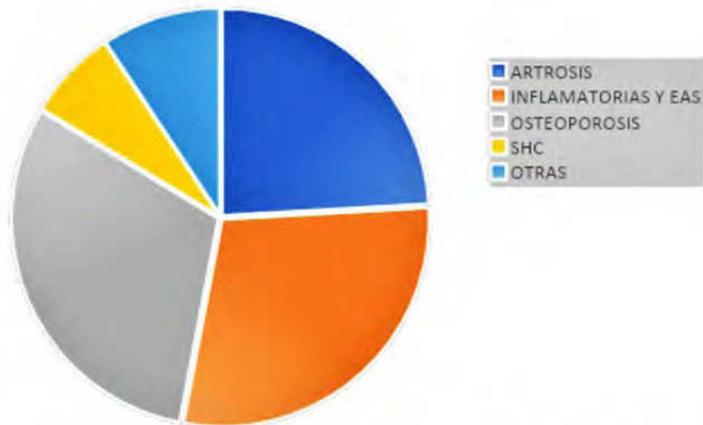
S. Gerechter Fernández<sup>1</sup>, B. Yoldi Muñoz<sup>2</sup>, L. Fernández-Fuente-Bursón<sup>3,14</sup>, M. Romera Baures<sup>4</sup>, J. del Pino Montes<sup>5</sup>, B. Correa Rey<sup>6</sup>, M. Moreno Zazo<sup>7</sup>, M. González Gómez<sup>7</sup>, A. Weruaga Rey<sup>8</sup>, N. Garrido Puñal<sup>9</sup>, J. Fajio Gil<sup>10</sup>, R. González Mazario<sup>10</sup>, P. Zurita Prada<sup>11</sup>, J. Sánchez García<sup>12</sup>, M. Tenorio Martín<sup>13,14</sup>, E. Tomás Ornilla<sup>15</sup>, S. Kanaffo Castelblanco<sup>1</sup>, P. Lois Bermejo<sup>1</sup>, I. Carvajal Menéndez<sup>1</sup>, J. Arroyo Palomo<sup>1</sup> y M. Uriarte Escenarro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Quirón Ruber Juan Bravo. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Dexeus. Quirón Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Quirónsalud Infanta Luisa. Sevilla. <sup>4</sup>Clínica Teknon. Barcelona. <sup>5</sup>Clínica Dra. Alaejos. Salamanca. <sup>6</sup>Clínica Sanz y Correa. La Coruña. <sup>7</sup>Hospital Quirón Pozuelo. <sup>8</sup>Hospital Centro Médico de Asturias. Oviedo. <sup>9</sup>Consulta privada. Sevilla. <sup>10</sup>Instituto Musculoesquelético Europeo (IMSKE). Valencia. <sup>11</sup>HLA Moncloa. Madrid. <sup>12</sup>Centro Médico Collblanc. Barcelona. <sup>13</sup>Hospital Quirón Huelva. <sup>14</sup>Clínica Reumatológica de Ceuta. <sup>15</sup>Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

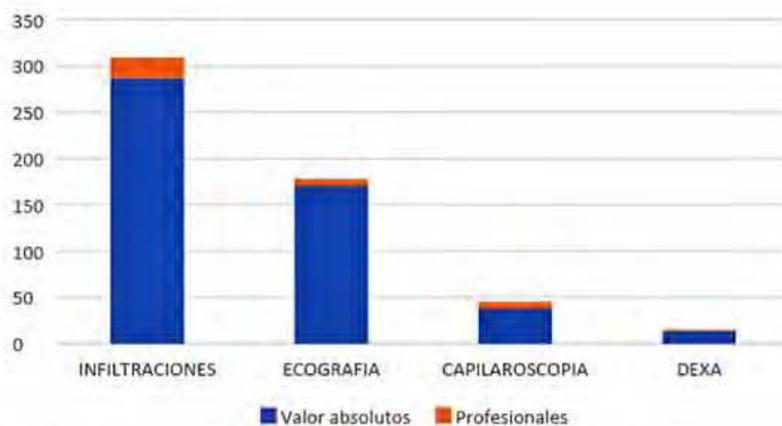
**Introducción:** Los reumatismos son el segundo motivo de consulta más frecuente en la Unión Europea. En España el grueso de estudios de prevalencia explotan datos de la sanidad pública, a pesar de que nuestro sistema sanitario es mixto. El gasto sanitario privado espa-



**Figura 1.** Frecuencia de diagnósticos por categorías predefinidas. SpA: espondiloartritis; APs: artritis psoriásica; LES: lupus eritematoso sistémico; OP: osteoporosis; SHC: síndromes de hipersensibilización central.



**Figura 2.** Frecuencia de diagnósticos agrupados por tipo de patología. EAS: enfermedades autoinmunes sistémicas; SHC: síndromes de hipersensibilización central.



**Figura 3.** Frecuencia de procedimientos realizados. Se muestra en las barras de color azul la cantidad de procedimientos y sobre ellas en color rojo la de profesionales implicados en los mismos. DEXA: densitometría.

ñoi alcanza un 29,8% del total y está en auge. Sin embargo, existe una importante carencia de estudios centrados en la asistencia privada, la mayoría de ellos locales. Dado este panorama, surge la necesidad de caracterizar la actividad realizada por los reumatólogos en medicina privada, abarcando toda la geografía por primera vez.

**Métodos:** En el seno del grupo SERPA de la SER se convocó por correo electrónico a todos sus integrantes para la captación de participantes. Se propuso realizar un análisis observacional descriptivo de los diagnósticos y procedimientos diagnóstico-terapéuticos realizados durante 4 semanas consecutivas entre noviembre de 2022 y enero de 2023. Se elaboró una hoja de cálculo compartida en la nube con unas categorías diagnósticas predefinidas. Se decidió la inclusión de todos los diagnósticos realizados, de forma que ante la presencia de varios diagnósticos en un mismo paciente, se sumó 1 punto a cada categoría correspondiente.

**Resultados:** Del total de los 274 reumatólogos que trabajan en el ámbito privado [7], han participado una suma de 21 reumatólogos de 15 centros médicos diferentes. Se obtuvieron un total de 5.214 diagnósticos y 431 procedimientos terapéuticos durante el mes de seguimiento. La patología más frecuente fue la osteoporosis que supuso un 26,6% de nuestra consulta. Luego la patología inflamatoria y autoinmune con un 25,1%. La prevalencia de artrosis fue del 20,9%. Por último, la patología de partes blandas, los SHC y las microcristalinas ocuparon un 9,6, 6,1 y 3,5% respectivamente (figs. 1 y 2). Respecto a los procedimientos, todos los reumatólogos partici-

pantes practicaron infiltraciones, aproximadamente un tercio ecografías y capilaroscopias, y solo uno densitometrías (fig. 3).

**Conclusiones:** Comparando nuestros hallazgos con los de la población general, los SHC en EPISER2000 fueron menos frecuentes que en nuestro estudio (2,4 vs. 6,1%). Por otro lado, en EPISER2016 se constataron unas prevalencias de AR y APs menores al 1%, que contrastan claramente con nuestros 6,8 y 3,1%. Pudiera existir una “discriminación positiva” en privada, ya que son habituales las consultas de pacientes reumáticos por segunda opinión o que buscan garantizar un seguimiento más estrecho que en el sistema público. De hecho, en nuestro caso, la patología inflamatoria y autoinmune destacó sobre la de partes blandas y SHC, al contrario de lo esperable. La fortaleza principal de nuestro trabajo es su ubicación geográfica y de entorno asistencial. Al haber empleado un muestreo por conveniencia, son posibles sesgos de validez externa. No obstante consideramos que la variabilidad de profesionales participantes dota al estudio de alta representatividad. El ejercicio de la reumatología en el ámbito privado aborda todo el amplio espectro de las enfermedades reumáticas. El podio de la patología más frecuente lo constituyen la osteoporosis, las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas y la artrosis. Es esencial incorporar los datos de la actividad clínica privada que permita concretar su aportación a la reumatología española y ofrecer una visión de conjunto más fidedigna del impacto de las enfermedades reumáticas en nuestra sociedad.