

que aumentara el número de test de criofibrinógeno solicitados. Consecuentemente, el número de criofibrinógenos positivos aumentó. Dado que algunas estaban relacionadas con el proceso infeccioso, muchas permanecieron estables o no reaparecieron durante el seguimiento.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica de los pacientes con prueba de criofibrinógeno positiva durante la era COVID-19.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo de 116 pacientes con al menos una determinación de criofibrinógeno positiva desde diciembre de 2022 a diciembre de 2023 en un hospital terciario del norte de España. El síndrome de CF (criofibrinogenemia) se diagnosticó según los criterios definidos (dos pruebas positivas más manifestaciones cutáneas o eventos trombóticos). Los pacientes asintomáticos se definieron por no presentar manifestaciones clínicas. El resto de los pacientes se incluyeron entre los que no cumplían criterios. Durante este periodo, se recogieron variables de datos clínicos y parámetros de laboratorio. La mayoría de los pacientes tuvieron al menos una cita más de seguimiento antes del alta.

Tabla. Características generales de pacientes con un test Criofibrinógeno (CF) positivo en la era COVID-19.

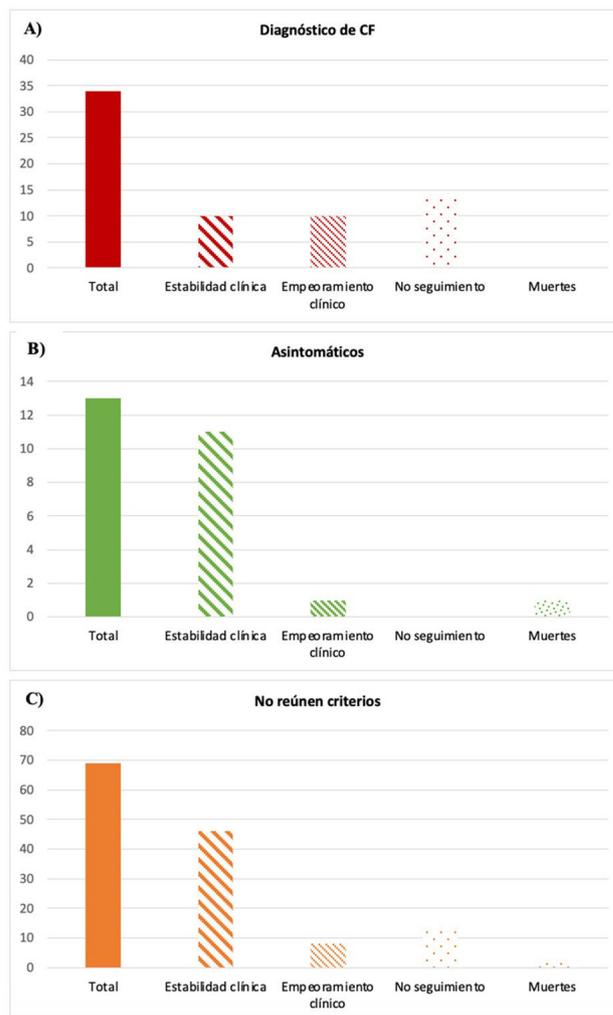
	Era COVID-19 (n=116)
Sexo	
Mujer, n (%)	54 (46.6)
Varón, n (%)	62 (53.4)
Edad, años, mediana [IQR]	39.7 [1-92.3]
FRCV	47 (40.5)
Diagnóstico de síndrome de CF	34 (29.3)
CF Esencial, n (%)	13 (38.2)
CF Secundaria, n (%)	21 (61.8)
Sin lesiones cutáneas, n (%)	23 (19.8)
Tipo de lesiones cutáneas	
Máculas purpúricas, n (%)	36 (31)
Perniosis, n (%)	25 (21.6)
Raynaud, n (%)	24 (20.7)
Acrocianosis, n (%)	18 (15.5)
Ulceración distal, n (%)	8 (6.9)
Livedo, n (%)	3 (2.6)
Urticaria con el frío, n (%)	1 (0.9)
Necrosis isquémica, n (%)	1 (0.9)
Localización de las lesiones cutáneas	
Pies, n (%)	35 (30.2)
Manos, n (%)	28 (24.1)
Manos y pies, n (%)	23 (19.8)
Otros, n (%)	7 (6)
Biopsia cutánea	15 (12.9)
Síntomas respiratorios	25 (21.6)
Síntomas neurológicos	6 (5.2)
Síntomas digestivos	5 (4.3)
Tratamiento	50 (43.1)

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Estudiamos 116 pacientes (53,4% varones) (mediana de edad 39,7 años) con test de criofibrinógeno positivo. Más del 40,5% de los pacientes presentan algún factor de Riesgo Cardiovascular (FRCV). La piel fue el órgano más afectado. Las principales manifestaciones clínicas relacionadas con el síndrome de CF incluyeron máculas purpúricas (31%), perniosis (21,6%), Raynaud (20,7%) y acrocianosis (15,5%). La localización más frecuente fueron los pies, seguidas de las manos. La biopsia cutánea solo se realizó en el 12,9% de los casos. Los síntomas respiratorios aparecieron hasta en el 21% de los casos. En el momento de realizarse el test de criofibrinógeno se incluyeron en estos grupos: a) Síndrome de CF (n = 34; 29,3%); b) pacientes asintomáticos (n = 13; 11,2%); y c) pacientes sintomáticos que no cumplen criterios de síndrome de CF (n = 69; 59,5%). Durante un año de seguimiento (fig.) 10/34 (29,4%) pacientes con síndrome

de CF alcanzaron la estabilidad y 14/34 (41,2%) de los pacientes no precisaron seguimiento. El empeoramiento apareció en 10/34 (29,4%) de ellos. En el grupo de pacientes asintomáticos, 11/13 (84,6%) alcanzaron la estabilidad y 1/13 (7,7%) de los pacientes empeoraron. Por último, 46/69 (66,7%) de los pacientes alcanzaron la estabilidad clínica y 13/69 (18,8%) de los pacientes no precisaron seguimiento. Se observó empeoramiento en 8/69 pacientes.

Figura. Resultados de cada grupo de pacientes tras un año de seguimiento. **A)** Pacientes con síndrome de Criofibrinogenemia (CF). **B)** Pacientes asintomáticos. **C)** Pacientes sintomáticos que no cumplen criterios de síndrome de CF.

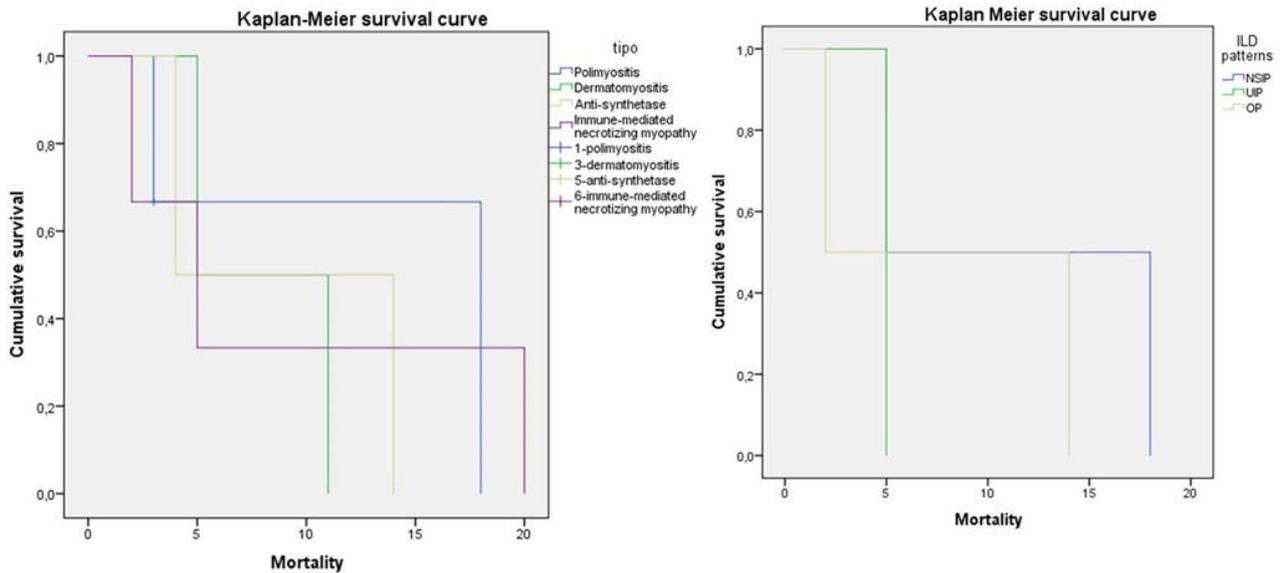


Conclusiones: Durante un año de seguimiento casi un tercio de los pacientes con síndrome de CF, empeoraron. Por el contrario, la mayoría de los pacientes asintomáticos o sintomáticos sin cumplir criterios de síndrome de FQ permanecen estables.

P300. AUTOANTIBODY AND RADIOLOGICAL PROFILES AS PROGNOSTIC INDICATORS IN IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHIES: INSIGHTS INTO MORTALITY AND INTERSTITIAL LUNG DISEASE DEVELOPMENT

Cristiana Isabel Sieiro Santos, Miriam Retuerto-Guerrero, Clara Moriano Morales, Carolina Álvarez Castro, Carolina Díez, José Ordas Martínez, Ismael González, Ignacio González Fernández, Paula Pérez-García, Pedro Baenas González and Elvira Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.



P300 Figure. Kaplan-Meier survival curve according to the subtype of IIM and ILD pattern.

Introduction: Idiopathic inflammatory myopathies (IIMs) constitute a diverse group of acquired muscle disorders, often involving multiple organs such as the skin, heart, and lungs. Interstitial lung disease (ILD) is a common pulmonary manifestation in IIM (IIM-ILD), significantly impacting morbidity and mortality. However, the prognostic implications of autoantibody and radiological profiles in IIM-ILD remain inadequately characterized.

Objectives: This study aims to investigate the influence of immunological and radiological profiles at baseline on both mortality and the development of ILD in individuals with IIM.

Methods: A retrospective analysis was conducted on a cohort of IIM patients, stratified based on the presence or absence of ILD. The study encompassed a comprehensive evaluation of epidemiological, clinical, immunological, treatment, chest HRCT scans and pulmonary function test at baseline (%FVC and %DLCO). Univariate and multivariate Cox proportional hazards analyses were employed to compare mortality and ILD incidence across distinct autoantibody groups. Logistic regression assessed predictors for ILD and mortality. Kaplan-Meier survival curves were generated and the log rank ratio was used to identify differences.

Results: 80 patients diagnosed with IIM (62.5% female) were included. The cohort exhibited a mean age of 62.2 ± 26 years, with a mean duration of 5.6 ± 6 years since diagnosis. 22 patients had ILD (28%) and 10 (12.5%) patients died during follow-up. ILD was associated with Anti-Ro52 (OR 8.42, 95%CI 1.48-12.3, p = 0.004), anti-Jo1 (OR 12.7, 95%CI 2.29-82.45, p = 0.0003) and anti-PL12 (OR 8.62, 95%CI 1.06-16.02, p = 0.003) positivity and anti-synthetase syndrome (OR 27, 95%CI 16.2-52.4, p < 0.0001). Mortality was associated with anti-Ku positivity (OR 13.9, 95%CI 1.78-8.23, p = 0.0003), anti-MDA5 (OR 2.4, 95%CI 1.2-7.53, p = 0.03), ILD (OR 10.2, 95%CI 6.24-14.3, p = 0.02) and dermatomyositis (OR 12, 95%CI 6.4-21.5, p = 0.003). Multiple logistic regression identified as predictors for developing IIM-ILD the presence of respiratory symptoms (β = 0.4, p = 0.03), smoking (β = 0.37, p = 0.003), anti-Jo (β = 0.52, p = 0.013) and anti-PL12 (β = 0.76, p = 0.013), erythrocyte sedimentation rate (β = 0.29, p = 0.004), %DLCO at baseline (β = -0.4, p = 0.001) and anti-synthetase syndrome (β = 0.32, p = 0.04) represented in table 1. Age at diagnosis (β = 0.48, p = 0.004), anti-Ku positivity (β = 0.82, p = 0.0001) and anti-MDA5 (β = 0.30, p = 0.03), ILD (β = 0.52, p = 0.001), usual interstitial pneumonia pattern (β = 0.21, p = 0.04), dermatomyositis (β = 0.41, p = 0.03) were identified as predictors for

mortality in IIM patients (table 2). Survival rate at 20 years was lower in dermatomyositis patients (log rank test p < 0.001) and in patients with UIP pattern (log rank test p = 0.02) (figs. 1 and 2).

Table 1

Predictor	β value	p
Respiratory symptoms	0.40	0.03
Smoking	0.37	0.003
Anti-PL12	0.76	0.013
Anti-Jo	0.52	0.013
ESR	0.29	0.004
%DLCO	-0.4	0.001
Anti-synthetase	0.32	0.04

Table 2. Significant logistic regressions for predictors for IIM-associated mortality

Predictor	β value	p
Age at diagnosis	0.186	0.036
Anti-Ku	0.40	0.002
Anti-MDA5	-0.322	0.01
ILD	-0.59	0.001
Dermatomyositis	0.41	0.03
UIP pattern	0.21	0.04

Conclusions: Among the different autoantibody profiles in myositis spectrum disorders, anti-PL12 and anti-Jo1 conferred a higher risk of ILD, while anti-Ku and anti-MDA5 a higher risk of mortality in IIM patients. The survival rate at 20 years was lower in dermatomyositis patients and in patients with UIP pattern. These findings provide crucial insights in predicting the development of ILD and mortality in individuals with IIM, guiding prognostic assessments and personalized treatment approaches for individuals with IIM.

P301. EVOLUCIÓN CAPILAROSCÓPICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J. Torguet, M.G. Paz, E. Encalada, G.A. Ghio, E. Riera, G. Salvador, M. Pujol, I. Pérez y S. Martínez-Pardo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua Terrassa.

Introducción: La capilaroscopia estudia morfológicamente la microcirculación en los pacientes con Raynaud. Permite hacer un

Tabla 1

Tipo de ES	Normal, n (%)	Inespecífica, n (%)	ED inicial, n (%)	ED activa, n (%)	ED tardía, n (%)	Total pacientes (n)
Pre ES	1 (8,3%)	4 (33,3%)	6 (50%)	1 (8,3%)	-	12
ES limitada	10 (14,1%)	21 (29,6%)	18 (25,4%)	22 (30,9%)	-	71
ES difusa	-	1 (6,3%)	4 (25%)	9 (56,3%)	2 (12,5%)	16
ES SINE	1 (9,1%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	4 (36,4%)	-	11
Total pacientes (n)	12	29	31	36	2	110

Tabla 2

Anticuerpos	Normal, n (%)	Inespecífica, n (%)	ED inicial, n (%)	ED activa, n (%)	ED tardía, n (%)
ANA nucleolar	3 (11,1%)	5 (18,5%)	6 (22,2%)	13 (48,2%)	-
ANA centromérico	7 (10,9%)	16 (25%)	23 (35,9%)	17 (26,6%)	1 (1,6%)
ATA+	1 (5,9%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)
U1RNP+	1 (11,1%)	6 (66,7%)	-	2 (22,2%)	-
Pm-Scl+	2 (28,6%)	-	1 (14,3%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)
Clínica					
<i>Pitting Scars</i>	-	3 (15,8%)	5 (26,3%)	9 (47,4%)	2 (10,5%)
EPID	1 (5%)	5 (25%)	4 (20%)	8 (40%)	2 (10%)

Tabla 3

Tiempo de seguimiento (años)	Pacientes (n)	Sin cambios, n (%)	Mejoría, n (%)	Empeoramiento, n (%)
2	80	48 (60%)	8 (10%)	24 (30%)
5	69	25 (36%)	5 (7%)	39 (57%)
10	23	8 (35%)	4 (17%)	11 (48%)

Tabla 4

	Evolución total cohorte, n = 110	Evolución total cohorte, n = 110	Evolución a 2 años, n = 80	Evolución a 2 años, n = 80	Evolución a 5 años, n = 69	Evolución a 5 años, n = 69
Resultados capilaroscopia basal	Sin cambios, n (%)	Peor, n (%)	Sin cambios, n (%)	Peor, n (%)	Sin cambios, n (%)	Peor, n (%)
Normal	4 (33,3%)	8 (66,7%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	1 (12,5%)	7 (87,5%)
Inespecífica	11 (37,9%)	16 (55,2%)	11 (47,8%)	7 (30,4%)	7 (30,4%)	15 (65,2%)
ED inicial	12 (38,7%)	17 (54,8%)	10 (45,5%)	11 (50%)	6 (28,6%)	14 (66,7%)
ED activa	28 (77,8%)	4 (11,1%)	22 (88%)	2 (8%)	11 (64,7%)	3 (17,7%)
ED tardía	1 (50%)	-	-	-	-	-

diagnóstico temprano y seguimiento de la esclerosis sistémica (ES). Se ha observado una evolución del daño microvascular a través de diferentes patrones capilaroscópicos en aproximadamente el 50% de pacientes con ES. Una progresión rápida (< 1 año) desde patrón inicial al activo, confiere mayor riesgo de progresión rápida hacia el tardío. Los anticuerpos anti-Scl70 y el patrón ANA nucleolar parecen estar relacionados con aparición temprana de los patrones activo y tardío, los ACA con retraso del tardío. La progresión del daño microvascular se correlaciona con progresión clínica, por ello la evolución capilaroscópica podría predecir la progresión de la enfermedad y facilitar una intervención más temprana.

Objetivos: Describir la capilaroscopia basal en pacientes con ES y su relación con el tipo de ES, clínica y anticuerpos y analizar la evolución capilaroscópica según los años de seguimiento.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con ES en seguimiento en consultas de Reumatología con controles capilaroscópicos periódicos.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes con ES, 90% mujeres, edad media 55 años (\pm 15 DE). Mediana de seguimiento capilaroscópico 5,28 años. Tipo de ES: 12 pre ES, 71 ES limitada, 16 ES difusa, 11 ES sine. 22 pacientes presentaban *overlap* de ES con otras patologías autoinmunes sistémicas principalmente Sjögren, seguido de enfermedad mixta del tejido conectivo, artritis reumatoide y miositis. Todos presentaban ANA+ > 1/80, patrón más frecuente centromérico 64 pacientes y nucleolar 28. Los anticuerpos más frecuentes: ACA 53%, ATA-I 15%, Ro-52 21%, U1RNP 8%, Pm-Scl 6%. Las manifestacio-

nes más frecuentes: Raynaud 97%, esclerodactilia 78%, telangiectasias 54%, afectación digestiva 39%, artralgiás 34%, *puffy fingers* 31%, EPID 18% y *pitting scars* 17%. 63% recibían tratamiento calcio antagonista, IBP 46%, corticoides 35% y FAMES 31%. Los diagnósticos capilaroscópicos basales siguiendo los patrones de Cutolo fueron: 11% prueba normal, 26% inespecífica, 28% ED (esclerodermia) inicial, 33% ED activa, 2% ED tardía. La relación entre resultados capilaroscopia basal y tipo de ES se presenta en la tabla 1. La relación entre capilaroscopia basal y determinados anticuerpos y manifestaciones clínicas ($p < 0,05$) se presenta en la tabla 2. Durante la evolución del total de la cohorte, un 51% mantuvieron estabilidad capilaroscópica, un 8% mejoró y un 41% empeoró. La evolución capilaroscópica a 2, 5 y 10 años se presenta en la tabla 3. La evolución capilaroscópica en función de capilaroscopia basal del total de la cohorte, a 2 y 5 años se presenta en la tabla 4.

Conclusiones: Alrededor de la mitad de pacientes con Pm-Scl+, patrón ANA nucleolar, *pitting scars* y EPID presentaban patrones activos o tardíos en capilaroscopia basal. Por ello consideramos que la capilaroscopia basal podría determinar el riesgo de algunas manifestaciones clínicas. Ningún paciente con ES difusa presentó una capilaroscopia basal normal. Casi tres cuartas partes de los casos mostraron patrones activos o tardíos al inicio. Observamos una progresión de patrón capilaroscópico en casi la mitad de la cohorte, especialmente a 5 años de seguimiento. No hemos podido demostrar de manera estadísticamente significativa la relación de esta evolución capilaroscópica con el tipo de ES, anticuerpo o

manifestación clínica. Por ello consideramos necesarios más estudios con más pacientes.

P302. AFECTACIÓN CARDÍACA PRIMARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL

M. Ibáñez Martínez, B. Miguel Ibáñez, C. Chacón Vélez, L. Blanco Ramis, A. Turrión Nieves, O. Martínez González, M. Martín Martín, O. Compán Fernández, C. Montilla Morales, C. Hidalgo Calleja y S. Gómez Castro

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad muy heterogénea que afecta a múltiples órganos. El corazón está implicado en un 80% de los casos según estudios realizados en autopsias. A pesar de esta gran prevalencia desde el punto de vista histopatológico, su expresión clínica es poco frecuente. Se considera un factor de mal pronóstico, conformando una de las principales causas de muerte en la ES. La afectación cardíaca primaria (AC1^a) se define por la presencia de anomalías cardíacas que son predominantemente atribuibles a la ES en lugar de a otras causas y/o complicaciones. Recientemente se han propuesto nuevos análisis electrocardiográficos y resonancia magnética cardíaca (RMC) con técnicas de mapeo, mostrando una gran utilidad en la identificación precoz de la AC1^a y en la caracterización no invasiva del tejido miocárdico. Se requiere un enfoque óptimo para su detección temprana en la ES y las terapias dirigidas.

Objetivos: Describir la prevalencia de AC1^a y sus características clínicas en una cohorte de pacientes con ES de un hospital de IV nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado en una cohorte de pacientes con ES en seguimiento activo durante el año 2023. Se recogen características epidemiológicas y clínicas de la ES, anticuerpos presentes y tratamiento actual. Además, en los pacientes con AC1^a se recogen las técnicas diagnósticas, el tipo de afectación y el tratamiento establecido.

Resultados: Se incluyen 67 pacientes durante el periodo analizado. De ellos, 9 (15,5%) presentaron AC1^a. En la tabla 1 se describen las características basales de los pacientes y de la enfermedad. En los pacientes con AC1^a el porcentaje de varones es más elevado (44,5 vs. 6,9%). La edad media, la edad del diagnóstico y el tiempo de evolución son similares. En cuanto a las manifestaciones clínicas de la ES, entre las más frecuentes, destacan las úlceras digitales y la afectación esofágica, con alta prevalencia de telangiectasias y calcinosis. En ambos grupos es frecuente la comorbilidad cardiovascular (sobre todo hipertensión arterial y dislipemia), y en el grupo de AC1^a existe alta prevalencia de antecedente de tabaquismo. En cuanto al tratamiento, el micofenolato es el inmunosupresor más empleado. En la tabla 2 se describen las características relacionadas con la AC1^a. La edad al diagnóstico de la AC1^a en algunos casos precede o coincide con el diagnóstico de la ES. El tipo de afectación cardíaca más frecuente es la afectación valvular (mitral y aórtica). Solo en 3 casos de la serie se realizan técnicas de imagen avanzadas. Los casos de afectación pericárdica no tienen pautado tratamiento convencional cardiológico; en estos casos, junto con el caso de afectación del sistema de conducción, su diagnóstico supuso un cambio de la terapia inmunosupresora.

Conclusiones: En la serie de pacientes con ES presentada, la prevalencia de afectación cardíaca primaria es baja respecto a lo descrito en la literatura. La afectación valvular es la más frecuente. Es necesario tener presente los nuevos algoritmos para detectar afectación cardíaca silente en la ES y plantear estrategias terapéuticas adecuadas para un mejor enfoque de estos pacientes.

Tabla 1. Características basales de los pacientes y relacionadas con ES

Variables	N (%) /media (rango)	N (%) /media (rango)
Total	9	58
Sexo mujer	5 (55,5%)	54 (93,1%)
Edad (años)	60,5 (37-76)	62,4 (32-89)
Edad Dx ES (años)	52,8 (28-74)	53,4 (21-84)
Edad debut Raynaud (años)	42 (25-60)	49,4 (23-76)
*Desconocido	4	24
Tiempo evolución ES (años)	9,5 (0-25)	8,9 (0-33)
Anticuerpos ES		
ACA	2 (22,2%)	31 (53,4%)
ATA/ScI-70	1 (11,1%)	6 (10,3%)
RNApol III	2 (22,2%)	0
U1RNP	0	1 (1,7%)
Pm/ScI	1 (11,1%)	1 (1,7%)
Otros	1 (11,1%)	4 (6,9%)
Combinados	2 (22,2%)	11 (19%)
Superposición		
Sjögren	1 (11,1%)	0
Artritis reumatoide	0	1 (1,7%)
Miositis	0	3 (5,2%)
Lupus	0	2 (3,4%)
Manifestaciones clínicas ES		
Afectación dérmica difusa	2 (22,2%)	10 (17,2%)
Telangiectasias	6 (66,7%)	24 (41,4%)
Úlceras	3 (33,3%)	17 (70,7%)
Calcinosis	3 (33,3%)	7 (12,1%)
Esofágica	3 (33,3%)	23 (39,7%)
CBP	1 (11,1%)	10 (17,2%)
EPID [NINE]	1 (11,1%)	9 (15,5%) [6]
HAP	1 (11,1%)	5 (8,6%)
Artritis	2 (18,2%)	10 (17,2%)
Miositis	0	3 (5,2%)
Afectación renal	1 (9,1%)	0
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	4 (44,4%)	15 (25,9%)
Diabetes mellitus	0	4 (6,9%)
Dislipemia	3 (33,3%)	22 (37,9%)
Fumador/exfumador	0/7 (77,8%)	5 (8,6%)/15 (25,9%)
Tratamiento inmunosupresor		
Metotrexato	1 (11,1%)	12 (20,7%)
Azatioprina	0	4 (6,9%)
Micofenolato	4 (44,4%)	5 (8,6%)
Rituximab	0	1 (1,7%)
Otros	1 (11,1%)	2 (3,4%)

CBP: cirrosis biliar primaria; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; NINE: neumonía intersticial no específica; HAP: hipertensión arterial pulmonar.

Tabla 2: Características de la afectación cardíaca en pacientes con ES (n = 9)

Variables	N (%) /media (rango)
Edad al Dx afectación cardíaca (años)	50,9 (35-60)
Tipo de afectación cardíaca	
Pericarditis	2 (22,2%)
Valvulopatía	5 (55,5%)
Afectación miocárdica	1 (11,1%)
Arritmias	1 (11,1%)
Diagnóstico de la afectación cardíaca	
Ecocardiograma*	6 (66,7%)
Electrofisiología	1 (11,1%)
RMC/TAC cardíaco	3 (33,3%)
Tratamiento	
Modificación tto inmunosupresor por el Dx de AC1 ^a	3 (33,3%)
Terapia cardiológica convencional (IECA, diuréticos, βbloqueantes...)	7 (77,8%)
Vasodilatadores (BCC, ARE, IFD5, prostanoides)	7 (77,8%)
Otros: antifibróticos, TCPH, trasplante cardíaco...	0

*Incluidos aquellos pacientes a los que no se les realiza ninguna otra prueba añadida (de forma basal todos los pacientes tienen el ecocardiograma). AC1^a: afectación cardíaca primaria; IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; BCC: bloqueador de los canales del calcio; ARE: antagonistas de receptores de endotelina; IFD5: inhibidor de la fosfodiesterasa-5; TCPH: trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Luca G, et al. Diagnosis and management of primary heart involvement in systemic sclerosis. *Curr Opin Rheumatol.* 2024;36(1): 76-93.

2. Chew E, et al. Primary Cardiac Involvement in Systemic Sclerosis: Best Approach to Diagnosis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2023;49(2):483-8.

P303. VALOR DE LOS ANTICUERPOS RO52 EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

Cristina Calomarde Gómez¹, Raquel Ugena García¹, Paloma Millan Billi², Karina Portillo Carroz², Francina Salabert¹, Cristina Rocamora¹, Niccolo Viveros¹, Annika Nack¹, Agueda Prior Español¹, Susana Holgado Pérez¹, Lourdes Mateo Soria¹, Anne Riveros Frutos¹, Judit Font-Urgelles¹ e Ivette Casafont-Solé¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.
²Servicio de Neumología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) en la esclerosis sistémica (ES) representa un impacto negativo en la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes. La positividad de los anticuerpos anti-Ro52 en pacientes con EPID-ES ha mostrado una disminución en la capacidad vital forzada (CVF) y un aumento en la mortalidad. Se han descrito factores que conllevan el desarrollo de fibrosis pulmonar progresiva (FPP). Sin embargo, el papel de la positividad de los anticuerpos anti-Ro52 en el desarrollo de la FPP entre los pacientes con EPI-ES aún no está esclarecida.

Objetivos: Evaluar la relación entre los anticuerpos anti-Ro52 y el desarrollo de la FPP en pacientes con EPID-ES. De forma secundaria, describir las características clínicas de la ES y EPID-ES en pacientes con positividad para anti-Ro52, evaluar los cambios en las pruebas de función respiratoria durante los primeros 5 años de progresión de la enfermedad.

Métodos: Cohortes retrospectivas. Se incluyeron pacientes con EPI-ES atendidos en el Hospital Germans Trias i Pujol entre 2008 y 2018. La línea de base se definió como la fecha del diagnóstico de EPI-ES. Se recopiló información sobre las características clínicas de la ES, variables clínico-demográficas y factores de riesgo de EPI.

Resultados: Se revisaron un total de 289 pacientes con el diagnóstico de ES. Se incluyeron treinta pacientes con EPID-ES (22 mujeres y 8 hombres) con una edad media de 59,6 años (DE 14,6); el 46,8% eran fumadores y el 15,6% tenía factores de riesgo epidemiológicos para EPI. La mediana de seguimiento fue de 67,3 meses (DE 22,3). Siete pacientes cumplieron con los criterios de la ATS para FPP (4 UIP, 2 NSIP, 1 indeterminado). Seis pacientes fueron anti-Ro52+.

Cuatro pacientes presentaron ES cutánea difusa y 2 ES cutánea limitada. La CVF media basal fue del 75,3% (DE 34,4) y la difusión de monóxido de carbono (DLCO) media basal fue del 61% (DE 8), mientras que en el grupo de control la CVF fue del 81,2% (DE 18,8) (p = 0,467) y la DLCO fue del 55,3% (DE 8) (p = 0,399). Los patrones radiológicos encontrados fueron 2 NSIP (33,3%), 4 UIP (66,6%). Al comparar con el grupo de control, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de NSIP (33,3 vs. 41,7%) y UIP (66,7 vs. 29,2%) (p = 0,199). Ninguno de ellos presentó insuficiencia respiratoria. Ninguno cumplió con los criterios de la ATS para FPP a los 5 años de seguimiento, mientras que 7 pacientes cumplieron con los criterios de FPP en el grupo de control (p = 0,290). No se encontraron diferencias en la pérdida relativa de CVF a los 5 años de seguimiento (Ro52 +2,8 vs. grupo de control -2,6%, p = 0,362).

Conclusiones: No se encontraron resultados concluyentes que respalden una relación significativa entre la positividad de los anticuerpos anti-Ro52 y la FPP. Pese a la falta de significancia estadística, es importante señalar las tendencias hacia una CVF basal más baja y una mayor prevalencia de UIP en los casos positivos para anti-Ro52.

P304. ANTI-KU Y SUS DISTINTAS FACETAS CLÍNICAS

Marina Negrín Felgueroso¹, Vera Ortiz-Santamaría², Jordi Camins Fàbregas², Rosa Vila¹, Noemí Busquets², Andrea Cuervo², Katherine Cajiao², Marta Pérez³ y Carme Villà³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. CAP de La Garriga. ²Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. ³Análisis clínicos. Hospital General de Granollers.

Introducción: La clínica asociada a la presencia de anticuerpos anti-Ku incluye fundamentalmente miositis, artritis y fenómeno de Raynaud. Los anti-Ku han sido detectados en un amplio abanico de conectivopatías, como son la esclerosis sistémica, el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide entre otras, aunque no siempre cumplen criterios para una de ellas y en ocasiones presentan síndromes de superposición.

Objetivos: Analizar la clínica y diagnósticos principales de los pacientes anti-Ku positivos en el Hospital General de Granollers.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital comarcal con un área de referencia de 300.000 habitantes. Se han recogido datos clínicos, analíticos y diagnósticos de los pacientes con anti-Ku positivos entre el 2020 y el 2023.

Tabla P304

Tabla resumen resultados

	Afectación articular	Afectación muscular	Raynaud	Hallazgos analíticos relevantes	Enfermedades asociadas
Paciente 1	Artralgias	No/CK N	No	Anti-Jo1 positivo débil	Fatiga crónica
Paciente 2	Artralgias	No/CK N	No	Anti-La positivo	Fibromialgia
Paciente 3	No	No/CK N	Sí	Anti-DFS70 positivo intenso aislado	Enfermedad celíaca
Paciente 4	Artralgias inflamatorias	No/CK N	Sí	ANCA 1/160 atípico Antimitocondriales 1/160	Polimialgia reumática
Paciente 5	Artritis	No/CK N	No	FR positivo ACPA positivos	Artritis reumatoide
Paciente 6	No	No/CK N	No	Anti-DNA positivo (1/20)	Hipertensión pulmonar severa grupo 1
Paciente 7	Artralgias inflamatorias	No/CK N	Sí	Anti-peroxidasa positivo	Hipotiroidismo autoinmune
Paciente 8	Artritis	No/CK N	No	ANA positivo FR positivo	LES
Paciente 9	Artritis	No/CK N	No	ANA positivo FR positivo	LES
Paciente 10	No	No/CK N	No	Antimúsculo liso positivo Anti-Mi2 positivo débil	Hepatitis autoinmune
Paciente 11	Artralgias inflamatorias	No/CK N	No	FR positivo	Hepatitis autoinmune
Paciente 12	Artritis	No/CK N	No	ACPA positivos	Artritis reumatoide
Paciente 13	Artritis	No/CK N	No	FR positivo ACPA positivos	Artritis reumatoide/Bronquiolitis
Paciente 14	Artritis	No/CK N	Sí	FR positivo ACPA positivos	Artritis Reumatoide
Paciente 15	Artritis	No/CK N	No	Anti-Ro60 positivo Anti-Lúpico positivo	LES/SAF

FR: factor reumatoide; ACPA: anticuerpos antipéptido citrulinado; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido.

Resultados: Se han identificado 15 pacientes con anticuerpos anti-Ku positivos, con una edad media de 55,9 años (rango 34-79) y de los cuales el 86,67% fueron mujeres. La manifestación clínica más frecuente en nuestra serie fue la articular, en forma de artritis o artralgias inflamatorias, en 10 de los 15 casos (66%); y el fenómeno de Raynaud en el 26%, siendo la capilaroscopia en todos ellos normal. Ningún caso presentó afectación miopática, debilidad muscular, disfagia ni elevación de las CK. De los 15 pacientes con anticuerpos anti-Ku positivos, 4 de ellos tenían diagnóstico de Artritis Reumatoide, siendo todos ACPA positivos. En los 3 casos con diagnóstico de LES, además, presentaban afectación mucocutánea y/o hipocomplementemia; en uno de ellos SAF. En dos casos tenían diagnóstico de hepatitis autoinmune, uno de ellos con biopsia hepática compatible. Un caso presentaba hipertensión pulmonar severa del grupo 1 con anti-DNA positivo sin criterios de lupus eritematoso sistémico. Un paciente con artritis reumatoide presentó una bronquiolitis secundaria a tratamiento biológico, ningún otro paciente presentó afectación pulmonar intersticial.

Conclusiones: En nuestra serie, la mayoría de los pacientes presentaron manifestaciones articulares inflamatorias (66%) y fenómeno de Raynaud (26%). Es remarcable que ninguno de nuestros pacientes presentó afectación muscular clínica o analítica. El diagnóstico más habitual en los pacientes con anti-Ku positivo de nuestro centro fue la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico.

P305. SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA EN ADULTOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Lucía Romar de las Heras, Noelia Cabaleiro Raña, Diego Santos Álvarez, Carmen Álvarez Reguera, Evelin Cecilia Cervantes Pérez, María Caeiro Aguado, Sabela Fernández Aguado, Alejandro Souto Vilas y Susana Romero Yuste

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM), subgrupo de linfocitosis hemofagocítica, afecta a pacientes con enfermedades reumáticas y está causado por una alteración en la actividad citolítica de células *natural killer* y de linfocitos T. Es una entidad especialmente reconocida en la reumatología pediátrica, sin embargo, no es tan frecuente en adultos. Se caracteriza por fiebre elevada, aumento de reactantes de fase aguda (RFA), citopenias, coagulopatía intravascular diseminada, hepatitis, afectación del sistema nervioso central... Sin tratamiento precoz es potencialmente mortal.

Objetivos: Evaluar las características demográficas y clínicas de una cohorte de pacientes diagnosticados de SAM en el Servicio de Reumatología del Hospital universitario de Pontevedra entre enero del año 2019 y 2024.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de SAM bajo juicio clínico y apoyo del HScore, herramienta predictora de probabilidad de SAM.

Resultados: Se identificaron 5 pacientes (3 hombres/2 mujeres) con diagnóstico de SAM con una edad media de 64 años ([RIC] 25-75%: 25-59 años). Todos tenían antecedentes de enfermedades reumáticas (LES = 2, Enfermedad de Still del adulto = 2, Artritis reumatoide = 1) y 4 (80%) estaban recibiendo tratamiento inmunosupresor. En la mayoría de casos (n = 3,60%) se identificó un desencadenante infeccioso (n = 2 virus Epstein-Barr, n = 1 citomegalovirus). Todos tuvieron fiebre elevada (> 38,4 °C) junto con síndrome general (n = 3, 60%) y organomegalias (n = 3, 60%). Únicamente 1 paciente (20%) presentó afectación neurológica, que requirió traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Analíticamente se objetivaron niveles elevados de RFA y disminuidos de fibrinógeno en todos los casos. Se evidenciaron citopenias de distintas líneas celulares y se pudo conocer los niveles de sIL-2R en 2 pacientes (40%), estando en ambos ele-

vado. Por otra parte, en 3 pacientes (60%) se realizó biopsia de médula ósea, confirmándose hemofagocitosis (tabla 1). Una vez obtenida toda la información se calculó el HScore (tabla 2). En todos los pacientes la puntuación superó los 200 puntos, equivalente a una probabilidad $\geq 93\%$ de padecer SAM. En el momento de sospecha de SAM se inició, en todos los casos, tratamiento con pulsos de metilprednisolona (500 mg iv/día durante 3 días consecutivos). El tratamiento con ciclosporina (150-200 mg iv/día) únicamente se empleó en la fase aguda de la enfermedad en 2 pacientes (40%). Tras la fase inicial, todos recibieron Anakinra (100-200 mg sc/día) como tratamiento de segunda línea con buena respuesta.

Conclusiones: El SAM, infravalorado en adultos, tiene una amplia gama de desencadenantes, entre los que se incluyen infecciones, tratamientos inmunosupresores, neoplasias y autoinmunidad. Dado su alta morbilidad, los reumatólogos debemos considerarlo de manera precoz en pacientes con enfermedades reumáticas de base y fiebre de origen desconocido. Su diagnóstico, eminentemente clínico puede apoyarse en herramientas como el HScore. En nuestra muestra, todos los pacientes habían sido diagnosticados previamente de patologías reumáticas y la mayoría estaba recibiendo tratamiento inmunosupresor, con un adecuado control de su enfermedad de base. Los desencadenantes infecciosos fueron identificados en la mayoría de los casos. El HScore se aplicó de manera sistemática y predijo una alta probabilidad de SAM en todos ellos.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de 5 pacientes diagnosticados de Síndrome de Activación Macrofágica.

Características clínicas	N (%)
Género (hombre/mujer)	3 (60) / 2 (40)
Edad (años), mediana (RIC 25%-75%)	64 (25-59.5)
Enfermedad reumática subyacente	5 (100)
<ul style="list-style-type: none"> • LES • Enfermedad de Still • Artritis reumatoide 	2 (40) 2 (40) 1 (20)
Desencadenante	4 (80)
<ul style="list-style-type: none"> • Malignidad • Fármacos • Infección - VEB - CMV 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 0 • 4 (80) - 2 (40) - 1 (20)
Fiebre	5 (100)
Síndrome general	3 (60)
Organomegalia	2 (40)
<ul style="list-style-type: none"> • Hepatomegalia • Esplenomegalia 	1 (20) 2 (40)
Valores de laboratorio	media \pm DE
VSG (mm/h)	60.4 \pm 45.5
PCR (mg/dL)	16.26 \pm 14.4
Triglicéridos mg/dL (mmol/L)	472.8 \pm 204.8
Ferritina (ng/mL)	42819.2 \pm 73394.0
D-Dímero (ng/mL)	20603.33 \pm 26199.8
Hemoglobina (g/dL)	10.64 \pm 2.2
Leucocitos (mm ³)	3000 \pm 1592.2
Plaquetas (mm ³)	82000 \pm 59958.3
AST (IU/L)	390.6 \pm 299.8
ALT (IU/L)	425.8 \pm 394.7
HScore (puntos)	265.6 \pm 44.4

Tabla 2. Variables del HScore.

Inmunosupresión subyacente conocida (o VIH positivo o recibiendo terapias inmunosupresivas de larga data (ej., glucocorticoides, ciclosporina, azatioprina...))	<ul style="list-style-type: none"> No: 0 puntos Sí: + 18 puntos
Temperatura, °F (°C)	<ul style="list-style-type: none"> <101.1 (<38.4): 0 puntos 101.1–102.9 (38.4–39.4): + 33 puntos >102.9 (>39.4): + 49 puntos
Organomegalia	<ul style="list-style-type: none"> No: 0 puntos Hepatomegalia o esplenomegalia: + 23 puntos Hepatomegalia y esplenomegalia: + 38 puntos
Número de citopenias (Definido como hemoglobina ≤ 9.2 g/dL (≤ 5.71 mmol/L) y/o leucocitos $\leq 5,000/mm^3$ y/o plaquetas $\leq 110,000/mm^3$)	<ul style="list-style-type: none"> 1 línea: 0 puntos 2 línea: +24 puntos 3 línea: +34 puntos
Ferritina, ng/mL (or $\mu\text{g/L}$)	<ul style="list-style-type: none"> <2,000: 0 puntos 2,000–6,000: + 35 puntos >6,000: + 50 puntos
Triglicéridos, mg/dL (mmol/L)	<ul style="list-style-type: none"> <132.7 (<1.5): 0 puntos 132.7–354 (1.5–4): + 44 puntos >354 (>4): + 64 puntos
Fibrinógeno, mg/dL (g/L)	<ul style="list-style-type: none"> >250 (>2.5): 0 puntos ≤ 250 (≤ 2.5): + 30 puntos
AST, U/L	<ul style="list-style-type: none"> <30: 0 puntos ≥ 30: + 19 puntos
Hemofagocitosis en biopsia de médula ósea	<ul style="list-style-type: none"> No: 0 puntos Sí: + 35 puntos

Abreviaturas: VIH (virus inmunodeficiencia humana), AST (aspartato aminotransferasa)

P305 Figura 2

P306. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: CUATRO CASOS

Marta de la Rubia Navarro¹, José Eloy Oller Rodríguez¹, Daniel Ramos Castro¹, Carmen Riesco Bárcena¹, Alba Torrat Novés¹, Ernesto Tovar Sugrañes¹, Elvira Vicens Bernabeu¹, Belén Villanueva Mañes¹, Elena Grau García², Iago Alcántara Álvarez¹, Hikmat Charia², Luis González Puig¹, Anderson Víctor Huaylla Quispe¹, José Ivorra Cortés¹, Samuel Leal², Isabel Martínez Cordellat¹, Laura Mas Sánchez¹, Pablo Francisco Muñoz Martínez¹, Rosa Negueroles Albuixech¹, Inés Cánovas Olmos¹, Carmen Nájera Herranz¹ y José Andrés Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Grupo de Investigación en Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad auto-inmune y heterogénea, caracterizada por una vasculopatía de la microcirculación, producción de autoanticuerpos y activación fibro-

blástica, que conduce a una fibrosis de la piel y de órganos internos. El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (auto-TPH) es una terapia indicada generalmente en pacientes con formas agresivas de ES y que se asocian a mal pronóstico. La selección cuidadosa de los pacientes es crucial, debido a la importante toxicidad que asocia el tratamiento.

Objetivos: Describir las características clínicas y serológicas, tratamientos previos y actuales, eventos adversos y curso clínico de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) con formas agresivas y de mal pronóstico, que se han sometido a un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (auto-TPH).

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con diagnóstico de ES (criterios ACR/EULAR 2013). Se recogieron datos de clínicos, serológicos y de tratamiento, curso clínico postrasplante y eventos adversos.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes mujeres, con una edad media de 49 (7) años y una mediana de 33 (7) meses desde el diagnóstico hasta el auto-TPH. Todos los pacientes presentaban engrosamiento cutáneo difuso (m-Rodnan score (mRSS) medio: 33,75) y, en relación con los hábitos tóxicos, todas las pacientes eran exfu-

Tabla P306

	mRSS pre-autoTPH	mRss pos-autoTPH	Enfermedad pulmonar intersticial	DLCO (pre-autoTPH)	DLCO (pos-autoTPH)	Patrón de capilaroscopia	Autoinmunidad
1	39	29	No	18,59	19,89	ES	ANA, nucleolar pattern
2	18	4	Sí	11,23	11,89	ES	Anti-Ro52
3	27	8	No	22,25	22,22	Inespecífico	Anti-RNA-pol-III
4	51	51	Sí	11,15	ND*	ES	ANA, nuclear pattern

*ND: no disponible.

madoras en el momento de la evaluación. Los resultados obtenidos se incluyen en la tabla. Previo al auto TPH, como tratamientos previos se utilizaron ciclofosfamida (34%), metotrexato (33%), tocilizumab (22%) y rituximab (11%). En relación con las terapias actuales, solo una paciente recibía corticoterapia (prednisona 7,5 mg/día) y otra paciente reinició tocilizumab tras el auto-TPH. En relación a los eventos adversos, solo una paciente presentó una neumonía 2 semanas tras el auto TPH, requiriendo ingreso en la unidad de cuidados intensivos, con mejoría y resolución completa del cuadro infeccioso.

Conclusiones: El auto-TPH es una estrategia terapéutica adecuada en pacientes con ES difusa de reciente diagnóstico asociada a mal pronóstico, con un buen perfil de seguridad.

P307. EL POLIMORFISMO SLC01B1 NO SE ASOCIA CON LA MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA ANTI-HMGCOAR

Cristina Corrales-Selaya^{1,2}, Diana Prieto-Peña^{1,2}, Alfonso Corrales^{1,2}, Carmen Ibarbia³, Zaida Salmon-González^{3,4}, Marta Martín-Millán^{3,4}, Virginia Portilla^{1,2}, M. Sebastián-Mora Gil², J.C. Batista-Liz², Verónica Pulito-Cueto², Raquel López-Mejías², Ricardo Blanco^{1,2} y José Luis Hernández^{3,4}

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

²IDIVAL Health Research Institute of Cantabria. Santander. ³Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM) por anti-3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA reductasa (HMGCR) es un subgrupo

VARIABLES	Pacientes con MNIM anti-HMGCR (n=11)	Miotoxicidad no inmunomediada (n=20)	Controles (n=31)	P (IMNM anti-HMGCR frente a miotoxicidad)
VARIABLES				
Características demográficas	66.7±7.9	58.3±9.5	67.0±10.6	0.018
Edad al diagnóstico (años), media±DE	6 (54.5)	10 (50)	22 (71)	0.81
Sexo (mujeres), n (%)	5 (45.5)	13 (65)	12 (38.7)	0.29
Fumadores y ex fumadores, n (%)	9 (81.8)	8 (40)	14 (45.2)	0.03
Hipertensión, n (%)	9 (81.8)	0(0)	3 (9.7)	<0.01
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	4 (36.4)	3 (15)	4 (12.9)	0.21
Diagnóstico previo de hipotiroidismo que requiere sustitución hormonal, n (%)				
Exposición a estatinas	1 [1-2]	2 [1-2]	1[1-1]	0.23
Número de estatinas recibidas, mediana [RIC]				
Tipo de estatina	11 (100)	12 (60)	20 (64.5)	0.01
- Atorvastatina, n (%)	2 (18.2)	9 (45)	6(19.4)	0.14
- Rosuvastatina, n (%)	1 (9.1)	6 (30)	7(22.6)	0.18
- Simvastatina, n (%)	1 (9.1)	7(35)	4(19)	0.12
- Pitavastatina, n (%)	72 [24-84]	54 [22-96]	60 [36-84]	0.92
Manifestaciones clínicas				
Duración de los síntomas tras el diagnóstico (meses), media±DE	4 [3-6]	3.5 [2-8]	-	0.65
Mialgias, n (%)	10 (90.9)	11(55)	0(0)	0.04
Debilidad muscular	11 (100)	4 (20)	0(0)	<0.01
Predominio de miembros inferiores proximales, n (%)	9 (81.8)	0(0)	0(0)	<0.01
Debilidad cervical, n (%)	2 (25)	0(0)	0(0)	0.05
Disfagia, n (%)	2 (25)	0(0)	0(0)	0.05
Parámetros de laboratorio				
CK elevada, n (%)	11(100)	17 (85)	0(0)	0.54
CK (U/L), mediana [RIC]	4276 [2294-9271]	494 [214-828]	-	<0.01
LDH (mg/dL), mediana [RIC]	466 [375-876]	216[194-314]	-	<0.01
AST (mg/dL), mediana [RIC]	122 [88-272]	38 [27-66]	-	<0.01
ALT (mg/dL), mediana [RIC]	160 [144-377]	41[27-56]	-	<0.01
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	0.8 [0.6-3.0]	0.2 [0.2-0.6]	-	<0.01
VSG (mm/1.ª hora), mediana [RIC]	27.0 [12-60]	18 [12-20]	-	0.09
Niveles bajos de vitamina D, n/N (%)	9/9 (100)	12/16(75)	2 (6.5)	0.26
TSH elevada, n (%)	4 (36)	3 (15)	0 (0)	0.17
Distribución genética de SLC01B1 rs4149056				
TT	9 (81.8)	11 (55)	20 (64.5)	-
TC	2 (18.2)	7 (35)	11 (35.5)	0.24
CC	0 (0)	2 (10)	0 (0)	-
T	20 (90.9)	29 (72.5)	51 (82.3)	-
C	2 (9.1)	11 (27.5)	11 (17.7)	0.09

P307 Tabla 1. Características demográficas, clínicas y distribución genética de SLC01B1 rs4149056 en pacientes con IMNM anti-HMGCR, miotoxicidad por estatinas no inmunomediada y pacientes que tomaban estatinas sin miotoxicidad (controles).

	Pacientes con miotoxicidad frente a controles.		Pacientes con MNIM anti-HMGR frente a controles		Pacientes con MNIM anti-HMGR frente a pacientes con miotoxicidad	
	P	OR [95% IC]	p	OR [95% IC]	p	OR [95% IC]
rs4149056						
TT	-	Ref.	-	Ref.	-	Ref.
TC	0.81	1.16 [0.29-4.46]	0.29	0.40 [0.04-2.54]	0.24	2.86 [0.39-33.82]
CC	0.07	-	-	-	0.22	-
T	-	Ref.	-	Ref.	-	Ref.
C	0.24	1.76 [0.60-5.07]	0.34	0.46 [0.05-2.44]	0.09	3.79 [0.69-38.16]

OR: odds ratio; IC: Intervalo de Confianza

P307 Tabla 2. Diferencias genéticas de SLC01B1 rs4149056 entre pacientes con miotoxicidad no inmunomediada por estatinas, pacientes con MNIM anti-HMGR y controles.

de miopatía inflamatoria idiopática que muestra características distintivas de la miotoxicidad por estatinas no inmunomediada. Una secuenciación genómica completa mostró una fuerte asociación de la miotoxicidad por estatinas con el polimorfismo de un solo nucleótido (SNP) rs4363657 alelo C dentro del gen SLC01B1. Sin embargo, aún se desconoce si también está asociado con la MNIM anti-HMGR.

Objetivos: Determinar si la MNIM anti-HMGR y la miotoxicidad no inmunomediada por estatinas presentan una asociación SLC01B1 diferente.

Métodos: El SNP rs4149056 (c.521T>C) dentro del gen SLC01B1 se genotipificó en 11 pacientes con diagnóstico de MNIM anti-HMGR, 20 pacientes con miotoxicidad por estatinas no inmunomediada y 31 controles emparejados étnicamente que recibían estatinas sin miotoxicidad. Se realizaron comparaciones entre los tres grupos.

Resultados: Los pacientes con MNIM por anti-HMGR y los pacientes con miotoxicidad no inmunomediada mostraron características clínicas bien diferenciadas (tabla 1). Los anti-HMGR eran de mayor edad, presentaban con mayor frecuencia hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, estaban más comúnmente expuestos a atorvastatina y mostraban síntomas clínicos y alteraciones en los parámetros de laboratorio más graves. La prevalencia del alelo C del rs4149056 fue del 9,09%, 27,5% y 17,7% en MNIM anti-HMGR, miotoxicidad por estatinas y controles, respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias de genotipo y alelo del polimorfismo SLC01B1 rs4149056 cuando se comparó a los pacientes con MNIM anti-HMGR con los pacientes con miotoxicidad por estatinas y los controles (tabla 2). La prevalencia del alelo C y de los homocigotos CC fue mayor en los pacientes con miotoxicidad no inmunomediada en comparación con los pacientes con MNIM anti-HMGR y los controles, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 2).

Conclusiones: SLC01B1 no está asociado con un mayor riesgo de MNIM anti-HMGR.

P308. NINTEDANIB EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: EFICACIA EN LA VIDA REAL, SEGURIDAD Y TOLERANCIA EN UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

Paula Pérez García¹, M. Retuerto-Guerrero¹, Yanira Chuquimia Mendoza², Laura Sierra Herránz², Jesús Loarce-Martos³, Belén Atienza-Mateo⁴, Carolina Merino Argumánez⁵, Marina Pavía Pascual⁶, Belén Miguel Ibáñez⁷, José Ordas Martínez¹, Pedro Baenas González¹, Cristiana Sieiro Santos¹, Clara Moriano¹, Ismael González¹, Carolina Díez¹, Ignacio González Fernández¹, Carolina Álvarez Castro¹, Esperanza Gutiérrez⁸ y Elvira Díez Álvarez¹

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Neumología. Complejo Asistencial Universitario de León.

³Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁴Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Santander. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Madrid. ⁶Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio

Marañón. Madrid. ⁷Reumatología. Complejo Asistencial Universitario

de Salamanca. ⁸Farmacia. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación grave de las enfermedades autoinmunes (EA). En los últimos años se han desarrollado nuevas estrategias para el tratamiento de la fibrosis pulmonar progresiva. Nintedanib (NINTE) ha sido el primer fármaco antifibrótico aprobado para el tratamiento de la EPI fibrosante progresiva relacionada con EA (estudio INBUILD y SENSICIS).

Objetivos: Evaluar la eficacia, seguridad y tolerancia de NINTE en pacientes con EPI-EA en España.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se obtuvieron datos de 67 pacientes con EPI-EA tratados con nintedanib 150 mg dos veces al día. Fueron recogidos datos epidemiológicos, clínicos, resultados de la tomografía de alta resolución (TCAR), pruebas de función respiratoria (PFR), anticuerpos e inmunosupresores concomitantes. Los análisis estadísticos para las variables continuas se realizaron mediante el test t de Student o prueba U de Mann-Whitney y para las variables categóricas la prueba de chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes de seis centros. 58% mujeres, la mediana de edad al inicio del NINTE fue de 63,8 (56,8-72,6) años. La mediana de duración de la enfermedad fue de 4,1 (0,9-12,2) años para la EA y de 3,6 (1,6-5,9) años para la EPI. Catorce (23%) pacientes fueron diagnosticados de enfermedad reumática tras el diagnóstico de EPI. Los datos clínicos, inmunológicos, radiológicos y de tratamiento se resumen en la tabla 1. El patrón NINE se asoció con ANA ($p = 0,004$), con el tratamiento con mofenolato de mofetilo ($p = 0,003$) y con rituximab ($p = 0,003$). El patrón NIU se asoció con el tabaco ($p = 0,046$), la presencia de enfisema radiográfico ($p = 0,032$), pacientes con AR ($p = 0,001$), FR ($p = 0,001$) y anticuerpos ACCP ($p < 0,001$). Al año de seguimiento, se observó un empeoramiento de las imágenes de TCAR torácico en el 31% de los pacientes. La progresión radiográfica se asoció con el patrón NIU (OR 8,5; IC: 1,5-46,8; $p = 0,014$), el diagnóstico de AR (OR 8; IC: 51,7-38,4; $p = 0,017$) y anticuerpos ACCP (OR 11,2; IC: 2,1-58,9; $p = 0,004$). Al inicio del estudio la FVC% y la DLCO% fueron 46 (34-57) y 71 (52,5-84,8); a los seis meses de seguimiento fueron 46 (33-56) y 69 (57-82,5); y al año de seguimiento fueron 44 (39,5-58) y 69 (54,8-84) respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en la evolución de las PFR entre los grupos de patrones de TCAR, enfermedad reumática, autoanticuerpos y tratamiento concomitante. La duración media del tratamiento con NINTE fue de 13,2 (8-26,9) meses. Los acontecimientos adversos llevaron a la retirada de NINTE en 13 pacientes y 16 sujetos precisaron una reducción de la dosis a 150 mg diarios. Durante el seguimiento 16 pacientes fueron ingresados por exacerbación de la EPI y 11 fallecieron. Los pacientes Ro52 positivos y los tratados con leflunomida tuvieron más probabilidades de ser ingresados por exacerbación pulmonar. Los factores asociados a la mortalidad se describen en la tabla 2.

Conclusiones: En nuestra cohorte, a pesar de la gran heterogeneidad, NINTE parece prevenir la progresión pulmonar intersticial en todos los subgrupos independientemente del tipo de EA, tratamiento concomitante o tiempo desde el diagnóstico de afectación

pulmonar. El patrón NIU, los anticuerpos ACCP, la comorbilidad cardiológica, la exacerbación de la EPI y el valor de DLCO% a los 6 meses se relacionaron con la mortalidad.

Tabla 1. Características clínicas, analíticas, radiológicas y funcionales de 67 pacientes EPI-EA tratados con NINTE

Características	EPI-EA (n = 67)
Mujeres	39 (58%)
Edad al diagnóstico EA	58,1 (46,5-67,2)
Edad al diagnóstico EPI	62 (49,7-67,2)
Duración EPI (años)	3,6 (1,6-5,9)
Edad al inicio del NINTE	63,8 (56,8-72,6)
Fumador o exfumador	34 (50,7%)
Exposición laboral	6 (9%)
Comorbilidades cardiológicas	14 (20,9%)
Comorbilidades respiratorias	10 (14,9%)
Factores de riesgo cardiovascular	39 (58,2%)
Índice de Charlson	4 (3-5)
Diagnóstico de EA	
Esclerosis sistémica	21 (31,4%)
Artritis reumatoide	19 (28,4%)
Síndrome antisintetasa	9 (13,4%)
EITC	7 (10,4%)
Síndrome de Sjögren	5 (7,5%)
Lupus eritematoso sistémico	3 (4,5%)
Sarcoidosis	2 (3%)
Granulomatosis con poliangeítis	1 (1,5%)
Factor reumatoide	22 (32,8%)
ACCP	17 (25,4%)
Ro52	14 (20,9%)
Ac asociados a esclerodermia	9 (13,4%)
Ac asociados a miopatía	10 (14,9%)
Patrón NINE	30 (49,3%)
Patrón NIU	22 (32,8%)
Enfisema asociado	11 (16,4%)
FVC% predicha al inicio	46 (34-57)
DLCO% predicha al inicio	71 (56,5-84,8)
Monoterapia	17 (25,4%)
Tratamientos concomitantes	7 (10,4%)
Metotrexato	2 (3%)
Leflunomida	23 (37,3%)
Micofenolato de mofetilo	4 (6%)
Otros FAME2	8 (11,9%)
Abatacept	20 (29,9%)
Rituximab	4 (6%)
Otros biológicos	
Solo FAME	19 (28,4%)
Solo biológico	15 (22,4%)
FAME más biológico	17 (25,4%)

Tabla 2. Factores asociados con mortalidad en pacientes con EPI-EA tratados con NINTE

	p	OR (IC)
Edad al inicio de NINTE	0,019	
ACCP positivo	0,024	4,9 (1,2-19,1)
Patrón NIU	0,003	14,3 (1,7-119,9)
Comorb. cardiológicas	0,04	4,4 (1,1-17,4)
Exacerbación EPI	< 0,001	16 (3,5-73,4)
DLCO% 6 meses	0,016	

P309. LA ASOCIACIÓN HLA-DRB1*11:01 DIFERENCIA LA MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA POR ANTI-HMGCR DE LA MIOTOXICIDAD POR ESTATINAS NO INMUNOMEDIADA

Cristina Corrales-Selaya^{1,2}, Diana Prieto-Peña^{1,2}, Gonzalo Ocejo-Vinyals^{2,3}, Alfonso Corrales^{1,2}, Carmen Ibarbia⁴, Zaida Salmon-González^{2,4}, Marta Martín-Millán^{2,4}, Virginia Portilla^{1,2}, Nerea Mota-Pérez³, M. Sebastián-Mora Gil², J.C. Batista-Liz², Verónica Pulito-Cueto², Raquel López-Mejías², Ricardo Blanco^{1,2} y José Luis Hernández^{2,4}

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²IDIVAL Health Research Institute of Cantabria. Santander. ³Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁴Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: Los factores de riesgo genéticos pueden explicar por qué solo una pequeña proporción de pacientes que toman estatinas desarrollan casos graves de miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM) anti-3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA reductasa (HMGCR). Se ha descrito una alta prevalencia de portadores de HLA-DRB1*11:01 en pacientes con MNIM anti-HMGCR. Sin embargo, se desconoce si este alelo se asocia específicamente con la MNIM anti-HMGCR o si también se asocia con la miotoxicidad no inmunomediada por estatinas.

Objetivos: Dilucidar si la MNIM anti-HMGCR y la miotoxicidad por estatinas no inmunomediada presentan una asociación HLA-DRB11 diferente.

Métodos: Se realizó la tipificación HLA-DRB1 mediante el sistema Luminex 100 en 11 pacientes con diagnóstico de MNIM anti-HMGCR, 20 pacientes con miotoxicidad por estatinas no inmunomediada y 29 controles emparejados étnicamente que recibían estatinas sin miotoxicidad. Se realizaron comparaciones entre los tres grupos.

VARIABLES	Pacientes con MNIM anti-HMGCR (n=11)	Miotoxicidad no inmunomediada (n=20)	Controles (n=29)	P (MNIM anti-HMGCR frente a miotoxicidad)
Características demográficas				
Edad al diagnóstico (años), media±DE	66.7±7.9	58.3±9.5	67.0±10.6	0.018
Sexo (mujeres), n (%)	6 (54.5)	10 (50)	21 (72.4)	0.81
Fumadores y ex fumadores, n (%)	5 (45.5)	13 (65)	10 (34.5)	0.29
Hipertensión, n (%)	9 (81.8)	8 (40)	14 (48.3)	0.03
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	9 (81.8)	0(0)	2 (6.8)	<0.01
Diagnóstico previo de hipotiroidismo que requiere sustitución hormonal, n (%)	4 (36.4)	3 (15)	3 (10.3)	0.21
Exposición a estatinas				
Número de estatinas recibidas, mediana [RIC]	1 [1-2]	2 [1-2]	1[1-1]	0.23
Tipo de estatina				
- Atorvastatina, n (%)	11 (100)	12 (60)	20 (68.9)	0.01
- Rosuvastatina, n (%)	2 (18.2)	9 (45)	5(17.2)	0.14
- Simvastatina, n (%)	1 (9.1)	6 (30)	7(24.1)	0.18
- Pitavastatina, n (%)	1 (9.1)	7(35)	3(10.3)	0.12
Tiempo de tratamiento con estatinas (meses), mediana [IQR], n (%)	72 [24-84]	54 [22-96]	60 [36-84]	0.92
Manifestaciones clínicas				
Duración de los síntomas tras el diagnóstico (meses), media±DE	4 [3-6]	3.5 [2-8]	-	0.65
Mialgias, n (%)	10 (90.9)	11(55)	0(0)	0.04
Debilidad muscular	11 (100)	4 (20)	0(0)	<0.01
Predominio de miembros inferiores proximales, n (%)	9 (81.8)	0(0)	0(0)	<0.01
Debilidad cervical, n (%)	2 (25)	0(0)	0(0)	0.05
Disfagia, n (%)	2 (25)	0(0)	0(0)	0.05
Parámetros de laboratorio				
CK elevada, n (%)	11(100)	17 (85)	0(0)	0.54
CK (UI/L), mediana [RIC]	4276 [2294-9271]	494 [214-828]	-	<0.01
LDH (mg/dL), mediana [RIC]	466 [375-876]	216 [194-314]	-	<0.01
AST (mg/dL), mediana [RIC]	122 [88-272]	38 [27-66]	-	<0.01
ALT (mg/dL), mediana [RIC]	160 [144-377]	41[27-56]	-	<0.01
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	0.8 [0.6-3.0]	0.2 [0.2-0.6]	-	<0.01
VSG (mm/1.ª hora), mediana [RIC]	27.0 [12-60]	18 [12-20]	-	0.09
Niveles bajos de vitamina D, n/N (%)	9/9 (100)	12/16(75)	2 (6.9)	0.26
TSH elevada, n (%)	4 (36)	3 (15)	0 (0)	0.17
Frecuencias alelo HLA-DRB1*11				
HLA-DRB1*11	9 (81.8)	5 (25)	5 (17.2)	0.0024
*11:01	8 (72.7)	2 (10)	3 (10.3)	0.0004
*11:02	0 (0)	1 (5)	1 (3.5)	0.73
*11:04	1 (9.1)	2 (10)	1 (3.5)	0.90

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y parámetros de laboratorio en pacientes con MNMI anti-HMGCR, miotoxicidad por estatinas no inmunomediada y pacientes que tomaban estatinas sin miotoxicidad (controles).

Resultados: Las características demográficas, clínicas y las pruebas de laboratorio fueron diferentes entre los pacientes con MNIM anti-HMGCR y con miotoxicidad no inmunomediada (tabla 1). La frecuencia del fenotipo HLA-DRB1*11 fue significativamente mayor en los pacientes con MNIM anti-HMGCR en comparación con los controles (81,8% frente a 17,2%, respectivamente; p < 0,001; odds ratio-OR [intervalo de confianza del IC95% 21,6 [2,87-237,4]). Sorprendentemente, se observó una mayor proporción de portadores de HLA-DRB1*11 en los pacientes con MNIM anti-HMGCR en

	Pacientes con miotoxicidad frente a controles		Pacientes con MNIM anti-HMGR frente a controles		Pacientes con MNIM anti-HMGR frente a pacientes con miotoxicidad	
	P	OR [95% IC]	p	OR [95% IC]	p	OR [95% IC]
HLA-DRB1*11	0.51	1.60 [0.31-8.21]	0.0001	21.6 [2.87-237.4]	0.0024	13.5 [1.73-153.21]
*11:01	0.97	0.96 [0.07-9.33]	0.0001	23.1 [3.03-199.5]	0.0004	24 [2.17-293.86]
*11:02	0.79	1.47 [0.02-119.74]	0.90	0.83 [0.03-21.8]	0.73	0.57 [0.02-15.06]
*11:04	0.35	3.11 [0.15-189.95]	0.48	2.8 [0.15-49.1]	0.90	0.08 [0.07-11.2]

OR: odds ratio; IC: Intervalo de Confianza.

P309 Tabla 2. Diferencias genéticas de las frecuencias alélicas HLA-DRB1*11 entre pacientes con MNIM anti-HMGR, pacientes con miotoxicidad por estatinas no inmunomediada y controles.

comparación con la miotoxicidad por estatinas no inmunomediada (81,8% frente a 25%; $p < 0,001$; OR [IC95%] = 13,5 [1,73-153,21]). Esta asociación se debió principalmente al alelo HLA-DRB1*11:01. Los pacientes con miotoxicidad no inmunomediada por estatinas y los controles no mostraron diferencias entre los alelos HLA-DRB1*11 (tabla 2).

Conclusiones: El HLA-DRB1*11, en particular el alelo HLA-DRB1*11:01, está fuertemente asociado con la MNIM anti-HMGR mientras que esta asociación no se observó en pacientes con miotoxicidad no inmunomediada por estatinas. El HLA-DRB1*11:01 podría ser útil como marcador genético específico para identificar a los pacientes con alto riesgo de MNIM anti-HMGR.

P310. MANIFESTACIONES NO-CRITERIO: SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO TRIPLE POSITIVO VS. NO TRIPLE POSITIVO

Francina Salabert Carreras, Cristina Rocamora Gisbert, Raquel Ugena García, Cristina Calomarde Gómez, Niccolò Viveros, Laia Gifre Sala, María Aparicio Espinar, Melania Martínez Morillo, Lourdes Mateo Soria, Anne Riveros Frutos, Ivette Casafont Solé y Judit Font Urgelles

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Actualmente los criterios clasificatorios más utilizados en el síndrome antifosfolípido (SAF) son los de Sydney, compuestos por un dominio clínico (trombosis vascular o morbilidad obstétrica) y uno analítico (anticuerpos anticardiolipinas, anti-B2glicoproteína I y anticoagulante lúpico). Con el objetivo de clasificar mejor a estos pacientes, ACR/EULAR en 2023 publicaron unos nuevos criterios clasificatorios para el SAF. Estos añaden a los dominios previos, otros criterios clínicos tales como manifestaciones microvasculares, hematológicas o cardíacas, que previamente se presentaban como manifestaciones “no criterio”.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en la presencia de manifestaciones “no criterio” en pacientes con SAF triple positivo (SAF-TP) comparado con los pacientes no triple positivo (SAF-nTP). Comparar la presencia de manifestaciones cardíacas entre los pacientes con SAF-TP y SAF-nTP.

Métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron todos los pacientes de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de SAF con cualquier manifestación clínica recogida en los nuevos criterios clasificatorios. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y analíticas.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes predominantemente mujeres ($n = 62, 61,4\%$) con una edad media de 53 años (fig. 1). En cuanto a las características basales, el lupus eritematoso sistémico (LES) fue más frecuente entre los pacientes con SAF-TP de forma significativa ($p = 0,025$). Clínicamente, 22 pacientes (21,8%) presentaban manifestaciones obstétricas, 66 (65,3%) manifestaciones trombóticas (25 [37,9%] arterial, 36 [54,5%] venosa y 5 [7,6%] arteriales y venosas) y 6 [5,9%] estaban catalogados como SAF catastróficos. Respecto a las manifestaciones no criterio, dada su amplia heterogeneidad se exponen resumidas en la Figura 2. Al analizar las diferencias en la

presencia de manifestaciones “no criterio” entre los pacientes con SAF-TP y SAF-nTP, las manifestaciones cardíacas fueron más frecuentes de forma significativa en los pacientes SAF-TP ($p = 0,013$), destacando la presencia de valvulopatía (fig. 2). También comparamos la presencia de SAF catastrófico en relación con la triple positividad, y se observó que tenía una tendencia más frecuente en los pacientes con SAF-TP ($n = 5 [11,1\%]$ vs. 1 [1,8%]), sin significación estadística. En cuanto a las manifestaciones cardíacas, nos focalizamos en las valvulopatías dada la escasa presencia de otras manifestaciones (fig. 2). De los 101 pacientes analizados, 23 (22,8%) presentaban valvulopatía, siendo 15 [33,3%] SAF-TP en comparación a 8 [14,3%] SAF-nTP ($p = 0,023$). La insuficiencia valvular fue más frecuente que la estenosis ($n = 21 [20,8\%]$ vs. 6 [5,9%], respectivamente) y la válvula mitral la más afectada en ambos grupos ($n = 17 [16,8\%]$).

	SAF-TP (n= 45)	SAF-nTP (n= 56)	p-valor
Edad (n ± DS)	45±14,6	56 ±16,2	0,166
Sexo femenino (%)	25 (55,6)	37 (66,1)	0,281
Fumador			
Activo(%)	10 (22,2)	16 (28,6)	0,468
Exfumador (%)	19 (42,2)	14 (25)	0,067
Hipertensión arterial (%)	20 (44,4)	25 (44,6)	0,984
Diabetes mellitus (%)	7 (15,6)	8 (14,3)	0,858
Dislipemia (%)	13 (28,9)	24 (42,9)	0,148
Trombofilia no SAF (%)	2 (4,4)	4 (7,1)	0,69
Síndrome de solapamiento (%)	14 (31,1)	18 (32,1)	0,012
LES	17 (37,8)	10 (17,9)	0,025
Sjögren	1 (2,2)	0 (0)	0,446
Otros**	0 (0)	4 (7,1)	0,126

Nota: SAF, Síndrome antifosfolípido. LES, Lupus Eritematoso Sistémico.

* Otros: enfermedad mixta del tejido conectivo, esclerosis sistémica, artritis reumatoide

FIGURA 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

	SAF-TP (n= 45)	SAF-nTP (n= 56)	p-valor
Hematológicas	17 (37,8)	13 (23,2)	0,111
Plaquetopenia (%)	14 (31,1)	10 (17,9)	0,120
Anemia hemolítica autoinmunitaria (%)	6 (13,3)	2 (3,6)	0,134
Cardíacas	16 (35,6)	8 (14,3)	0,013
Cardiopatía Isquémica (%)	2 (4,4)	1 (1,8)	0,584
Miocardopatía (%)	0 (0)	1 (1,8)	1,000
Valvulopatía (%)	15 (33,3)	8 (14,3)	0,023
Estenosis (%)	3 (6,6)	3 (5,3)	1,000
Insuficiencia (%)	15 (33,3)	6 (10,7)	0,005
Cutáneas	13 (28,9)	11 (19,6)	0,277
Raynaud (%)	11 (24,4)	9 (16,1)	0,294
Livedo racemosa (%)	1 (2,2)	1 (1,8)	1,000
Vasculitis livedoide (%)	1 (2,2)	1 (1,8)	1,000
Neurológicas	5 (11,1)	2 (3,6)	0,237
Hemorragia pulmonar (%)	3 (6,7)	0 (0)	0,085
Hipertensión pulmonar (%)	2 (4,4)	2 (3,6)	1,000
Microangiopatía trombótica (%)	5 (11,1)	1 (1,8)	0,110
Neurológicas (%)	9 (20)	13 (23,2)	0,697

* Neurológicas: epilepsia, migraña, deterioro cognitivo y lesiones en sustancia blanca

FIGURA 2: Manifestaciones clínicas no-criterio

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes con SAF-TP presentaron de forma significativa más manifestaciones cardíacas, especialmente valvulopatías. En ambos grupos fue más frecuente la insuficiencia valvular que la estenosis y la válvula mitral la más

afectada. No vimos diferencias en el resto de las manifestaciones "no criterio". Ninguna manifestación clínica fue más frecuente en los pacientes con SAF-nTP. Finalmente, observamos una mayor frecuencia de LES en los pacientes con SAF-TP, sin embargo, se realizó un subanálisis de la presencia de valvulopatía según TP y codiagnóstico de LES, y no se objetivó más pacientes con valvulopatía en SAF secundario a LES.

P311. NINTEDANIB EN LA FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA. COMPARACIÓN DE SUBGRUPOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE NEUMÓLOGOS Y REUMATÓLOGOS

Paula Pérez García¹, M. Retuerto-Guerrero¹, Yanira Chuquimia Mendoza², Laura Sierra Herránz², Jesús Loarce-Martos³, Belén Atienza-Mateo⁴, Carolina Merino Argumánz⁵, Marina Pavía Pascual⁶, Belén Miguel Ibáñez⁷, José Ordas Martínez¹, Pedro Baenas González¹, Cristiana Sieiro Santos¹, Clara Moriano¹, Ismael González¹, Carolina Díez¹, Ignacio González Fernández¹, Carolina Álvarez Castro¹, Esperanza Gutiérrez⁸ y Elvira Díez Álvarez¹

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Neumología. Complejo Asistencial Universitario de León.

³Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁴Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

⁵Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

⁶Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio

⁷Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

⁸Farmacia. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: Nintedanib (NINTE) ha sido aprobado para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), la enfermedad pulmonar intersticial fibrosante (EPI) asociada a enfermedad autoinmune (EPI-EA) y la EPI fibrosante progresiva de cualquier etiología. En los ensayos con nintedanib, su eficacia fue uniforme en todos estos subgrupos.

Objetivos: Los objetivos de nuestro trabajo fueron comparar la eficacia y seguridad de NINTE entre pacientes con EPI-EA y pacientes con afectación pulmonar fibrosante sin EA, en la práctica clínica habitual.

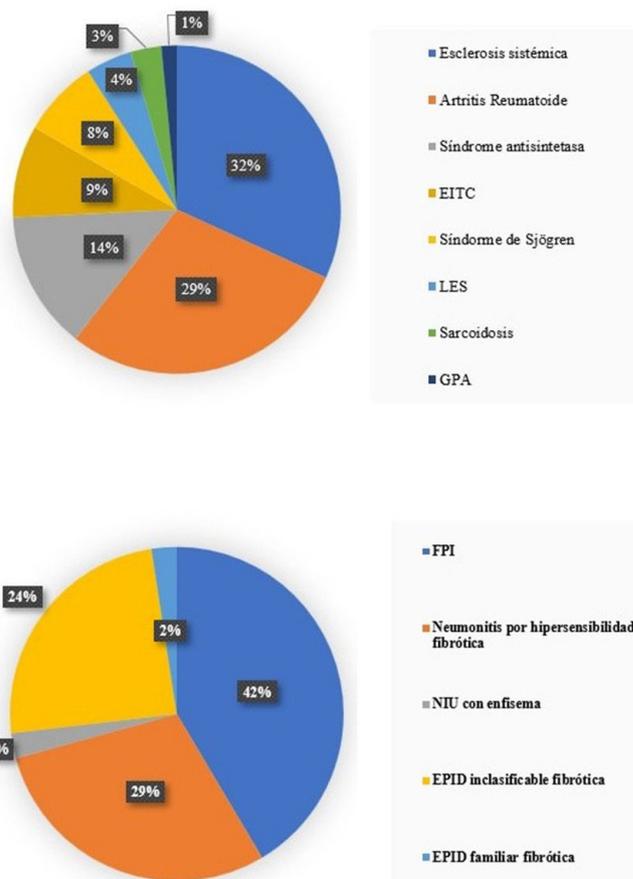
Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles transversal, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyó un total de 108 pacientes diagnosticados de fibrosis pulmonar tratados con NINTE. 67 sujetos eran casos de EPI-EA y 41 eran controles sin EPI-EA. Las variables continuas se compararon mediante la prueba t de Student o la prueba U de Mann Whitney y las variables categóricas mediante la prueba de chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Entre el grupo de EPI-EA y no EPI-EA, 58% y 32% eran mujeres ($p = 0,01$). La distribución de las diferentes enfermedades pulmonares y autoinmunes se muestran en la figura. La edad en el momento de la administración de NINTE fue de 63,7 (56,4-71,2) y 72,4 (66-78,4) años, respectivamente ($p < 0,001$) (tabla 1). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de EPI hasta el inicio de NINTE fue de 3,6 (1,6-5,9) y 2,3 (1-4) años ($p = 0,04$). 24 pacientes tenían antecedentes de exposición laboral (9% y 44%, $p < 0,001$) (tabla). La presencia de enfisema basal en la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) fue más frecuente en el grupo control ($p = 0,03$), mientras que el vidrio deslustrado fue más frecuente en los casos ($p = 0,02$). Los patrones de panal y reticulación fueron similares en ambos grupos. Los pacientes con EPI-EA presentaban niveles más elevados de VSG ($p < 0,001$) y PCR ($p < 0,001$) antes del inicio de NINTE. En el momento de iniciar NINTE, la FVC% predicha media fue de 71,9 y 75,1; y la DLCO% predicha media fue de 45,8 y 41,4 respectivamente. Las pruebas de función pulmonar se mantuvieron estables a lo largo de los primeros 12 meses en EPI-EA y no

EPI-EA (FVC% 71,0 y 80%; DLCO% 47 y 37,9), las imágenes disponibles de TCAR de tórax mejoraron/se estabilizaron en el 74% y 78% de los pacientes en el grupo de casos y de controles respectivamente. En ambos grupos, los acontecimientos adversos, las exacerbaciones agudas de EPI y la tasa de interrupción fueron similares. Durante una mediana de seguimiento de 15 (8,6-29,5) meses, 24 pacientes abandonaron NINTE debido a acontecimientos adversos gastrointestinales y 30 sujetos necesitaron una reducción de la dosis (150 mg diarios).

Características clínicas, analíticas, radiológicas y funcionales de 108 pacientes tratados con NINTE

	EPI-EA (n 67)	no EPI-EA (n 41)	p
Mujeres	39 (58%)	13 (32%)	0,01
Edad al inicio del NINTE	63,7 (56,4-71,2)	72,4 (66-78,4)	< 0,001
Duración EPI (años)	3,6 (1,6-5,9)	2,3 (1-4)	0,04
Fumador o exfumador	34 (50,7%)	23 (63,3%)	NS
Exposición laboral	6 (9%)	18 (43,9%)	< 0,001
Niveles VSG, mm	14 (9-29,3)	10 (6-17)	< 0,001
Niveles PCR, mg/l	0,99 (0,4-3,7)	0,2 (0,2-0,4)	< 0,001
Patrón NIU	22 (33%)	14 (34,1)	NS
Enfisema en TCAR	11 (16,4%)	14 (34,1%)	0,03
Vidrio deslustrado en TCAR	40 (59,7%)	15 (36,6%)	0,02
Panal en TCAR	30 (44%)	16 (39%)	NS
Reticulación en TCAR	54 (80,6)	37 (90,2%)	NS
FVC% predicha al inicio	71,9	75,1	NS
DLCO% predicha al inicio	45,8	41,4	NS



Distribución de las diferentes enfermedades pulmonares y autoinmunes tratadas con nintedanib.

Conclusiones: Las características clínicas y radiológicas basales entre EPI-EA y no EPI-EA fueron diferentes, mientras que las pruebas de función respiratoria fueron similares. Durante el seguimiento, la FVC%, la DLCO% y las imágenes de TCAR se estabilizaron en ambos grupos. Por lo tanto, concluimos que NINTE puede ser eficaz tanto

para la EPI-EA como para la no EPI-EA, aunque se necesitaría un mayor tiempo de seguimiento para ver la eficacia real del fármaco.

P312. AFECCIÓN PULMONAR PRIMARIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

Martí Aguilar i Coll¹, Javier Narváez¹, Alejandro Robles Pérez², Patricio Luburich³, Vanessa Vicens², Guadalupe Bermudo², Santiago Bolívar³, Pol Maymó¹, Judith Palacios¹, Montserrat Roig¹, Laia de Daniel¹, María Molina Molina² y Joan Miquel Nolla¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad Funcional de Intersticio Pulmonar. Servicio de Neumología; ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Debido a la amplia variabilidad en los estudios que han investigado esta cuestión, actualmente no se puede establecer de forma fiable cuál es la prevalencia e incidencia de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a la artritis reumatoide (AR). La información epidemiológica resulta fundamental para medir la importancia sociosanitaria de las enfermedades y contribuir a una correcta planificación sanitaria.

Objetivos: Determinar la frecuencia e incidencia del compromiso pulmonar primario en la AR de reciente comienzo, incluyendo la EPID.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en una cohorte de pacientes con AR de inicio (criterios ACR 1987 o ACR/EULAR 2010), diagnosticados entre 2003 y 2023. En la primera visita se les interrogó acerca de la presencia de síntomas respiratorios, se les auscultó en busca de crepitantes secos tipo velcro, y se les realizó una Rx tórax y pruebas funcionales respiratorias (PFR) con espirometría y DLCO. Se completó el estudio con una tomografía computarizada torácica de alta resolución (TCAR) en caso de síntomas, crepitantes o alteraciones en la Rx/PFR. En los pacientes sin alteraciones iniciales, el cribado se repitió entre el segundo y quinto año de evolución. Se calculó la frecuencia, incidencia acumulada (IA) a los 3 y 5 años, y la densidad de incidencia (DI) para las diferentes manifestaciones respiratorias detectadas.

Resultados: Se incluyeron 187 pacientes con AR y un tiempo de evolución de los síntomas ≤ 12 meses. En la tabla 1 se presentan los datos de incidencia y en la tabla 2 los datos de frecuencia. La IA de EPID a los 3 años fue del 5,4% (IC95% 2,5-10,0) y a los 5 años del 8,2% (4,5-13,7), con una DI de 14,9 casos por 1.000 personas-año (9,7-22,0). Su frecuencia fue del 21,4%, tras una media de 10,2 años de seguimiento por paciente. En el 17,5% de los casos, la EPID precedió en meses o años a las manifestaciones articulares, y en el 32,5% coincidió con el inicio de la AR. En un 20% de los pacientes la EPID era asintomática o paucisintomática en el momento de su diagnóstico. El patrón de NINE fue algo más frecuente que el de NIU, y el 82,5% evolucionaron a patrones fibrosantes (NINEf y NIU). La incidencia de la bronquiolitis folicular, con una IA de 3,4 y 5,5 a los 3 y

5 años, respectivamente, y una DI de 7,6 casos por 1.000 personas-año, así como su frecuencia (8,6%), resultaron ser significativamente más bajas en comparación con las de la EPID. Las bronquiectasias no traccionales fueron la manifestación más frecuentemente documentada, con una DI de 21,5 casos por 1.000 personas-año y una frecuencia del 23%. Otras complicaciones incluyeron nódulos pulmonares reumatoides (5,3%), enfermedad pleural (3,7%), *Interstitial Lung Abnormalities* o ILA (4,8%) y la bronquiolitis obliterante (1,1%). La enfermedad pleural también precedió en algunos casos a la clínica articular.

Tabla 2. Frecuencia de los distintos subtipos de afectación pulmonar primaria en AR de inicio

	Frecuencia	Sintomática	Subclínica
Tamaño muestral, n (%)	187 (100)		
Cualquier afectación pleuropulmonar, n (%)	81 (43,3)	54 (66,7)	27 (33,3)
Bronquiectasias/bronquiolectasias (no traccionales), n (%)	43 (23,0)	27 (62,8)	16 (37,2)
Enfermedad pulmonar intersticial difusa, n (%)	40 (21,4)	32 (80,0)	8 (20,0)
Bronquiolitis folicular, n (%)	16 (8,6)	12 (75,0)	4 (25,0)
Nodulosis reumatoide pulmonar, n (%)	10 (5,3)	7 (70,0)	3 (30,0)
Enfermedad pleural, n (%)	7 (3,7)	7 (100)	0 (0)
Anomalías pulmonares intersticiales (ILA), n (%)	9 (4,8)	2 (22,2)	7 (77,8)
Bronquiolitis obliterante, n (%)	2 (1,1)	2 (100)	0 (0)

Conclusiones: La frecuencia de EPID-AR en nuestro estudio fue del 21,4%. La IA fue del 5,4% a los 3 años y del 8,2% a los 5 años, con una DI de 14,9 casos por 1.000 persona-año. Aunque se ha especulado que en la AR el compromiso de la vía aérea podría ser más frecuente que el intersticial, la frecuencia de bronquiolitis fue menor que la de EPID. Algunas manifestaciones pulmonares, como la EPID y la enfermedad pleural, pueden ser la forma de presentación de la AR (enfermedad reumatoide de inicio extraarticular).

P313. REAL-WORLD EVALUATION OF JANUS KINASE INHIBITORS IN RHEUMATOID ARTHRITIS: TREATMENT SURVIVAL AND RISK FACTORS FOR DISCONTINUATION

Mónica Giselle Kafati Sarmiento, Marta Novella-Navarro, Chamaida Plasencia, Natalia López-Juanez, Irene Monjo, Diana Peiteado, Alejandro Villalba, Laura Nuño, María Sanz-Jardón and Alejandro Balsa

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introduction: Janus kinase inhibitors (JAKi) are a new type of medication for rheumatoid arthritis (RA), acting as targeted synthetic DMARDs (tsDMARD), blocking JAKs. Scarce real-world JAKi data exists, often prescribed after multiple bDMARD failures in practice, differing from controlled trials.

Objectives: To assess the survival of JAKi in RA patients and to identify associated risk factors for treatment discontinuation. Secondary

Tabla 1. Incidencia de los distintos subtipos de afectación pulmonar primaria en AR de inicio

	Incidencia acumulada (IA)						Densidad de incidencia (DI)		
	A los 3 años			A los 5 años			Tiempo de riesgo global (personas-año)	Casos nuevos al final del seguimiento (n)	Densidad de incidencia casos por 1000 personas-año (IC 95%)
	Pacientes en riesgo (n)	Casos nuevos (n)	IA % (IC 95%)	Pacientes en riesgo (n)	Casos nuevos (n)	IA % (IC 95%)			
Primer episodio de afect. pleuropulmonar (cualquier tipo)	160	27	16,9 (11,4-23,6)	153	33	21,6 (15,3-28,9)	1399,2	58	41,5 (31,5-53,6)
Bronquiectasias/bronquiolectasias (no traccionales)	170	15	8,8 (5,0-14,1)	161	16	9,9 (5,8-15,6)	1629,5	35	21,5 (15,0-29,9)
Enfermedad pulmonar intersticial difusa	166	9	5,4 (2,5-10,0)	158	13	8,2 (4,5-13,7)	1674,7	25	14,9 (9,7-22,0)
Bronquiolitis folicular	174	6	3,4 (1,3-7,4)	165	9	5,5 (2,5-10,1)	1832,3	14	7,6 (4,2-12,8)
Nodulosis reumatoide pulmonar	175	4	2,3 (0,6-5,7)	166	5	3,0 (1,0-6,9)	1837,7	9	4,9 (2,2-9,3)
Enfermedad pleural	174	1	0,6 (0,02-3,2)	165	2	1,2 (0,1-4,3)	1904,7	8	4,2 (1,8-8,3)
Anomalías pulmonares intersticiales (ILA)	175	3	1,7 (0,4-4,9)	165	4	2,4 (0,7-6,1)	1865,5	7	3,8 (1,5-7,7)
Bronquiolitis obliterante	176	2	1,1 (0,1-4,0)	166	2	1,2 (0,1-4,3)	1878,0	2	1,1 (0,1-3,8)

P312 Figura 1

objectives included analyzing differences in causes of JAKi discontinuation, mainly due to inefficacy and adverse events during treatment.

Methods: Data from an observational cohort of RA patients initiating JAKi treatment between 2018 and 2022, with at least a 1-year follow-up were analyzed. Information, encompassing demographics, clinical details, and laboratory data, was sourced from the RA-Paz database. Disease activity was tracked using DAS28. Patients were classified into two groups according to whether they continued or discontinued treatment, with recorded reasons for discontinuation. Differences were examined using survival analysis with Kaplan–Meier plots and Cox proportional hazard models.

Table 1

Patients who discontinued treatment (N = 43)	Inefficacy (n = 20) Adverse events (N = 13): Infections (4 [herpes zoster, respiratory infection and folliculitis]) Gastrointestinal complications (2) Headache and dizziness (2) Aphthous ulcers (1) Allergic skin reaction (1) Reticular livedo (1) Weight gain (1) Hematological complications (1). High CVR (n = 2) Loss of follow up (n = 4) Others (n = 4)
--	--

Table 2

Variables	Persistence Treatment (n = 62)	Inefficacy (n = 20)	Adverse Event (n = 13)
Sex (female) n (%)	54 (87.1)	17 (85.0)	12 (92.3)
Current Age	58.6 (9.3)	51.5 (13.2)	59.0 (15.1)
Age at diagnosis	41.6 (11.0)	36.9 (11.2)	41.6 (15.4)
Age at JAKi initiation	58.6 (9.4)	51.4 (13.2)	53.6 (16.9)
Comorbidities*	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)
Hypertension	19 (30.0)	2 (10.5)	4 (30.8)
Diabetes mellitus	11 (17.7)	3 (15.0)	0 (0.0)
Dyslipidaemia	31 (50.0)	9 (45.5)	6 (46.2)
Heart failure	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
Ischaemic cardiopathy	3 (4.8)	1 (5.0)	0 (0.0)
ETEV	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
At least 1 CVRF	50 (80.6)	14 (70.0)	7 (53.8)
> 2 CVRF	13 (20.9)	8 (40.0)	5 (38.5)
JAKi			
Tofacitinib	13 (21.0)	9 (45.0)	6 (46.2)
Baricitinib	24 (38.7)	9 (45.0)	5 (38.5)
Upadacitinib	21 (33.9)	1 (5.0)	1 (7.7)
Filgotinib	4 (6.5)	1 (5.0)	1 (7.7)
Time under JAKi treatment (months)*	26.6 (19.7-51.0)	11.5 (7-21.5)	6 (1-14)
Number of previous bDMARD			
Naïve	13 (21.0)	2 (10.0)	4 (30.8)
≥ 2bDMARD (D2Tpatients)	25 (40.3)	1 (5.0)	2 (15.4)
Monotherapy	16 (25.8)	4 (20.0)	4 (30.8)
Remission at 6 months of iJAK	26 (41.9)	4 (20.0)	4 (30.8)
LDA at 6 months of iJAK	40 (64.5)	8 (40.0)	6 (46.2)
DAS28 at JAKi initiation	4.2 (1.2)	4.4 (1.4)	4.5 (1.1)
HAQ at JAKi initiation	6.5 (2.0-12.0)	9.5 (5.0-14.0)	9.0 (2.5-14.5)
DAS28 6 months	2.9 (1.1)	3.8 (1.3)	2.9 (1.5)
HAQ 6 months	5.5 (0.3-13)	9.5 (6.5-12.0)	8.5 (3.5-9.7)
DeltaDAS28	1.5 (0.9)	1.1 (0.6)	1.6 (0.8)

Quantitative variables are presented as mean (standard deviation), except for those marked with (*) which are shown as median (range).

Results: Among 105 RA patients on JAKi, 43 (41%) discontinued treatment, mainly due to inefficacy (19%) and adverse events (12.4%) (table 1). Table 2 details patient characteristics by treatment discontinuation. Regarding differences between those who discontinued treatment due to inefficacy or AEs, JAKi survival was shorter in patients with AEs (7.5 months) than in patients with inefficacy (12.0 months) ($p < 0.01$), with no significant differences in baseline characteristics between these groups. No significant differences were observed between discontinuation due to AEs and persistence on

treatment, except for higher cardiovascular risk factors (53.8%, $p = 0.03$) in the former group. Comparing patients discontinuing treatment due to inefficacy with persistently treated patients revealed significant differences in current age (51.5 ± 13.2 vs. 58.6 ± 9.3 years, $p = 0.02$), DAS28 at 6 months (3.8 ± 1.3 vs. 2.9 ± 1.1 , $p < 0.01$), and age at JAKi therapy start (51.4 ± 13.2 vs. 58.6 ± 9.4 years, $p = 0.02$). The discontinuation group showed a younger current age, younger JAKi initiation age, and higher DAS28 at 6 months. Survival analysis found no differences between naïve and non-naïve patients ($p = 0.26$) or monotherapy and combined therapy ($p = 0.31$). However, in patients with ≥ 2 b/tsDMARD, JAKi survival was higher ($p = 0.02$). Cox analysis revealed achieving low disease activity/remission within the first 6 months increased treatment survival odds threefold [HR = 2.98, 95%CI (1.17-7.53)], while using JAKi after failing ≥ 2 bDMARDs increased odds by 13 times [HR = 13.04; 95%CI (1.74-99.88)].

Conclusions: In our cohort, the discontinuation rate JAKi was 41%, primarily associated with inefficacy. Achieving a better DAS28 at 6 months of starting a JAKi is an independent risk factor for drug persistence over time. Additionally, as $\geq 3^{\text{rd}}$ -line treatment, these drugs exhibit enhanced survival rates.

P314. COMPARACIÓN DE SCORE Y SCORE2 EN LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO TRANSVERSAL QUE INCLUYE ECOGRAFÍA CAROTIDEA

Cristina Campos Fernández^{1,3}, Jorge Juan Fragío Gil^{1,3}, Roxana González Mazarío^{1,3}, Pablo Martínez Calabuig^{1,3} y José Andrés Román Ivorra^{2,3}

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ³Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por inflamación de las articulaciones y destrucción del cartílago. Además del impacto en el sistema musculoesquelético, la AR ha sido reconocida como una enfermedad sistémica asociada con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Las estrategias actuales de detección y manejo del riesgo CV (RCV), subestiman el RCV real en AR. Una adecuada estratificación del RCV tiene especial relevancia en la AR para identificar a los pacientes con riesgo de enfermedad CV (ECV).

Objetivos: Evaluar el perfil de riesgo cardiovascular en pacientes con AR mediante evaluación de los factores de riesgo de ECV tradicionales, los hallazgos ecográficos carotídeos y la estimación del riesgo mediante SCORE y SCORE2.

Métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó pacientes adultos con AR de moderada a grave que habían iniciado tratamiento con inhibidores de JAK o anti-TNF. Se evaluaron los factores de riesgo tradicionales, edad, sexo, tabaquismo, hipertensión, dislipemia, diabetes. Para estimar el RCV global en esta población se utilizaron sistemas de puntuación ampliamente utilizados, como la Evaluación Sistemática de Riesgo Coronario (SCORE) y su versión actualizada, SCORE2. Además, se realizaron exámenes de ultrasonido carotideo para investigar la aterosclerosis subclínica en pacientes con AR. Se obtuvieron mediciones del espesor íntima-media (GIM) carotideo como marcador del daño vascular temprano. Se documentó la presencia de placas ateroscleróticas, sello distintivo de la enfermedad vascular avanzada. Este estudio se realizó desde septiembre de 2022 hasta abril de 2023. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el análisis estadístico se realizó con el software R (versión 3.6.1).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 122 pacientes. Se observó una alta prevalencia de factores de riesgo de ECV. Los valores medios

de SCORE y SCORE2 indicaron un riesgo estimado de moderado a alto a 10 años de eventos fatales de ECV en esta población (SCORE medio: 2,77%, SCORE2 medio: 4,07%). Las mediciones ecográficas carotídeas revelaron un aumento del GIM medio en pacientes con AR (GIMc medio de carótida derecha: 0,64 [0,12]; GIMc medio de carótida izquierda 0,69 [0,11]). Una proporción sustancial de pacientes (34,1%) presentaba placas ateroscleróticas. El coeficiente de correlación de concordancia entre SCORE y SCORE2 demostró una relación positiva moderada significativa (estimación 0,32 [0,19-0,43] IC95%). Se calcularon curvas ROC para SCORE y SCORE2 con respecto a su capacidad predictiva de placas, mostrando una diferencia significativa entre ellos ($p < 0,001$) indicando una capacidad predictiva superior de SCORE2. Se utilizó un modelo de regresión lineal, ajustado por factores de confusión, para evaluar la relación entre SCORE y SCORE2 con el GIM. Tanto SCORE (estimación 1,41 $p = 0,02$, $R^2 = 0,045$) como SCORE2 (estimación 1,55 $p < 0,01$, $R^2 = 0,015$) se asociaron positivamente con el GIM.

Conclusiones: Se encontró que la relación entre SCORE y SCORE2 era satisfactoria, lo que indica su idoneidad para predecir el desarrollo de placa. Sin embargo, la capacidad predictiva de ambas puntuaciones puede mejorarse aún más incorporando factores de multiplicación. Además, tanto SCORE como SCORE2 se asociaron positivamente con el GIM, pero SCORE2 demostró una mayor capacidad predictiva en este sentido. Además, el SCORE2 explicó una mayor proporción de la variación del GIM en comparación con el SCORE

P315. LA FRAGILIDAD SE ASOCIA CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA REMISIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Anna Pàmies Corts¹, Katerine López Gloria¹,
Mariela Uyaguari Morochó¹, Nuria Lluís Isern², Esther Sauras Colón³
y Carlos Tomás Roura¹

¹Sección de Reumatología. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

²Enfermería de Reumatología. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

³Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Objetivos: Analizar cómo influyen en la actividad de la enfermedad y en conseguir la remisión, la edad y la fragilidad en una cohorte de pacientes con AR.

Métodos: Estudio transversal realizado con la evaluación en una vista presencial de pacientes con AR de la Sección de Reumatología del Hospital de Tortosa durante 2023. Se han recogido variables demográficas, clínicas y de laboratorio de la enfermedad. Se incluían en el estudio pacientes estables, sin modificaciones de tratamiento en 6 meses. Se ha medido la actividad por DAS y SDAI. Se ha evaluado la remisión por SDAI. Para evaluar la fragilidad se ha utilizado la escala FRAIL. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para determinar la correlación y el test U de Mann-Whitney para analizar las diferencias entre grupos. Para evaluar la asociación de las variables con la actividad de la enfermedad, se ha realizado un modelo de regresión logística univariante. Posteriormente, aquellas variables estadísticamente significativas se han introducido en un modelo de regresión logística multivariante y se ha estimado el *odds ratio* (OR) y el intervalo de confianza al 95% para cada una de ellas. Todos los análisis se han llevado a cabo mediante el *software* IBM SPSS Statistics 21.0 y se han considerado estadísticamente significativos aquellos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes con AR (68,4% mujeres) con una edad media de 64,5 años ($\pm 13,1$), un 47,5% de los pacientes se encontraban en remisión por SDAI, un 35% con baja actividad, un 17,5% con moderada actividad y ninguno presentaba alta actividad. Un 80,7% seguía tratamiento con FAMES y un 47,4% con inmunosupresores selectivos (ISS). Además, 12 pacientes presentaban fragilidad

y 12 prefragilidad, lo que corresponde al 21% en ambos casos. La fragilidad medida por la escala FRAIL se correlacionó positivamente de forma significativa con la actividad de la enfermedad medida por DAS28-VSG ($\rho = 0,694$; $p < 0,001$), por DAS28-PCR ($\rho = 0,728$; $p < 0,001$) y por SDAI ($\rho = 0,757$, $p < 0,001$) (fig. 1). No se detectó correlación entre la fragilidad y la edad en esta cohorte de pacientes con AR ($\rho = 0,191$; $p = 0,156$). El análisis de diferencias entre los grupos de pacientes con y sin remisión valorado por SDAI mostró que la puntuación mediana de la escala FRAIL era significativamente mayor en el grupo de pacientes que no presentaban remisión que en aquellos que sí presentaban remisión (2,0 vs. 0,0; $p < 0,001$) (fig. 2). En el modelo de regresión logística multivariante, el tratamiento con ISS (OR 0,20 [0,05-0,91]; $p = 0,037$) y la escala FRAIL (OR 0,20 [0,08-0,49]; $p < 0,001$) se asociaron como factores protectores de forma significativa a la remisión valorada por SDAI (tabla). Es decir, aquellos pacientes que reciben tratamiento con ISS y obtienen una mayor puntuación en la escala FRAIL es más probable que no presenten remisión.

Figura 1. A) Correlación entre la escala FRAIL y SDAI, B) correlación entre la escala FRAIL y el DAS 28-PCR, C) Correlación entre la escala FRAIL y el DAS28-VSG.

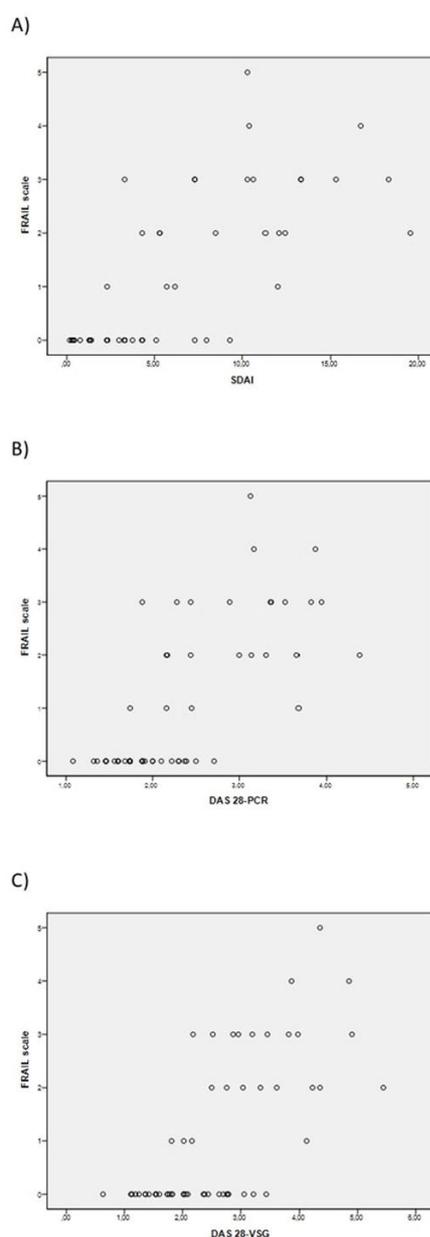


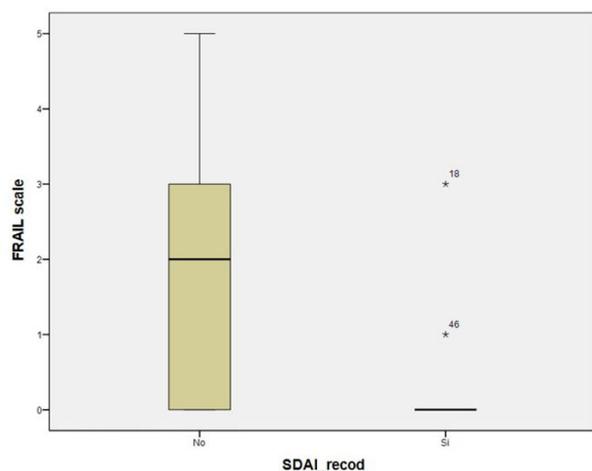
Figura 2. Diferencias en la escala FRAIL entre pacientes con y sin remisión valorada por SDAI.

Tabla 1. Modelo de regresión logística para remisión/no remisión valorado por SDAI.

	Modelo univariante		Modelo multivariante	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Sexo				
Hombre	2,26 (0,72-7,08)	0,162		
Mujer	1			
Edad	0,97 (0,93-1,01)	0,169		
ISS				
Sí	0,33 (0,11-0,99)	0,047	0,20 (0,05-0,91)	0,037
No	1		1	
FAMEs				
Sí	2,91 (0,68-12,37)	0,148		
No	1			
Nº Fármacos activos	0,78 (0,65-0,94)	0,008		
Polifarmacia				
Sí (≥ 5)	0,53 (0,17-1,61)	0,263		
No (< 5)	1			
FRAIL scale	0,21 (0,09-0,50)	< 0,001	0,20 (0,08-0,49)	< 0,001
HAQ	0,11 (0,03-0,36)	< 0,001		

*Variables incluidas en el modelo multivariante: ISS, Nº Fármacos activos, Frail scale y HAQ.

Conclusiones: La prevalencia de prefragilidad y fragilidad en nuestra cohorte es elevada, más del 40%. La fragilidad se asocia con 1) la actividad de la enfermedad y con 2) no alcanzar la remisión. La fragilidad no se ha correlacionado con la edad en nuestra cohorte. Realizar una valoración sistemática de la fragilidad podría ser útil en los pacientes con AR.

Agradecimiento: financiado con una beca de la Societat Catalana de Reumatologia.

P316. EVALUACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JAK EN COMPARACIÓN CON PACIENTES TRATADOS CON ANTI-TNF

Cristina Campos Fernández^{1,3}, Pablo Martínez Calabuig^{1,3}, Roxana González Mazarío^{1,3}, Jorge Juan Fragió Gil^{1,3} y José Andrés Román Ivorra^{2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Valencia. ³Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica, asociada con mayor riesgo de enferme-

dad cardiovascular (ECV) en comparación con la población general, independientemente de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales. El tratamiento de la AR incluye inhibidores de JAK (iJAK). Algunos estudios sugieren mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes tratados con iJAK en comparación con tratados con anti-TNF α . La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha evaluado el impacto de estos problemas de seguridad en el balance riesgo/beneficio de los iJAK, emitiendo recomendaciones sobre su uso.

Objetivos: Comparar el RCV en pacientes con AR tratados con iJAK y anti-TNF α , mediante evaluación de FRCV clásicos, estimación de riesgo con SCORE y SCORE 2, y realización de ecografía carotídea.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, unicéntrico, incluyendo pacientes con AR tratados con iJAK y anti-TNF. Se evaluaron FRCV como tabaquismo, hipertensión (HTA), dislipemia (DL) y diabetes mellitus (DM). Se estimó el RCV utilizando las herramientas SCORE y SCORE2, y se realizaron ecografías carotídeas para medir el grosor de la íntima-media (GIM) y documentar la presencia de placas ateroscleróticas. Este estudio se realizó desde septiembre de 2022 hasta abril de 2023. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital. El análisis estadístico se realizó con el software R (versión 3.6.1).

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes con AR (61 tratados con iJAK; 61 con anti-TNF α), cuyas características basales se muestran en la tabla. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el RCV entre los grupos tratados con iJAK y anti-TNF α , ni en estimación de SCORE y SCORE2, aumento del GIM, presencia de placas ni FRCV clásicos. El SCORE tendió a infravalorar el RCV en ambos grupos en comparación con SCORE2. La combinación de SCORE y ecografía carotídea aumentó la detección de pacientes de alto riesgo, pero no se observó este aumento al usar SCORE2 y ecografía. Respecto a la concordancia entre SCORE y SCORE2 se observa que SCORE infravalora el RCV en ambos grupos (en el 83,7% de casos tratados con iJAK no coincide la magnitud del RCV otorgada por ambas herramientas y para anti-TNF es del 70,5%). En cuanto a la concordancia con la ecografía carotídea, el SCORE infravalora un 27,9% del total de casos mientras que el SCORE2 ninguno. Usando SCORE y ecografía, aumenta la detección de pacientes con alto riesgo (pasando del 8,2% al 28,6% para los tratados con iJAK y del 11,5% al 33,3% para anti-TNF α); pero usando SCORE2 y ecografía no se aumenta la detección de casos de alto riesgo respecto al uso de SCORE2.

Características basales

	Total pacientes (n = 122)	Pacientes con iJAK	Pacientes con anti-TNF α
Edad-años (DE)	56,01 (10,84)	57,38 (10,23)	54,64 (11,34)
Sexo femenino-total (%)	103 (84,4)	55 (90,2)	48 (78,7)
IMC-valor (DE)	27,58 (5,21)	27,78 (5,38)	27,38 (5,08)
Hábito tabáquico (%)			
Fumador activo	31 (25,4)	12 (19,7)	19 (31,1)
Comorbilidades (%)			
HTA	41 (33,6)	21 (34,4)	20 (32,8)
DL	52 (42,6)	28 (45,9)	24 (39,3)
DM	13 (10,7)	8 (13,1)	5 (8,2)

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en el RCV entre pacientes tratados con iJAK y anti-TNF α . No se encontraron diferencias en la estimación de SCORE y SCORE2, aumento del GIM, presencia de placas ni FRCV clásicos. SCORE2 mostró un poder predictivo superior en comparación con SCORE, especialmente cuando se combinó con ecografía carotídea. No se registraron eventos cardiovasculares mayores. A pesar de estos hallazgos, es esencial seguir las recomendaciones de uso de iJAK y ser meticulosos en la valoración del RCV en pacientes con AR.

P317. FACTORES PREDICTIVOS DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DE QUINASA JANUS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Cristina Martínez-Molina^{1,2}, Silvia Vidal^{2,3}, César Díaz-Torné^{2,4}, Hye Sang Park^{2,4}, Anna Feliu¹ y Héctor Corominas^{2,4}

¹Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.

³Grupo de Enfermedades Inflamatorias. Sant Pau Biomedical Research Institute (IIB Sant Pau). Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología y de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La seguridad de los inhibidores de quinasa Janus (JAK) en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha ganado atención debido a reacciones adversas observadas poscomercialización. El estudio se centra en la identificación de factores predictivos, de riesgo y de protección, para la aparición de reacciones adversas asociadas al tratamiento con tofacitinib, baricitinib, upadacitinib y filgotinib, en pacientes con AR.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital universitario. Se incluyeron pacientes adultos con AR en tratamiento con inhibidor de JAK no selectivo (tofacitinib o baricitinib) o inhibidor de JAK selectivo (upadacitinib o filgotinib), entre septiembre de 2017 y enero de 2024. Mediante análisis de regresión logística se identificaron factores predictivos de reacción adversa a inhibidor de JAK. Las variables evaluadas comprendieron: edad, sexo, seropositividad [factor reumatoide (FR) y/o antipéptido citrulinado cíclico (anti-CCP)], años de evolución de la AR, uso concomitante de glucocorticoides (GC), uso concomitante de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc), obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II (DM2). Las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) o al borde de la significancia ($p < 0,1$ y $> 0,05$) en el análisis bivariado fueron incluidas en el análisis multivariado. Los análisis se llevaron a cabo mediante el programa estadístico Stata, versión 12.

Resultados: Se incluyeron 223 pacientes, el 28,7% presentó reacción adversa a inhibidor de JAK. Como factores predictivos de riesgo, se identificaron: el tratamiento con inhibidor de JAK no selectivo (OR ajustado: 4,03; IC95%: 1,15-14,10; $p = 0,029$; tabla) y una mayor edad (OR ajustado: 1,03; IC95%: 1,00-1,05; $p = 0,036$; tabla). No se identificaron como factores predictivos, ni de riesgo ni de protección: el sexo femenino, la seropositividad para la AR, los años de evolución de la AR, el uso concomitante de GC, el uso concomitante de FAMEsc, la obesidad, la hipertensión arterial, la DM2 (tabla).

Análisis de regresión logística para factores predictivos de reacción adversa a inhibidor de JAK

Variables	Análisis bivariado		Análisis multivariado	
	OR [IC95%]	p	OR ajustado [IC95%]	p
DM2 (presencia)	2,86 [1,25-6,58]	0,013	1,88 [0,76-4,66]	0,174
Edad (años)	1,03 [1,01-1,06]	0,017	1,03 [1,00-1,05]	0,036
Inhibidor de JAK (no selectivo)	4,16 [1,21-14,24]	0,023	4,03 [1,15-14,10]	0,029
Obesidad (presencia)	1,74 [0,90-3,33]	0,098	1,57 [0,77-3,21]	0,218
Hipertensión arterial (presencia)	0,66 [0,37-1,19]	0,164		
Sexo (femenino)	1,63 [0,63-4,23]	0,310		
Seropositividad para la AR (FR y/o anti-CCP)	0,86 [0,61-1,21]	0,383		
GC concomitante (uso)	0,84 [0,47-1,52]	0,571		
Evolución de la AR (años)	1,00 [0,97-1,03]	0,952		
FAMEsc concomitante (uso)	1,01 [0,52-1,94]	0,982		

Conclusiones: El tratamiento con inhibidor de JAK no selectivo y una mayor edad, se identificaron como factores predictivos de riesgo para presentar reacción adversa a inhibidor de JAK en pacientes con artritis reumatoide.

P318. ESTUDIO DE LA PERSISTENCIA EN VIDA REAL DE FILGOTINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO FILGOREAL

Cristina Martínez González¹, Diana A. Botello Corzo², Cristina Redondo Romero³, Sonia I. Peña Montelongo⁴, Antonio Naranjo Hernández⁵, Alberto Álvarez Pío⁶, Enrique González-Dávila⁷, Federico Díaz González^{1,8} y M. Vanesa Hernández Hernández¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Insular. Las Palmas de Gran Canaria. ³Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa. Arrecife. ⁴Unidad de Reumatología. Hospital Virgen de la Peña. Puerto del Rosario. ⁵Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de La Palma. Santa Cruz de La Palma. ⁷Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. ⁸Departamento de Medicina Interna. Dermatología y Psiquiatría. Universidad de La Laguna. La Laguna.

Introducción: Filgotinib (FIL) es un inhibidor selectivo y reversible preferente JAK1 aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en base a resultados de diversos ensayos clínicos aleatorizados (ECA). FIL está disponible en nuestro país desde diciembre de 2021 por lo que sus datos de efectividad y seguridad en vida real son limitados. Este registro multicéntrico pretende recopilar datos de práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio observacional, ambispectivo, multicéntrico que incluye pacientes con AR, según criterios ACR 2010, que recibieron FIL por actividad moderada-alta de la enfermedad al menos 3 meses entre el 1 de diciembre de 2021 y 15 de diciembre de 2023. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de riesgo cardiovascular, datos sobre la enfermedad (diagnóstico, tiempo de evolución, actividad clínica por índices combinados (DAS28, CDAI y SDAI) y sus componentes tanto basales como a lo largo del seguimiento), medicación concomitante, línea de tratamiento y eventos adversos. La persistencia del FIL fue analizada mediante curva de Kaplan-Meier y los factores asociados con su discontinuación mediante análisis de Cox. Los cambios de la actividad de la enfermedad a lo largo del tiempo se analizaron mediante un modelo mixto.

Resultados: Un total de 42 pacientes fueron analizados. La tabla 1 muestra las características de la población incluida en el estudio. La edad media de los pacientes era de $56,7 \pm 8,2$ (DE) años con una relación mujer: hombre de 1:2,3 y un riesgo cardiovascular bajo-medio. Un total de 14 pacientes (33,3%) habían finalizado el uso del fármaco durante el periodo de estudio, con un tiempo de persistencia medio de 16,73 (IC95% 13,9-19,6) meses. El análisis de regresión multivariable de Cox sobre los factores basales que condicionaban la supervivencia del fármaco solo mostró una menor persistencia del FIL cuando se asociaba uso de esteroides (HR 4,96, IC95% 1,355-18,19, $p = 0,016$) o cuando se había recibido otro iJAK previo (HR 3,997, IC95% 1,218-13,116, $p = 0,022$) (fig.). En cuanto a efectividad, los pacientes tratados con FIL presentaron un descenso significativo y mantenido de la actividad clínica valorada por DAS28, CDAI y SDAI, así como sus componentes (VSG, PCR, NAD y NAT) a lo largo del seguimiento, así como mejoría en la calidad de vida evaluada por HAQ (tabla 2). De los 14 pacientes que finalizaron el FIL 10 (71%) lo hicieron por efectos adversos (3 por infecciones por herpes zoster, 2 por infección de vías respiratorias y el resto por otros) y 4 (29%) por ineficacia.

Conclusiones: En práctica clínica diaria, FIL muestra efectividad mantenida en el manejo de pacientes con AR, con un perfil de seguridad similar a los ECA. Su persistencia parecer estar solo condicionada por su uso tras un iJAK o en pacientes en los que utilizan esteroides. Estudios en vida real que incluyan mayor número de pacientes y con seguimiento más prolongado son necesarios para determinar efectividad y seguridad de FIL en práctica clínica diaria.

Tabla 318

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población en tratamiento con filgotinib

	Sexo		p	Total (N = 42)
	Mujer (N = 13)	Hombre (N = 29)		
Edad (años)	56,8 ± 5,7	56,6 ± 9,2	0,958	56,7 ± 8,2
Edad ≥ 60 años. n (%)	4 (31)	12 (41)	0,733	16 (38)
Duración enfermedad (años)*	10,2 (3,1; 24,7)	9,8 (5,8; 15,9)	0,979	9,9 (5,3; 17,2)
Factor reumatoide +. n (%)	9 (69)	24 (83)	0,422	33 (79)
Vacunado Hz. n (%)	7 (54)	16 (62)	0,736	23 (59)
IMC (kg/m ²)	26,4 ± 5,1	29,1 ± 6,5	0,310	28,0 ± 6,0
Fumador activo. n (%)	2 (15)	3 (11)	0,487	5 (12)
Índice de Charlson	0 (0; 1)	2 (0; 2)	0,020	1,5 (0; 2)
Antecedentes. n (%)				
Eventos CV	-	2 (7)	0,852	2 (5)
Hipertensión	4 (31)	10 (36)	0,756	14 (34)
Dislipemia	5 (39)	13 (46)	0,742	18 (44)
Diabetes	1 (8)	6 (21)	0,399	7 (17)
RCV -10 años (%)	3,4 ± 1,8	5,0 ± 2,8	0,064	4,5 ± 2,6
Nivel de RCV-10 años. n (%)			0,021	
Bajo	11 (85)	13 (45)		24 (57)
Medio	2 (15)	16 (55)		18 (43)
Actividad biológica				
VSG (mmh)*	9 (4; 16)	22 (10; 34)	0,045	15,5 (7,5; 29,5)
PCR (mgL)*	3,5 (2,6; 6,8)	3,5 (1,4; 8,7)	0,857	3,5 (1,6; 8,4)
Actividad enfermedad				
DAS28	4,35 ± 1,19	5,04 ± 1,52	0,173	4,77 ± 1,42
CDAI	27,15 ± 12,65	31,25 ± 16,59	0,455	29,65 ± 15,09
SDAI	28,24 ± 13,13	32,33 ± 17,21	0,471	30,72 ± 15,64
HAQ	1,24 ± 0,90	1,79 ± 0,88	0,240	1,48 ± 0,90
EVA Dolor*	8 (7; 9)	7,5 (6; 8)	0,125	8 (7; 8)
EVA Fatiga*	8 (7; 9)	7 (6,5; 7,5)	0,414	7 (6,5; 9)
Uso de. n (%)				
FAME	9 (69)	19 (55)	0,813	28 (67)
Corticoides orales	8 (62)	14 (48)	0,514	22 (52)
Tratamiento previo. n (%)				
iTNF	12 (92)	20 (69)	0,134	32 (76)
iIL-6	8 (62)	11 (38)	0,192	19 (45)
Anti-CD20	3 (23)	7 (24)	1,000	10 (24)
Abatacept	5 (39)	8 (28)	0,495	13 (31)
iJAK	7 (54)	14 (48)	0,739	21 (50)

Los datos se representan como n (%), media ± DE o como mediana (RIQ). CDAI: índice de la actividad clínica de la enfermedad; DAS28: índice de actividad de la enfermedad 28 articulaciones; EVA: escala visual analógica; FAME: fármacos modificadores de la enfermedad; iIL-6: inhibidores de la interleuquina-6; IMC: índice de masa corporal; iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral; PCR: proteína C-reactiva; RCV: riesgo cardiovascular; SDAI: índice simple de la actividad de la enfermedad; VSG: velocidad de sedimentación.

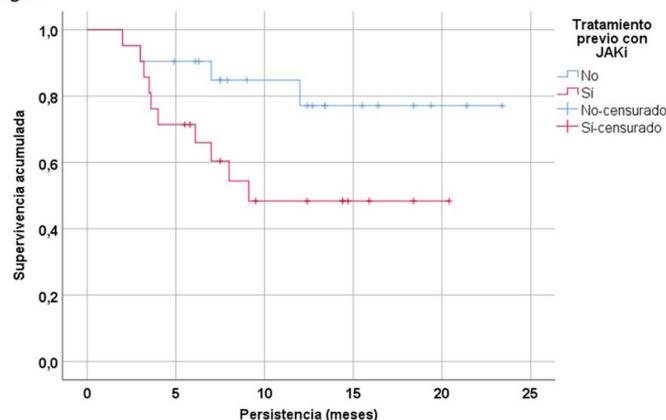
Tabla 318

Tabla 2. Evaluación de la actividad de la enfermedad a lo largo del tiempo

	Basal (N = 42)	3 meses (N = 31)	6 meses (N = 24)	1 año (N = 13)	p
VSG*	15,5 (7,5; 29,5)	13,0 (7,0; 23,0)	12,0 (4,0; 21,0)	10,0 (3,0; 22,0)	0,068
PCR*	3,5 (1,6; 8,4)	2,5 (0,7; 7,0)	1,3 (0,6; 3,5)	0,8 (0,5; 8,3)	0,569
DAS28	4,77 ± 1,42	3,29 ± 1,46	2,91 ± 1,61	2,20 ± 1,41	< 0,001
CDAI*	26,0 (18,0; 40,0)	15,0 (9,0; 21,0)	10,0 (4,8; 21,0)	2,0 (2,0; 5,8)	< 0,001
SDAI*	27,7 (18,3; 42,7)	13,0 (8,4; 18,1)	11,3 (5,5; 20,1)	3,6 (2,0; 6,1)	< 0,001
HAQ	1,48 ± 0,90	1,17 ± 0,74	1,52 ± 0,70	1,31 ± 0,97	0,953
EVA Dolor*	8 (7; 8)	5 (4; 7)	4 (2; 7)	2 (1; 5,3)	< 0,001
EVA Fatiga*	7 (6,5; 9)	8 (4,3; 9,3)	6 (5; 8,8)	6 (4; 8)	0,743

Los datos se representan como media ± DE o como mediana (RIQ). CDAI: índice de la actividad clínica de la enfermedad; DAS28: índice de actividad de la enfermedad 28 articulaciones; EVA: escala visual analógica; PCR: proteína C-reactiva; RCV: riesgo cardiovascular; SDAI: índice simple de la actividad de la enfermedad; VSG: velocidad de sedimentación.

Figura



P319. REAL-WORLD EFFECTIVENESS OF UPADACITINIB IN PATIENTS WITH MODERATE/SEVERE RHEUMATOID ARTHRITIS: 6-MONTH DATA FROM THE OBSERVATIONAL UPHOLD STUDY IN SPANISH POPULATION

José María Pego-Reigosa¹, Alicia García-Dorta², Marta Llanes-Gómez³, Eugenio Chamizo-Carmona⁴, Carmen Carrasco-Cubero⁵, José García-Santiago⁶ and Federico Díaz-González^{2,7}

¹Hospital Universitario de Vigo. ²Hospital Universitario de Canarias. ³Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. ⁴Hospital de Mérida. ⁵Hospital Perpetuo Socorro. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶AbbVie. ⁷Departamento de Medicina Interna. Dermatología y Psiquiatría. Universidad de La Laguna.

Introduction: The efficacy and safety of upadacitinib (UPA), an oral reversible Janus kinase inhibitor, have been shown in patients with

moderate/severe rheumatoid arthritis (RA) in the SELECT clinical trial program, both as monotherapy and as in combination therapy. However, real-world (RW) data on UPA in clinical practice are limited. This sub analysis of the UPHOLD study presents 6-month effectiveness and safety data of UPA in patients with moderate/severe RA in Spain under clinical practice conditions.

Methods: UPHOLD (NCT04497597) is an ongoing, international, observational cohort study of UPA-naïve adults (aged ≥ 18 years) with moderate/severe RA, who received UPA 15 mg once daily (QD) as per the product label, with the decision to initiate UPA made before study enrollment. In Spain, data were collected retrospectively for baseline visit and for 3 and/or 6-month visit, depending on the patient study entry. Once in the study, patients were followed-up prospectively. This 6-month interim analysis includes data reported between Oct 16, 2020 and Apr 20, 2023. The co-primary endpoints are: 1) proportion of patients achieving remission by DAS28-CRP (< 2.6) at 6 months, and 2) proportion of patients achieving remission at 6 months who continue to receive UPA and maintain remission (or have a ≤ 0.6-point increase in DAS28-CRP) at 12 months; only the first of these is reported here. Secondary and exploratory efficacy endpoints reported include proportion of patients achieving DAS28-CRP low disease activity (LDA; ≤ 3.2) at 6 months and change from baseline to 6 months in patient-reported outcomes (PROs). Safety (reported as % of pts with adverse events [AEs]) and PROs (as observed [AO] data) were assessed in the full analysis set (FAS; all patients who received ≥ 1 UPA dose). DAS28-CRP remission and LDA were analyzed using modified non-responder imputation (mNRI; discontinuations before 6 months for any reason were treated as non-responders) in a modified FAS (mFAS1; all patients within the FAS who completed 6 months of UPA treatment and had DAS28-CRP data available, and patients who discontinued the study before 6 months for any reason). Remission and LDA at 6 months were also analyzed AO in the mFAS1 population.

Results: Of the 116 patients enrolled, 111 received ≥ 1 UPA dose (FAS), of whom 3 (2.6%) prematurely discontinued the study before 6 months. The [BEL1] reasons for discontinuation were AEs (n = 1 [0.9%]), lack of efficacy (n = 1 [0.9%]), and other (n = 1 [0.9%]). Demographics and disease characteristics at UPA initiation are summarized in the table. Of the 59 patients in the mFAS1, 47.5% (mNRI) and 50% (AO) achieved DAS28-CRP remission at 6 months, and 59.3%

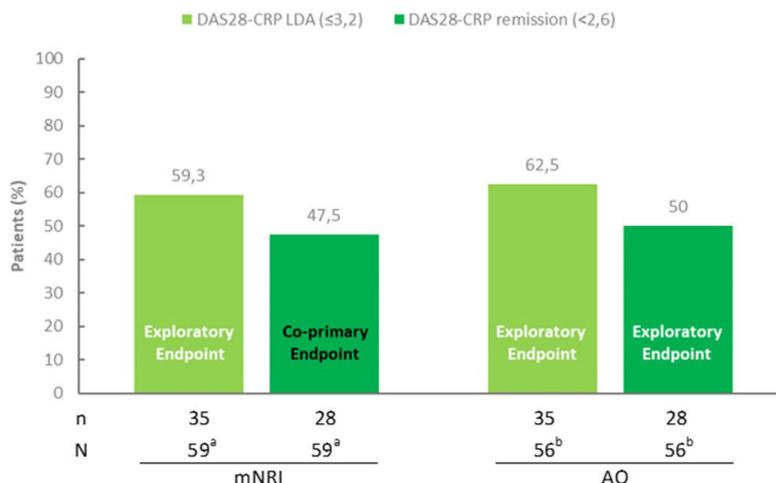
(mNRI) and 62.5% (AO) achieved DAS28-CRP LDA at 6 months (fig.). At 6 months, absolute values for pain and HAQ-DI were 4.2 (standard deviation [SD] 2.8; n = 76) and 0.9 (SD 0.7; N = 75). Treatment-Emergent Adverse Events (TEAE) reported were: any TEAE (23.4% of pts), serious TEAEs (0.9%), herpes zoster (1.8%) and neutropenia (0.9%). No Major Adverse Cardiovascular Events, malignancies (excluding non-melanoma skin cancer [NMSC]), NMSC, thrombotic events or deaths were reported.

Patient demographics and disease characteristics at upadacitinib initiation

	FAS (N = 111)
Age, years, mean (SD)	57.3 (12.6)
Sex, female, n (%)	92 (82.9)
RA duration from diagnosis, years, mean (SD)	12 (7.7)
BMI, kg/m ² , mean (SD) ^a	27.93 (5.8)
Obese, n (%) ^b	25 (27)
Smoking status, n (%) ^c	
Current	16 (14.5)
Former	26 (23.6)
Never	68 (61.8)
Erosions on X-ray, n (%)	47 (42.3)
DAS28-CRP, mean (SD) ^d	4.1 (1.33)
Presence of at least one cardiovascular risk factors, n (%) ^e	66 (59.5)
Initiated upadacitinib as monotherapy, n (%)	70 (63.1)
Initiated upadacitinib with csDMARDs, n (%)	41 (36.9)
Prior therapies, n (%) ^f	
ts/bDMARD naïve	20 (18.0)
≥ 1 csDMARD	85 (80.2)
≥ 1 biologic DMARD	82 (77.4)
≥ 1 targeted synthetic DMARD	31 (29.2)

a) N = 93; b) N = 93, includes obese class type I, II and III; c) N = 110; d) N = 73; e) Risk factors include history of hypertension, diabetes mellitus, high-density lipoprotein cholesterol ≤ 40 mg/dL in ≥ 1 measurement before enrollment, low-density lipoprotein cholesterol ≥ 130 mg/dL in ≥ 1 measurement before enrollment, and current or former tobacco/nicotine use; f) Number of patients who answered 'Yes' for any prior RA therapy (N = 106); patients may have received > 1 prior therapy and may be counted more than once. BMI, Body Mass Index; bDMARD, biologic DMARD; csDMARD, conventional synthetic DMARD; DAS28-CRP, DAS of 28 joints using CRP; FAS, full analysis set; HAQ-DI, HAQ-Disability Index; NRS, numerical rating scale; SD, standard deviation; tsDMARD, targeted synthetic DMARD.

Conclusions: The results suggest that UPA 15 mg QD is effective for the treatment of moderate/severe RA in RW practice in Spain, with almost half of patients achieving remission at 6 months. The benefit-risk profile of UPA in the RW is consistent with that observed in Phase 3 clinical trials.



a) Number of patients in the mFAS1 population (patients within the FAS who completed 6 months of upadacitinib treatment and had DAS28-CRP data available at 6 months [n=56], and those who discontinued the study before 6 months for any reason [n=3]); b) Number of patients who completed 6 months of upadacitinib treatment and had DAS28-CRP data available at 6 months. AO, as observed; DAS28-CRP, DAS of 28 joints using CRP; FAS, full analysis set; LDA, low disease activity; mFAS1, modified FAS; mNRI, modified non-responder imputation.

Proportion of patients who achieved DAS28-CRP LDA and remission at 6 months (mNRI and AO analyses).

P320. ÍNDICES HEMATOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE: USO COMO PREDICTOR DE DAÑO VASCULAR SUBCLÍNICO, EVENTOS CARDIOVASCULARES Y MUERTE

Carlos Valera Ribera¹, Patricia León-Torralba¹, Laura Perea-Galera¹, Alida Taberner-Cortés¹, Joaquín Lacasa-Molina¹, Pablo Andújar-Brazal¹, Adrián Mayo-Juanatey¹, Ignacio Vázquez-Gómez¹, Àngels Martínez-Ferrer¹, Elia Valls-Pascual¹, Desamparados Ybáñez-García¹, Juan José Alegre-Sancho¹ y Montserrat Robustillo-Villarino²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

²Sección de Reumatología. Hospital Universitario La Plana. Villarreal.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los índices hematológicos ratio neutrófilos-linfocitos (NLR), plaquetas-linfocitos (PLR), monocitos-linfocitos (MLR), linfocitos-proteína C reactiva (LCR) y plaquetas-neutrófilos (PNR), con daño vascular subclínico, eventos cardiovasculares y muerte, determinados al diagnóstico en pacientes con artritis reumatoide (AR). Establecer un punto de corte teórico, a partir del que permita identificar un incremento en riesgo de sufrir daño vascular subclínico, eventos cardiovasculares y muerte.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes de una cohorte en seguimiento por AR en un hospital terciario en España, desde 1986 hasta la actualidad. A partir de la analítica al diagnóstico, se calculó el NLR, PLR, MLR, LCR y PNR. Las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas fueron obtenidas de la historia clínica. Se evaluó el daño subclínico mediante la realización de ecografía carotídea (ESAOTE MyLab XV70). Los eventos cardiovasculares, tanto antes como después del diagnóstico, y muertes, fueron recuperados de la historia clínica de los pacientes.

Resultados: 143 pacientes, 71,1% mujeres, con una media de edad de 61,9 años (DE ± 13,79). Al momento del diagnóstico, 28,9% tenían historia previa o actual de tabaquismo, 17,6% tenían hipertensión arterial, 7,7% dislipemia y 7,7% diabetes mellitus tipo 2. El IMC medio era de 26,68 (DE ± 4,97). 62% eran factor reumatoide positivos, 64,1% anticuerpos antipeptido citrulinado positivos y 70,4% con erosiones óseas. Se detectaron placas de ateroma en 51,4%. Durante el seguimiento, 35,9% sufrieron algún tipo de evento cardiovascular mayor y 21,8% fallecieron. De estos, 51,6% fallecieron a causa de un evento cardiovascular (cardíaco o cerebral). La media de NLR y PNR fue de 2,72 (DE ± 1,79) y 57,58 (DE ± 38,12) respectivamente. Se halló una asociación entre valores elevados de NLR y valores bajos de PNR al diagnóstico, con placas de ateroma ($p = 0,01$ y $p = 0,02$), eventos cardiovasculares ($p = 0,000$ y $p = 0,000$) y muerte por cualquier causa ($p = 0,0012$ y $p = 0,001$). Se encontró una diferencia numérica para ambas ratios con muerte por evento cardiovascular, pero no alcanzó significación estadística. No se encontró asociación alguna entre el PLR, MLR y LCR con las variables estudiadas. En nuestra cohorte, se estableció como punto de corte un NLR superior a 2,3 para placa de ateroma (AUC = 0,667, $p = 0,001$) con 66% de sensibilidad y 63% de especificidad; de 2,33 para evento cardiovascular tras el diagnóstico (AUC 0,747, $p = 0,000$) con 75% de sensibilidad y 64% de especificidad; y, de 2,61 para muerte (AUC = 0,685, $p = 0,002$) con 67,7% de sensibilidad y 66,1% de especificidad. Para el PNR, se estableció como puntos de corte inferiores a 51,85 para placa de ateroma (AUC = 0,69, $p = 0,000$) con 70% de sensibilidad y 62% de especificidad; de 46,73 para evento cardiovascular tras el diagnóstico (AUC 0,723, $p = 0,000$), con 72,3% de sensibilidad y 64,7% de especificidad; y, de 43,14 (AUC = 0,702, $p = 0,002$) con 71% de sensibilidad y 58,1% de especificidad.

Conclusiones: Niveles elevados de NLR y bajos de PNR al diagnóstico de AR se asocian a ateromatosis subclínica, aparición de eventos cardiovasculares y mayor mortalidad, con altos valores de sensibilidad y especificidad en los puntos de corte seleccionados.

P321. LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA PRESENTAN UN PERFIL LIPÍDICO SÉRICO ALTERADO DIRECTAMENTE RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, Y REVERTIDO POR FAMES BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS

Laura Muñoz Barrera¹, Carlos Pérez-Sánchez¹, Beatriz Vellón¹, Rocío Guzmán², Sagrario Corrales¹, Tomás Cerdó¹, Rafaela Ortega Castro¹, Jerusalem Calvo Gutiérrez¹, Lourdes Ladehesa Pineda¹, M^a Ángeles Aguirre¹, Pedro Seguí³, M. Carmen Ábalos-Aguilera¹, Desirée Ruiz¹, Christian Merlo-Ruiz¹, Charo Santos⁴, María Dolores Ruiz Montesinos⁵, Carmen Domínguez⁵, Julia Uceda Montañez⁴, Carlos Rodríguez-Escalera⁶, Carmen María Romero-Barco⁶, Antonio Fernández-Nebro⁷, Natalia Mena-Vázquez⁷, José Javier Pérez Venegas⁵, Javier Godoy⁸, Nuria Barbarroja Puerto⁹, M^a del Mar Malagon², Alejandro Escudero Contreras¹ y Chary López-Pedreira¹

¹Rheumatology. IMIBIC/Reina Sofía Hospital/University of Córdoba.

²Department of Cell Biology, Physiology and Immunology. Maimonides

Institute for Biomedical Research of Córdoba (IMIBIC). University of Córdoba (UCO). Reina Sofía University Hospital. Córdoba. ³Radiology Service. Reina Sofía Hospital/Maimónides Institute for Research in Biomedicine of Córdoba/University of Córdoba. ⁴Rheumatology. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ⁵Virgen Macarena University Hospital. Sevilla. ⁶Virgen de la Victoria Hospital. Málaga. ⁷Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁸Jaén University Hospital. Jaén. ⁹Medical and Surgical Science. IMIBIC/Reina Sofía Hospital/University of Córdoba.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar el perfil lipídico en suero de pacientes AR, evaluar su correlación con la actividad de la enfermedad e investigar los mecanismos mediante los cuales las terapias biológicas y sintéticas dirigidas modulan dicho perfil.

Métodos: Un total de 250 pacientes AR fueron reclutados, proporcionando muestras de suero y datos clínicos (actividad de la enfermedad, reactantes de fase aguda, perfil autoinmune, etc.). Se empleó espectroscopía de resonancia magnética nuclear (NMR) de Nightingale LTD, abarcando más de 200 marcadores para llevar a cabo el análisis del perfil lipídico. Además, se hizo un seguimiento prospectivo a un subgrupo de pacientes con AR activa en tratamiento biológico (TNFi n = 50, IL6Ri n = 15) o inhibidores de JAK (n = 20) durante 6 meses. Las muestras obtenidas antes y después de terapia se evaluaron para analizar cambios en el perfil lipídico y clínico. Estudios *in vitro* mediante ensayos de tinción OilRed y análisis de mediadores de lipólisis, lipogénesis y expresión de receptores lipídicos examinaron la acumulación lipídica y su metabolismo en células hepáticas HepG2 tratadas con suero de pacientes AR con distinta actividad de la enfermedad.

Resultados: Los pacientes AR fueron clasificados en grupos de alta (68), moderada (117) y baja (65) actividad de la enfermedad según score DAS28. Alrededor de 100 marcadores lipídicos mostraron alteraciones significativas entre grupos. De manera notable, los pacientes con alta actividad presentaron niveles reducidos de la mayoría de marcadores, incluyendo apolipoproteínas, colesterol, ácidos grasos (SFA, MUFA, PUFA, omega 3 y 6, LA, DHA), triglicéridos, colinas, fosfolípidos, lipoproteínas (HDL, LDL, VLDL) y contenido lipídico total en lipoproteínas. Se encontraron múltiples correlaciones entre estos marcadores lipídicos y parámetros inflamatorios (PCR, VSG) y autoinmunes (ACPAs, FR). Tras 6 meses de terapia, los marcadores lipídicos previamente alterados experimentaron una modulación significativa de forma paralela a una mejora clínica y analítica, incluyendo moléculas comunes y específicas moduladas por cada fármaco. Por último, los estudios *in vitro* revelaron acumulación lipídica en células HepG2 tratadas con suero de pacientes AR con DAS28 alto vs. aquellos con DAS28 bajo. Asimismo, se demostró un aumento de lipogénesis y expresión de receptores lipídicos, sugiriendo un efecto de los mediadores inflamatorios presentes en el suero de pacientes más

activos en la producción y acumulación de lípidos. Finalmente, el tratamiento de células HEPG2 con suero AR en presencia de inhibidores de JAK o TNF aumentó la producción lipídica de HDL y LDL tal y como se había observado en estudios *in vivo*.

Conclusiones: Los pacientes con AR activa presentan un perfil lipídico significativamente reducido, directamente vinculado a la actividad de la enfermedad, marcadores inflamatorios y parámetros autoinmunes. Las terapias biológicas e inhibidores de JAK restauran el metabolismo lipídico alterado paralelamente a una mejora clínica. Los estudios *in vitro* respaldan la hipótesis de que la acumulación lipídica inducida por la inflamación en el hígado podría explicar parcialmente la reducción en el perfil lipídico circulante en pacientes activos.

Financiado por ISCIII (PI21/0591 & CD21/00187), cofinanciados por la UE; RD21/0002/0033 financiado por ISCIII y cofinanciado por NextGenerationEU, vía Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y MINECO (RYC2021-033828-I y PID2022-1415000A-I00).

P322. RESULTADOS CLÍNICOS DEL CAMBIO AL BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB MSB11022 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: REGISTRO ESPAÑOL RESTART

Javier García Miguel¹, Liliya Yankova Komsalova², Cristina Mata Arnaiz³, Juan José Alegre Sancho⁴, Javier González Polo⁵, Vicenç Torrente Segarra⁶, Jesús Tornero Molina⁷, Vanessa Andrea Navarro Angeles⁸ y Ion Cristóbal Yoldi⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Marina Salud. Denia. ³Servicio

de Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo. ⁴Servicio

de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁵Servicio

de Reumatología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la

Reina. ⁶Servicio de Reumatología. Consorci Sanitari Alt Penedès Garraf.

Vilafranca del Penedès. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital

Universitario de Guadalajara. Departamento de Medicina

y Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá de Henares. ⁸Servicio

de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despi.

⁹Departamento Corporativo de Investigación e Innovación. Dirección

Corporativa Asistencial y de Investigación. Quirónsalud. Madrid.

Introducción: MSB11022 es un biosimilar de adalimumab que ha demostrado tener perfiles de bioequivalencia, seguridad, tolerabilidad e inmunogenicidad comparables a los del fármaco de referencia en voluntarios sanos, pacientes con psoriasis o pacientes con artritis reumatoide moderada-grave. Este es el primer estudio realizado en condiciones de práctica clínica que evalúa el cambio de adalimumab a MSB11022 en pacientes con artritis reumatoide.

Objetivos: El objetivo primario fue evaluar la puntuación de Disease Activity Score 28 with C-reactive protein (DAS28-CRP) en pacientes con artritis reumatoide que habían cambiado del adalimumab original o de otro biosimilar a MSB11022. Los objetivos secundarios fueron evaluar el Índice de Actividad Clínica de la Enfermedad (CDAI) tras el cambio; las tasas de remisión y baja actividad de la enfermedad según la DAS28-PCR (remisión < 2,6; baja actividad < 3,2) y el CDAI (remisión < 2,8; baja actividad < 10,0); y la seguridad de MSB11022.

Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico con datos de las historias clínicas de pacientes con artritis reumatoide que cambiaron del adalimumab original u otro biosimilar a MSB11022, y mantuvieron este tratamiento durante al menos 6 meses. Se excluyó a los pacientes con psoriasis y/o enfermedad inflamatoria intestinal. Se registró información tanto de la visita inicial en el momento del cambio como de las visitas de seguimiento posteriores al cambio.

Resultados: Se evaluaron los datos de 86 pacientes: mediana de edad 63,5 años (53;73), 75,6% mujeres, 71,4% caucásicos, 73,3% no fumadores, IMC 27,2 kg/m² (23,1;30,5). La mediana de tiempo trans-

currido desde el diagnóstico de artritis reumatoide fue de 12 años (8;18) y el 44,2% tenía artritis reumatoide erosiva. Las comorbilidades más frecuentes en esta población eran la hipertensión (32,6%), las enfermedades cardiovasculares (12,8%) y la diabetes mellitus (9,3%). En el momento del cambio, la mayoría de los pacientes recibían tratamiento biológico combinado con FAME (54,7%). Solo el 3,5% de los pacientes recibió tratamiento biológico antes de adalimumab; los tratamientos biológicos prescritos antes de adalimumab fueron certolizumab-pegol (66,7%) y tocilizumab (33,3%). Al inicio del estudio, la mediana de DAS28-CRP fue de 1,77 (80,2% en remisión y 96,5% con baja actividad de la enfermedad) y la mediana de CDAI fue de 4,00 (44,2% en remisión y 90,7% con baja actividad de la enfermedad). Tras una mediana de seguimiento de 8 meses (5,7;13,0), la mediana de DAS28-CRP fue de 1,87 (86,0% en remisión y 94,2% con baja actividad de la enfermedad) y la mediana de CDAI fue de 4,00 (38,5% en remisión y 95,3% con baja actividad de la enfermedad) (tabla). Solo tres pacientes experimentaron dolor, hinchazón y escozor en el lugar de la inyección o un hematoma localmente extenso en la zona de administración.

Resultados clínicos tras el cambio de adalimumab original u otros biosimilares a MSB11022

Variable	Basal	Último seguimiento disponible (mediana 8 meses)
DAS28-PCR, mediana (P25;P75)	1,77 (1,24;2,34)	1,87 (1,22;2,29)
Remisión, n (%)	69 (80,2%)	74 (86,0%)
Actividad de enfermedad baja, n (%)	83 (96,5%)	81 (94,2%)
CDAI, mediana (P25;75)	4,00 (1,00;5,00)	4,00 (1,00;5,00)
Remisión, n (%)	38 (44,2%)	34 (39,5%)
Actividad de enfermedad baja, n (%)	78 (90,7%)	82 (95,3%)
Factor reumatoide, median (P25;75)	19,0 (6,00;172,00)	22,0 (6,00;64,5)
Anticuerpos anti-CCP, mediana (P25;75)	74,9 (1,50;278,00)	14,5 (1,50;78,2)

CCP: péptidos cíclicos citrulinados; CDAI: Clinical Disease Activity Index; DAS28-PCR: Disease Activity Score 28 for rheumatoid arthritis with C-reactive protein.

Conclusiones: El biosimilar de adalimumab MSB11022 no solo mantuvo los beneficios aportados por los tratamientos previos con adalimumab, sino que en algunos casos supuso una mejora de los mismos, manteniendo un perfil de seguridad en línea con el ya descrito para otros biosimilares.

P323. ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE DOSIS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON AR EN REMISIÓN: UN MODELO PARA PREDECIR EL BROTE

Laura Alejandra Galindo Domínguez¹, Belén Acasuso¹, Vanesa Balboa-Barreiro¹, Juan Fernández-Tajes¹, Juan de Dios Cañete², Benjamín Fernández-Gutiérrez³, Isidoro González-Álvarez⁴, José Luis Pablos⁵, Carmen Bejerano¹, María Teresa Silva¹, Francisco Javier de Toro-Santos¹, Natividad Oreiro¹ y Francisco J. Blanco^{1,7}

¹Unidad de Investigación Clínica. Grupo de Investigación de Reumatología (GIR). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

²Arthritis Unit. Department of Rheumatology. Hospital Clínic and IDIBAPS. Barcelona. ³Rheumatology Department and Health Research Institute (IdISSC). Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Rheumatology Department. Hospital Universitario La Princesa. IIS Princesa. Madrid.

⁵Experimental and Observational Rheumatology and Rheumatology Unit. Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago (IDIS). Santiago de Compostela. ⁶Department of Rheumatology. Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12).

⁷Department of Medicine. Universidad Complutense. Madrid. ⁸Grupo de Investigación en Reumatología y Salud. Departamento de Medicina. Universidad de A Coruña.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad auto-inmune, inflamatoria, sistémica y crónica caracterizada por daño a las articulaciones diartrodiales. No existe consenso sobre cómo tratar a un paciente en remisión sostenida. Todavía hay dudas sobre si deberíamos considerar estrategias de reducción de dosis o continuar con la terapia estándar lo cual justifica el descubrimiento de un modelo predictor de brotes o remisión.

Objetivos: Evaluar en pacientes con AR en remisión y bajo terapia biológica, la proporción de pacientes que, al final del 1º, 2º y 3º año permanecen en remisión o presentan un brote con una estrategia de disminución gradual de la terapia biológica en comparación con los pacientes que reciben tratamiento estándar. Determinar qué variables actúan como factor de riesgo para desarrollar brotes y diseñar un modelo de predicción de reactivación de la enfermedad.

Métodos: Los pacientes fueron seleccionados del protocolo OPTIBIO (código Eudra-CT 2012-004482-40) y del Proyecto REMRABIT (PMP15/00032). Ensayo clínico fase IV, multicéntrico, abierto, aleatorizado y controlado. Inclusión: pacientes \geq 18 años con AR según criterios de clasificación ACR de 1987 en remisión por al menos 6 meses y bajo tratamiento biológico. Grupo de control: tratamiento según la etiqueta del fármaco. Grupo optimización: protocolo estandarizado de reducción de dosis del fármaco. Se realizó un análisis descriptivo de las características basales en cada brazo, las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar y las cualitativas como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de medias

entre los brazos se realizó mediante la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney, según procediera tras el análisis de normalidad. Para la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher. Se utilizaron modelos de regresión de Cox para estudiar los factores asociados a la aparición de brote en cada brazo. Para estimar la supervivencia libre de brotes se utilizó el método de Kaplan-Meier. La comparación entre curvas de supervivencia se analizó mediante la prueba de Log-Rank. Utilizamos los programas estadísticos SPSS v28 y R v.4.3.1.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes, 99 en el grupo de control y 96 en el de optimización. No hubo significación estadística entre las variables analizadas en ambos grupos, por lo que determinamos una muestra homogénea. Los brotes en el 1º, 2º y 3º año fueron: 16 (53,3%), 12 (40%) y 2 (7%) en el grupo control y 24 (53,3%), 20 (44,4%) y 1 (2%) en el grupo de optimización, respectivamente. El total de los brotes fue 30 (40%) en el grupo control frente a 45 (60%) en optimización $p = 0,02$. La curva de supervivencia libre de brotes mostró diferencias estadísticas entre los grupos a los 18 y 24 meses (fig.). El mejor modelo de predicción de brotes tuvo un AUC de 0,75, una sensibilidad del 70% y una especificidad del 77% de acuerdo a las variables asociadas a brote (tabla).

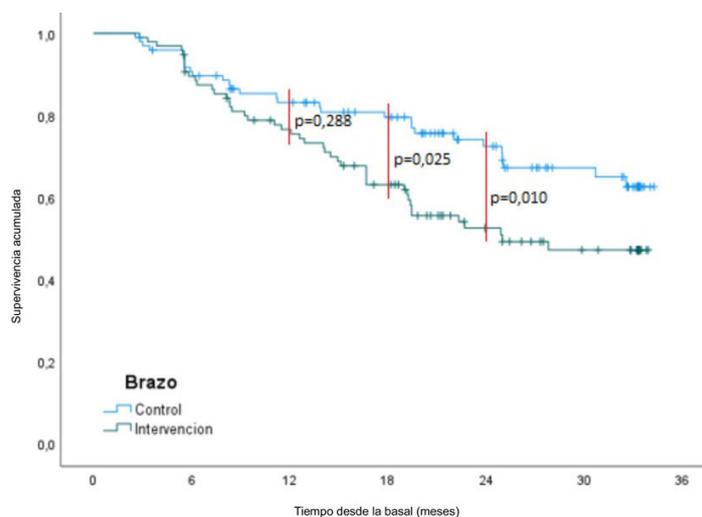
Conclusiones: La estrategia de reducción de dosis del tratamiento biológico en pacientes con AR en remisión utilizada en este estudio se asoció a una mayor pérdida de la remisión a 18 meses. De todas las variables analizadas, la PCR, el DAS28-CRP y un mayor HAQ se

Tabla 1. Características de los pacientes y análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de brote

	Control			Optimización		
	No brote	Brote	P	No brote	Brote	P
	$\bar{x} \pm SD/n$ (%)	$\bar{x} \pm SD/n$ (%)		$\bar{x} \pm SD/n$ (%)	$\bar{x} \pm SD/n$ (%)	
Edad	62,5 \pm 12,2	64,4 \pm 12,3	0,446	60,4 \pm 14,2	65,5 \pm 11,8	0,113
Sex (fem.)	56 (84)	23 (76,6)	0,381	43 (84,3)	38 (84,4)	0,986
IMC	27,1 \pm 4,6	28,5 \pm 4,9	0,135	26,4 \pm 5,1	29,05 \pm 6,3	0,037
Tabaquismo	23 (33,3)	13 (43,3)	0,342	21 (40,3)	15 (33,3)	0,473
VSG	11,9 \pm 12,7	23,6 \pm 22,1	<0,001	13,4 \pm 11,6	17 \pm 13,05	0,116
PCR	0,18 \pm 0,2	0,4 \pm 0,5	0,02	0,14 \pm 0,18	0,26 \pm 0,29	0,033
DAS28 -PCR	1,7 \pm 0,5	1,7 \pm 0,4	0,003	1,51 \pm 0,36	1,82 \pm 0,52	0,003
DAS28 -VSG	1,8 \pm 0,9	30 \pm 2,3	0,003	1,83 \pm 0,78	2,23 \pm 0,69	0,007
DAS28 (3V-VSG)	1,84 \pm 0,93	30 \pm 2,34	0,01	1,94 \pm 0,82	2,26 \pm 0,7	0,029
DAS28 (3V-PCR)	1,68 \pm 0,49	1,72 \pm 0,41	0,4	1,56 \pm 0,31	1,77 \pm 0,43	0,021
SDAI	3,28 \pm 3,14	3,81 \pm 2,65	0,17	2,24 \pm 2	3,95 \pm 3,62	0,033
HAQ	0,6 \pm 0,6	0,9 \pm 0,5	0,012	0,39 \pm 0,57	0,77 \pm 0,62	0,001
FR	47 (68,1)	24 (80)	0,228	35 (68,6)	32 (71,1)	0,791
Anti-CCP	40 (62,5)	20 (71,4)	0,408	17 (34)	13 (28,8)	0,593
Erosión	42 (61,7)	16 (59,2)	0,821	32 (65,3)	28 (67,4)	0,829
Time 1	207 \pm 119,6	163,4 \pm 87,9	0,102	174,3 \pm 110,6	200,8 \pm 113,7	0,1
Time 2	182,5 \pm 121,1	150,7 \pm 90,9	0,3	148,8 \pm 109,7	188,2 \pm 113,5	

* VSG: velocidad de sedimentación globular, PCR: Proteína C reactiva, HAQ: Health assessment questionnaire, FR: Factor reumatoide,

ACPA: Anticuerpo anti péptido cíclico citrulinado, Tiempo 1: Tiempo desde el diagnóstico hasta el brote (meses) Tiempo 2: Tiempo desde el diagnóstico hasta la basal (meses)



Curva de supervivencia libre de brotes.

asociaron con un mayor riesgo de brote en ambos grupos. Hemos desarrollado un modelo predictivo de brote articular que puede ser útil para el uso de la medicina personalizada en la AR.

P324. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD PARA TOCILIZUMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON ALTA ACTIVIDAD EN ESPAÑA

F. Pérez Ruiz¹, C. Crespo-Diz², A. Gómez-de Póo³, C. Crespo⁴, M.A. Guigini⁵, J.I. Peinado-Fabregat⁵, J.A. Schoenenberger-Arnaiz^{6,7} y M. Climente⁹

¹División de Reumatología. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo.

²Departamento de Farmacia. Área Sanitaria Pontevedra e O Salnés/Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ³Axentiva Solutions S.L. Oviedo. ⁴Axentiva Solutions S.L. Barcelona. ⁵Fresenius Kabi S.A.U. Barcelona. ⁶Departamento de Farmacia. Regió Sanitària de Lleida.

⁷Universitat de Lleida. ⁸Departamento de Farmacia. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más prevalente a nivel global, de alta complejidad por su manejo y morbilidad asociada. Los fármacos biosimilares ofrecen una alternativa terapéutica con buen perfil beneficio-riesgo a coste moderado. Las guías clínicas recomiendan la selección del tratamiento en función a diferentes criterios, como la actividad de la enfermedad y comorbilidades existentes, con el objetivo de alcanzar la remisión o baja actividad de la misma, medida con la escala Disease Activity Score (DAS) 28, < 2,6 o 2,6-3,2 respectivamente. La introducción de un biológico se recomienda en segunda línea cuando no se ha conseguido mejoría a los 3 meses y el objetivo terapéutico a los 6, además de la presencia de factores que indiquen mal pronóstico. En pacientes con alta actividad de la enfermedad, DAS-28 con un valor > 5,1, la carga de la enfermedad y el uso de recursos es crítico, por lo que la disponibilidad de diferentes alternativas es crucial para optimizar su manejo. En España se ha aprobado recientemente tocilizumab biosimilar, como nueva opción terapéutica para estos pacientes.

Objetivos: Analizar el coste-efectividad de tocilizumab biosimilar subcutáneo (SC) para pacientes con artritis reumatoide con alta actividad, DAS-28 > 5,1, frente a las alternativas terapéuticas disponibles en España con un horizonte temporal de toda la vida y desde la perspectiva del sistema nacional de salud.

Métodos: Análisis de coste-efectividad mediante modelo de Markov con los siguientes estados de salud: remisión, actividad baja, actividad moderada, actividad alta y muerte. Los comparadores fueron abatacept, adalimumab, baricitinib, certolizumab, etanercept, filgotinib, golimumab, infliximab, rituximab, sarilumab, tocilizumab referencia, tofacitinib y upadacitinib. La eficacia se basó en la evidencia encontrada en metaanálisis mediante búsqueda PICO-S-T, medida por DAS-28, complementada con datos de ensayos clínicos. Los costes farmacológicos (precio de venta de laboratorio -PVL- notificado) se obtuvieron de una base de datos nacional de farmacias hospitalarias³, mientras que los costes de recursos médicos se basaron en tarifas regionales publicadas. La robustez se validó con análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico. Se calculó la ratio de coste-efectividad incremental (ICER) para el coste por porcentaje de remisión y el coste por ganancia de años de vida ajustados por calidad (AVAC).

Resultados: El coste a lo largo de toda la vida del paciente para tocilizumab biosimilar fue de 183.755 €, mientras que los costes de los comparadores oscilaron entre 184.332 € para infliximab y hasta 201.986 € para certolizumab. Los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) fueron de 13,72 para tocilizumab biosimilar y valores comprendidos entre 13,52-13,73 para comparadores. Las ratios de coste-efectividad incremental (RCEI), expresados como €/remisión o €/AVAC, demostraron que tocilizumab biosimilar era dominante

en la mayoría de las comparaciones o la alternativa más coste-efectiva para tratamiento de pacientes con alta actividad (tabla).

Tabla 1. Ratio coste-efectividad incremental de tocilizumab biosimilar versus comparadores para el tratamiento de pacientes con actividad alta de artritis reumatoide en España.

	RCEI (€/pRemisión) vs TCZ biosimilar	RCEI (€/AVAC) vs TCZ biosimilar
Abatacept	Dominado	Dominado
Adalimumab	Dominado	Dominado
Baricitinib	Dominado	Dominado
Certolizumab	Dominado	Dominado
Etanercept	Dominado	Dominado
Filgotinib	Dominado	Dominado
Golimumab	Dominado	Dominado
Infliximab	Dominado	Dominado
Rituximab	Dominado	Dominado
Sarilumab	Dominado	7.476.497€
Tocilizumab referencia	Dominado -más costes-	Dominado -más costes-
Tofacitinib	Dominado	Dominado
Upadacitinib	21.172.769€	1.388.275€

AVAC: año de vida ganado ajustado por calidad; pRemisión: porcentaje de pacientes con remisión; RCEI: ratio coste-efectividad incremental; TCZ: tocilizumab

Conclusiones: Frente a las alternativas terapéuticas disponibles de agentes biológicos o fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos (FAMEsd), tocilizumab biosimilar SC demostró ser una alternativa coste-efectiva y de ahorro en términos de costes para el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide con alta actividad en España.

BIBLIOGRAFÍA

- Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(1):3-18. doi: 10.1136/ard-2022-223356.
- Prevoe MLL, Van'T Hof MA, Kuper HH, et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joints counts development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995;38(1):44-48. doi: 10.1002/ART.1780380107.
- Base de datos de medicamentos BotPLUS (Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España). Published 2021. <https://botplusweb.farmaceticos.com/>

P325. RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN LINFOCITARIA Y LOS CONJUGADOS PLAQUETAS-LINFOCITOS T CD8+ CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE NAÍVE A FÁRMACOS: PRUEBA DE CONCEPTO

Maria Ángeles Ortiz de Juana¹, Hye Sang Park^{1,2}, César Díaz Torné^{1,2}, Héctor Corominas Macias^{1,2} y Silvia Vidal Alcorisa¹

¹Grup de Malalties Inflamatòries i Dany Multiorgànic. Institut de Recerca de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (IIB Sant Pau). Barcelona. ²Servei de Reumatologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. IIB Institut de Recerca. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: La eficacia del metotrexato (MTX) en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) es el resultado de diversos mecanismos de acción, entre los cuales cabe destacar su capacidad inmunorreguladora. Bajas dosis de MTX pueden incrementar la agregación plaquetaria, lo que podría provocar un aumento en la frecuencia de leucocitos con plaquetas unidas. Dado que los leucocitos conjugados con plaquetas tienen capacidad inmunorreguladora, esto podría constituir un nuevo mecanismo de acción del MTX como inmunorregulador.

Objetivos: Comparar los valores absolutos de la población linfocitaria y los niveles de los conjugados plaquetas-linfocitos T CD8+ entre grupos de pacientes según respuesta al tratamiento. Evaluar la asociación entre los conjugados plaquetas-linfocitos T CD8+ y la actividad de la enfermedad.

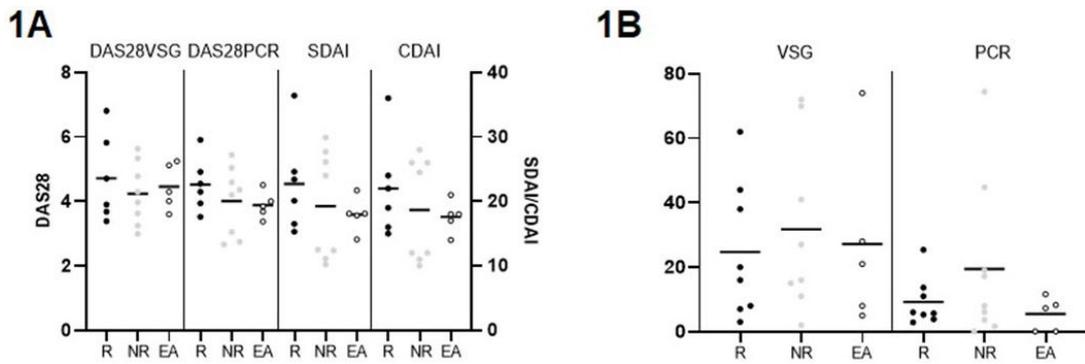


Figura 1. A. Media de DAS28-VSG, DAS28-PCR, SDAI y CDAI en los 3 grupos de pacientes. B. Niveles de VSG y PCR en los 3 grupos de pacientes.

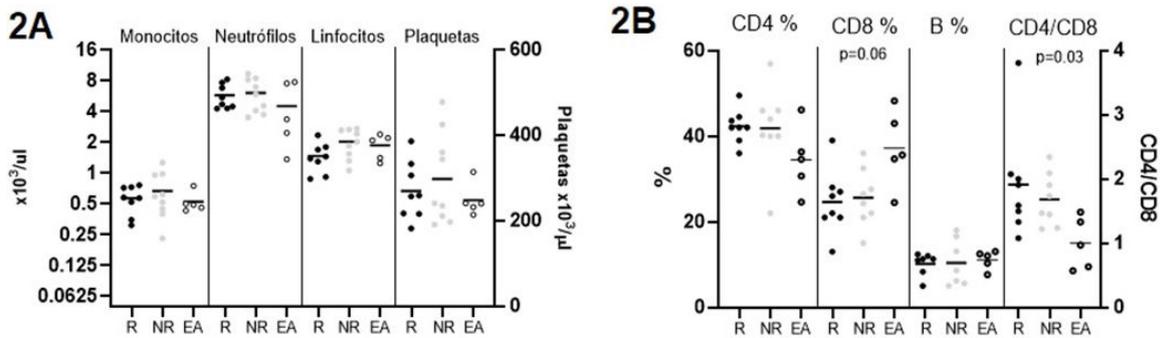


Figura 2. A. Comparación del número absoluto de la población linfocitaria y plaquetas en los 3 grupos de pacientes (GR = buenos respondedores, NR = no respondedores, AE = efectos adversos). B. Comparación de % de CD4, CD8, linfocitos B, ratio CD4/CD8.

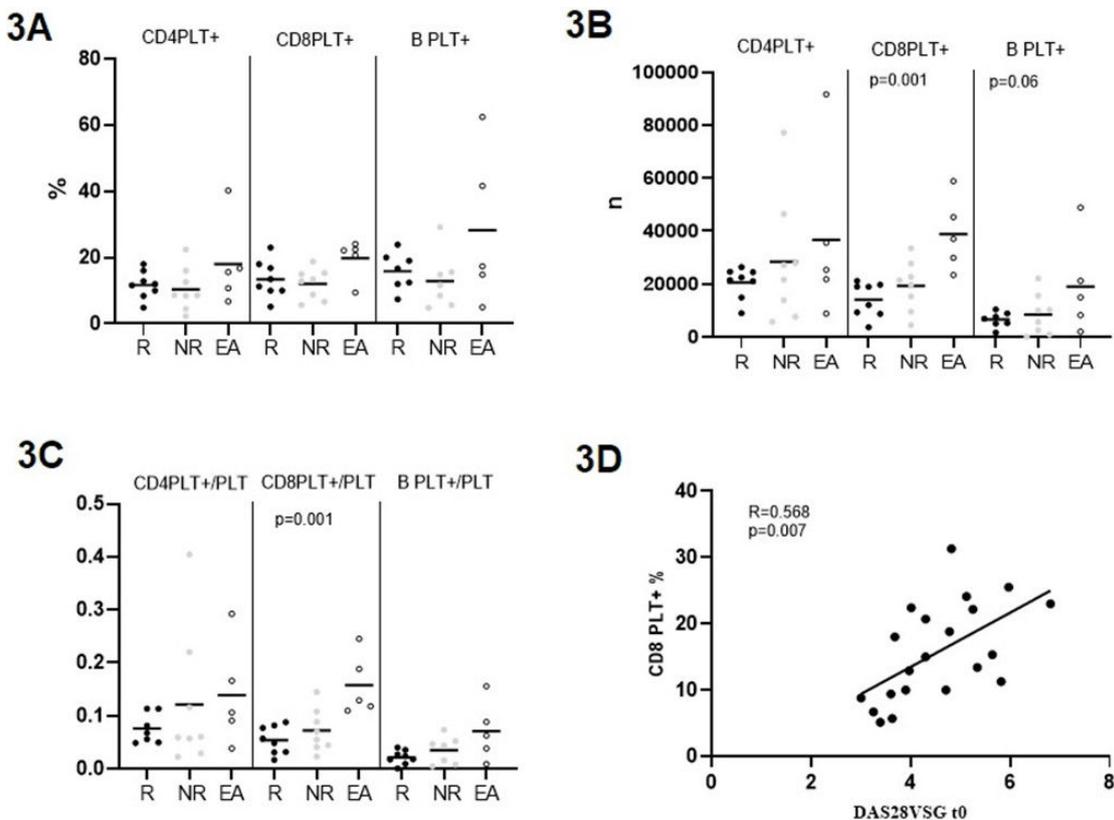


Figura 3. A. Determinación de los conjugados linfocitos T CD4+ con plaquetas (CD4PLT+), conjugado linfocitos T CD8+ con plaquetas (CD8PLT+), y linfocitos B con plaquetas (B PLT+) en los 3 grupos de pacientes. A. Números absolutos B. Proporción relativa.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en hospital universitario terciario de referencia. La población elegible eran pacientes con diagnóstico de AR según el criterio ACR/EULAR 2010 en seguimiento en consultas de Unidad de Artritis entre 2021 y 2022. El criterio de inclusión eran pacientes naïve a fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) que iniciaban MTX como primer tratamiento por brote. El seguimiento fue de 6 meses. En cada visita se recogieron de forma prospectiva variables clínicas y se determinaron los valores absolutos de las poblaciones leucocitarias, plaquetaria y los complejos conjugados de plaquetas unidos a linfocitos (linfocitos T CD4+, CD8+ y linfocitos B) en sangre. Los grupos de pacientes fueron divididos en respondedores (R), no respondedores (NR) y los que suspendieron tratamiento por efecto adverso (EA). Se comparó la diferencia entre las poblaciones linfocitarias y los complejos conjugados entre los pacientes con diferente respuesta a MTX usando la prueba de Kruskal-Wallis. Se realizó la correlación de Pearson entre los índices de actividad con los conjugados plaquetas-linfocitos.

Resultados: De los 23 pacientes incluidos, 8 fueron respondedores, 8 no respondedores y 5 suspendieron tratamiento por efectos adversos. No se observaron diferencias en la media de los índices de actividad entre los 3 grupos de pacientes (fig. 1A) ni en los niveles de reactivos de fase aguda (fig. 1B). No se observaron diferencias entre los 3 grupos de pacientes en cuanto a las poblaciones absolutas leucocitarias y plaquetarias (fig. 2A). Al evaluar el porcentaje de CD4, CD8, linfocitos B y ratio (fig. 2B), se observó una tendencia de mayor proporción de linfocitos T CD8+ en los pacientes EA ($p = 0,06$) y una ratio significativamente menor de CD4/CD8 ($p = 0,03$). Se compararon los niveles de conjugados linfocitos T CD8+ unidos a plaquetas, tanto en valores absolutos como en frecuencia relativa (fig. 3). El grupo EA presentaba mayor número de conjugados linfocitos T CD8+ con plaquetas ($p = 0,001$) y una tendencia a mayor porcentaje de estos ($p = 0,06$). También presentaban mayor número y porcentaje para conjugados linfocitos B con plaquetas. Todos los pacientes, independientemente a la respuesta al tratamiento, mostraron una correlación positiva entre el DAS28-VSG y el porcentaje de conjugados linfocitos T CD8+ unidos a plaquetas (fig. 3D).

Conclusiones: En los pacientes con AR naïve a tratamiento, los conjugados linfocitos T CD8+ con plaquetas podrían tener una asociación con la actividad de la enfermedad e intolerancia al metotrexato por efecto adverso.

P326. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Blanca Varas de Dios¹, José Ramón Lamúa Riazuelo², María Laiño Piñeiro³, Isabel Pastora Granados Bautista⁴, Patricia Castro Pérez⁵ e Irene Amil Casas⁶

¹Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. ²Hospital Universitario del Henares. Coslada. ³Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ⁴Hospital General Universitario de Toledo. ⁵Hospital Universitario de Getafe. ⁶Clínica Centro. Madrid.

Introducción: Los inhibidores de la cinasa de Janus (JAKi) pertenecen a una clase de fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos, de administración oral, que recientemente han ampliado el arsenal terapéutico de las algunas enfermedades inmunomediadas. Upadacitinib es un inhibidor selectivo y reversible de las Janus quinasa, que inhibe preferentemente la trasmisión de señales mediante JAK1 o JAK1/3. Upadacitinib tiene la indicación en nuestro país para el tratamiento de 7 enfermedades, entre ellas 4 reumáticas: artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica y espondilitis anquilosante y espondiloartritis no radiográfica. Conocemos los datos de eficacia y seguridad aportados por los ensayos clínicos, pero es necesario disponer de datos de seguridad y efectividad en práctica clínica real, que es limitada hasta la fecha.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de Upadacitinib (UPA) en la práctica clínica real en pacientes con AR y analizar su persistencia.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico y de vida real. Se recogieron variables sociodemográficas de los pacientes y basales relacionadas con la enfermedad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de AR, índices de actividad y pruebas de laboratorio, tratamientos concomitantes y previos con FAME sintéticos convencionales, biológicos y sintéticos dirigidos. Durante los nueve meses de seguimiento se recogieron los eventos adversos (EA) y los motivos de interrupción.

Table 1. Baseline characteristics of patients

Socio-Demographic Variables		
Total Population	n (%)	60 (100)
Age	Media (SD)	52.51 (11.86)
Female	n (%)	41 (81.79)
Race	n (%)	
	Caucasian	50 (83.3)
	Latin	8 (13.3)
	Arab	2 (3.4)
Smoking status	n (%)	
	Current smoker	16 (26.7)
	Ex-smoker	4 (6.6)
	Non-smoker	40 (66.7)
Diabetes Mellitus	n (%)	4(6.6)
Hyperlipidemia	n (%)	20 (33.3)
Ischemic heart disease	n (%)	3 (5)
Previous thrombotic events	n (%)	0 (0)
Obesity	n (%)	16 (26.7)
Prior HZ vaccination	n (%)	24 (40)
Disease-related variables		
Disease duration (days)	Media(SD)	3203.9 (2425.43)
TJC28	Media (SD)	7.98 (4.80)
SJC28	Media (SD)	4.95 (2.9)
CRP (mg/L)	Media (SD)	6.89 (10.32)
ESR (mm/h)	Media (SD)	21.26 (13.63)
VAS pain (0-100)	Media (SD)	67 (19.76)
Patient's Global Assessment (0-100)	Media (SD)	66.14 (21.69)
Physician's Global Assessment (0-100)	Media (SD)	57.54 (19.84)
DAS28	Media(SD)	4.20 (1.89)
Positive RF	n (%)	43 (71.7)
Positive ACPAs	n (%)	42 (70)
Concomitant Glucocorticoids	n (%)	
	0 mg/24h	23 (38.3)
	<5mg/24h	1 (1.7)
	5-10mg/24h	23 (38.3)
	>10mg/24h	13 (21.7)
csDMARDs	n(%)	
	No	16 (26.7)
	Methotrexate	26 (43.3)
	Leflunomide	14 (23.3)
	Methotrexate + Leflunomide	4 (6.7)
bDMARDs or tsDMARDs	n (%)	
	1st line	2 (3.3)
	2nd line	13 (21.7)
	3rd line	22 (36.7)
	>3 line	23 (38.3)

Resultados: Población: Se han reclutado 60 pacientes en 5 hospitales nacionales, diagnosticados de AR según los criterios ACR/EULAR de 2010. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla. Solo 2 pacientes (3,3%) recibió UPA en primera línea de tratamiento y el 38% en 4ª línea o más siendo la media por paciente de 3,2 FAMEB u otro SD previo a UPA. Resultados clínicos: Se observa una mejoría en el índice de actividad de la enfermedad y en todos los resultados relacionados con los pacientes desde el inicio del tratamiento. No se encuentra significación estadística entre la actividad de la enfermedad y las variables demográficas (sexo, raza, ACPA, FAME concomitantes utilizados y línea de tratamiento de upadacitinib). Los pacientes fumadores presentaron valores de DAS 28 significativamente más elevados que los exfumadores ($p = 0,029$) al tercer mes de tratamiento. Seguridad: Se notificaron 22 EA en 17 pacientes (28,3%). Los EA más frecuentemente notificados fueron infecciones (8 respiratorias, 7 covid, 2 gastrointestinales), pero no condujeron a la interrupción del tratamiento en ningún caso. No se encontró significación estadística entre

el uso de tratamientos concomitantes y los EA. Se observó interrupción del tratamiento en 7 pacientes (11,67%) debido a ineficacia (4), herpes zóster (HZ) (1), dislipidemia (1), alopecia (1) y decisión personal (1), lo que representa una persistencia de upadacitinib en el 88,33% de los pacientes. Aunque solo 24 (40%) pacientes estaban correctamente vacunados contra el HZ antes del inicio del tratamiento, solo se detectó 1 caso de HZ en los 9 primeros meses de seguimiento.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de los estudios observacionales retrospectivos, estos datos de vida real respaldan la eficacia y el perfil de seguridad de upadacitinib tras 9 meses de tratamiento, con una elevada tasa de persistencia.

P327. VALIDACIÓN DE UNA ESTRATEGIA MULTICOMPONENTE PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ARTRITIS REUMATOIDE (PROYECTO EDUCAR)

M. Ahijón Lana¹, L. Carmona², I. González Álvaro¹, F. Sivera³, L. Cano García⁴, D. Grados Cánovas⁵, L. Valencia Muntalà⁶, I. Pérez Nadales⁷, P.J. Armenteros Ortiz⁸, P. García Casado⁹, I. Piudo de Blas¹⁰, M.J. Moreno Ramos¹¹, J. Pérez Venegas¹², R.M. Serrano Lora¹³, A.I. Rodríguez Vargas¹⁴, I. de la Morena Barrio¹⁵, M. Delgado Sánchez¹⁶, I. Llorente Cubas¹, J. Calvo Gutiérrez⁸, N. Al Mashhadani⁴, L. Garrido Courel¹⁰, D. Madrid Figueras⁵, N. Martínez Alberola³, J. Bachiller Corral⁹, C. López Martín¹², M. Castaño¹¹, A.C. Castillo González¹¹, J.M. Martín Martín¹⁶, D. Bedoya Sanchís¹⁵ y R. García-Vicuña Pinedo¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS_ Princesa. Madrid. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Igualada. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Mutua de Terrassa. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Introducción: La falta de adherencia constituye un problema sanitario con un importante impacto económico.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una estrategia de intervención cocreada por un panel de expertos multidisciplinar y pacientes, y basada en las recomendaciones EULAR, para mejorar la adherencia terapéutica en artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se realizó un estudio de intervención por *clusters*, en el que unidades de reumatología, reclutadas de forma consecutiva, fueron aleatorizadas a recibir la intervención (estrategia formativa a profesionales sanitarios y materiales de ayuda para el paciente) o no. Los centros reclutaron pacientes con AR de menos de 2 años de duración y se midió el cambio en la adherencia tras 6 meses. Se consideraron adherentes pacientes con puntuaciones > 80% tanto en el Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR) como en la Escala de Adherencia a la Medicación (RAM) de Horne. El efecto de la intervención sobre la tasa de adherencia a 6 meses se refutó mediante el test de chi-cuadrado y se realizaron modelos de regresión logística que ajustaran por las variables mal balanceadas. El efecto sobre las variables secundarias se refutó con el test de la t de Student.

Resultados: Se reclutaron 141 pacientes con AR, 67 en el grupo control y 74 en el de intervención. El 76% fueron mujeres, la mediana de

edad fue de 56 años y el tiempo de evolución desde el diagnóstico de 12 meses. El grupo control presentaba, de entrada, un mayor número de articulaciones tumefactas (mediana 1 vs. 0; p = 0,026), mayor grado de dolor (EVA 4 vs. 2; p = 0,004), y mayor uso de tratamiento biológico (39 vs. 20%; p = 0,016). Así mismo, también presentaba más comorbilidad cardiovascular (34 vs. 19%), respiratoria (16 vs. 5%; p = 0,034), y digestiva (19 vs. 4%; p = 0,006). La adherencia aumentó a los 6 meses en ambos grupos de estudio (del 48% al 67% en el grupo control y del 42% al 47% en el de intervención) sin diferencias significativas entre grupos en el análisis bivariable. Se observó también un descenso de la VSG (de 17 a 12 en el grupo control y de 15 a 11 en el de intervención), del recuento de articulaciones dolorosas en el grupo de intervención (la mediana bajó de 1 a 0) y de tumefactas en el control (la mediana bajó de 1 a 0). En el modelo multivariante no se detectó efecto del grupo, siendo el principal determinante de la adherencia terapéutica la adherencia basal (OR = 3,92; p = 0,001).

Conclusiones: Los resultados fueron poco concluyentes; la falta de detección de un efecto pudiera explicarse por el corto período de seguimiento, la complejidad de los cambios que se precisan (cambio de cultura) y por una posible falta de implementación de la intervención en los servicios seleccionados. Todo ello se evaluará en estudios complementarios.

P328. ESTUDIO DE VALIDEZ EN LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO RECIENTE DE LOS CRITERIOS SER/SEPAR PARA EL CRIBADO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Martí Aguilar i Coll, Javier Narváez, Montserrat Roig, Pol Maymó, Judith Palacios, Laia de Daniel y Joan Miquel Nolla

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: En el año 2023 se publicó una propuesta multidisciplinar de criterios de cribado de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en pacientes con artritis reumatoide (AR) [Narváez J et al. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2023;19(2):74-81]. Esta propuesta es solo un consenso de expertos, cuya utilidad aún no ha sido contrastada en estudios de validación.

Objetivos: Analizar la sensibilidad y especificidad de los criterios de cribado en una cohorte de pacientes con AR de inicio.

Métodos: Estudio transversal con evaluación retrospectiva de los criterios en una cohorte de pacientes con AR de inicio reciente (criterios ACR 1987 o EULAR/ACR 2010 y un tiempo de evolución de los síntomas ≤ 12 meses) diagnosticados entre 2003 y 2023. En todos los casos se realizó un cribado de la presencia de EPID al diagnóstico de la enfermedad mediante anamnesis dirigida, auscultación, Rx tórax y funcionales respiratorias (PFR) con espirometría y DLCO. Se completó el estudio con una tomografía computarizada torácica de alta resolución (TCAR) en caso de síntomas respiratorios, crepitan-tes secos tipo velcro o alteraciones en Rx/PFR.

Tabla 1. Parámetros de validez de la estrategia de cribado SER/SEPAR

Parámetro	Valor puntual	IC 95%
Sensibilidad (S)	92.86%	76.50-99.12
Especificidad (E)	45.76%	36.56-55.18
Razón de verosimilitud positiva (RV+)	1.71	1.41-2.08
Razón de verosimilitud negativa (RV-)	0.16	0.04-0.60
Valor predictivo positivo (VPP)	28.89%	25.05-33.05
Valor predictivo negativo (VPN)	96.43%	87.50-99.05
Valor global del test (VGT)	54.79%	46.35-63.04

Resultados: De los 146 pacientes incluidos, 28 (19,1%) fueron diagnosticados de EPID mediante TCAR torácica. Noventa pacientes (61,6%) cumplieron criterios para el cribado al diagnóstico de la AR, definidos como la presencia de crepitan-tes secos tipo velcro,

Parámetro	Crepitantes	Síntomas respiratorios	Escala de riesgo	
			(≤4 puntos vs ≥5 puntos)	Escala de riesgo modificada (≤3 puntos vs ≥4 puntos)
Sensibilidad (S)	68.18% (45.13-86.14)	22.22% (2.81-60.01)	72.73% (39.03-93.98)	90.91% (58.72-99.77)
Especificidad (E)	100.00% (96.79-100.00)	92.11% (85.54-96.33)	49.54% (39.82-59.28)	23.85% (16.21-32.97)
Razón de verosimilitud positiva (RV+)	-	2.81 (0.71-11.12)	1.44 (0.96-2.17)	1.19 (0.96-1.48)
Razón de verosimilitud negativa (RV-)	0.32 (0.17-0.59)	0.84 (0.59-1.20)	0.55 (0.21-1.47)	0.38 (0.06-2.54)
Valor predictivo positivo (VPP)	100.00% (78.20-100.00)	18.18% (5.33-46.75)	12.70% (8.83-17.93)	10.75% (8.86-12.99)
Valor predictivo negativo (VPN)	94.17% (89.75-96.75)	93.75% (91.33-95.53)	94.74% (87.07-97.96)	96.30% (79.57-99.43)
Valor global del test (VGT)	94.81% (89.61-97.89)	86.99% (79.74-92.38)	51.67% (42.37-60.88)	30.00% (21.98-39.04)

P328 Figura 2

tos o disnea de más de 3 meses de evolución, o bien una puntuación ≥ 5 en la escala basada en factores de riesgo. De ellos, un 28,8% (26/90) tenía EPID clínica o subclínica. De los 56 pacientes (38,4%) que no cumplían con los criterios de cribado al debut de la AR, solo un 1,3% (2/56) tuvo EPID. La sensibilidad de los criterios de cribado en nuestra cohorte fue del 92,86% (IC95% 76,50-99,12), y la especificidad del 45,76% (IC95% 36,56-55,18) [tabla 1]. En 12 pacientes, la EPID precedió al inicio de los síntomas articulares (enfermedad reumatoide de inicio extraarticular). Excluyendo estos casos, donde no hubiera sido necesario el cribado, la sensibilidad se sitúa en el 87,50% (IC95% 61,65-98,45), manteniéndose la especificidad en el 45,76%. Los parámetros de validez de cada criterio por separado se detallan en la tabla 2. La presencia de síntomas respiratorios, según la definición del estudio, tuvo una sensibilidad del 22,22% y una especificidad del 92,11%. La presencia de crepitantes secos tipo velcro mostró una sensibilidad del 68,18% y una especificidad del 100%. Por último, la puntuación ≥ 5 en la escala basada en factores de riesgo alcanzó una sensibilidad del 72,73% y una especificidad del 49,54%. Si se reduce el umbral a una puntuación ≥ 4 , la sensibilidad aumenta al 90,91%, aunque a costa de reducir la especificidad al 23,85%

Conclusiones: De acuerdo con estos resultados preliminares, los criterios SER/SEPAR para el cribado de EPID tienen una sensibilidad superior al 90% en pacientes con AR de inicio reciente, lo que avala su uso en la práctica clínica diaria. Teniendo en cuenta que el cribado pretende un diagnóstico precoz de esta complicación, es importante aplicar en la primera fase una prueba con alta sensibilidad de forma que detecte la mayor cantidad de casos posibles, tal y como se recomienda en el Documento marco sobre cribado poblacional de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad (<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/docs/Cribadopoblacional.pdf>).

P329. DESARROLLO DE UN ALGORITMO BASADO EN BIOMARCADORES PROTEICOS CIRCULANTES PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA

R. Paz-González¹, F. Picchi¹, P. Fernández-Puente², L. Lourido¹, V. Calamia¹, P. Quaranta-Díaz¹, Pablo Domínguez-Guerrero¹, R. Hands³, C. Pitzalis³, F.J. Blanco^{1,2} y C. Ruiz-Romero^{1,4}

¹Grupo de Investigación de Reumatología (GIR). Unidad de Proteómica. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. SERGAS. A Coruña. ²Grupo de Reumatología y Salud. Departamento de Fisioterapia y Medicina. Centro Interdisciplinar de Química e Biología (CICA). Universidad de A Coruña. ³Centre for Experimental Medicine and Rheumatology. William Harvey Research Institute, Barts and the London School of Medicine and Dentistry. Queen Mary University of London. London, Reino Unido. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN). A Coruña.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por ser una enfermedad heterogénea, con un pronóstico y respuesta a tratamiento variable entre pacientes. La caracterización molecular de la membrana sinovial de pacientes con AR temprana permite la estratificación de los pacientes en tres subgrupos, denominados "patotipos sinoviales": linfomieloide, difusomieloide y fibroide/pauciimmune. Estos patotipos sinoviales están asociados con diferentes fenotipos clínicos y con la posible respuesta a tratamiento.

Objetivos: Descubrir y validar biomarcadores proteicos circulantes asociados con patotipos sinoviales para desarrollar un algoritmo útil como herramienta de medicina de precisión para la estratificación de pacientes con AR de reciente comienzo.

Métodos: El estudio proteómico se realizó en muestras de suero de 107 pacientes con AR temprana de la Cohorte de Patobiología de Artritis Temprana (PEAC, Reino Unido), que poseen una evaluación histopatológica de su patotipo sinovial. Los pacientes no habían sido tratados previamente con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) o esteroides. El perfil proteómico de un primer conjunto de 54 muestras se realizó mediante nLC-MS/MS utilizando una estrategia SWATH, con el objetivo de identificar biomarcadores proteicos potencialmente asociados con cada patotipo. Los datos cuantitativos fueron procesados mediante PCA para la reducción de dimensiones y analizados mediante estrategias de aprendizaje automático para desarrollar un modelo que permitiera clasificar a los pacientes de acuerdo a su patotipo, en base a los niveles en suero de un panel de proteínas asociadas a los mismos. El panel de proteínas obtenido se cuantificó mediante ELISAs y *microarrays* de anticuerpos basados en la tecnología Luminex xMAP. El clasificador desarrollado a partir de los datos de proteómica se verificó mediante inmunoensayos en el mismo conjunto de muestras y finalmente se validó en un grupo independiente.

Resultados: El análisis proteómico para el descubrimiento de biomarcadores se llevó a cabo en dos etapas: cribado (n = 30) y verificación (n = 24). Este estudio condujo a la identificación y cuantificación de un total de 229 proteínas en las muestras de suero. El análisis de estos datos mediante PCA dio lugar a un panel de 10 proteínas circulantes que permiten discriminar los tres diferentes patotipos sinoviales. Posteriormente, el rendimiento del panel de proteínas se analizó mediante diferentes enfoques de aprendizaje automático para desarrollar un algoritmo de clasificación. De todos los métodos probados, el de *support vector machines* (SVM) proporcionó los mejores resultados, con una precisión general del 96% y un coeficiente kappa de 0,94. Finalmente, el rendimiento del clasificador se validó mediante inmunoensayos en un grupo independiente de muestras (n = 53), con una precisión general del 83% y un coeficiente kappa de 0,73.

Conclusiones: Se ha desarrollado y validado un algoritmo de clasificación, basado en los niveles de un panel de biomarcadores proteicos en suero, como herramienta útil para estratificar a pacientes con AR temprana de acuerdo a su patotipo sinovial.

P330. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS, PATRONES DE TRATAMIENTO, EFECTIVIDAD Y TASAS DE DISCONTINUACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON BARICITINIB U OTRAS TERAPIAS AVANZADAS EN ESPAÑA (ESTUDIO RA-BE-REAL)

Pilar Trenor Larraz¹, Itxaso Aguirregabiria², Silvia Díaz-Cerezo², Sebastián Moyano², Amelia Cobo², Samuel Ogwu³, M^a Luz García-Vivar⁴ y Águeda Prior-Español⁵

¹Departamento de Reumatología. Hospital Clínico de Valencia. ²Eli Lilly and Company. Alcobendas. ³Eli Lilly and Company. Cork. Irlanda.

⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Baricitinib (BARI) es un inhibidor de JAK1/2 aprobado para el tratamiento de adultos con artritis reumatoide (AR) activa de moderada a grave. RA-BE-REAL es un estudio observacional, prospectivo, multinacional, que evalúa el tiempo hasta la discontinuación por cualquier causa (excluyendo la respuesta sostenida) a los 36 meses tras el inicio del tratamiento con BARI, un fármaco anti-reumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico (b) o un FAME sintético dirigido (sd) (FAMEb/sd).

Métodos: En este análisis se presentan los datos a 24 meses de los hospitales españoles que participaron en el estudio RA-BE-REAL. Se evaluaron dos cohortes de pacientes: aquellos que iniciaron tratamiento con BARI 2 mg o 4 mg (cohorte A), o con cualquier FAMEb/sd distinto de BARI (cohorte B). Tanto el inicio del tratamiento como cualquier cambio se realizaron a discreción del médico o paciente, siguiendo las recomendaciones de manejo de la AR. Se analizaron las características demográficas y clínicas, los patrones de tratamiento, la efectividad y las tasas de discontinuación a los 24 meses.

El tiempo hasta la discontinuación y las tasas de discontinuación se estimaron mediante análisis de Kaplan-Meier. Las variables continuas se presentan mediante valores medios y desviaciones estándar, las variables categóricas se presentan mediante números absolutos y frecuencias relativas.

Resultados: En este análisis participaron 80 pacientes adultos con AR con una edad media (DE) de 62,6 ± 15,9 (cohorte A, n = 31) y 57,0 ± 12,4 (cohorte B, n = 49) años, en su mayoría mujeres (81% y 88% respectivamente) y con una duración media de la enfermedad de 12,4 ± 9,6 y 7,2 ± 6,8 años, respectivamente. La actividad basal de la enfermedad evaluada por CDAI fue similar en ambas cohortes (26,9 ± 10,7 y 27,2 ± 12,0 respectivamente), al igual que la función física evaluada por HAQ-DI y el dolor evaluado por EVA. Algunos pacientes habían sido tratados previamente con FAMEb/sd en ambas cohortes (58,1% y 40,8% respectivamente). El 29% de los pacientes de la cohorte A había recibido > 2 FAMEb/sd previos, mientras que este porcentaje fue del 20% en la cohorte B. El cambio medio en CDAI a los 24 meses fue de -15,1(13,5) para la cohorte A y de -12,2 (14,7) para la cohorte B, alcanzando baja actividad de la enfermedad o remisión más de la mitad de los pacientes en ambas cohortes (57,1% y 56,1% respectivamente). Además, 11 (35,5%) y 24 (48,9%) pacientes de las cohortes A y B discontinuaron el tratamiento a los 24 meses, respectivamente, con una mediana de tiempo hasta la discontinuación de 5,3 y 6,1 meses.

Conclusiones: En la subpoblación española del estudio RA-BE-REAL, los pacientes con AR tratados con BARI presentaron mayor edad, duración de la enfermedad y uso previo de FAMEb/sd, aunque no se realizó un análisis estadístico formal. Se lograron resultados clínicos similares en ambas cohortes, si bien se observó una tasa numéricamente más baja de discontinuación a los 24 meses en la cohorte de BARI.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas basales de los pacientes españoles con AR incluidos en el estudio RA-BE-REAL.

	Cohorte A, Baricitinib (n = 31)	Cohorte B, FAMEb/sd (n = 49)	Total (n = 80)
Edad (años), media (DE)	62,6 (15,87)	57,0 (12,42)	59,2 (14,04)
Mujer, n (%)	25 (80,6)	43 (87,8)	68 (85,0)
IMC (kg/m ²), media (DE)	25,49 (4,37)	27,04 (4,97)	26,44 (4,78)
Tabaquismo, n (%)			
Actual	4 (12,9)	11 (22,4)	15 (18,8)
Pasado	9 (29,0)	14 (28,6)	23 (28,8)
Nunca	18 (58,1)	24 (49,0)	42 (52,5)
Características clínicas, media (DE)			
CDAI	26,89 (10,69)	27,19 (11,99)	27,07 (11,43)
Número de articulaciones inflamadas (NAI)	5,8 (4,35)	5,1 (4,42)	5,4 (4,38)
Número de articulaciones dolorosas (NAD)	9,0 (5,33)	9,8 (6,91)	9,5 (6,32)
Dolor EVA	64,2 (20,28)	59,7 (23,84)	61,4 (22,51)
HAQ-DI	1,58 (0,70)	1,38 (0,64)	1,46 (0,67)
Historial familiar de AR, n (%)	4 (12,9)	11 (22,4)	15 (18,8)
Duración de la AR, años	12,4 (9,6)	7,2 (6,8)	9,2 (8,3)
Tratamiento de la AR previo, n (%)			
Naïve a FAMEb/sd	13 (41,9)	29 (59,2)	42 (52,5)
Cualquier FAMEb/sd	18 (58,1)	20 (40,8)	38 (47,5)
Nº de FAMEb/sd previos, n (%)			
1	4 (12,9)	4 (8,2)	8 (10,0)
2	5 (16,1)	6 (12,2)	11 (13,8)
> 2	9 (29,0)	10 (20,4)	19 (23,8)
Monoterapia, n (%)	11 (35,5)	15 (30,6)	26 (32,5)
Glucocorticoides orales para la AR, n (%)	17 (54,8)	29 (59,2)	46 (57,5)

Tabla 2. Tasas de discontinuación y motivos de discontinuación de los pacientes españoles con AR incluidos en el estudio RA-BE-REAL

	Cohorte A, Baricitinib (n = 31)	Cohorte B, FAMEb/sd (n = 49)	Total (n = 80)
Número de discontinuaciones, n (%)	11 (35,5)	24 (48,9)	35 (43,8)
Tiempo hasta la discontinuación, media (DE)	7,33 (7,6)	7,73 (6,0)	7,60 (6,4)
Tiempo hasta la discontinuación, mediana	5,3	6,1	5,9
Motivos de discontinuación, n (%)			
Pérdida de respuesta primaria	1 (3,2)	6 (12,2)	7 (8,8)
Pérdida de respuesta secundaria	6 (19,4)	13 (26,5)	19 (23,8)
Eventos adversos	2 (6,5)	6 (12,2)	8 (10,0)

P331. PRESCRIPCIÓN Y PERSISTENCIA DE UPADACITINIB EN VIDA REAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Guillermo González-Mozo, María Enjuanes, Elena Abad-Plou, Eva Galíndez-Agirregoikoa, Eduardo Cuende, María Rosa Expósito-Molinero, Esther Ruiz Lucea, A.R. Inchaurre, Juan María Blanco-Madriral, I. Torre, O. Fernández, David Martínez-López, María Montserrat Alonso-Díaz, Íñigo Gorostiza y María L. García Vivar

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: Upadacitinib (UPA) es un inhibidor de Janus quinasa (JAKi) selectivo de JAK1 y JAK 1/3, con indicación en artritis reumatoide (AR), posteriormente artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAx) radiográfica y no radiográfica. En nuestra comunidad autónoma se encuentra priorizado como JAKi preferente tras fallo a biosimilar de adalimumab en todas las indicaciones desde mayo 2022. Revisamos nuestra experiencia en cuanto a prescripción del fármaco y persistencia en diferentes escenarios.

Objetivos: Evaluar la persistencia global de UPA en vida real y en diferentes indicaciones. Evaluar la persistencia en pacientes refractarios a tratamiento biológico y a JAKi en el subgrupo de AR.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 101 pacientes (pts) con enfermedades (enf) reumáticas inflamatorias tratados con UPA en el servicio de reumatología entre junio 2021 y 2023. Revisamos las historias clínicas y recogimos datos del paciente (edad, género, comorbilidades...), de la enf (diagnóstico, tiempo de evolución, refractariedad), duración del tratamiento con UPA, efectos secundarios y causa de discontinuación en su caso. Analizamos los datos con IBM SPSSv29.

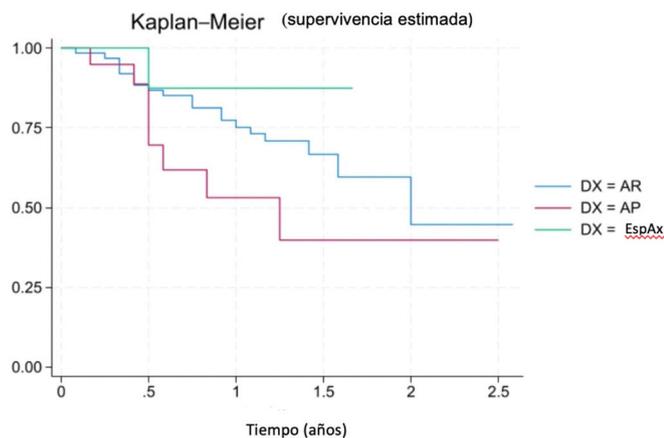


Figura 1

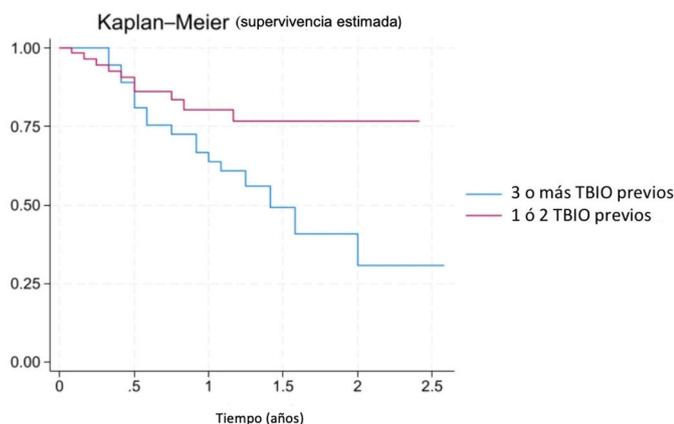


Figura 2

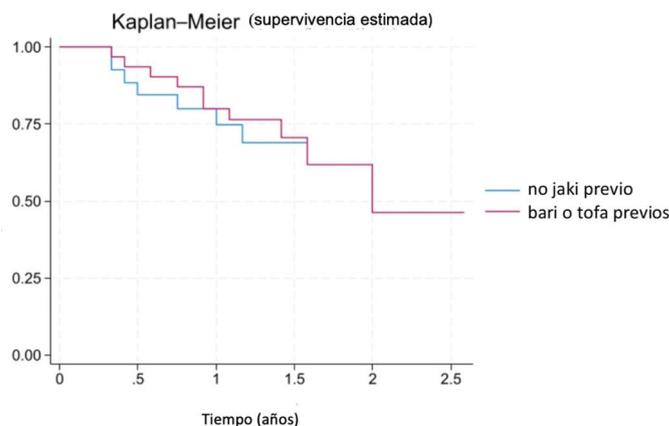


Figura 3

Resultados: Incluimos 101 pts, mayormente mujeres (78,2%), con edad media de 55,4 años (DE 13,09); diagnosticados de AR 64,4%, APs 19,8%, y EspAx 14,9% (y un pt con enfermedad de Still del adulto). El tiempo de evolución de la enfermedad fue 9 años (mediana, rango 1-49). El 15,8% eran fumadores activos (28,7% ex y 55,4% nunca fumadores), y el 54,5% tenía algún otro factor de riesgo CV; el riesgo CV por SCORE y/o Regicor fue elevado solo en 5%. 2 pts habían sufrido IAM, 1 ACV y 1 cáncer de mama (prescripciones pre-recomendaciones PRAC). La mediana de terapias biológicas (TB) previas fue 2 (percentil 25-75, 1-3), 40,6% habían recibido solo 1 TB, 61,4% ≤ 2. El 35,6% habían sido tratados con otro JAKi, más frecuentemente Baricitinib, en AR, suspendido por ineficacia. La mediana de duración de tto con UPA ha sido de 10 años (pc 25-75, 5-16). La supervivencia del tto se ha calculado por Kaplan Meyer y no hemos encontrado diferencias significativas en función del diagnóstico (fig. 1), ni la experiencia previa con otro JAKi (fig. 3). Sí que encontramos diferencias significativas en peor persistencia en el grupo que había recibido más de 2 TB previas (fig. 2). 27 pacientes (26,7%) discontinuaron UPA principalmente por ineficacia (66,66%), y el 25,9% por efectos adversos. 1 pt fallece tras cirugía de columna, 1 se suspende por falta de adherencia y 1 cambia de tofacitinib por riesgo CV antes de recomendaciones del PRAC. 24 pts (79,16%) pasaron a TB posterior y 20,3% a otro JAKi.

Conclusiones: La supervivencia de UPA en nuestro medio es buena y equiparable a lo esperado. Vemos diferencias en los pacientes más refractarios, pero no por indicación ni por haber recibido JAKi previamente. Necesitamos una muestra más amplia y más seguimiento para valorar con mayor precisión posibles diferencias en estos grupos.

P332. UTILIZACIÓN EN PRÁCTICA REAL DE LOS INHIBIDORES DE LA JANUS QUINASA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Carles Llop Margalef¹, Dídac Llop Paredes² y Silvia Paredes González-Albo³

¹Unidad de Farmacia. CatSalut. Tarragona. ²Universidad Rovira i Virgili. Facultad de Medicina. Reus. ³Unidad de Reumatología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

Introducción: Los inhibidores de la Janus-quinasa (iJAK) son una de las últimas opciones farmacológicas comercializadas para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Existen 4 fármacos diferentes, sin criterios claros de selección y prioridad.

Objetivos: Evaluar el perfil de utilización en práctica real de los iJAK en pacientes con AR en el ámbito de Catalunya.

Métodos: Se extrajeron los pacientes del Registre de Pacients i Tractaments (RPT) del Servei Català de la Salut con diagnóstico de AR a los cuales se había prescrito uno o más iJAK. A partir de estos regis-

tros se obtuvieron del propio RPT datos relativos al número de líneas de tratamiento utilizadas por cada paciente, así como el orden de utilización de los iJAK entre estas líneas de tratamiento. Si un fármaco se utilizaba más de una vez en un mismo paciente, se consideraban dos líneas de tratamiento si se había intercalado algún fármaco diferente entre ambos periodos. Para comparar el número de orden entre las líneas, así como el global de líneas de tratamiento de cada fármaco se utilizó el estadístico chi-cuadrado.

Resultados: Desde el inicio del registro en el RPT de los iJAK, se recogieron datos de 2.094 pacientes con AR y prescripción de estos fármacos (edad media 59,5 años, y 83% de mujeres). El número total de líneas de tratamiento con iJAK fueron 2,625. Respecto al total de pacientes con AR registrados, el 22,2% han recibido en algún momento un iJAK. Un total de 8 pacientes utilizaron 5 líneas de tratamiento con iJAK; 13 pacientes utilizaron 4; 73 pacientes 3 líneas; 314 pacientes 2 líneas y 1,686 pacientes 1 sola línea. Al estudiar el orden de utilización de los iJAK dentro de las líneas de tratamiento de cada paciente, baricitinib y tofacitinib se utilizaron más que upadacitinib y filgotinib en primera línea. En cambio, filgotinib y upadacitinib se utilizaron más que baricitinib y tofacitinib en 4ª línea y sucesivas. No se observaron diferencias en 2ª y 3ª línea entre los cuatro iJAK. Los datos se muestran en la tabla. Al valorar el número de líneas de tratamiento globales, el 17,9% de los pacientes con iJAK solamente utilizaron una línea de tratamiento; el 82,15% de los pacientes fueron tratados con más de una línea de tratamiento, siendo el máximo 14 líneas. Baricitinib se diferencia de los otros iJAK por permanecer más frecuentemente con una sola línea de tratamiento ($p < 0,05$ respecto a los tres otros fármacos).

Orden de utilización de los iJAK

	1ª línea n (%)	2ª línea n (%)	3ª línea n (%)	≥ 4ª línea n (%)
Total iJAK	470 (17,90)	536 (20,42)	529 (20,15)	1090 (41,52)
Bari	255 (20,66)	243 (19,69)	267 (21,64)	469 (38,01)*
Filgo	31 (13,30) *†	47 (20,17)	47 (20,17)	108 (46,35)* †
Tofa	130 (16,75) *	168 (21,65)	133 (17,14)	345 (44,46)*
Upa	54 (14,14) *†	78 (20,42)	82 (21,47)	168 (43,98)* †

* $p < 0,05$ respecto el total; † $p < 0,05$ respecto baricitinib y tofacitinib.

Conclusiones: Los iJAK han tenido una penetración relevante en el tratamiento de la AR tras pocos años en el mercado farmacéutico. Existen casos extremos que utilizan 4 o 5 de estas líneas con iJAK. Baricitinib y tofacitinib tienden a utilizarse en primera línea más que el resto, y baricitinib permanece como línea única más que los otros iJAK. Se sugiere como interés futuro evaluar los criterios de selección de estos fármacos y su posicionamiento en el tratamiento de la AR, así como estudiar los criterios de *switching* entre fármacos.

P333. UTILIDAD DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS GAP, CPI Y FOUR-FACTOR RISK SCORE (FFRS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE

Martí Aguilar i Coll, Javier Narváez, Montserrat Roig, Judith Palacios, Pol Maymó, Laia de Daniel y Joan Miquel Nolla

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Aproximadamente en la mitad de los enfermos con AR-EPID, la función pulmonar se mantiene estable o progresa muy lentamente, mientras que en la otra mitad se deteriora de forma rápida. Esta heterogeneidad en su evolución hace necesario el uso de herramientas validadas que nos ayuden a establecer un pronóstico fiable al diagnóstico de la complicación.

Objetivos: Comparar la utilidad de los índices pronósticos GAP, CPI (índice fisiológico compuesto) y Four-factor risk score (FFRS) en pacientes con AR-EPID.

Métodos: Estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes con AR-EPID confirmada mediante TCAR torácica. Se evaluó la utilidad de los 3 índices pronósticos para predecir el riesgo de mortalidad, tanto por causas respiratorias como por cualquier otra causa. También se evaluó su eficacia en la predicción de: 1) el riesgo de empeoramiento clínico; 2) el riesgo de progresión funcional, de acuerdo con la definición clásica del ATS (deterioro $> 10\%$ en la CVF o del 15% en la DLCO) y la nueva definición ATS/ERS/JRS/ALAT 2022; 3) el riesgo de empeoramiento radiológico por TCAR torácica, y 4) el riesgo de desarrollar fibrosis pulmonar progresiva (FPP), definida conforme a los criterios del estudio INBUILD y a los nuevos criterios de ATS/ERS/JRS/ALAT 2022.

Resultados: De una cohorte de 73 pacientes con AR-EPID, se ha realizado un análisis preliminar en 22 casos con un tiempo (mediana) de seguimiento desde el diagnóstico de la EPID de 95,5 meses (IQR 25th-75th 57,5-119,2). Se calcularon los índices pronósticos al diagnóstico de la EPID, cotejando su efectividad con los distintos desenlaces observados al concluir el período de seguimiento. Los resultados del análisis se presentan en las tablas. El índice GAP se clasificó por estadios según la publicación original; ningún paciente pertenecía al estadio III. Los pacientes en el estadio II mostraron una mayor mortalidad en comparación con los del estadio I, tanto por causas respiratorias (HR 3,48, IC95% 0,62-19,71) como por todas las causas (HR 2,59, IC95% 0,51-13,29). Además, estos pacientes presentaron tasas más altas de empeoramiento clínico, deterioro funcional (según ambas definiciones), progresión radiológica y evolución a FPP, tanto según los criterios de INBUILD como por los propuestos en 2022. En relación con el CPI, se observó que un incremento de 10 puntos se asociaba con un aumento del 4% en la mortalidad por causas respiratorias, del 16% en la mortalidad global y del 21-22% en el desarrollo de FPP. También se observaron puntuaciones más altas del índice en los pacientes con empeoramiento clínico, deterioro funcional según los criterios ATS, y progresión radiológica. Finalmente, los pacientes de alto riesgo según el FFRS tuvieron mayor mortalidad respiratoria (HR 2,14, IC95% 0,24-19,05) y global (HR 2,91, IC95% 0,35-24,26) que los de bajo riesgo, así como un mayor riesgo de empeoramiento clínico, deterioro funcional y desarrollo de FPP según INBUILD. Con todos los índices se obtuvieron p-valores no significativos y OR/HR con intervalos de confianza amplios, lo que sugiere que ninguno muestra una superioridad clara en cuanto a su capacidad predictiva de manera estadísticamente significativa.

Tabla 1. Índice GAP

	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	p-valor	OR (IC 95%)
Progresión clínica	6 (31,6)	2 (66,7)	0,527	4,33 (0,33-57,65)
Progresión funcional (definición clásica)	10 (52,6)	2 (100)	0,486	-
Progresión funcional (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	11 (68,8)	2 (100)	1,000	-
Progresión radiológica	10 (52,6)	3 (100)	0,240	-
<i>Análisis de supervivencia</i>				
	p-valor		HR (IC 95%)	
Mortalidad por cualquier causa	0,237		2,59 (0,51-13,29)	
Mortalidad por causa respiratoria	0,135		3,48 (0,62-19,71)	
Fibrosis pulmonar progresiva (definición INBUILD)	0,300		2,29 (0,46-11,41)	
Fibrosis pulmonar progresiva (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	0,176		2,96 (0,57-15,39)	

Tabla 2. Índice CPI

	Progresión mediana CPI (IQR 25 th -75 th)	No progresión mediana CPI (IQR 25 th -75 th)	p-valor
Progresión clínica	37,9 (14,0-45,5)	25,2 (16,7-33,4)	0,152
Progresión funcional (definición clásica)	31,2 (19,7-43,6)	27,9 (10,0-37,8)	0,394
Progresión funcional (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	30,6 (20,7-42,1)	35,8 (10,0-40,8)	0,805
Progresión radiológica	31,7 (13,8-43,4)	26,8 (17,8-34,2)	0,526
<i>Análisis de supervivencia</i>			
	p-valor		HR por aumento en 10 pts (IC 95%)
Mortalidad por cualquier causa	0,464		1,16 (0,78-1,74)
Mortalidad por causa respiratoria	0,878		1,04 (0,65-1,64)
Fibrosis pulmonar progresiva (definición INBUILD)	0,397		1,21 (0,78-1,84)
Fibrosis pulmonar progresiva (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	0,402		1,22 (0,77-1,91)

Tabla 3. Índice FFRS				
	Bajo riesgo n (%)	Alto riesgo n (%)	p-valor	OR (IC 95%)
Progresión clínica	1 (20,0)	7 (41,2)	0,613	2,80 (0,26-30,70)
Progresión funcional (definición clásica)	2 (40,0)	10 (62,5)	0,611	2,50 (0,32-19,53)
Progresión funcional (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	2 (66,7)	11 (73,3)	1,000	1,38 (0,10-19,64)
Progresión radiológica	3 (60,0)	10 (58,8)	1,000	0,95 (0,13-7,28)
Análisis de supervivencia				
	p-valor		HR (IC 95%)	
Mortalidad por cualquier causa	0,302		2,91 (0,35-24,26)	
Mortalidad por causa respiratoria	0,485		2,14 (0,24-19,05)	
Fibrosis pulmonar progresiva (definición INBUILD)	0,340		2,64 (0,33-21,00)	
Fibrosis pulmonar progresiva (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	0,583		0,64 (0,13-3,14)	

Conclusiones: Los resultados preliminares no indican diferencias significativas en la efectividad de los 3 índices. En espera de confirmar estos hallazgos con la totalidad de la cohorte, se sugiere priorizar el uso de los índices GAP y FFRS, debido a su mayor simplicidad y facilidad de cálculo.

P334. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA; EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Tania Rodrigues Cabral, Susana Vázquez Guerra, Beltrán Escribano Jañez, Rebeca Belmonte Gómez, Ángel M^a García Aparicio, Isabel Pastora Granados Bautista y Azucena Hernández Sanz

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Toledo.

Introducción: La estrategia T2T permite a pacientes con artritis reumatoide (AR) alcanzar remisión o baja actividad de la enfermedad. Sin embargo, algunos no logran este objetivo a pesar de probar diferentes fármacos. Por ello, en 2021 EULAR definió la "artritis reumatoide de difícil tratamiento" (ADT) a fin de identificar a este subgrupo para un mejor manejo en práctica clínica (Ann Rheum Dis. 2021;80(1):31-5).

Objetivos: Principal: estudiar las características de los pacientes que cumplen criterios ADT en práctica clínica habitual de una consulta monográfica de artritis reumatoide de inicio (AI) de un hospital de tercer nivel. Secundario: comparar características clínicas y demográficas de pacientes con ADT respecto a los de AR.

Métodos: Estudio de casos y controles, retrospectivo, durante 2005-2023. Los pacientes cumplían criterios 2010 ACR/EULAR. Se dividieron en dos grupos, uno ADT y el grupo control. ADT se definió según criterios EULAR-2021. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas y respuesta al tratamiento. La evaluación de la actividad se basó en el DAS28. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas y respuesta al tratamiento. Las variables cualitativas se determinaron con frecuencias absolutas, porcentajes y prueba χ^2 . En las cuantitativas se utilizaron medias, medianas y desviaciones estándar, en función de la distribución; y comparadas con el test U Mann-Whitney. Se usó IC95% tanto para medidas de tendencia central como proporciones, considerando significancia $p < 0,05$.

Resultados: De 155 pacientes con AR, 33 (19,5%) cumplían criterios de ADT. La mayoría eran mujeres (75,7%), con edad media 59 años y evolución media de enfermedad 9,7 años, predominando la seropositividad de anticuerpos (FR78,7%; AcCCP 72,7%) y las erosiones articulares (54,5%). De este grupo 17 presentaban sobrepeso (51,5%), 16 eran fumadores (48,4%) y 11 hipertensos (33%). En el momento del estudio 32 ADT utilizaban metotrexato como FAME, estando el 100% con terapias dirigidas; la mayoría antiTNF (96,9%) seguido de inhibidores de IL-6 (90,9%), jakinibs (66,6%), abatacept (51,5%) y rituximab (24,2%). El 60,6% utilizaban glucocorticoides, 57,5% AINES y opioides 24,2%. En promedio habían utilizado 4 fármacos biológicos

con diferentes mecanismos de acción. Las causas de cambio de biológico fueron fallo primario (21 pacientes), fallo secundario (25) e intolerancias (9). Pese al tratamiento el 39% mantenían actividad moderada-alta según índices de actividad. Respecto al grupo control, observamos una asociación significativamente mayor en el grupo de ADT de erosiones articulares (54 vs. 13,9%, $p < 0,001$) de un mayor tiempo de evolución de la enfermedad (9,7 vs. 5,4 años, $p < 0,001$) y del uso de tratamientos biológicos (100 vs. 55%, $p < 0,001$) e inicio más temprano de los mismos ($p < 0,001$). El uso de glucocorticoides (60,6 vs. 22,9%, $p < 0,001$), AINE (57,5 vs. 23,7%, $p < 0,001$) y opioides (24,2 vs. 6,5%, $p < 0,001$) fue mayor en el grupo de ADT. Igualmente encontramos mayor asociación en el hábito tabáquico (48,4 vs. 19,6%, $p = 0,01$) y sobrepeso (51,5 vs. 21,3%, $p = 0,01$) en el grupo ADT. Las variables como sexo, edad, diabetes e HTA no fueron significativas.

Conclusiones: Aunque los pacientes con ADT constituyen un porcentaje minoritario, representan un desafío complejo en términos de abordaje clínico y farmacológico en la práctica clínica. Existen numerosos factores que pueden influir en la dificultad para alcanzar una baja actividad o remisión de la enfermedad, requiriendo un abordaje personalizado.

P335. CALIDAD DE VIDA Y COMORBILIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE

María Alonso de Francisco, María Concepción Sánchez Fernández, Pablo Navarro Palomo, María Machattou, Carlota Navarro Joven, Laura Ramos Ortiz de Zarate, Alejandro Martínez Rodado, Carmen Barbadillo Mateos, Jesús Sanz Sanz, Hildegarda Godoy Tundidor, José Campos Esteban, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Olga Rusinovich Lovgach, Carlos Isasi Zaragoza, José Luis Andreu Sánchez y Mónica Fernández Castro

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que conlleva dolor, deterioro físico y funcional progresivo en el curso de la enfermedad, por ello, todas las esferas de la calidad de vida del individuo pueden verse afectadas.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida del paciente con AR en sus diferentes esferas en relación a las comorbilidades asociadas.

Métodos: Estudio observacional transversal de pacientes con AR que cumplen criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010 del servicio de reumatología en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, clínicos y comorbilidad cardiovascular, metabólica (diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión arterial) y obesidad, actividad de la enfermedad según DAS28-PCR (moderada/leve $\leq 3,2$) escala EVA de dolor y fatiga (mínimo 0 - máximo 10), cuestionario EUROQOL-5D (European Quality of Life - 5 Dimensions), Qualisex (cuestionario de calidad de vida sexual). Una afectación moderada/grave de la calidad de vida total (EUROQOL-5D) se clasificó como $\leq 0,5$, y en calidad de vida sexual (Qualisex) como > 5 . Se realizó el test de chi-cuadrado para analizar la relación entre variables, considerando significativos $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 190 pacientes, 81% mujeres, con una edad media de 54 años (DE 11,62). La media del DAS28-PCR fue de 3,68 (DE 1,68), siendo $> 3,3$ en un 12%. La EVA de dolor media fue de 4,14 (DE 2,28), siendo en un 31% de los pacientes > 5 . La EVA de fatiga media fue 4,45 (DE 2,68), siendo en un 40% de los pacientes > 5 . La media del EUROQOL-5D fue de 0,7/1 (DE 0,22), siendo en el 25% de pacientes $\leq 0,5$. En el cuestionario Qualisex 136 pacientes (71,6%) tenían una puntuación $\leq 0,5$, y 54 (28,4%) > 5 , con una media total de 3,09 (DE 2,77). La hipertensión se presentó en 28 pacientes, la dislipemia en 26, la obesidad en 19, la DM en 9 pacientes y la enferme-

dad cardiovascular en 10. Al analizar la relación entre las variables de enfermedad y el EUROQOL-5D se encontró una asociación significativa con DAS28-PCR ($p < 0,00001$), la EVA de dolor ($p < 0,00001$) y la EVA de fatiga ($p < 0,00001$). No se encontró significación estadística entre este cuestionario y las comorbilidades. Si se encontró una asociación significativa entre el Qualisex y la presencia de diabetes ($p 0,009$), obesidad ($p 0,014$), actividad según DAS28-PCR ($p < 0,00001$), EVA de dolor ($p < 0,00001$) y fatiga ($p < 0,00001$). Además encontramos asociación significativa entre Qualisex y EUROQOL-5D ($p < 0,00001$).

Conclusiones: La actividad de la enfermedad se relacionó con la calidad de vida de los pacientes en diferentes esferas. Algunos factores metabólicos de riesgo cardiovascular, como la DM y la obesidad, también condicionan la calidad de vida en los pacientes con AR.

P336. EVALUACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO (ARRI)

Andrea Cid Chaves¹, M. Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2}, Marta Rojas-Giménez^{1,2}, Santiago Dans-Caballero^{1,2}, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3} e I. Concepción Aranda-Valera^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Universidad de Córdoba.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica con una prevalencia estimada del 1%, siendo una patología incapacitante que suele manifestarse inicialmente como artralgiyas de carácter inflamatorio. Múltiples estudios han analizado la importancia de la ecografía en el diagnóstico de dicha patología, y otros tantos buscan establecer qué parámetros ecográficos se relacionan con el pronóstico y respuesta al tratamiento de los pacientes, lo que concluye en la importancia del uso de esta herramienta.

Objetivos: a. Describir las características clínicas y ecográficas de los pacientes de una cohorte de artritis de reciente inicio. b. Determinar la importancia de la ecografía en el diagnóstico inicial de la artritis reumatoide. c. Analizar la relación entre los parámetros ecográficos con la retención del primer fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) (biológico o sintético).

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo a 52 pacientes diagnosticados de ARRI (< 6 meses de evolución), así como otros 6 diagnosticados de Pre-AR (sinovitis ± tenosinovitis ecográfica en paciente con artralgiyas seropositivo) procedentes de la cohorte CRheAR (Cordobesian Rheumatoid Arthritis Registry) del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se recopilaron variables demográficas, clínicas (incluyendo analíticas, DAS28/CDAI/SDAI y de tratamiento), y ecográficas (presencia de grados semicuantitativos de sinovitis en escala de grises, señal Doppler y tenosinovitis) a nivel de carpos, MCFS e IFPS, rodillas, tobillos y MTFs, tanto en una visita basal como a los 6 meses. Se obtuvieron dos grupos de pacientes en función de la necesidad de cambio de tratamiento durante el primer año tras el diagnóstico. Se realizó un análisis descriptivo de ambos grupos, así como un análisis multivariante para buscar variables asociadas a la retención del tratamiento.

Resultados: La tabla 1 recoge las características de los pacientes incluidos según la retención del primer FAME. Se detectaron diferencias numéricas en el tiempo de evolución, siendo superior en el grupo que cambió de tratamiento (2,75 (5,47)) respecto al grupo que permaneció estable (1,05 (1,06)), aunque sin llegar a alcanzar el umbral de significación estadística ($p 0,15$). No se detectaron diferencias en la actividad de la enfermedad medida por los índices de referencia. A nivel ecográfico no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Al análisis multivariante se mostraron significativas tanto la presencia de erosiones ($p 0,034$) con una OR

de 0,25 (IC95%; -2,76/-0,17) como el tabaquismo en algún momento ($p 0,032$) con una OR de 0,27 (IC95%; -2,54/-0,15). Estas características se encontrarían asociadas clínicamente con una mayor retención a FAME de 1ª línea en pacientes con ARRI.

Variable	No cambio (n=34)	Cambio (n=24)	P-valor
Edad (años), media (DE)	54,53 (13,21)	53,75 (12,57)	0,82
Sexo (mujer), n (%)	25 (73,53)	19 (79,17)	0,85
Tabaco (alguna vez), n (%)	20	7	0,06
Tiempo de evolución (años), media (DE)	1,20 (0,57)	1,35 (0,45)	0,25
Retraso diagnóstico (años), media (DE)	1,05 (1,06)	2,75 (5,47)	0,15
Síndrome seco, n (%)	7 (29,59)	6 (25)	0,94
HLA-DRB1, n (%)	9 (26,47)	7 (29,17)	1
PCR basal (mg/L), media (DE)	13,82 (15,06)	15,06 (25,55)	0,85
VSG basal (mm/h), media (DE)	20,20 (16,78)	19,35 (21,14)	0,87
FR positivo, n (%)	31 (91,18)	20 (83,33)	0,37
ACPA positivo, n (%)	26 (76,47)	18 (75)	0,94
DAS28-VSG, media (DE)	4,26 (1,08)	4,30 (1,44)	0,93
SDAI, media (DE)	19,98 (10,88)	21,64 (14,63)	0,67
CDAI, media (DE)	18,62 (10,58)	20,21 (13,23)	0,65
Sinovitis carpos basal, n (%)	21 (61,76)	16 (66,67)	1
Sinovitis MCF basal, n (%)	8 (23,53)	7 (29,17)	1
Sinovitis MMII basal, n (%)	6 (17,65)	5 (20,83)	1
Erosiones, n (%)	14 (41,18)	4 (16,67)	0,05
Tenosinovitis basal, n (%)	13 (38,24)	14 (58,33)	0,31

Características clínicas, serológicas y ecográficas de los pacientes en función de la persistencia del primer FAME. Creación propia.

Conclusiones: Basándonos en los resultados de nuestro estudio, observamos una asociación significativa entre la presencia de erosiones al momento del diagnóstico y el historial de tabaquismo, con una mayor probabilidad de retención del primer FAME. No obstante, es crucial interpretar estos hallazgos con precaución debido a las diferencias en el retraso diagnóstico entre los dos grupos. Se sugiere la realización de futuros estudios que validen estos resultados en otras cohortes con un tamaño muestral más amplio para fortalecer la evidencia y proporcionar una comprensión más completa de estas asociaciones en pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio.

P337. EXPERIENCIA Y EFECTIVIDAD DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CASTILLA LA MANCHA. DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Fernández Prada¹, M.A. Ramírez Huaranga², S.A. Sánchez-Fernández³, A. Hernández Sanz⁴, L. del Olmo Pérez⁵ y J. González Polo⁵

¹Hospital General Universitario de Guadalajara. ²Hospital General Universitario de Ciudad Real. ³Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ⁴Hospital Universitario de Toledo. ⁵Hospital General Universitario Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina.

Introducción: Upadacitinib (UPA) ha demostrado eficacia en artritis reumatoide (AR) en ensayos clínicos y en práctica clínica.

Número de pacientes	75
Mujeres (%)	61 (81,3%)
Edad media (DE)	52.33±11.18
Tiempo evolución (años)(DE)	9.0±6.8
Fumadores activos (%)	14 (18.6%)
Otros FRCV (%)	34 (45.3)
Monoterapia (%)	33 (44)
NAD (DE)	9.86±4.97
NAT (DE)	6.85±3.15
VSG (DE)	32.58±23.15
PCR (mg/L)(DE)	17.59±15.01
EVA Dolor (DE)	8.30±1.47
DAS 28-PCR Media (DE)	4.32±1.0
CDAI Media (DE)	32.36±9.82
Corticoides (%)	33 (44)
Nº FAMEb/d previo Media (DE)	2.21±1.52
-1(%)	27 (36)
- ≥3 (%)	27 (36)
JAKi previo (%)	18 (24)
Tiempo hasta discontinuación (meses)(DE)	7.76±4.35

DE: desviación estándar; FRCV: factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia; diabetes; obesidad; trombosis previa); CDAI: *clinical activity disease index*; DAS28: *disease activity score 28 joints*; NAD: número articulaciones dolorosas; NAT: número articulaciones tumefactas; FAMEb/d: fármacos biológicos/fármacos sintéticos dirigidos; JAKi: inhibidores JAK

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la experiencia, efectividad y seguridad de UPA en práctica clínica en Castilla La Mancha (CLM).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con AR tratados con UPA hasta el 15-Dic-23 en 5 servicios/secciones de Reumatología de CLM. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas basales de los pacientes, así como medidas de actividad y respuesta (CDAI y DAS28-PCR), a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Se evaluó también reducción/suspensión de dosis de corticoides, así como, los efectos adversos. Para el análisis estadístico se utilizó el software IBM SPSS versión 29.0, y se usaron el test U de Mann-Whitney y el test chi-cuadrado para variables no paramétricas.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes. La edad media fue de 52,3 ± 11,2 años, el 81,3% (61) eran mujeres. Un 57,5% de los pacientes era > 50 años, y el 10,6% mayor de 65 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 9,0 ± 6,8 años. Un 18,6% de pacientes eran fumadores. Un 45,3% (34) tenían otros factores de riesgo cardiovascular: hipercolesterolemia (28%), diabetes (4%), obesidad (20%) y antecedentes de trombosis (1,3%). El 88% recibieron la vacuna del herpes zóster (HZ). El 44% inició UPA en monoterapia, y el 58,6% (44) recibían corticoides concomitantes en la basal. Casi el 95% (94,67%) habían recibido al menos una terapia avanzada previa (FAMEb y/o FAMEd), fundamentalmente anti-TNF, aunque un 24% habían recibido un JAKi previo. El 38% había recibido una terapia avanzada, mientras que el 62% había recibido 2 o más. El 85% (84,93%) tenían actividad alta de la enfermedad por CDAI en el momento basal, con un CDAI medio (DE) de 32,3 (9,8). El 13,3% y 74,6% tenían actividad alta y moderada por DAS28-PCR en la visita basal, con DAS28-PCR (DE) medio de 4,3 (1,0). El EVA medio dolor basal (DE) fue de 8,3 (1,4). En la tabla se representan las características basales de los pacientes. La media del EVA dolor, CDAI y DAS28-PCR basal, a los 3, 6 y 12 meses, se presentan en la Figura 1. Se alcanzó significación estadística para los 3 valores desde la 1ª visita respecto a la basal. El % de pacientes en tratamiento con corticoides al año se redujo al 42,6%. Al año, 46 pacientes (61,3%) completaron la visita. De ellos, 40 (87%) y 5 (10,8%) se encontraban en remisión y baja actividad de la enfermedad por DAS28-PCR; y 11 (23,9%) y 27 (58,7%) se encontraban en remisión y baja actividad de la enfermedad por CDAI. En las figuras 2 y 3 se representan los datos medios de DAS28-PCR y CDAI totales, en combinación con FAME o en monoterapia, en todas las visitas. El EVA medio de dolor (DE) a los 12 meses fue de 2,5 (1,8). Abandonaron 22 pacientes (29,3%), la mayoría por ineficacia. El tiempo medio hasta la discontinuación fue de 7 meses. Un 25% (25,3%) presentaron algún evento adverso. Hubo un caso de neoplasia (mama), y un caso de HZ en un paciente previamente vacunado. No hubo casos de enfermedad tromboembólica (ETV) o eventos cardiovasculares.

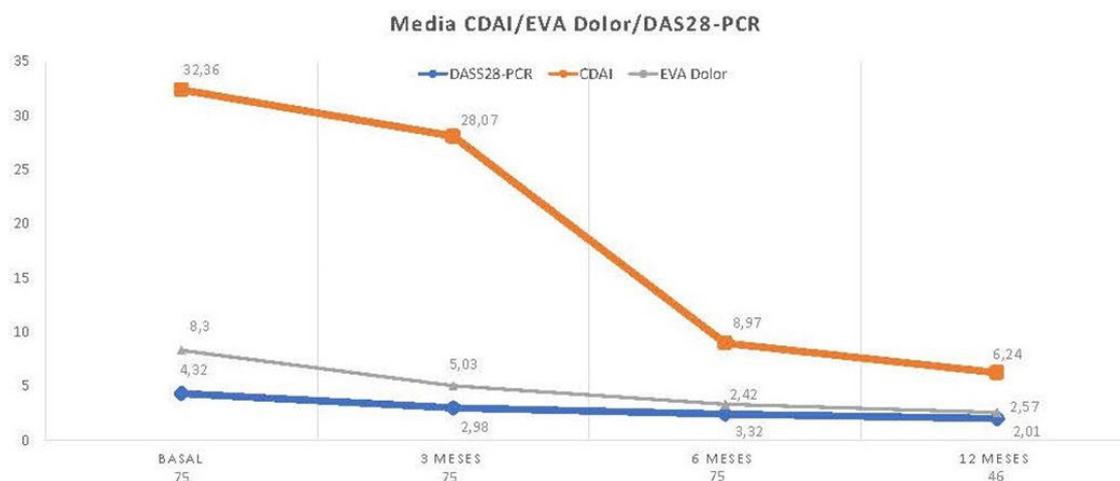
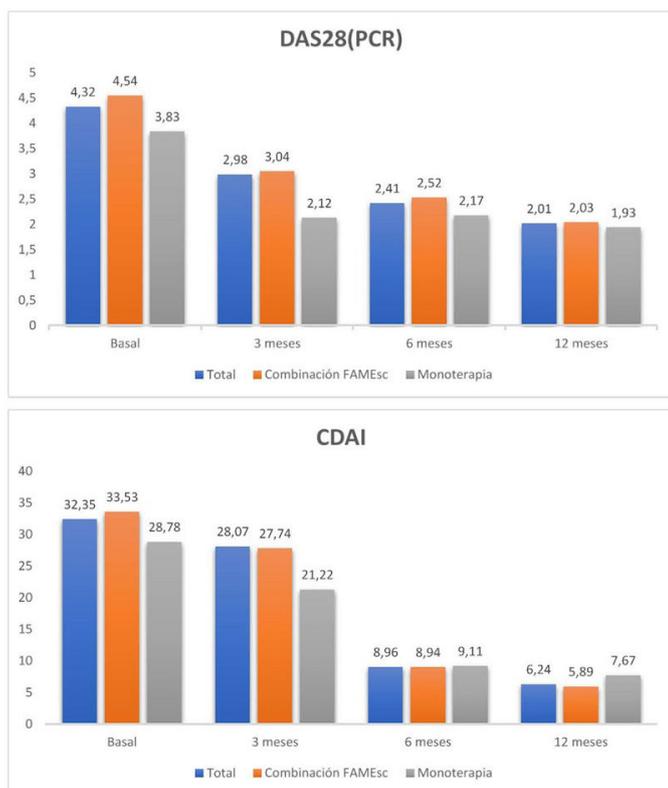


Figura 1. Media del EVA dolor, CDAI y DAS28-PCR basal, a los 3, 6 y 12 meses.



Figuras 2 y 3. Datos medios de DAS28-PCR y CDAI totales y en pacientes en combinación con FAMEs o en monoterapia, basal, 3, 6 y 12 meses.

Conclusiones: Este estudio en práctica clínica describe la efectividad de UPA en AR. Casi todos los pacientes habían fallado al menos a una terapia avanzada previa, incluidos JAKi. La mayoría de pacientes alcanzaron remisión o baja actividad a los 12 meses, y en un alto porcentaje se redujo la dosis de corticoides. No se presentaron eventos adversos no descritos previamente.

P338. REDUCCIÓN DE DOSIS DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA A SEVERA. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA

Sergio Antonio Rodríguez Montero¹, María Luisa Velloso Feijoo¹ y Carmen Almeida González²

¹Unidad de Reumatología Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

²Unidad de Investigación Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La optimización de tratamiento biológico en pacientes con AR en remisión clínica sostenida se realiza en práctica clínica

de forma empírica, ya que no existen recomendaciones específicas en las guías clínicas. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de una estrategia de optimización de dosis de tratamiento biológico en pacientes con AR en remisión clínica mantenida, atendidos en la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario de Valme.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en pacientes con AR en tratamiento biológico que hayan reducido la dosis del mismo en algún momento de su evolución, por remisión clínica mantenida más de 6 meses. La variable principal es el mantenimiento de la remisión clínica o en su defecto de baja actividad de la enfermedad, en base a una medida objetiva (DAS28 \leq 2,6 o \leq 3,2 respectivamente) a los 12 meses de la reducción de dosis. Se recogen variables demográficas, relacionadas con las características de la enfermedad y con la actividad clínica.

Resultados: Se incluyen 82 pacientes con las siguientes características (tabla). A los 12 meses el 74% de los pacientes mantuvieron un valor de DAS28 \leq 3,2 (baja actividad o remisión), frente a un 26% que mostraban DAS28 superior a 3,2 (actividad moderada o alta). El 42,8% de los pacientes mantenían el estado de remisión clínica (DAS28 \leq 2,6) a los 12 meses: media DAS28 1,97 (IC95% 1,79-2,15). Tiempo de seguimiento 20,28 \pm 6,26 años. Se evaluó también la efectividad tras sucesivas reducciones de dosis de biológico (fig. 1). En cuanto a los predictores de respuesta: El 76,7% de los pacientes ACPA negativo mantuvieron DAS28 \leq 3,2 durante el seguimiento, frente a un 55,1% de pacientes ACPA positivo (p 0,06, OR 2,67). El 70,7% de los pacientes sin complicaciones de la AR mantuvieron DAS28 \leq 3,2 frente a un 45,8% de los pacientes con complicaciones de la enfermedad. (p 0,045, OR 2,85). El 74,4% los pacientes sin corticoides en el momento de iniciar la reducción de dosis de biológico, mantuvieron DAS28 \leq 3,2 frente al 51,3% de los pacientes con corticoides (p 0,040, OR 2,76). La probabilidad de supervivencia en cuanto al mantenimiento de dosis reducida de biológico fue de 89% a los 12 meses, del 76% a los 3 años, del 72% a los 5 años y del 55% a los 10 años. Globalmente, las mujeres y los pacientes FR positivo presentaban una menor probabilidad de mantener las dosis reducidas que los hombres y los pacientes FR negativo, pero sin diferencia estadísticamente significativa. La probabilidad de supervivencia fue significativamente menor para pacientes ACPA positivo frente a los pacientes sin ACPA (p 0,45) (fig. 2).

Conclusiones: La optimización de biológico mediante un protocolo específico ajustado a actividad de la AR, es una opción terapéutica efectiva para una alta proporción de pacientes, con un 74% de probabilidad de permanecer en baja actividad o remisión clínica y un 42,85% de persistencia de remisión clínica al año. La efectividad de la optimización de biológico se mantiene a lo largo del tiempo. La ausencia de ACPA, de complicaciones de la AR y, de corticoides al inicio de la reducción de dosis de biológico, podrían definir un perfil de paciente más idóneo para la optimización de dosis.

Tabla P338

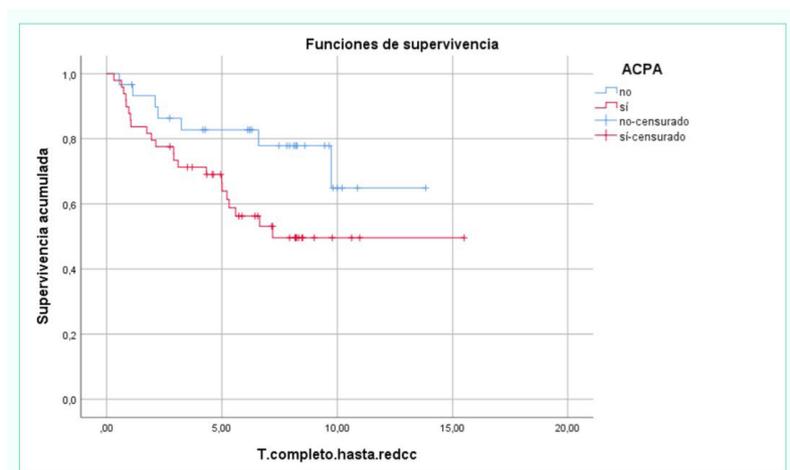
Características basales demográficas y clínicas de los pacientes

Mujer, n (%)	59 (72)
Edad actual (años), mediana	64 (54,8-70,3) * Mín/máx: 19/87
Edad al diagnóstico (años), mediana	42 (33,0-50,0) * Mín/máx: 4/64
Duración de la AR (años), media \pm DE	20,32 \pm 6,26
FR, n (%)	61 (74,4)
ACPA, n (%)	49 (62)
Erosiones, n (%)	40 (51,3)
Duración enfermedad al inicio de biológico (años), mediana	6,6 (3,16-12,33) * Mín/máx: 0/25
Duración tratamiento biológico a dosis plena (años), mediana	2,87 (1,69-6,06) * Mín/máx: 0,3/15,3
Duración tratamiento biológico a dosis reducidas (años), media \pm DE	7,92 \pm 2,58
DAS28 al inicio del tratamiento biológico, media \pm DE	5,44 \pm 1,14
DAS28 al inicio de la reducción de biológico, media \pm DE	2,12 \pm 0,61

*Distribución asimétrica.



P338 Figura 1. Actividad de la enfermedad (según media de DAS28) 12 meses tras cada escalón de reducción de dosis.



338 Figura 2. Supervivencia según ACPA.

P339. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO DE EFICACIA, SEGURIDAD Y DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON FILGOTINIB EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

J.R. Miguélez Sánchez¹, A. Aragón², L. González³, M. Ortega², M.L. González⁴, M. Morcillo⁴ y C. de la Cruz⁵

¹Hospital Universitario de Móstoles. ²Hospital Universitario de Getafe.

³Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez. ⁴Hospital Universitario del Escorial. Madrid. ⁵Hospital Central de la Defensa. Madrid.

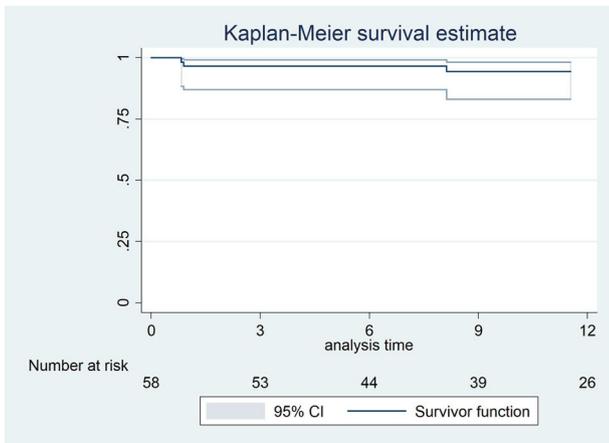
Introducción: En los últimos años, la aparición de los inhibidores de las Jackinasas (JAKi) han complementado las opciones terapéuticas en la artritis reumatoide (AR). Filgotinib, inhibidor de la JAK1 ha demostrado eficacia y datos de seguridad favorables en ensayos clínicos. Si bien dichos ensayos clínicos son necesarios para respaldar el registro de los nuevos fármacos, deben ser complementados por estudios en práctica clínica real (RWE) con pacientes más heterogéneos.

Objetivos: El objetivo primario del estudio fue evaluar la tasa de persistencia del tratamiento a los 12 meses; y de manera secundaria evaluar la eficacia, calidad de vida y seguridad en los pacientes con AR tratados con filgotinib en RWE en varios hospitales de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de cohortes no intervencionista en el que se evaluaron pacientes diagnosticados de AR (según los criterios ACR/EULAR) y tratados con filgotinib en RWE en

5 Hospitales de la Comunidad de Madrid y en los últimos 2 años (2022-2023). Los métodos estadísticos incluyeron para las variables continuas la media con la desviación estándar y la persistencia se estimó utilizando el análisis de Kaplan-Meier con IC del 95%. Se utilizaron modelos de riesgo proporcional de Cox para modelar el tiempo hasta la interrupción del tratamiento y sus covariables. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante DAS28-PCR y se describió como el cambio medio desde el inicio hasta la finalización, calculándose el área bajo la curva del DAS28-PCR de los pacientes que reciben filgotinib. Por último, se proporcionaron recuentos directos de todos los efectos adversos reportados.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, de los cuales 42 (72%) fueron mujeres y el 84% fueron factor reumatoide (FR) positivo, así como el 89% ACPA positivo. 52 de los pacientes (90%) habían utilizado algún biológico previo al tratamiento con filgotinib. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 11,3 (6,9). La persistencia del tratamiento al año (curva de Kaplan-Meier) fue del 96% (IC95%: 85-99). La media del DAS28-PCR al inicio fue de 4,67 (4,35-5,00), siendo a los 12 meses tras el inicio del tratamiento de 3,05 (2,37-3,73). La media del HAQm al inicio fue de 1,37 (1,13-1,62) y a los 6 meses de 1,2 (0,87-1,55). En cuanto al ahorro de corticoides la media al inicio fue de 4,2 mg/día, siendo al finalizar de 1,2 (mostrando una bajada media de dosis de un 52%). Por último, los efectos adversos reportados fueron 1 *exitus*, 3 infecciones, 1 citopenia, 1 aumento de transaminasas temporal y 1 síndrome pseudogripal.



Curva de Kaplan-Meier.

Conclusiones: La tasa de persistencia del tratamiento con filgotinib en pacientes en WRE al año del inicio fue del 96%, presentando además una mejora de los índices de actividad como el DAS28-PCR y una mejora en las puntuaciones del HAQm. Los acontecimientos adversos reportados fueron consistentes con los de los ensayos clínicos.

P340. SURVIVAL OF TNFI AND ANTI-IL6R B/TSDMARD IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND EVALUATION OF RISK FACTORS ASSOCIATED WITH DISCONTINUATION OF TREATMENT

Natalia López Juanes, Marta Novella-Navarro, Chamaida Plasencia, Mónica Kafati, Irene Monjo, Diana Peiteado, Alejandro Villalba, Laura Nuño, María Sanz-Jardón and Alejandro Balsa

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introduction: As the most used biologic or targeted synthetic disease modifying antirheumatic drugs (b/tsDMARD) in rheumatoid arthritis (RA), the efficacy of TNF inhibitors (TNFi) and anti-IL6R is widely demonstrated. However, a considerable number of patients do not reach the desirable outcomes and the risk factors for treatment discontinuation are still under study.

Objectives: To evaluate TNFi and anti-IL6R survival in RA. To analyze the reasons for discontinuation and the risk factors associated with it.

Methods: Observational retrospective study with patients with RA initiating TNFi or anti-IL6R between January 2017 and June 2022 with a minimum follow-up of 1 year. Sociodemographic and clinical data, comorbidities, disease duration, previous treatments, and disease activity at the start of the first b/tsDMARD and after 6 months of therapy were collected. Differences between variables were analyzed with the χ^2 test and the T-test. Drug retention was evaluated as the duration until TNFi or anti-IL6R was discontinued due to inefficacy or adverse event (AE) using Kaplan-Meier plots and the log-rank test. Possible risk factors for discontinuation were assessed by Cox proportional hazard model (univariate and multivariate).

Results: Of the 175 cases included, 129 received TNFi and 46 anti-IL6R. 146 were women, with a mean age at diagnosis of 42.9 ± 14.1 years. In the TNFi cohort, 38 patients discontinued the drug, 26 due to inefficacy and 12 due to AE. The anti-IL6R cohort included 16 patients who discontinued therapy, 9 due to inefficacy and 7 due to AE. The differences in clinical characteristics, comorbidities, treatments, and disease activity between patients with active TNFi or anti-IL6R and those who discontinued them are summarized in table 1. Baseline DAS28 was significantly higher in patients with discontinuation due to inefficacy compared to those with active TNFi or anti-IL6R. Patients with at least 1 previous b/tsDMARD discontinued therapy more frequently, reaching significant differences in the inefficacy group ($p < 0.01$) and the AE group (< 0.01) of the TNFi cohort. Analyzing survival, the duration of treatment was 51.5 ± 2.3 months for TNFi and 48.7 ± 4.2 for anti-IL6R, with no significance. There were no differences between reasons for discontinuation among both groups. Differences on drug retention/survival were analyzed for each drug and for each reason of discontinuation. In the TNFi inefficacy group, erosions ($p = 0.02$), ≥ 2 previous b/tsDMARDs ($p < 0.01$), at least 1 previous b/tsDMARDs ($p < 0.01$) and absence of low disease activity at 6 months ($p < 0.01$) were associated with worse survival. With a multivariate cox regression model, ≥ 2 b/tsDMARD [HR = 3.38, 95%CI (1.60-7.16)] and absence of low disease activity at 6 months [HR = 0.39, 95%CI (0.19-0.81)] were independent risk factors for TNFi discontinuation due to inefficacy. In the TNFi AE group, ≥ 2 b/tsDMARD was associated with worse survival ($p = 0.03$). In the anti-IL6 cohort, the only significant difference found was the absence of low disease activity at 6 months ($p = 0.01$) in the inefficacy group. Concomitant treatment with methotrexate did not show significant differences in any of the groups.

Table P340
Clinical characteristics, comorbidities, treatments, and disease activity of the included patients (n (%))

	TNFi: 129 (73.7)							ANTI-IL6: 46 (26.3)				
	Discontinued: 42 (32.8)							Discontinued: 19 (45.2)				
	General	Active	Inefficacy	p	Adverse effects	p	Active	Inefficacy	p	Adverse effects	p	
Total	175 (100)	86 (67.2)	26 (68.4)	w 0.56	12 (31.6)	0.13	23 (54.8)	9 (56.3)	0.98	7 (43.8)	0.59	
Age at diagnosis (years)	42.9 \pm 14.1	44.5 \pm 13.3	38.9 \pm 15.2	0.09	39.8 \pm 10.1	0.39	40.5 \pm 14.4	44.8 \pm 14.6	0.62	37.9 \pm 5.6	0.14	
Rheumatoid factor	142 (81.1)	71 (82.6)	20 (23.1)	0.53	10 (83.3)	0.85	16 (69.6)	9 (100)	0.10	7 (100)	0.15	
Anti-citrullinated protein antibodies	137 (78.3)	74 (86.0)	18 (69.2)	0.06	9 (75.0)	0.51	14 (60.9)	9 (100)	0.03*	5 (71.4)	0.97	
Erosions	64 (36.6)	28 (33.7)	10 (38.5)	0.84	6 (50.0)	0.32	5 (21.7)	7 (77.8)	< 0.01*	4 (57.1)	0.28	
Arterial hypertension	37 (21.1)	17 (20.0)	1 (4.0)	0.04*	3 (25.0)	0.47	9 (39.1)	3 (33.3)	0.82	1 (14.3)	0.18	
Diabetes mellitus	10 (5.7)	2 (2.4)	2 (8.0)	0.40	2 (16.7)	0.04*	3 (13.0)	0 (0.0)	0.26	1 (14.3)	0.66	
Fibromyalgia	15 (8.7)	1 (1.2)	5 (20.0)	0.01*	3 (25.0)	0.01*	4 (17.4)	0 (0.0)	0.16	2 (28.6)	0.25	
csDMARDs	166 (94.9)	85 (98.8)	25 (96.2)	0.57	11 (91.7)	0.15	21 (91.3)	7 (77.8)	0.30	5 (71.4)	0.15	
Methotrexate	124 (74.3)	63 (74.1)	20 (80)	0.60	9 (81.8)	0.64	17 (77.3)	5 (71.4)	0.96	2 (40.0)	0.08	
Average number of previous bDMARDs (years)	0.9 \pm 1.5	0.4 \pm 1.2	0.92 \pm 1.2	0.19	1.5 \pm 2.2	0.16	1.4 \pm 0.9	2.2 \pm 1.9	0.41	2.9 \pm 2.3	0.05	
Naïve to bDMARDs	93 (51.3)	69 (80.2)	12 (46.2)	< 0.01*	4 (33.3)	< 0.01*	2 (8.7)	1 (11.1)	0.88	1 (14.3)	0.66	
> 2 previous b/tsDMARD	19 (10.9)	4 (4.7)	3 (11.5)	0.54	2 (16.7)	0.37	2 (8.7)	3 (33.3)	0.35	3 (42.9)	0.14	
Time from diagnosis to first bDMARD (years)	9.3 \pm 8.6	8.7 \pm 7.5	10.3 \pm 10.8	0.39	6.7 \pm 5.4	0.34	11.0 \pm 11.8	8.4 \pm 6.1	0.17	17.0 \pm 9.8	0.12	
Time from diagnosis to initiation of bDMARD under study (years)	12.7 \pm 9.9	9.9 \pm 8.2	14.0 \pm 10.5	0.03*	9.7 \pm 6.5	0.66	18.2 \pm 10.4	17.5 \pm 12.4	0.63	26.2 \pm 12.2	0.12	
Baseline DAS28	4.6 \pm 1.2	4.5 \pm 1.2	5.0 \pm 0.9	0.03*	4.4 \pm 1.5	0.63	4.1 \pm 1.0	5.5 \pm 1.3	0.03*	5.4 \pm 1.3	0.16	
DAS28 at 6 months	3.0 \pm 1.4	2.6 \pm 1.2	3.4 \pm 1.2	0.03*	3.4 \pm 1.8	0.10	2.7 \pm 1.2	4.3 \pm 1.8	0.09	3.5 \pm 2.0	1.0	

Conclusiones: There are no differences in survival between TNFi and IL-6R nor in discontinuation due to inefficacy or AE. Previous treatment with ≥ 2 b/tsDMARD and absence of low disease activity at 6 months were independent risk factors associated with discontinuation due to inefficacy in the TNFi group.

P341. TRAS EL FALLO A INHIBIDORES DE LA JANUS KINASA: CYCLING FRENTE SWITCHING

Laura Ramos Ortiz de Zárate, Carlota Navarro Joven, Alejandro Martínez Rodado, María Machattou, Pablo Navarro Palomo, María Alonso de Francisco, José Campos Esteban, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Hildegarda Godoy Tundidor, Mónica Fernández Castro, Jesús Sanz Sanz, Carmen Barbadillo Mateos, Carlos Isasi Zaragoza, José Luis Andreu Sánchez y Olga Rusinovich

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: Con una efectividad similar o incluso superior al *gold standard*, los inhibidores de la Janus quinasa (JAKinib) presentan una alternativa eficaz a los fármacos biológicos en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Dada su relativa novedad y eficacia en pacientes refractarios a otros tratamientos, se han introducido en muchos pacientes tras fallo a otros fármacos, pero la respuesta a la pregunta sobre qué hacer en caso de fallo a los JAKinibs sigue estando abierta.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer la respuesta terapéutica al *cycling* a segundo JAKinib vs. *switching* a otra diana terapéutica, así como analizar posibles variables que condicionen dicha respuesta.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Los criterios de selección para el estudio fueron pacientes diagnosticados de AR tratados con JAKinib por parte del Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes, la respuesta a terapia medida por DAS28 cada 3 meses, duración de tratamiento, y terapias sucesivas hasta un máximo de 10. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos, adicionalmente se realizó análisis de Kaplan-Meier para análisis de la retención a fármacos tras fallo al primer JAKinib.

Resultados: La muestra inicial consistió en 71 pacientes, con un 85% de mujeres, habiendo sido tratados con una media de $4,5 \pm 0,45$ fármacos previamente, y con media de evolución de enfermedad de $11 \pm 1,86$ años en el momento de iniciar tratamiento con el primer JAKinib. En estos pacientes se observó significación estadística entre el número de terapias previas y el fallo a tratamiento ($p < 0,05$). En el subgrupo que fracasó a primer JAKinib ($n = 35$), se observaron diferencias significativas a favor de *cycling* vs. *switching* ($p < 0,05$), teniendo estos primeros una media de retención de fármaco de $94,82 \pm 31,4$ semanas frente a una retención de $73 \pm 30,78$ semanas en los grupos de *switching*, y con correlación entre el *cycling* a segundo JAKinib y una mayor disminución en el DAS28 a los 12 meses del inicio de tratamiento. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos para retención de tratamiento. Aquellos pacientes en los que, tras fallo a un primer JAKinib se realiza *switching* a anti-TNF, en caso de requerir una terapia consecutiva presentaban una mayor retención al mismo (80%) frente a pacientes que recibieron moléculas no-anti-TNF (30%).

Conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes con AR que han fracasado a JAKinib muestran mejores tasas de retención del fármaco en caso de *cycling* a otro JAKinib frente a *switching* a un fármaco con distintas dianas terapéuticas. Parece haber una tendencia a mayores tasas de retención de terapias consecutivas en pacientes que han recibido antiTNF tras fallo a un primer JAKinib. Hacen falta estudios de mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

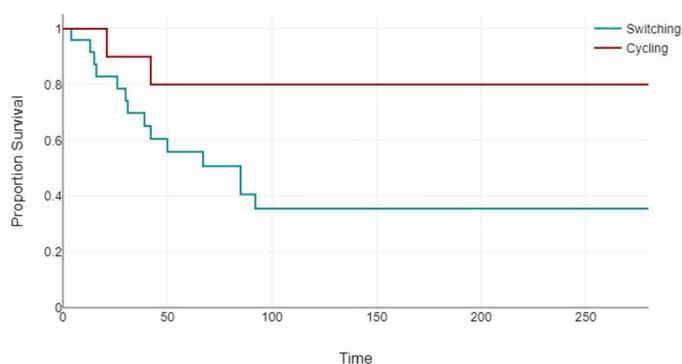


Figura 1. Curva de supervivencia switching vs. cycling tras fallo a primer JAKinib.

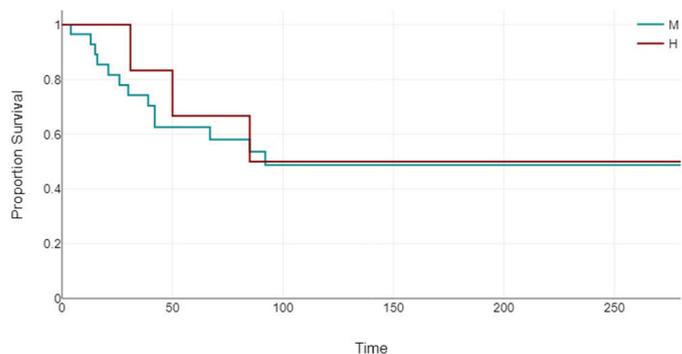


Figura 2. Curva de supervivencia tras switching/cycling según sexo.

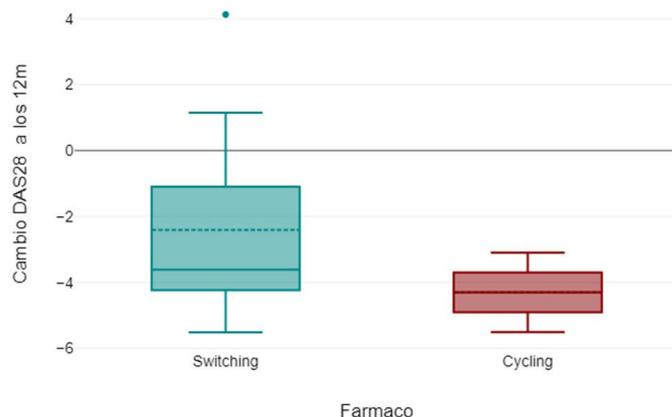


Figura 3. Cambio en el DAS28 a los 12 meses de swith vs. cycle.

P342. PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA FRENTE A POBLACIÓN GENERAL: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD METABÓLICA ASOCIADA AL HÍGADO GRASO Y FIBROSIS HEPÁTICA

Nuria Vegas Revenga^{1,2}, Irati Urionaguena-Onaindia¹, Nahia Plaza-Aulestia¹, Blanca Sampedro Andrada^{3,4}, Cristina San Juan López^{3,4}, Victoria Morillo⁵, Oihane Ibaranguoitia-Barrena^{1,2}, Itziar Calvo-Zorrilla¹, David Montero-Seisdedos¹, Lucía Vega-Álvarez¹, Aitziber Fernández-Undabarrena¹ y José Francisco García-Llorente¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. ²Departamento de Medicina. Unidad Docente del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. UPV/EHU. Vizcaya. ³Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. ⁴Universidad de Deusto. Vizcaya. ⁵Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Tabla P342

Características demográficas y clínicas de los 309 pacientes

	Psoriasis (n = 100)	Artritis psoriásica (n = 107)	Controles (n = 102)
Hombres, n (%)	62 (62)	15 (46,7)	28 (27,5)
Mujeres, n (%)	38 (38)	50 (53,3)	74 (72,5)
Edad, media ± DE	56,51 ± 14,42	57,63 ± 10,76	49,64 ± 13,74
Factores de riesgo cardiovascular			
Diabetes mellitus, n (%)	14 (14)	14 (13,1)	3 (2,9)
Glucemia (mg/dl), media ± DE	98,58 ± 24,67	99,29 ± 22,7	92,52 ± 17,15
HOMA	3,26 ± 3,08	3,30 ± 3,61	0,6 ± 1,59
Hipertensión arterial, n (%)	44 (44)	31 (29)	7 (6,9)
Dislipemia, n (%)	37 (37)	50 (46,7)	8 (7,8)
LDL (mg/dl), media ± DE	117,65 ± 32,86	123,55 ± 35,75	111,89 ± 34,38
HDL (mg/dl), media ± DE	58,06 ± 25,42	56,18 ± 16,04	67,15 ± 19,85
TG (mg/dl), media ± DE	124,98 ± 62,01	121,42 ± 68,77	80,62 ± 43,66
IMC kg/m ² , media ± DE	29,15 ± 5,96	28,16 ± 5,03	25,12 ± 4,03
Consumo OH > 30 g	19 (19)	9 (4,4)	0 (0)
Transaminasas			
ALT (U/L) media ± DE	23,1 ± 9,07	23,7 ± 7,44	20,65 ± 6
AST (U/L) media ± DE	25,8 ± 11,6	26,95 ± 12,09	20,53 ± 9,47
FibroScan®			
Fibrosis (kPa), media ± DE	6,00 ± 3,34	5,17 ± 1,9	4,93 ± 2,08
CAP (dB/m), media ± DE	271,27 ± 53,12	257,47 ± 52,04	229 ± 47,51

ALT: alanina aminotransferasa; AST: aspartato aminotransferasa; CAP: parámetro de atenuación controlada; HDL: lipoproteínas de alta densidad; HOMA: índice de resistencia a la insulina; LDL: lipoproteínas de baja densidad; OH: alcohol; TG: triglicéridos.

Introducción: Los pacientes con enfermedad psoriásica (PSO), tanto psoriasis cutánea (PSOc) como artritis psoriásica (APs), presentan un mayor riesgo de padecer enfermedad metabólica asociada al hígado graso (MAFLD) en comparación con la población general. Además, la PSO presenta una progresión más grave de MAFLD y se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de MAFLD y el grado de fibrosis hepática en pacientes con PSO y compararla con un grupo control. Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes con PSOc y APs.

Métodos: Estudio transversal unicéntrico de 207 pacientes consecutivos con PSO de los departamentos de Dermatología y Reumatología. Se incluyeron pacientes con cualquier gravedad o duración de la enfermedad inflamatoria. Ninguno de los pacientes incluidos tenía antecedentes de enfermedad hepática. Se reclutaron 102 controles, sin ninguna enfermedad inflamatoria crónica ni enfermedad hepática. Se registraron la edad, el peso corporal, la altura y los FRCV. Todos los sujetos fueron sometidos a un análisis de sangre y a un FibroScan®, que evalúa la fibrosis (kPa) y la esteatosis (dB/m). Se compararon los datos demográficos (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], dislipidemia [DLP], hipertensión arterial [HTA] y diabetes [DM]), bioquímicos (glucemia, índice de resistencia a la insulina [HOMA], alanina aminotransferasa [ALT], aspartato aminotransferasa [AST], lipoproteínas de alta densidad [HDL], lipoproteínas de baja densidad [LDL] y triglicéridos [TG]) y los resultados del FibroScan®.

Resultados: Se incluyeron 309 pacientes: 162 mujeres y 147 hombres, edad media 54,6 ± 13,4 años. En la tabla se muestran las características demográficas y clínicas basales de cada grupo. La prevalencia de fibrosis significativa (≥ F2) fue del 18,3% en los pacientes con PSO y del 8,9% en los controles (p = 0,031). La prevalencia de esteatosis significativa (≥ S1) fue del 66,3% y del 37,6% respectivamente (p < 0,001). Al comparar los grupos de PSOc y APs, tanto la esteatosis como la fibrosis fueron más prevalentes en el grupo de PSOc (72,4% y 23,5%, respectivamente) en comparación con el grupo de APs (60,6% y 13,5%, respectivamente), que no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,074 y p = 0,066 respectivamente). Los pacientes con PSOc y APs tienen un IMC más elevado y niveles más altos de HOMA, TG y ALT, pero niveles más bajos de HDL en comparación con los controles. El LDL era más elevado en el grupo de la APs que en los controles, pero no en el grupo de la PSOc. En relación a los FRCV la DM, la HTA y el IMC fueron más frecuentes en el grupo de PSOc que en el grupo de APs. Pero

solo la HTA fue estadísticamente significativa (p = 0,03) en los pacientes de PSOc con esteatosis y fibrosis.

Conclusiones: La prevalencia de fibrosis es mayor en los pacientes con PSOc que en los pacientes con APs y controles. La esteatosis y los FRCV son más frecuentes en los pacientes con PSOc, lo que supone un mayor riesgo de fibrosis. Consideramos aconsejable comprobar la presencia de esteatosis y fibrosis en aquellos pacientes con PSO.

P343. TRANSICIÓN PSORIASIS-ARTRITIS PSORIÁSICA: ¿INFLUYE EL ANTECEDENTE FAMILIAR EN EL TIEMPO HASTA LA APARICIÓN DE ARTRITIS EN PACIENTES CON PSORIASIS?

Marta Flores de Francisco¹, Juan de Luque-Fernández², Irene Suárez-Vergne², Nuria-Barbarroja³, M. Ángeles Puche-Larrubia^{1,3,4}, M. Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,3,4}, Manuel Galán-Gutiérrez², Antonio Vélez-García Nieto^{2,4}, Alejandro Escudero-Contreras^{1,3,4}, M. Dolores López-Montilla¹ y Clementina López-Medina^{1,3,4}

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

²UGC de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

⁴Universidad de Córdoba.

Introducción: La artritis psoriásica (APS) es una enfermedad incapacitante que aparece hasta en un tercio de los pacientes con psoriasis (Pso), manifestándose generalmente después de la misma. Múltiples estudios han analizado los factores de riesgo de desarrollo de APS en pacientes con Pso (destacando la historia familiar), pero existe poca evidencia acerca de cuáles determinan el tiempo de latencia entre el debut de la Pso y el desarrollo de artritis.

Objetivos: a) Analizar el fenotipo clínico de la APS según la presencia o no de historia familiar de Pso o APS (HF Pso/APS). b) Determinar qué factores (incluida la HF Pso/APS) condicionan la velocidad de inicio de la artritis tras el debut de la Pso.

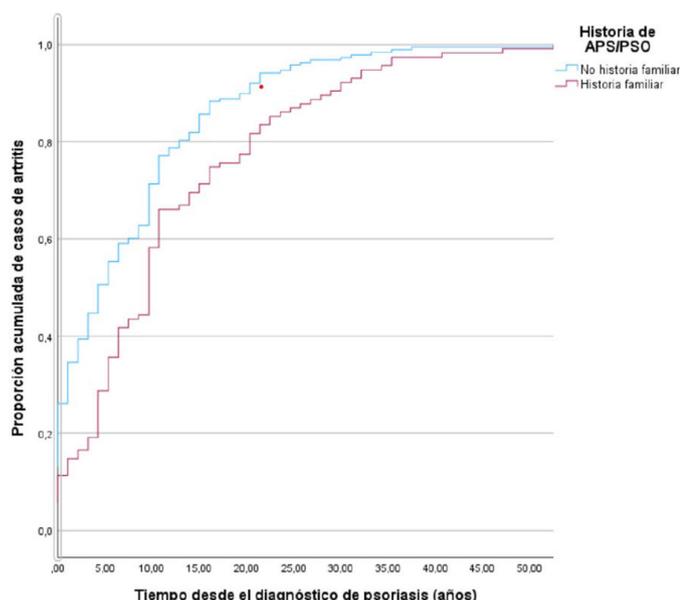
Métodos: Realizamos un estudio analítico retrospectivo incluyendo a 359 pacientes diagnosticados de APS según los criterios "Classification Criteria for Psoriatic Arthritis" (CASPAR), a los que se dividió según la presencia o no de HF Pso/APS. Recogimos variables clínicas, radiográficas y de tratamiento para cada uno, así como las fechas de inicio de la Pso y la artritis. Para la comparación de variables, se utilizaron los test t de Student (cuantitativas) y Ji-cuadrado (cualitativas). Diseñamos un análisis de supervivencia con regresión múlti-

ple de Cox para ver qué factores modulan la velocidad de aparición de artritis tras el debut de la Pso.

Resultados: De los 359 pacientes incluidos, el 37,5% tenían HF Pso/APS. Los pacientes con HF mostraron formas de APS de inicio cutáneo con mayor frecuencia que los pacientes sin HF (86,4 vs. 70%; $p < 0,001$), así como menor edad al inicio de la enfermedad (tabla). El tiempo de latencia entre el debut de la Pso y el desarrollo de artritis fue mayor en pacientes con HF (tiempo mediano: 9,6 versus 4,3 años; $\log\text{-rank}$: $p < 0,001$ (fig.). En el análisis múltiple, la HF Pso/APS (HR 0,88 (IC95% 0,78–0,99)) y una menor edad al inicio de la Pso (HR 1,03 (IC95% 1,02–1,04)) se asociaron a un retraso del inicio de la artritis con respecto a la Pso (test Ómnibus: $p < 0,001$).

Estudio descriptivo de las variables del estudio en pacientes con historia familiar de psoriasis o APS (HF Pso/APS) frente a los que no

Variable	HF Pso/APS	No HF Pso/Aps	p
Sexo (hombres)	57,60%	60,90%	0,537
Edad inicio psoriasis (años)	30,18 ± 13,24	39,94 ± 15,39	0,001
Edad inicio artritis (años)	40,69 ± 14,17	45,52 ± 13,38	< 0,001
Forma inicio APS			
Cutáneo	86,40%	70%	< 0,001
Articular	3%	6,80%	0,128
Simultáneo	10,60%	23,20%	0,003
Superficie articular afecta de Pso			0,615
< 10%	14,16%	13,20%	
10-25%	16,90%	3,60%	
> 25%	68,50%	73,20%	
Afectación ungueal (presente)	50,80%	49,10%	0,762
Antígeno HLA B27 (positivo)	6,10%	11,50%	0,097
Dactilitis (presente)	25,80%	32,30%	0,196
Forma de inicio de la artritis			0,483
IFD	6,80%	4,50%	
Poliarticular	17,40%	22,30%	
Oligoarticular	62,10%	62,70%	
Espondilitis	13,60%	10,50%	
Lumbalgia inflamatoria (presente)	36,40%	29,10%	0,156
Inflamación de IFD (presente)	36,40%	27,90%	0,095
Entesitis aquilea (presente)	8,30%	10%	0,604
Dactilitis (presente)	25,80%	32,30%	0,196
Sacroileítis radiográfica (presente)	40,90%	31,80%	0,084
Afectación IFD radiográfica (presente)	26,70%	21,80%	0,296
Tratamiento:			
FAME	49,20%	57,10%	0,167
Biológico	18,30%	11,20%	0,073



Gráfica de la función de supervivencia. El eje horizontal representa el tiempo desde el inicio de la psoriasis (años). El eje vertical representa la proporción acumulada de pacientes que desarrolla artritis. El tiempo hasta el desarrollo de artritis una vez iniciada la psoriasis fue mayor en los pacientes con antecedentes familiares de artritis psoriásica o psoriasis (APS/PSO); tiempo mediano 4,3 vs. 9,6 años ($\log\text{-rank}$: $p < 0,001$). Creación propia con el programa SPSS versión 29.

Conclusiones: La HF Pso/APS de pacientes con Pso se asocia a mayor tiempo hasta la aparición de artritis. Por ello, los pacientes con HF no solo requieren mayor índice de sospecha de APS, sino también más tiempo de seguimiento para detectarla. La colaboración entre Dermatología y Reumatología resultará fundamental para realizar un diagnóstico precoz y optimizar su manejo.

P344. SAPHO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

Boris Anthony Blanco Cáceres¹, Marta Valero Expósito¹, Mar Rodríguez Ramírez¹, Meritxell Salles Lizarzaburu², Diego Benavent³, José Campos⁴, Olga Rusinovich Lovgach⁴, Juan Molina Collada⁵, Raquel Almodovar⁶, Cristina Pijoan Moratalla⁶, Paula García Escudero⁷, David Velasco Sánchez⁸, Patricia Castro Pérez⁹, María Jesús Montesa Cabrera¹⁰, Vega Jovaní Casano¹¹, Álvaro García Martos¹², Laura Calvo Sanz¹³, Eva Tomero¹⁴ y Elena Rabadán Rubio¹⁵

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Althia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ³Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ⁷Hospital Universitario de Álava. ⁸Hospital General Universitario de Ciudad Real. ⁹Hospital Universitario de Getafe. ¹⁰Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. ¹¹Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ¹²Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez. ¹³Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ¹⁴Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹⁵Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hipe-rostosis y osteítis) es una enfermedad rara (< 1/10,000) que presenta compromiso cutáneo (CC) y musculoesquelético (CM). El CC típico consiste en pustulosis palmoplantar (PPP), psoriasis vulgar (PV) y acné grave (AS). El CM afecta a la pared torácica anterior (PTA), columna vertebral (CV) y articulaciones periféricas (AP). SAPHO ha sido considerado dentro del espectro de las espondiloartritis (EspA), sin embargo, no se ha encontrado relación con B27. Para el tratamiento se utilizan AINES, fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y bifosfonatos (BFF). En los últimos años la terapia biológica (TB) y las nuevas moléculas han sido utilizadas extrapolando la experiencia de otras artropatías inflamatorias.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con SAPHO valorados en servicios de Reumatología a nivel nacional.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Cohorte multicéntrica SAPHO/OMCR de servicios de Reumatología en hospitales de España.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (75% mujeres) con una edad media de 50,27 años ($\pm 15,46$). El 94,8% fueron caucásicos, 2,6% latinoamericanos y 2,6% árabes. La edad media de diagnóstico fue 43 años ($\pm 15,22$). El diagnóstico inicial más frecuente fue SAPHO en el 59,7%, seguido de APS 16,9%, EspA 7,8%, artritis indiferenciada 6,5% y osteomielitis multifocal crónica recurrente 5,2%. La edad de inicio de los síntomas cutáneos fue de 38,22 años ($\pm 12,95$). El CC más frecuente fue la PPP (50,6%), seguido de PV 19,5%, AS 13%, hidrosadenitis 11,7%, pudiendo estar presente 1 o más manifestaciones a la vez. El 22,1% no presentó CC, el 5,2% presentó onicopatía. La edad de inicio del CM fue de 38,64 años ($\pm 13,17$). La localización más frecuente fue la PTA (76,6%), seguido de la CV (36,4%), sacroilíacas 26% y AP en el 42,9% siendo la forma oligoarticular la más frecuente de esta última. El 26% presentó entesitis, el 7,8% dactilitis. Solo el 3,9% presentó enfermedad inflamatoria intestinal y el 2,6% uveítis. El 12% fue HLA B27+ y solo el 4% HLA cw6+. La PCR media fue 10,54 ($\pm 16,76$), VSG 23,58 mm ($\pm 27,84$). Se realizaron pruebas de imagen en casi todos siendo la Rx la más utilizada (84,4%)

seguido de RMN 71,4%, gammagrafía ósea 67,5%, TC 57,1% y ECO en 39%. El cultivo de lesiones óseas solo se realizó en 13 pacientes y la biopsia ósea en 7. El curso de la enfermedad más frecuente fue remitente recurrente (45,5%), luego la forma crónica (33,8%) y solo el 16,9% presentó un único brote. El 18,2 de los pacientes precisaron hospitalización por su enfermedad. El tratamiento de elección fueron los AINE (92,2%) luego los FAME (54,7%), corticoides 48,1%, TB/ otras moléculas (42,9%), antibióticos 13% y BFF 10,4%. El 80,5% de los pacientes precisan seguimiento activo. El 57,1% tenía actividad en la última consulta.

Conclusiones: En nuestra cohorte la edad media de presentación del CC y CM fue similar situándose en torno a los 38 años. El CC más frecuente fue la PPP aunque en menor frecuencia que en otras series. La región más afectada fue la PTA. El compromiso AP fue más frecuente respecto a otras series. SAPHO no fue la primera opción diagnóstica en el 40% conllevando a un retraso diagnóstico. Hasta ahora nuestra serie es la primera en reportar a la uveítis como manifestación asociada. Más del 40% de los pacientes precisaron TB sinónimo de la gravedad de la enfermedad.

P345. CARACTERIZACIÓN DE LA FASE SUBCLÍNICA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ASOCIACIÓN ENTRE BIOMARCADORES DE METABOLISMO ÓSEO Y SINOVITIS/ ENTESITIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

Javier Rueda-Gotor^{1,2}, Susana Armesto³, Sara Remuzgo-Martínez², Raquel López-Mejías², Verónica Pulito-Cueto², María Sebastián Mora-Gil², Javier Gonzalo Ocejo-Vinyals⁴, Elena González López⁴, Mónica Renuncio García⁴, Alfonso Corrales-Martínez^{2,5}, Vanesa Calvo-Río^{2,5}, Ana María Salas Martínez⁶, Marcos González López³, Cristina López-Obregón⁷, Elena Aurrecochea¹, Luis Rodríguez-Rodríguez⁸, Carolina Aguirre Portilla⁹ y Fernanda Genre²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ²Grupo Inmunopatología. Hospital Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander. ³Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Servicio de Dermatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁷Instituto Médico López-Obregón. Santander. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁹Escuela de Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: Identificar y caracterizar las fases más precoces de la artritis psoriásica (APs) es clave para el diseño de estrategias que permitan prevenir su desarrollo en pacientes psoriásicos. La presencia de sinovitis y/o entesitis subclínica en pacientes con psoriasis es

considerada como una fase subclínica de la APs¹, pero todavía se desconocen las vías moleculares subyacentes implicadas en dicha fase y carecemos de biomarcadores que permitan identificarla.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es profundizar en la caracterización de la fase subclínica de la APs analizando el comportamiento de diversos biomarcadores potencialmente implicados en la patogenia de la APs.

Métodos: 62 pacientes con psoriasis sin artropatía ni terapia biológica previa fueron reclutados para este estudio. En todos ellos se hizo un recuento ultrasonográfico (US) articular [carpos, metacarpofalángicas (1^o-5^o), interfalángicas proximales (1^o-5^o) e interfalángicas distales (2^o-5^o) bilateralmente, analizando la presencia de sinovitis en escala de grises (EG) de forma semicuantitativa (0-3) según OMERACT] y entésico [entesis epicondileal lateral, olecraniana, cuadricepsal, rotuliana proximal y distal, y fascia plantar]. Los niveles de CXCL-10 fueron determinados por ELISA, mientras que los niveles de factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), osteocalcina (OC), osteopontina (OPN), esclerostina (SOST), hormona paratiroidea (PTH), factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF-23) y leptina fueron determinados utilizando un panel multiplex.

Resultados: 31 varones y 31 mujeres fueron reclutados para este estudio.

Los pacientes psoriásicos con sinovitis US ≥ 1 en manos mostraron valores más elevados de SOST ($p = 0,03$), PTH ($p = 0,02$) y FGF-23 ($p = 0,02$), así como valores inferiores de CXCL-10 en el caso de los varones ($p = 0,02$) y de OPN en las mujeres ($p = 0,03$). Los niveles de CXCL-10 también fueron inferiores en las mujeres con sinovitis US ≥ 2 (0,04) (tabla). Observamos, además, una correlación positiva significativa entre el valor medio de señal Doppler (SD) en el recuento entésico y/o el número de entesis con SD ≥ 1 y los niveles de TNF- α y SOST en la cohorte completa, y de leptina y OC solo en varones ($p \leq 0,05$). El índice entésico MASEI también se correlacionó positivamente con los valores de TNF- α , SOST y PTH en la cohorte completa ($p \leq 0,05$) (tabla).

Conclusiones: EL presente trabajo muestra por primera vez la asociación de diversos biomarcadores, incluyendo TNF- α , CXCL-10, leptina y otros biomarcadores de metabolismo óseo, con la presencia de APs subclínica en pacientes con psoriasis. Estos resultados permiten profundizar en el conocimiento de esta fase de la enfermedad e identifican biomarcadores potencialmente útiles para su identificación.

Este estudio ha sido financiado por el Instituto Carlos III (ISCIII) a través del proyecto PI20/00059, cofinanciado por el IDIVAL a través de la ayuda NVAL19/22, concedida a JR-G, quien es beneficiario también del programa de intensificación financiado por la Fundación Española de Reumatología (FER).

BIBLIOGRAFÍA

1. Zabotti A, et al. EULAR points to consider for the definition of clinical and imaging features suspicious for progression from psoriasis to psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(9):1162-70.

Tabla P345
Relación entre biomarcadores y sinovitis/entesitis subclínica en pacientes psoriásicos

Biomarcadores	Hallazgos ultrasonográficos								
	Recuento entésico			Recuento articular					
	SD medio (r, p)	Nº entesis con SD ≥ 1 (r, p)	MASEI medio (r, p)	Presencia de sinovitis ≥ 1 en manos			Presencia de sinovitis ≥ 2 en manos		
Sí (media \pm DE)				No (media \pm DE)	p	Sí (media \pm DE)	No (media \pm DE)	p	
Log CXCL-10				2,9 \pm 0,9	3,9 \pm 1,2	0,02*	2,2 \pm 0,8	3,6 \pm 1,0	0,04**
Log Leptina	r = 0,365, p = 0,04*	= 0,365, p = 0,04*							
Log TNF α	r = 0,297, p = 0,02*	r = 0,268, p = 0,04*	r = 0,294, p = 0,02*						
Log OC		r = 0,381, p = 0,04*							
Log OPN				8,7 \pm 0,7	9,0 \pm 0,5	0,03**			
Log SOST	r = 0,266, p = 0,05*			7,4 \pm 0,3	7,1 \pm 0,5	0,03†			
Log PTH			r = 0,248, p = 0,05*	4,2 \pm 0,4	4 \pm 0,5	0,02†			
Log FGF23				3,4 \pm 0,5	3,2 \pm 0,5	0,02†			

*Varones, **Mujeres, †Cohorte completa. DE: desviación estándar; SD: señal Doppler; US: ultrasonográficos.

P346. VARIACIÓN DEL RATIO NLR Y PLR EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS TRATADOS CON SECUKINUMAB COMO MARCADOR DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

S. Pastor Navarro, J.M. Sequí Sabater, M.C. López González, D. Casado Poveda y A. Martínez Cristóbal

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira.

Objetivos: La ratio neutrófilo/linfocito (NLR) y el ratio plaqueta-lymfocito (PLR) son parámetros analíticos que constituyen marcadores inflamatorios de valor pronóstico en enfermedades cardiovasculares. Son marcadores fáciles de determinar y se ha hallado evidencia científica en varios aspectos pronósticos a nivel riesgo cardiovascular, diversos tipos de cáncer, riesgo postquirúrgico y gravedad de patologías infecciosas como apendicitis aguda. El objetivo del presente trabajo es valorar el cambio en el NLR en pacientes con espondiloartritis como espondiloartritis axial (EspAx) y artritis psoriásica (APs) previo y tras el inicio del tratamiento con secukinumab, y por tanto valorar su posible efecto sobre el riesgo cardiovascular y la inflamación sistémica en este grupo de pacientes.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal retrospectivo en 85 pacientes que han recibido tratamiento con secukinumab desde diciembre 2016 hasta junio 2023. Se recogen las características demográficas de los pacientes y factores de riesgo cardiovascular clásicos (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo) así como si han presentado eventos cardiovasculares previos (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular). También se recogen los siguientes parámetros analíticos basales, a los 3-6-9 y 12 meses de

inicio de secukinumab: glucemia, ácido úrico, LDL, TG, PCR, linfocitos, neutrófilos, plaquetas. Se calcula el NLR y el PLR previo al inicio de tratamiento con secukinumab y posteriormente se compara con el NLR a los 3 meses, 6 meses, 9 meses y al año de tratamiento. Se realiza un estudio analítico de las variables cualitativas mediante Chi cuadrado y de las cuantitativas distinguiendo entre pacientes con APs y EspAx mediante ANOVA.

Resultados: De los 85 pacientes, el 66% (56) estaban diagnosticados de EspAx y el 34% (29) restante de APs. La edad media de la muestra fue de 52,36 años con un porcentaje similar de hombres y mujeres (H 51,8%/M 48,2%). El 41,2% (35) eran fumadores, 27,1% (23) hipertensos, 21,2% (18) diabéticos y 28,2% (24) dislipémicos. En la muestra no se observaron antecedentes de accidente cardiovascular, pero hubo 2 pacientes que sí sufrieron eventos de cardiopatía isquémica. Durante el periodo de estudio se observó un leve descenso de los marcadores inflamatorios a los 6 meses con escasa repercusión en la ratio NLR y PLR no logrando significación estadística en nuestra muestra a los 12 meses de inicio de secukinumab (tabla).

Conclusiones: El NLR y el PLR son marcadores baratos y sencillos de determinar y son marcados indirectos de inflamación sistémica. En nuestra muestra no se ha visto un claro descenso tras el inicio de secukinumab como en otros estudios publicados. Sin embargo, estos parámetros se pueden aumentar en otros procesos como infecciones, que no se ha tenido en cuenta. Además, sería interesante realizar un mayor periodo de seguimiento (ya que en un año se mantiene estable). Se deben realizar estudios más amplios para valorar el descenso de NLR/PLR en pacientes con secukinumab, ya que este descenso en la inflamación sistémica podría suponer un factor protector de riesgo cardiovascular en este grupo de pacientes.

Media (±DE)	Basal		3 Meses		6 Meses		9 Meses		12 Meses	
	EspAx	APs	EspAx	APs	EspAx	APs	EspAx	APs	EspAx	APs
PCR (mg/L)	7.27 (±8.57)	7.96 (±9.03)	8.88 (±10.61)	6.74 (±6.99)	5.99 (±6.28)	7.75 (±9.07)	7.00 (±6.48)	7.90 (±7.40)	7.28 (±8.25)	8.14 (±9.15)
p	0.73		0.37		0.39		0.69		0.76	
VSG (mm/h)	17.07 (±15.77)	19.37 (±14.62)	18.86 (±12.27)	18.26 (±14.38)	15.03 (±9.27)	19.21 (±14.46)	19.43 (±13.18)	19.64 (±15.74)	16.14 (±13.35)	19.92 (±15.16)
p	0.52		0.85		0.19		0.96		0.43	
Ácido Úrico (mg/dL)	5.39 (±1.57)	5.18 (±1.49)	5.15 (±1.45)	5.10 (±1.58)	5.28 (±1.39)	5.16 (±1.16)	5.49 (±1.80)	5.17 (±1.20)	5.87 (±1.73)	5.19 (±1.30)
p	0.57		0.90		0.71		0.57		0.25	
Glucosa (mg/dL)	95.70 (±26.88)	100.21 (±23.54)	94.33 (±15.88)	105.52 (±34.79)	96.42 (±30.54)	96.61 (±19.53)	94.74 (±20.81)	114.57 (±58.55)	94.26 (±15.21)	87.92 (±11.62)
p	0.44		0.07		0.97		0.14		0.18	
LDL (mg/dL)	126.92 (±35.57)	104.00 (±29.71)	165.33 (±57.65)	102.75 (±32.95)	93.50 (±17.67)	95.00 (±24.54)	173.75 (±68.53)	94.66 (±27.00)	121.66 (±29.49)	119
p	0.14		0.12		0.94		0.12		0.93	
Triglicéridos (mg/dL)	167.46 (±88.49)	108 (±40.59)	127.60 (±47.12)	170.33 (±98.78)	68.66 (±33.53)	159.75 (±63.59)	140.00 (±46.92)	961.75 (±1686.38)	124.12 (±84.98)	135
p	0.06		0.40		0.07		0.30		0.90	
Neutrófilos (x10e9/L)	4.48 (±2.40)	4.54 (±1.53)	3.85 (±1.60)	4.23 (±1.64)	4.00 (±1.76)	4.84 (±1.68)	3.63 (±1.80)	4.26 (±1.86)	4.24 (±2.12)	4.45 (±1.71)
p	0.91		0.35		0.07		0.30		0.75	
Linfocitos (x10e9/L)	2.52 (±0.80)	2.58 (±0.92)	2.30 (±0.68)	2.35 (±0.83)	2.25 (±0.78)	2.36 (±0.87)	2.30 (±0.71)	2.12 (±0.61)	2.26 (±0.88)	2.11 (±0.63)
p	0.74		0.79		0.60		0.40		0.58	
Plaquetas (x10e9/L)	261.89 (±66.09)	257.75 (±77.52)	248.36 (±66.82)	244.66 (±54.59)	245.05 (±62.51)	262.09 (±70.08)	243.52 (±53.70)	259.40 (±63.04)	240.21 (±73.07)	259.07 (±60.58)
p	0.79		0.81		0.34		0.41		0.41	
Ratio NLR	2.34 (±3.94)	1.90 (±0.83)	1.79 (±0.90)	1.87 (±0.61)	1.95 (±1.03)	2.18 (±0.70)	1.74 (±1.14)	2.11 (±0.95)	2.54 (±2.76)	2.25 (±0.94)
p	0.55		0.67		0.34		0.30		0.71	
Ratio PLR	115.46 (±48.69)	108.20 (±39.93)	116.51 (±46.14)	112.32 (±30.89)	117.33 (±51.67)	124.22 (±49.30)	173.62 (±96.15)	147.95 (±67.82)	121.55 (±74.10)	129.07 (±34.51)
p	0.49		0.69		0.61		0.37		0.72	

Parámetros analíticos de una cohorte de pacientes con EspAx y APs en tratamiento con secukinumab a los 3,6,9 y 12 meses de tratamiento. *Significación estadística mediante test de ANOVA. PCR: proteína C reactiva. VSG: velocidad sedimentación global.

P347. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE LA PERSISTENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE IXEKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE ESPONDILOARTRITIS. PROYECTO IXERREAL

Cristina Martínez González¹, M. Vanesa Hernández Hernández¹, Doryan José García Olivares², Sonia I. Peña Montelongo³, Paola Coromoto de León⁴, Enrique González-Dávila⁵, Federico Díaz González^{1,6} y Alicia García Dorta¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ²Servicio de Reumatología. Complejo Universitario Materno-Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ³Unidad de Reumatología. Hospital Virgen de la Peña. Fuerteventura. ⁴Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁵Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. ⁶Departamento de Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría. Universidad de la Laguna.

Introducción: Ixekizumab (IXE) es un inhibidor de la IL17 aprobado para el tratamiento de artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspA) tanto radiográfica como no radiográfica en base a ensayos clínicos aleatorizados. El conocimiento sobre la influencia de factores como las características de los pacientes, el diagnóstico o las diferentes maneras de uso del fármaco sobre la supervivencia del IXE es aún escaso.

Objetivos: Establecer factores relacionados con las características de los pacientes, del uso del fármaco o del diagnóstico que influyan en la persistencia del IXE en práctica clínica diaria.

Tabla 1. Características basales demográficas, clínicas y de tratamiento de la población incluida en el estudio

	EspA (n = 32)	APs (n = 58)	p	Total (n = 90)
Hombre, n (%)	18 (56)	26 (45)	0,414	44 (49)
Edad (años)	47,3 ± 12,1	51,0 ± 7,6	0,119	49,7 ± 9,5
IMC (kg/m ²)	29,3 ± 6,0	28,2 ± 5,8	0,395	28,6 ± 5,9
IMC, n (%)			0,683	
Normopeso	7 (23)	16 (30)		23 (28)
Sobrepeso	12 (40)	22 (42)		34 (41)
Obesidad	11 (37)	15 (28)		26 (31)
Hábito tabáquico, n (%)			0,137	
No	25 (78)	37 (64)		62 (69)
Fumador	6 (19)	11 (19)		17 (19)
Exfumador	1 (3)	10 (7)		11 (12)
DM, n (%)	1 (3)	8 (14)	0,150	9 (10)
Tiempo de evolución de enfermedad (años)*	14,5 (5,6; 20,8)	10,2 (5,5; 16,9)	0,292	10,9 (5,5; 18,8)
HLAB 27 n (%)	25 (80)	8 (22)	< 0,001	33 (49)
No solicitado, n	1	22		23
Índice de actividad				
BASDAI	6,6 ± 1,8	6,5 ± 2,2	0,900	6,5 ± 1,9
ASDAS-PCR	3,4 ± 0,8	2,2 ± 1,3	0,001	2,8 ± 1,2
VGP	7,3 ± 1,6	6,7 ± 2,0	0,154	6,9 ± 1,9
Datos clínicos*				
NAD	1 (0; 2)	6 (2; 12)	< 0,001	3 (0; 9,2)
NAT	0 (0; 0)	2 (0; 4)	< 0,001	1 (0; 4)
NED	1 (0; 3)	0 (0; 4,7)	0,616	0 (0; 4)
Datos analíticos*				
VSG	7,5 (2,5; 23,5)	7,0 (4,0; 13,5)	0,903	7,0 (4,0; 15,5)
PCR	5,4 (1,7; 12,8)	4,5 (1,7; 11,5)	0,653	5,0 (1,7; 12,0)
Pacientes en monoterapia, n (%)	26 (84)	35 (60)	0,042	61 (68)
Línea de tratamiento, n (%)			0,559	
1	-	2 (3)		2 (2)
2	8 (25)	13 (23)		
3 o más	24 (75)	43 (74)		
Tratamientos previos, n (%)				
FAMEb	32 (100)	56 (97)	0,537	88 (98)
Anti-TNF	31 (97)	49 (88)	0,249	80 (91)
Anti-L17	14 (44)	32 (57)	0,271	46 (52)
Anti-L12/23	2 (6)	13 (23)	0,074	15 (17)
JAKi	1 (3)	5 (9)	0,410	6 (7)

Tabla 2. Comportamiento de los tiempos de persistencia (riesgo a finalizar el tratamiento) mediante un modelo de Cox

	Coefficiente	SE	p	HR (IC _{95%})
Diagnóstico EspA-r-nr	0,413	0,291	0,155	1,55 (0,55; 2,67)
Mujer	0,625	0,291	0,032	1,87 (1,06; 3,30)
Edad (años)	0,002	0,017	0,929	1,00 (0,97; 1,04)
IMC (Ref. normopeso)				
Sobrepeso	-0,343	0,366	0,349	0,71 (0,35; 1,46)
Obesidad	-0,414	0,369	0,262	0,66 (0,32; 1,36)
Hábito tabáquico (Ref. No)				
Fumador	-0,745	0,439	0,090	0,47 (0,20; 1,12)
Exfumador	-0,070	0,440	0,873	0,93 (0,39; 2,21)
DM	0,034	0,436	0,938	1,04 (0,44; 2,43)
Tiempo de evolución de enfermedad	0,038	0,012	0,002	1,04 (1,01; 1,07)
HLAB 27 + Índice de actividad				
BASDAI	0,372	0,144	0,010	1,45 (1,10; 1,92)
ASDASPCR	-0,019	0,168	0,912	0,98 (0,71; 1,36)
VGP	0,006	0,004	0,145	1,01 (1,00; 1,02)
Datos clínicos				
NAD	-0,021	0,016	0,187	0,98 (0,95; 1,01)
NAT	-0,072	0,052	0,181	0,93 (0,84; 1,03)
NED	0,008	0,043	0,856	1,01 (0,93; 1,10)
Datos analíticos				
VSG	0,001	0,012	0,918	1,00 (0,98; 1,03)
PCR	-0,003	0,010	0,738	1,00 (0,98; 1,02)
Pacientes en monoterapia	0,646	0,324	0,046	1,91 (1,01; 3,60)
Línea de tratamiento (Ref. 1)				
2	0,806	1,062	0,448	2,24 (0,28; 17,93)
3 o más	0,868	1,019	0,394	2,38 (0,32; 17,53)
Corticoides	-0,810	0,400	0,043	0,44 (0,20; 0,98)
Tratamientos previos				
FAMEb	0,858	1,017	0,399	2,36 (0,32; 17,32)
Anti-TNF	0,177	0,598	0,767	1,19 (0,37; 3,86)
Anti-L17	-0,254	0,285	0,371	0,77 (0,44; 1,36)
Anti-L12/23	0,367	0,333	0,271	1,44 (0,75; 2,77)
JAKi	-0,174	0,524	0,740	0,84 (0,30; 2,35)

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de pacientes con APs y SpA, que recibieron IXE por actividad de la enfermedad al menos 3 meses entre el 1 de junio de 2018 y el 1 de julio de 2023. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, datos sobre la enfermedad, incluyendo actividad por índices BASDAI y ASDASPCR, línea de tratamiento, medicación concomitante y eventos adversos. Se utilizó un análisis de Kaplan-Meier y un modelo de regresión de Cox para el análisis de los datos.

Resultados: Se analizó un total de 90 pacientes, 32 (35,6%) con EspA y 58 (64,4%) con APs. La edad media fue de 49,7 ± 9,5 (DE) años. En la tabla 1 se muestran las características de la población. Durante el periodo del estudio, 51 pacientes (57%) finalizaron el tratamiento, 40 de ellos por ineficacia (78%), 6 por neoplasias (12%), 3 por efectos adversos (6%, reacción cutánea, infección fúngica y bronquitis de repetición) y 2 por pérdida de seguimiento (4%). El tiempo medio de persistencia es de 2,23 años (s.e. 0,23; IC_{95%} 1,77; 2,69). El grupo en el que se suspendió el tratamiento presentaba, mayor tiempo de evolución de la enfermedad (p = 0,010), índices BASDAI más elevados, (p = 0,049) y mayor proporción de HLAB27 (p = 0,030). En el análisis univariante (tabla 2) factores como el sexo, el tiempo de evolución de la enfermedad, el índice de actividad, el uso en monoterapia y la utilización de corticoides demostraron tener un impacto significativo en la supervivencia del IXE. Tras aplicar la regresión de Cox, las mujeres presentan un riesgo significativamente mayor de finalización del tratamiento, con un HR de 2,22 (IC95%: 1,22-4,06); el mayor tiempo de evolución de la enfermedad (HR de 1,05 (IC95%: 1,02-1,07) y no usar corticoides (HR 2,84 (IC95%: 1,23-6,56)). En el análisis de puntos de corte, se sugiere un tiempo de evolución mayor a 11,1 años y un BASDAI superior a 5,9 como indicadores potenciales de discontinuación del tratamiento, con VPP de 73% y 65% respectivamente.

Conclusiones: La persistencia a 5 años del IXE en nuestra muestra fue del 43%. Los factores asociados a un mayor riesgo de disconti-

nuación fueron el sexo femenino, el tiempo de evolución de la enfermedad y el no usar corticoides, la alta actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento también sugiere un papel en el riesgo de discontinuación. El estudio de estas últimas, y su posible relación con IXE, así como el limitado tamaño muestral y tiempo de seguimiento, hacen necesarios más estudios en vida real para determinar los factores clínicos y demográficos al tomar decisiones sobre el tratamiento con IXE en la práctica clínica diaria.

P348. TASA DE RETENCIÓN DEL SEGUNDO TRATAMIENTO AVANZADO EN ESPONDILITIS AXIAL TRAS FALLO A INHIBIDORES DEL TNF. ¿UN CAMBIO EN EL MECANISMO DE ACCIÓN, AUMENTA LA SUPERVIVENCIA?

Juan Carlos Cortés Quiroz¹, José Miguel Senabre-Gallego¹, José Antonio Bernal¹, Carmen Raya-Santos¹, Rocío Gallego-Campuzano¹, Gregorio Santos Soler¹, Ana Pons-Bas¹, Lara Pons-Canet¹, Josep Xavier Barber Valles², José Rosas Gómez de Salazar¹ y Asociación de Investigación en Reumatología de la Marina BaixaAIRE-MB^{1,2}

¹Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Department of Statistics, Mathematics and Information Technology. Universidad

Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: Tras el fracaso de la primera línea con inhibidores del TNF α (TNFi) en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax), no existen estudios que comparen la eficacia de los diferentes tratamientos. Tanto utilizar un segundo TNFi (*cycling*) como cambiar a un mecanismo de acción diferente (*swapping*), podrían ser estrategias terapéuticas eficaces. Las tasas de retención de fármacos, obtenidas en los estudios observacionales, son indicadores de éxito del tratamiento.

Objetivos: Evaluar la tasa de retención del segundo tratamiento avanzado en pacientes con EspAax que han fallado a un primer TNFi, comparando *cycling*, versus *swapping*.

Métodos: Se recogieron en el registro local de nuestra unidad de Reumatología los datos de pacientes con EspAax tratados con biológicos entre enero de 2003 y agosto de 2023. Las tasas de retención de fármaco se calcularon utilizando el método de Kaplan-Meier. Después de ajustar las covariables, se evaluaron las diferencias en las tasas de retención de fármaco con el modelo de regresión de Cox.

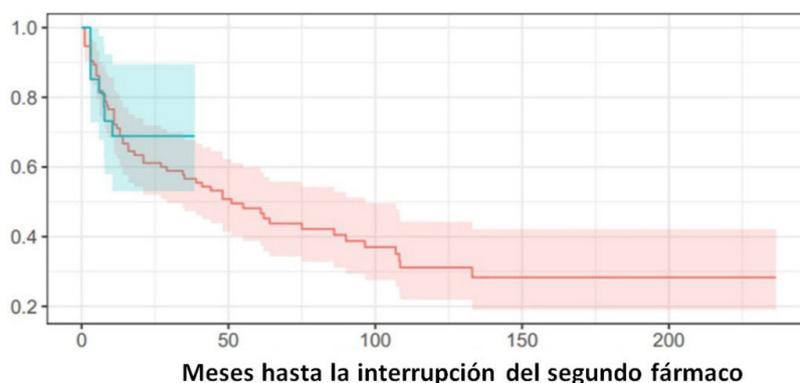
Resultados: Se incluyeron un total de 123 pacientes con EspAax que habían fracasado a un 1^{er} TNFi. En 94 pacientes (76%) se utilizó la estrategia *cycling* y en 29 (24%) la de *swapping*. Dentro de cada grupo, 57 de los registros (38 en estrategia *cycling* y 19 en *swapping*)

	Cycling (N=94)	Swapping (N=29)	Valor de p
Edad: años (media +/-DE)	48,48 ±12,01	50 ±11,97	0,434
Sexo: Varón (% , rango)	44 (46,81%, 32-90)	19 (65,52%, 35-82)	0,0385
Duración de la enfermedad: años (media +/-DE)	10,69 ±11,31	7,31 ± 8,06	0,1376
HLA B27 +: N (%)	71 (75,53%)	19 (65,52%)	0,844

TABLA 1: Características principales según estrategia Cycling o Swapping

Características	H.Ratio	IC al 95%	Valor p
Edad	1,03	1,01-1,05	0,008
Sexo: Mujer	-	-	-
Varón	0,70	0,41-1,17	0,2
HLA B27: Negativo	-	-	-
Positivo	1,36	0,70-2,66	0,4
Estrategia: Cycling	-	-	-
Swapping	0,75	0,29-1,94	0,6

Regresión de Cox: Riesgo de interrupción según características clínicas y estrategias de tratamiento



Análisis de Supervivencia Kaplan Meier de segunda línea de tratamiento según la estrategia Cycling/Swapping

fueron censurados. Los pacientes en los que se utilizó la estrategia *cycling* tuvieron una tasa de supervivencia a los 12 meses del 71% y a los 24 meses, del 61% respectivamente, mientras que en los que se utilizó la estrategia *swapping* la tasa de supervivencia fue del 69% tanto a los 12 meses como a los 24 meses. El modelo de regresión de Cox se realizó incluyendo las variables edad, sexo, HLA-27 y estrategias de tratamiento (*cycling-swapping*). La estrategia *swapping* demostró una mayor probabilidad de retención en comparación a la de *cycling* (HR = 0,75; 0,29 -1,94 IC95%, p = 0,6) aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable (tabla 2).

Conclusiones: Los resultados de este estudio, realizado en la práctica clínica actual, sugieren que la estrategia *swapping* podría ser mejor que la estrategia *cycling* en pacientes con espondiloartritis axial después de una respuesta inadecuada a un TNFi. Sin embargo, en el análisis multivariante no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas estrategias de tratamiento.

Agradecimientos: el presente estudio se realizó con una beca otorgada por la Asociación de Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

P349. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE RECIENTE CREACIÓN

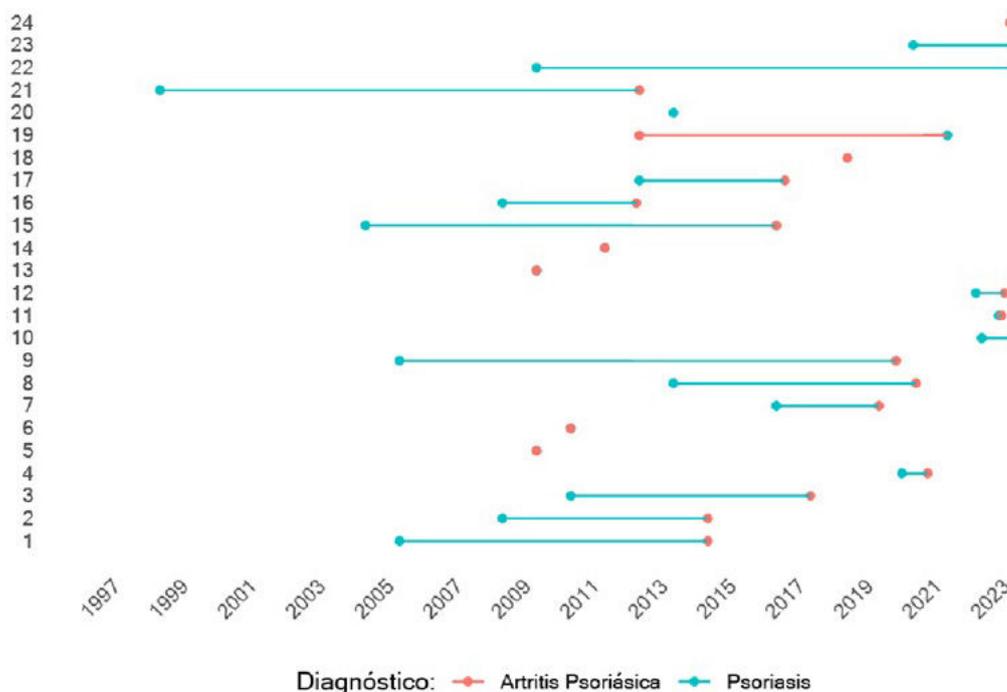
Lilyan Consuelo Charca Benavente¹, Encarna Montesinos Villaescusa², José Javier Sanmartín Martínez¹, Isabel de la Morena Barrio¹, Nerea Costas Torrijo¹, Delia Fernández Lozano¹, Diego Bedoya Sanchis³, José Mallent Trenor¹ y Pilar Trenor Larráz¹

¹Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ²Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ³Reumatología. INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. Valencia.

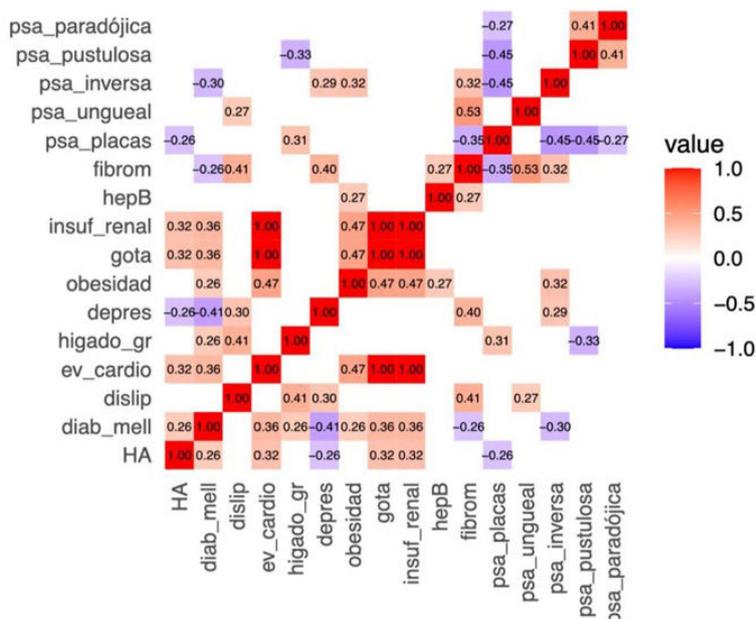
Objetivos: Caracterizar los pacientes con artritis psoriásica en una unidad conjunta Reumatología-Dermatología de reciente creación en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica (APso) según criterios CASPAR visitados por primera vez entre marzo 2023 a diciembre 2023, en la consulta mensual conjunta Reumatología-Dermatología de nuestro centro. Se recogieron datos demográficos, hábitos tóxicos, de procedencia, clínicos (incluye medida de gravedad de la psoriasis (PASI), actividad en la forma periférica (DAPSA) y axial (ASDAS)), comorbilidades (frecuencia y correlación con el tipo de Psoriasis (Pso) y APso) y tratamiento.

Resultados: De todos los pacientes que se visitaron por primera vez, 24 cumplían criterios CASPAR, de los cuales 15 (62,5%) eran varones y la edad media fue de 53,9 ± 13,6 años. 15 (62,5%) provenían de la consulta de reumatología y 9 (37,5%) de dermatología. 9 (37,5%) eran fumadores activos, 4 (16,6%) exfumadores y 22 (91,6%) no bebían alcohol. El tiempo medio (meses) de evolución desde el diagnóstico fue en la Pso 150,7 ± 121,2 y en la APso 78,9 ± 60,4. En la figura 1 se muestra el desfase de tiempo entre los diagnósticos. En cuanto al perfil clínico, se consideró la presencia actual o en el pasado de entesitis en 6 (25%) y dactilitis 4 (16,6%). El tipo de Pso más frecuente fue en placas 15 (48,4%), seguido de ungueal 10 (32,3%), inversa y pustulosa 5 (16,1%) respectivamente. El tipo de APso más frecuente fue oligoarticular 14 (58,3%), axial y mixta 3 (12,5%) respectivamente. El HLA B27 fue + en 3 (12,5%). La evaluación clínica basal según PASI fue leve en 12 (50%) y moderada-severa 8 (33,3%). Según DAPSA, presentaron remisión-baja actividad 8 (33,3%), moderada 10 (41,6%) y alta 2 (8,3%). En la forma axial, presentaron remisión-baja actividad 3 (50%) y alta-muy alta 3 (50%). Las comorbilidades presentes fueron 7 (29,1%) hipertensión arterial (HTA), 6 (25%) diabetes, 13 (54,2%) dislipemia, 4 (16,6%) obesidad, 1 (4,2%) evento cardiovascular, 7 (29,1%) esteatosis hepática, 8 (33,3%) depresión, 4 (16,6%) fibromialgia. En la figura 2 se muestra las correlaciones entre las comorbilidades y el tipo de Pso y APso. De los tratamientos recibidos previos 14 (58,3%) precisaron AINES, 6 (25%) corticoides, 15 (62,5%) FAME convencional, 15 (62,5%) una o más terapias biológicas, 3 (12,5%) inh JAK y 7 (29,1%) apremilast. En 15 (62,5%) se consensuó el cambio de tratamiento siendo la mayoría a un antiIL23 o antiIL17 en 11 (45,8%).

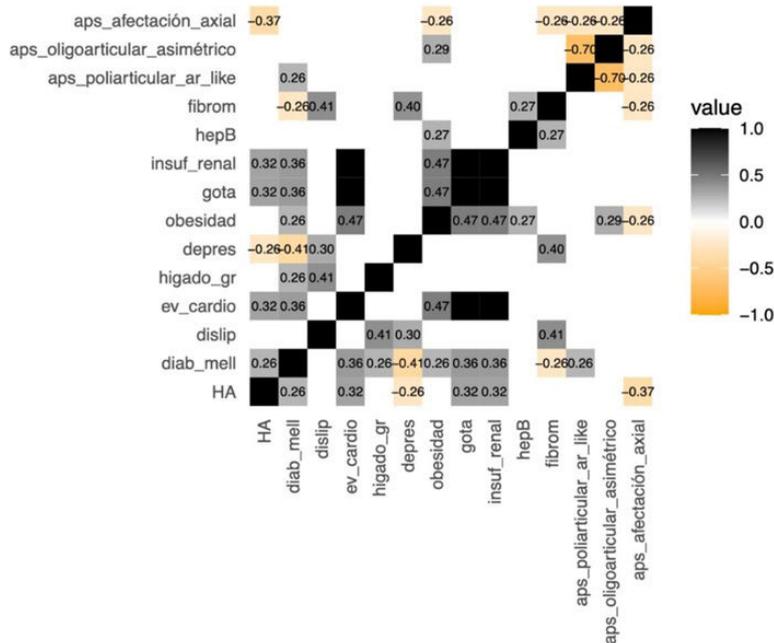


P349 Figura 1. Desfase entre el tiempo de evolución desde el diagnóstico de la psoriasis y de la artritis psoriásica de cada paciente.



psa: psoriasis, fibrom: fibromialgia, hepB: hepatitis B pasada, depres: depresión, ev_cardio: evento cardiovascular, dislip: delipemia, diab-mell: diabetes mellitus, HA: hipertensión arterial

Figura 2. Correlación entre comorbilidades y tipos de psoriasis.



aps: artritis psoriásica, fibrom: fibromialgia, hepB: hepatitis B pasada, depres: depresión, ev_cardio: evento cardiovascular, dislip: delipemia, diab-mell: diabetes mellitus, HA: hipertensión arterial

Figura 3. Correlación entre comorbilidades y tipos de artritis psoriásica.

Conclusiones: De los pacientes incluidos, más de la mitad provenían de Reumatología. Casi un 38% eran fumadores activos. El tiempo de evolución desde el diagnóstico de la psoriasis (12,5 años) fue el doble en comparación a la APso (6,5 años). La mayoría (83,3%) presentaba la forma periférica de la APso, el 12,5% axial pura y mixta respectivamente. Cerca del 42% presentaron DAPSA moderado y en las formas axiales el 50% alta-muy alta actividad. La principal

comorbilidad presente fue la dislipemia, seguido de depresión. Se observó que el evento cardiovascular está altamente correlacionada con la presencia de insuficiencia renal y gota, seguido por la obesidad. Hay cierta correlación entre la psoriasis pustulosa con esteatosis hepática y psoriasis ungueal con fibromialgia. Se necesitan más datos en la práctica clínica para confirmar esta tendencia. Más del 60% precisaron cambio de tratamiento.

P350. PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DE GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

Paula Álvarez Peñalba, Pablo González del Pozo, Stefanie Burger, Ignacio Braña Abascal, Marta Loredó Martínez, Estefanía Pardo Campo, Isabel Zapico Fernández, Fernando Jirout Casillas, Mercedes Alperi López, Rubén Queiro Silva y Sara Alonso Castro

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: Golimumab es un agente anti-TNF con amplia experiencia en el tratamiento de diferentes enfermedades reumatológicas, demostrando una elevada persistencia en diferentes estudios realizados¹. La eficacia y supervivencia del tratamiento resulta un factor crucial en la práctica clínica y en el abordaje de nuestros pacientes². El objetivo principal del estudio es analizar la persistencia y seguridad de Golimumab en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) en la práctica clínica, además de las causas de suspensión y posibles factores relacionados con ella.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes adultos con diagnóstico de EspAax que recibieron tratamiento con golimumab en cualquier momento desde su diagnóstico y estando a seguimiento en la consulta monográfica de Espondiloartritis. La curva de Kaplan Meier de supervivencia del fármaco fue analizada en la población total según sexo, afectación radiográfica (EspAax-r) o no radiográfica (EspAax-nr), comorbilidades y línea de tratamiento. Para analizar los factores de persistencia se utilizó un modelo de regresión de Cox multivariable y se calculó la Hazard ratio.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, 58 hombres y 36 mujeres. La tabla resume las características generales de la población estudiada. Golimumab presentó una mediana global de supervivencia de 43 meses [IC95% (19,79)] con una persistencia a los 12 meses del 67,1% [IC95% (58,1- 77,5)] y a los 24 meses del de 56,9%, [IC95% (47,5-68,1)] (fig. 1). El sexo masculino se asoció a una mayor persistencia del fármaco, con una supervivencia a los 12 meses del 73,6% [IC95% (62,9-86)] y a los 24 meses del 64,4% [IC95% (52,9-78,3)], siendo la diferencia por sexos estadísticamente significativa ($p = 0,027$) (fig. 2). Se observó una mayor persistencia del fármaco en pacientes con EspAax-r (supervivencia a los 12 meses del 68,7% [IC95% (59-79,9)]) respecto a pacientes con EspAax-nr (supervivencia a los

12 meses del 59,1% [IC95% (38,4-91)]); así como en pacientes en 1ª o 2ª línea de tratamiento (supervivencia a los 12 meses del 70,7% [IC95% (5,8-83)]) respecto a pacientes en 3ª o más líneas de tratamiento (supervivencia a los 12 meses del 56,9% [IC95% (9,5-78,9)]). De entre los 55 pacientes que abandonaron el tratamiento, 19 (20,2%) lo hicieron por fallo 1º, 16 (17,0%) lo hicieron por fallo 2º; 11 (15,07%) por efectos adversos del fármaco, 5 (6,85%) por remisión sostenida y 4 por contraindicación de seguir con el tratamiento (4,3%) incluidas en estas causas, el deseo gestacional y el diagnóstico de procesos neoplásicos.

Variable	Hombres (N=58)	Mujeres (N=36)	Total (N=94)
Edad (promedio años)	42.3	46.7	44.0
EspAax-r	51 (87.9%)	27 (75%)	78 (83%)
EspAax-nr	7 (12.1%)	9 (25%)	16 (17%)
Hábito tabáquico	18 (31%)	8 (22.2%)	26 (27.7%)
Hipertensión arterial	21 (36.2%)	15 (41.7%)	36 (38.3%)
Diabetes mellitus	4 (6.9%)	3 (8.3%)	7 (7.4%)
Dislipemia	12 (20.7%)	13 (36.1%)	25 (26.6%)
Peso (promedio kg)	80.8	76.3	79.1
Dactilitis	2 (3.4%)	1 (2.8%)	3 (3.2%)
Entesitis	5 (8.6%)	0 (0%)	5 (5.3%)
Sindesmofitos	15 (25.9%)	11 (30.6%)	26 (27.7%)
Concomitante EC	1 (1.7%)	3 (8.3%)	4 (4.3%)
Concomitante CU	3 (5.2%)	3 (8.3%)	6 (6.4%)
Uveitis	13 (22.4%)	4 (11.1%)	17 (18.1%)
Línea Golimumab			
1ª	27 (46.6%)	11 (30.6%)	38 (40.4%)
2ª	11 (19%)	14 (38.9%)	25 (26.6%)
3ª	11 (19%)	8 (22.2%)	19 (20.2%)
4ª	5 (8.6%)	3 (8.3%)	8 (8.5%)
≥ 5ª	2 (3.4%)	0 (0%)	2 (2.1%)
Desconocida	2 (3.4%)	0 (0%)	2 (2.1%)

EC: Enfermedad de Crohn; CU: Colitis ulcerosa.

Características generales de la población a estudio.

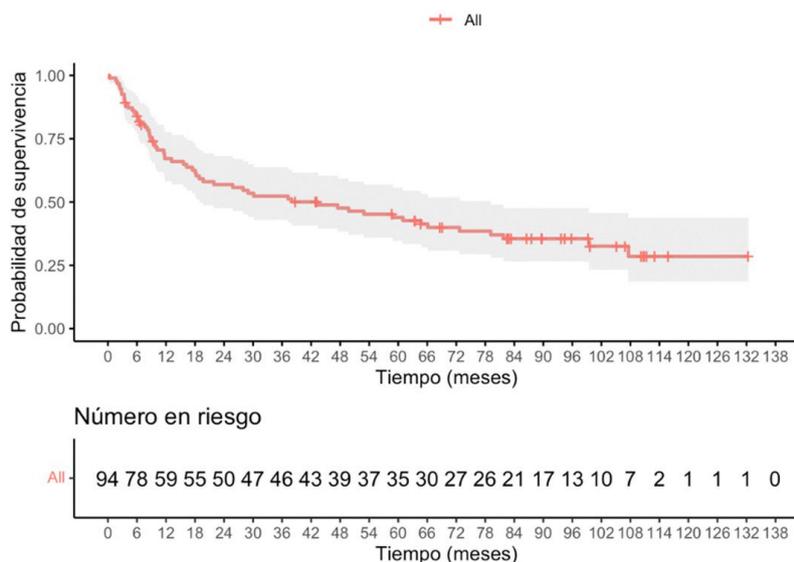
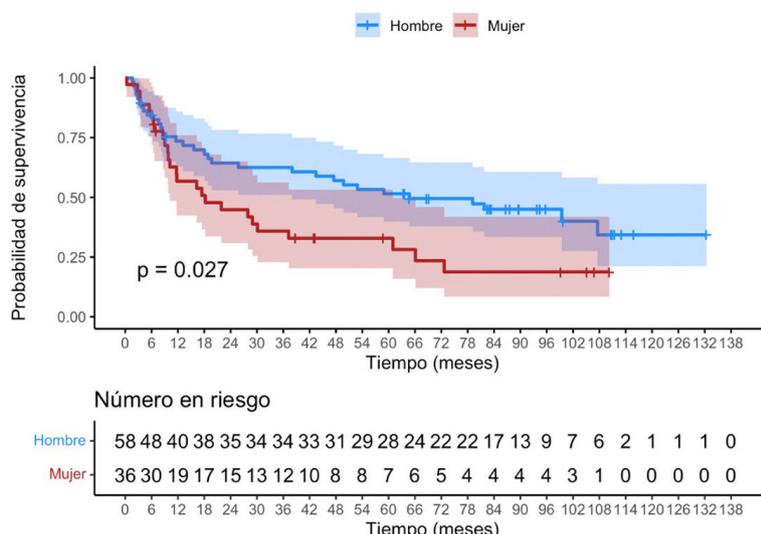


Figura 1. Curva de Kaplan Meier de supervivencia del fármaco en la población total.



P350 Figura 2. Curvas de Kaplan Meier de supervivencia del fármaco en la población total según sexo.

Conclusiones: Golimumab mostró buena persistencia global en esta población de pacientes diagnosticados de espondiloartritis axial. Apreciamos mejor persistencia del fármaco en varones con espondiloartritis axial radiográfica y con menos de 2 líneas de tratamiento.

P351. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS CRITERIOS CASPAR EN EL ESTUDIO ESPAÑOL DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PURE-4

M.R. Queiro Silva¹, I. Belinchón^{2,3,4}, A. Erra⁵, X. Michelena⁵, B. Joven⁶, L. Crespí⁷, E. Beltran⁸, A. Laiz⁹, V. Jovani¹⁰, D. Reina¹¹, E. Galíndez-Agirregoikoa¹², M.L. García-Vivar¹², G. Guinea Uzabal¹³, L. Gómez Labrador¹³ y A. Soler¹³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante. ⁴Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall Hebron. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁷Servicio

de Reumatología. Hospital de Manacor. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ¹³Novartis Farmacéutica. Barcelona.

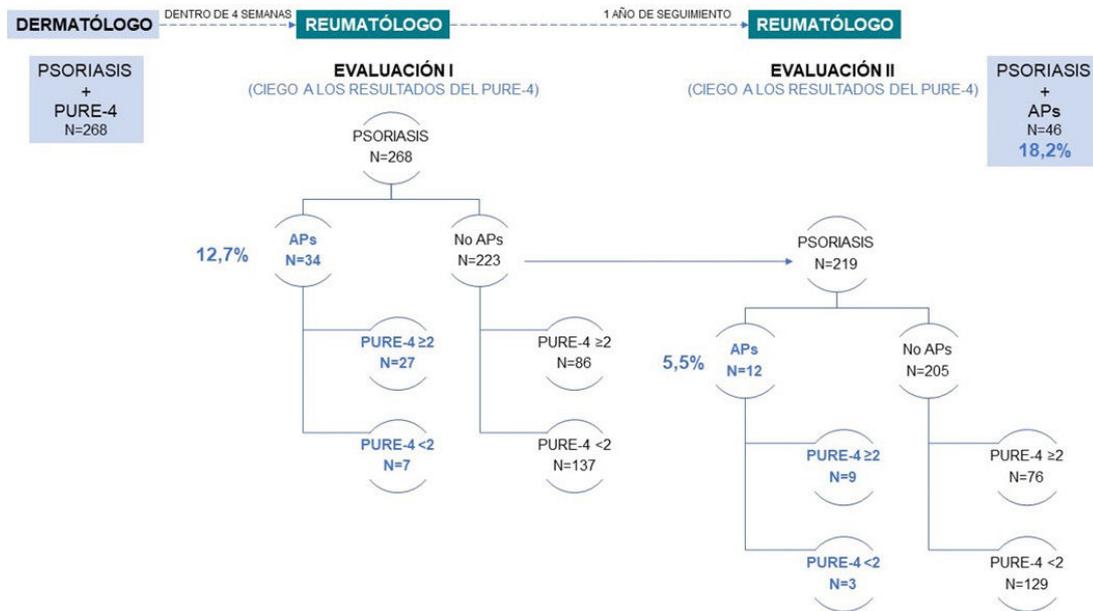
Introducción y objetivos: Los criterios de clasificación CASPAR presentan una alta sensibilidad/especificidad para la clasificación de pacientes (pts) con APs. Aunque inicialmente fueron diseñados con fines de clasificación, muchos autores los han utilizado con fines diagnósticos con resultados variables. El cuestionario Psoriatic arthritis UnclutteRed screening Evaluation (PURE-4) fue validado recientemente para su uso en el contexto sanitario dermatológico español, mostrando buena sensibilidad/especificidad para detectar APs¹. Analizamos el rendimiento de los criterios CASPAR en los pts incluidos en este estudio de validación con diagnóstico final de APs por el reumatólogo evaluador.

Métodos: La capacidad de la versión española del PURE-4 para detectar APs entre pts con psoriasis (Pso) que reciben atención dermatológica habitual en España fue confirmada previamente. Principales hallazgos: (i) PURE-4 mostró capacidad de discriminación global

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos en la evaluación I y/o en la evaluación II (variables recogidas en la evaluación I)

Característica	Con diagnóstico de APs (al final) (n = 46)	Sin diagnóstico de APs (al final) (n = 205)	No evaluable (al final) (n = 2)	Total (n = 253)	p
Sexo, hombres, n (%)	28 (60,9)	115 (56,1)	0	143 (56,5)	0,555
Edad, años, media (DE)	48,9 (11,1)	47,0 (12,5)	39,0 (19,8)	47,3 (12,3)	0,337
Años desde el diagnóstico, media (DE)	20,4 (14,2)	18,7 (12,8)	13,1 (9,8)	18,9 (13,0)	0,529
PASI, media (DE)	8,7 (5,6)	6,8 (5,0)	9,5 (3,5)	7,2 (5,1)	0,026
Leve (PASI < 7), n (%)	14 (30,4)	93 (45,4)	0	107 (42,3)	0,064
Moderada a grave (PASI ≥ 7), n (%)	32 (69,6)	112 (54,6)	2 (100,0)	146 (57,7)	
Localizaciones difíciles de tratar, n (%)	31 (67,4)	95 (46,3)	1 (50,0)	127 (50,2)	0,010
Pso palmo plantar, n (%)	8 (25,8)	15 (15,8)	0	23 (18,1)	0,210
Pso ungueal, n (%)	13 (41,9)	45 (47,4)	0	58 (45,7)	0,598
Pso del cuero cabelludo, n (%)	27 (87,1)	75 (78,9)	1 (100,0)	103 (81,1)	0,316
n válida	31	95	1	127	
BSA (0% a 100%), media (DE)	10,8 (8,3)	8,2 (8,1)	5,0 (.)	8,7 (8,2)	0,062
n válida	3	40	1	44	
DLQI, media (DE)	9,9 (6,9)	7,6 (6,7)	20,0 (.)	8,2 (6,9)	0,094
n válida	16	87	1	104	
Cumple criterios CASPAR en la evaluación I, n (%)	21 (61,8)	0	0	21 (7,8)	< 0,000
n válida	34	223	11	268	
Cumple criterios CASPAR en la evaluación II, n (%)	7 (58,3)	0	0	7 (3,2)	< 0,000
n válida	12	205	2	219	

APs: artritis psoriásica; BSA: Body Surface Area; CASPAR: Classification Criteria for Psoriatic Arthritis; DE: desviación estándar; DLQI: Dermatology Life Quality Index; n: número de pacientes; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; Pso: psoriasis.



P351 Figura. Diagrama de flujo de la población del estudio.

aceptable (AUC = 73% en evaluación I; AUC = 76% en evaluación II), fiabilidad aceptable (α Cronbach = 0,610) y buena validez de constructo; (ii) el punto de corte óptimo ≥ 2 permite detectar pts con/sin APs con buena sensibilidad (79,4%) y especificidad (80,7%); (iii) PURE-4 fue sensible (75%) para predecir un diagnóstico temprano de APs a 1 año de seguimiento; (iv) el punto de corte ≥ 2 es óptimo para detectar APs a corto (1 mes) y a largo plazo (1 año). Entre los anclajes externos utilizados para analizar la validez de constructo del PURE-4 se incluyeron los criterios CASPAR. Se analizó el rendimiento y concordancia de los criterios CASPAR vs. el diagnóstico médico (estándar de referencia). Las pruebas de Mann-Whitney y Chi cuadrado permitieron evaluar las diferencias en las características de los pts con/sin APs según el diagnóstico del reumatólogo.

Tabla 2. Relación entre el punto de corte óptimo de la puntuación PURE-4 (≥ 2) y los criterios CASPAR

Variable	PURE-4	Criterios CASPAR		Total	p
		No	Sí		
Punto de corte óptimo de la puntuación PURE-4	< 2 ítems + PURE-4	126 (60,9%)	7 (33,3%)	133 (58,3%)	0,0147
	≥ 2 ítems + N válida	81 (39,1%)	14 (66,7%)	95 (41,7%)	
		207	21	228	

CASPAR: Classification Criteria for Psoriatic Arthritis; PURE-4: Psoriatic arthritis Uncluttered screening Evaluation.

Resultados: La tabla 1 resume las características basales de los pts. De los 268 pts evaluables en la evaluación I, 34 presentaron APs. En la evaluación II, 219 pts fueron evaluables y 12 de ellos desarrollaron APs un año después (fig.). Al final del estudio se observaron 46 pts con APs (18,3%, 46/251 con seguimiento completo). En la evaluación I, 21/34 pts con APs (61,8%) cumplían criterios CASPAR, 4 (19%) no los cumplían y en 9 no estaban disponibles (26,5%). En la evaluación I, el 95,2% de los que cumplieron criterios CASPAR cumplieron con el ítem de Pso actual mientras que el 62% distrofia ungueal, 24% dactilitis y 24% criterios radiológicos. La puntuación media (DE) del PURE-4 [2,19 (1,29)] fue significativamente mayor en pts que cumplían criterios CASPAR vs. los que no [1,29 (1,26); $p = 0,002$]. Dos tercios de los pts con APs según criterios CASPAR obtuvieron puntuación PURE-4 ≥ 2 . El porcentaje de concordancia entre ambos criterios (PURE-4 y CASPAR) fue del 61,4% (tabla 2). En la evaluación II,

de los 12 pts con diagnóstico de APs, 7 cumplían criterios CASPAR (58,3%), 3 no (25%) y en 2 no estaban disponibles. En esta segunda evaluación, todos los pts cumplieron con el ítem de Pso actual (28,6% distrofia ungueal, 28,6% dactilitis y ninguno cumplió criterios radiológicos).

Conclusiones: Los criterios CASPAR presentaron un adecuado rendimiento diagnóstico en el estudio español de validación del cuestionario PURE-4. Sin embargo, el criterio que debe prevalecer en el diagnóstico de la APs sigue siendo el de un reumatólogo con experiencia en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Queiro R, et al. Poster POS1075. Congreso EULAR 2022.

P352. APREMILAST REDUCE LA INFLAMACIÓN MEDIDA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA MANO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS PRIMARIOS DEL ESTUDIO DE FASE IV MOSAIC

Mikkel Østergaard¹, Walter P. Maksymowych², Mikael Boesen³, Robert Lambert⁴, Guillermo Valenzuela⁵, Michael Bubb⁶, Olga Kubassova⁷, Jyotsna Reddy⁸, Stephen Colgan⁹, Yuri Klyachkin¹⁰, Cynthia Deignan¹¹, Lihua Tang⁸, Maria Paris⁸ y Philip J. Mease¹²

¹Copenhagen Center for Arthritis Research. Center for Rheumatology and Spine Diseases. Centre for Head and Orthopaedics. Rigshospitalet. University of Copenhagen. Copenhagen. Dinamarca. ²University of Alberta. Edmonton. AB. Canadá. ³Copenhagen University Hospital. Bispebjerg and Frederiksberg Hospital. Naerum. Dinamarca. ⁴Department of Radiology and Diagnostic Imaging. University of Alberta. Edmonton. AB. Canadá. ⁵Integral Rheumatology & Immunology Specialists. Plantation. FL. Estados Unidos. ⁶University of Florida. Gainesville. FL. Estados Unidos. ⁷Image Analysis Group. Philadelphia. PA. Estados Unidos. ⁸Amgen. Inc. Thousand Oaks. CA. Estados Unidos. ⁹Amgen. Inc. Halton Hills. ON. Canadá. ¹⁰Amgen. Inc. Lexington. KY. Estados Unidos. ¹¹Amgen. Inc. Agoura Hills. CA. Estados Unidos. ¹²Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington School of Medicine. Seattle. WA. Estados Unidos.

Introducción y objetivos: La artritis psoriásica (APs) se caracteriza por una artritis inflamatoria, entesitis, dactilitis y espondilitis. Apremilast (APR) es un inhibidor oral de la fosfodiesterasa-4 apro-

bado para tratar la APs. Evaluamos la eficacia de APR 30 mg dos veces al día sobre la inflamación medida mediante resonancia magnética (RM) de la mano.

Métodos: MOSAIC (NCT03783026) es un estudio de fase IV, multicéntrico, abierto, de un solo grupo en pacientes (pac.) con APs activa (≥ 3 meses pero ≤ 5 años desde el diagnóstico, cumpliendo los criterios CASPAR) que evaluó APR en monoterapia o combinado con metotrexato estable. Los pac. recibieron APR durante 48 semanas (S) y se les realizó una RM de la mano con contraste en el momento basal (BL), S24 y S48. Dos expertos, cegados para la información clínica y tiempo de adquisición, interpretaron las imágenes. La variable principal fue el cambio desde BL en la puntuación compuesta por el edema de médula ósea (BME), sinovitis y tenosinovitis en los dedos 2-5, evaluada a través de la puntuación de APs mediante RM (PsAMRIS) en la S24. También se evaluó la puntuación total de la inflamación, compuesta por BME, sinovitis, tenosinovitis e inflamación periarticular en los dedos. La progresión estructural, determinada por la erosión y proliferación del hueso en los dedos 2-5, se evaluó mediante la puntuación de daño total en la mano. Para las variables clave se hicieron análisis de subgrupos según actividad BL de la enfermedad, medida con el Índice de Actividad Clínica de la Enfermedad para la APs (cDAPSA).

Resultados: Un total de 122 pac. recibieron APR (edad media, 47 años; 55% mujeres; duración media APs, 1,9 años). La población de análisis (FAS) incluyó 98 pac. evaluables para la variable principal y la población por protocolo (PP) 94. La media de mínimos-cuadrados (LS) (intervalo de confianza del 95% [IC95%]) del cambio desde BL en PsAMRIS (FAS) fue -2,32 (-4,73, 0,09) en la S24 y -2,91 (-5,45, -0,37) en la S48 (fig. 1). La media LS (IC95%) del cambio desde BL en PsAMRIS (PP) en las S24 y S48 mostró una reducción significativa de la actividad de la enfermedad (fig. 1). Se observaron mejoras significativas desde BL en la puntuación total de la inflamación en FAS (fig. 1). La puntuación del daño total en la mano no mostró cambios significativos desde BL a la S48 (fig. 1). Los pac. también mostraron mejoras significativas desde BL en cDAPSA en las S24 y S48 (fig. 1). Los análisis de subgrupos mostraron mejoras significativas desde BL en la inflamación en pac. con actividad moderada (ModDA; cDAPSA > 13 a ≤ 27) y cambios no significativos desde BL en el daño total. A pesar de no ser significativo, los pac. con una actividad alta (HDA; cDAPSA > 27) tuvieron una mejora desde BL en los índices de inflamación (fig. 2). No se identificaron nuevas señales de seguridad.

Conclusiones: Los pac. con APs tratados con APR tuvieron mejoras en los índices clínicos y en los de inflamación por RM evaluados mediante PsAMRIS en la mano en las S24 y S48, confirmando el

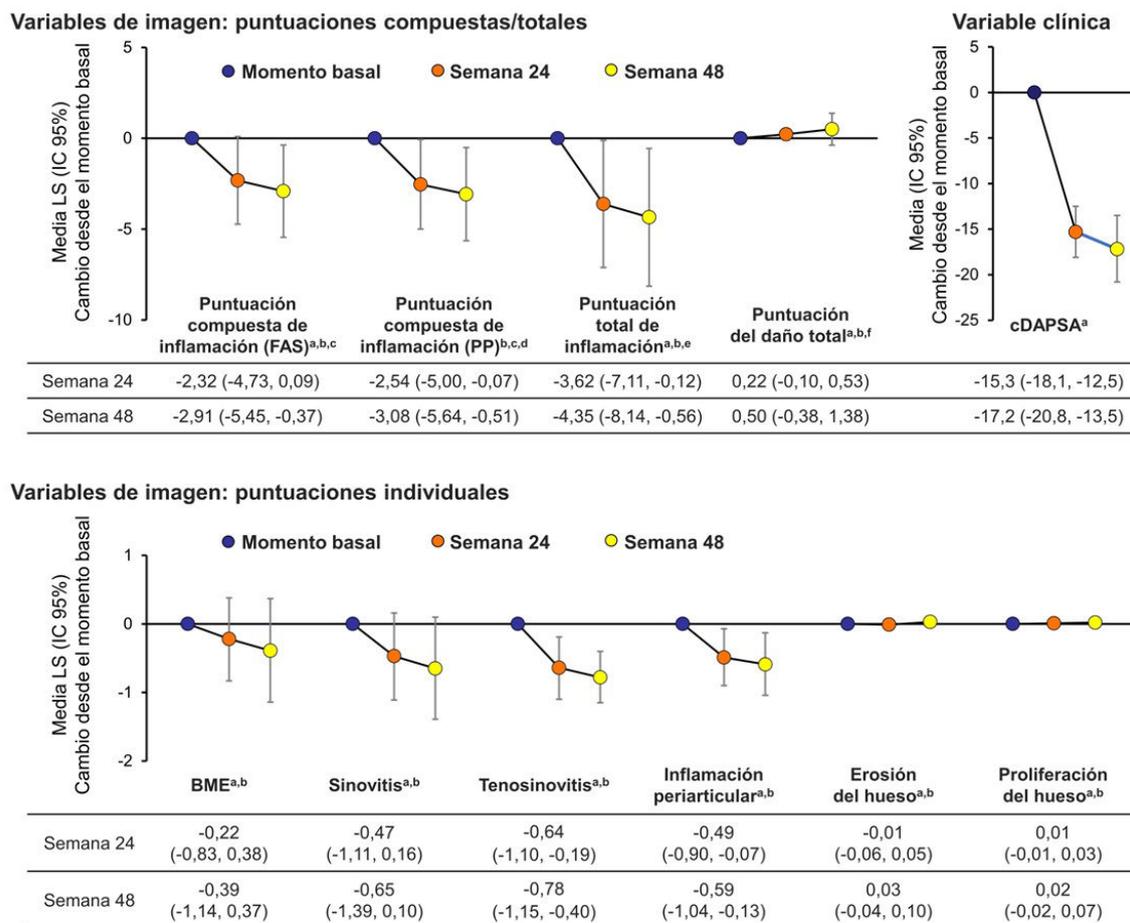


Imagen de creación propia.

^a Basada en la FAS, definida como todos los pacientes incluidos que recibieron ≥ 1 dosis de medicación del estudio.

^b Basado en el modelo de efectos-mixtos de medidas repetidas con el cambio desde el momento basal como variable de respuesta e incluyendo el tipo de escáner y tiempo como efectos fijos, y la puntuación compuesta en el momento basal como covariable.

^c Incluye BME, sinovitis y tenosinovitis.

^d Basado en la población PP, definida como todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de medicación del estudio y que no tuvieron ninguna desviación mayor del protocolo que pudiese afectar a la variable principal.

^e Incluye BME, sinovitis, tenosinovitis e inflamación periarticular en los dedos.

^f Incluye erosión del hueso y proliferación del hueso en los dedos.

BME, edema de médula ósea; cDAPSA, Índice de Actividad Clínica de la Enfermedad para la Artritis Psoriásica; FAS, población de análisis; IC, intervalo de confianza; LS, mínimos-cuadrados; PP, por protocolo.

Figura 1. Cambio desde el momento basal en las variables de imagen y clínicas de eficacia después de iniciar tratamiento con apremilast.

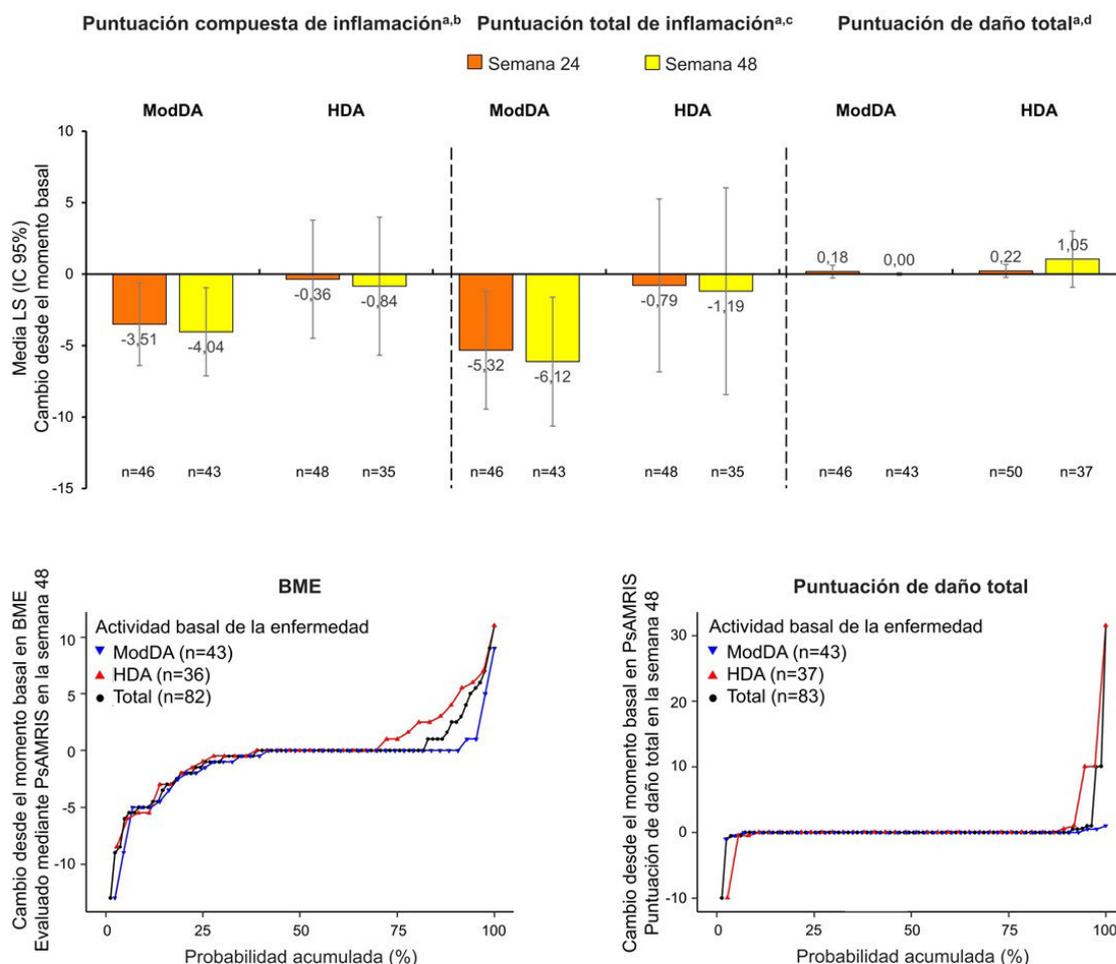


Imagen de creación propia. Puntuación cDAPSA >13 a ≤27 indica ModDA. Puntuación cDAPSA >27 indica HDA. Basado en la FAS, definida como todos los pacientes incluidos que recibieron ≥1 dosis de medicación del estudio.
^aBasado en el modelo de efectos-mixtos de medidas repetidas con el cambio desde el momento basal como variable de respuesta e incluyendo el tipo de escáner y tiempo como efectos fijos, y la puntuación compuesta en el momento basal como covariable.
^bIncluye BME, sinovitis y tenosinovitis.
^cIncluye BME, sinovitis, tenosinovitis e inflamación periarticular en los dedos.
^dIncluye erosión del hueso y proliferación del hueso en los dedos.
 BME, edema de médula ósea; cDAPSA, Índice de Actividad Clínica de la Enfermedad para la Artritis Psoriásica; FAS, población de análisis; HDA, actividad alta de la enfermedad; IC, intervalo de confianza; LS, mínimos-cuadrados; ModDA, actividad moderada de la enfermedad; PsAMRIS, puntuación de artritis psoriásica mediante resonancia magnética.

P352 Figura 2. Cambio desde el momento basal en las variables de imagen según la actividad basal de la enfermedad (análisis de subgrupos).

efecto de APR en las manifestaciones clínicas e inflamatorias de la APs. Pac. con ModDA parecieron tener una mejora mayor desde BL en las puntuaciones de inflamación de RM que los HDA. No se observó progresión estructural significativa. Estos resultados ofrecen datos importantes sobre el efecto de APR en APs y destacan el valor de la RM y PsAMRIS como medidas de la actividad inflamatoria de la enfermedad y del cambio tras el tratamiento.

P353. PERSISTENCIA TERAPÉUTICA DE SECUKINUMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA: DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ESPAÑOLA A LOS CINCO AÑOS DE SEGUIMIENTO

José Campos Esteban¹, Carlos A. Guillén Astete², Beatriz Joven Ibáñez³, Ana Pérez Gómez⁴, Mara Valero Expósito², Carlota Navarro Joven¹, Emilio Rico Sánchez-Mateos⁴, María Martín López³, Valentina Emperiale⁴, Carolina Merino Argumánz¹ y Javier Bachiler Corral²

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

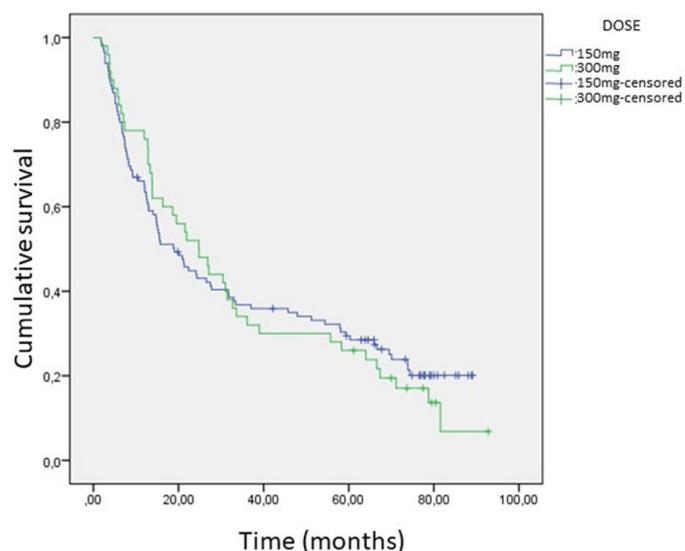
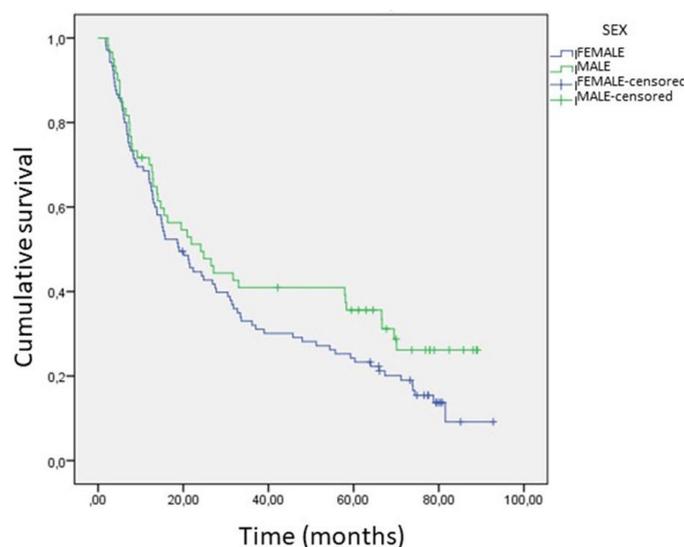
Introducción: Secukinumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la interleucina-17A, aprobado para el tratamiento de la artritis psoriásica. Nuestro equipo investigador llevó a cabo un estudio de supervivencia de este tratamiento hace 3 años. Dada la necesidad existente de obtener datos de práctica clínica hemos extendido el seguimiento a cinco años.

Objetivos: Determinar la persistencia a cinco años del tratamiento con secukinumab en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica en condiciones de práctica clínica. Adicionalmente se analizarán las situaciones en que se ha interrumpido el fármaco.

Métodos: En este estudio han participado cuatro hospitales de mediana-alta complejidad. Se han obtenido los datos de aquellos pacientes diagnosticados de artritis psoriásica según criterios CASPAR que iniciaron tratamiento con secukinumab. Cada centro recogió a partir de historiales electrónicos los datos epidemiológicos, clínicos y demográficos así como el tiempo de seguimiento y la causa de interrupción del tratamiento en caso de haberse producido. Para el análisis estadístico se ha empleado una curva de Kaplan-Meier.

Resultados: La cohorte del estudio incluye un total de 166 pacientes, de los cuales (63,9%) eran mujeres. La edad media (DE) fue de 52,2 (12,1) años al inicio del tratamiento con secukinumab. El tiempo medio (DE) desde el diagnóstico al inicio del tratamiento fue

de 91,5 (81,9) meses y el tiempo medio (DE) de seguimiento fue 33,2 (2,9) meses. En 115 pacientes (69,3%) la dosis prescrita de secukinumab fue 150 mg/mes. Al cabo del seguimiento a cinco años, 34 pacientes (20,5%) mantenían el tratamiento con secukinumab. La supervivencia media del tratamiento fue de 21,5 meses (ET 3,5; Límites 14,6-28,4). No se hallaron diferencias significativas en términos de persistencia cuando se realizó comparación por género ((32,7 ET 2,9 vs. 40,4 ET 4,5; $p = 0,113$) y dosis (35,7 ET 3,1 vs. 34,7 ET 4,2; $p = 0,769$) (fig.). La causa más frecuente de interrupción del tratamiento fue la ineficacia secundaria (49,2%), seguida de la ineficacia primaria (32,5%). Se suspendió el tratamiento por efectos adversos en un 9,8% de los casos; ningún efecto secundario fue considerado grave. Las variables edad, género, tiempo de evolución y dosis no influyeron en el modelo de regresión de Cox para la persistencia del tratamiento.



Curvas de Kaplan-Meier comparando la persistencia del tratamiento con secukinumab en pacientes con artritis psoriásica según género y dosis de inicio.

Conclusiones: La mediana de persistencia del tratamiento con secukinumab en nuestros pacientes con artritis psoriásica fue de aproximadamente 2 años. No se han identificado en esta cohorte condicionantes específicos para la suspensión del tratamiento, ni tampoco un perfil determinado que se asocie a una mayor duración del mismo. El tratamiento con secukinumab no se ha asociado con

efectos secundarios graves y con poca frecuencia se ha producido abandono del mismo por este motivo.

P354. RESULTADOS EN LA SEMANA 16 DE FOREMOST, UN ESTUDIO CONTROLADO CON PLACEBO EN ARTRITIS PSORIÁSICA OLIGOARTICULAR TRATADA CON APREMILAST

Philip J. Mease¹, Dafna Gladman², Laura Coates³, Jacob Aelion⁴, Jitendra Vasandani⁵, Arthur Kavanaugh⁶, Joseph F. Merola⁷, Jyotsna Reddy⁸, Rebecca Wang⁸, Michele Brunori⁸, Stephen Colgan⁹ y Laure Gossec¹⁰

¹Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington School of Medicine. Seattle. WA. Estados Unidos. ²Schroeder Arthritis Institute. Krembil Research Institute. Toronto Western Hospital. Department of Medicine. University of Toronto. Toronto. ON. Canadá. ³University of Oxford. Oxford. Reino Unido. ⁴West Tennessee Research Institute. Jackson. TN. Estados Unidos. ⁵West Texas Clinical Research. Lubbock. TX. Estados Unidos. ⁶University of California San Diego. School of Medicine. Riverside. CA. Estados Unidos. ⁷Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School. Boston. MA. Estados Unidos. ⁸Amgen. Inc. Thousand Oaks. CA. Estados Unidos. ⁹Amgen. Inc. Halton Hills. ON. Canadá. ¹⁰Sorbonne Université and Pitié Salpêtrière Hospital. París. Francia.

Introducción y objetivos: La artritis psoriásica (APs) oligoarticular puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, a pesar de afectar solo un número limitado de articulaciones. FOREMOST evaluó la eficacia de apremilast (APR) en pacientes (pac.) con afectación articular limitada usando una modificación de la actividad mínima de la enfermedad (MDA-articular).

Métodos: FOREMOST (NCT03747939) es un estudio de fase IV, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo (PBO) y de grupos paralelos. Los pac. elegibles tenían APs temprana (duración ≤ 5 años) y una afectación articular limitada (recuento de articulaciones inflamadas [SJC] y de articulaciones dolorosas [TJC] > 1 pero ≤ 4 , de 66-68 evaluadas). Las articulaciones afectadas en el momento basal (BL) se definieron como centinela. Los pac. se aleatorizaron 2:1 a APR o PBO durante 24 semanas, con posibilidad de escape prematuro en la semana (S) 16. La variable principal fue la proporción de pac. que alcanzaron MDA-articular (SJC ≤ 1 y TJC ≤ 1 obligatoriamente, y 3/5 del resto de ítems) en la S16. Las variables secundarias evaluadas en la S16 incluyeron la proporción de pac. en remisión (REM, ≤ 4) o baja actividad de la enfermedad (LDA, > 4 a ≤ 13) según el Clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis (cDAPSA), Patient's Global Assessment of Disease Activity (PtGA) ≤ 20 , evaluación del dolor por el pac. ≤ 15 , respuestas buena o moderada según Psoriatic Arthritis Disease Activity Score (PASDAS), y cambio desde BL en el Psoriatic Arthritis Impact of Disease 12-item (PsAID-12). Se realizaron análisis exploratorios para todas las articulaciones y análisis *post hoc* en pac. con 2-4 articulaciones centinela. Las proporciones de pac. con SJC o TJC > 4 a lo largo del tiempo se evaluaron para pac. con un recuento BL de 2-4 articulaciones.

Resultados: En los 308 pac. aleatorizados (APR: $n = 203$; PBO: $n = 105$), la duración media de APs fue 9,9 (desviación estándar [DE] 10,2) meses, la edad media 50,9 (DE 12,5) años, y el 39,9% estaba utilizando fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sistémicos convencionales (FAMEsc). En la población total, la respuesta MDA-articular (basada en articulaciones centinela) fue alcanzada por significativamente más pac. con APR (33,9%) vs. PBO (16,0%) en la S16 ($p = 0,0008$) (tabla 1). Proporciones significativamente mayores de pac. alcanzaron las variables secundarias con APR vs. PBO en la S16 (tabla 1). Las características clínicas fueron similares entre pac. con ≤ 4 y > 4 articulaciones afectadas en BL (tabla 2). Un total de 268 (87%) pac. tenía ≤ 4 ar-

Tabla 354

Tabla 1. Variables clínicas y de calidad de vida en la semana 16

	Articulaciones centinela ^a			Todas las articulaciones (análisis exploratorio)		
	PBO (n = 105)	APR (n = 203)	Diferencia (IC95%)	PBO (n = 105)	APR (n = 203)	Diferencia (IC95%)
Variable principal						
MDA-articular ^b , n (%)	16,8 (16,0)	68,8 (33,9)	18,5% (8,9, 28,1) p = 0,0008	8,3 (7,9)	43,2 (21,3)	13,6% (5,9, 21,4), p = 0,0028 ^d
Variables secundarias						
cDAPSA REM/LDA ^c , n (%)	54,4 (51,8)	142,6 (70,2)	18,6% (7,0, 30,2) p = 0,0017	40,0 (38,0)	122,5 (60,3)	22,5% (10,7, 34,3), p = 0,0004 ^d
PASDAS respuesta buena/moderada, n (%)	43,9 (41,8)	123,8 (61,0)	19,7% (7,7, 31,8) p = 0,0016 ^b	42,8 (40,8)	120,3 (59,3)	19,0% (7,0, 31,1), p = 0,0023 ^d
PsAID-12, media LS (DE) del cambio desde BL				-0,4 (0,2)	-1,5 (0,2)	-1,0 (-1,5, -0,6), p < 0,0001 ^d
PtGA ≤ 20, n (%)				20,1 (19,1)	61,7 (30,4)	11,8% (1,7, 22,0), p = 0,0286 ^d

Los porcentajes se basan en el número de pacientes de la población de análisis (FAS). ^aLas articulaciones centinela se definen como las articulaciones afectadas en BL. ^bMDA-articular compuesto por TJC ≤ 1 y SJC ≤ 1 más la consecución de 3 de los siguientes: BSA ≤ 3%, evaluación del dolor por el paciente mediante EVA (0-100 mm) ≤ 15, PtGA (0-100 mm) ≤ 20, HAQ-DI ≤ 0,5 y LEI ≤ 1. ^cREM: ≤ 4, LDA: > 4 pero ≤ 13. ^dP-valor nominal. APR: apremilast; BSA: área de superficie corporal; BL: momento basal; cDAPSA: Clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis; DE: desviación estándar; EVA: escala visual analógica; HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire Disability Index; IC: intervalo de confianza; LDA: baja actividad de la enfermedad; LEI: Leeds enthesitis index; LS: mínimos-cuadrados; MDA: actividad mínima de la enfermedad; PASDAS: Psoriatic Arthritis Disease Activity Score (0-10); PBO: placebo; PsAID-12; Psoriatic Arthritis Impact of Disease 12-item (0-10); PtGA: Patient's Global Assessment of Disease Activity (EVA 0-100 mm); REM: remisión; SJC: recuento de articulaciones inflamadas; TJC: recuento de articulaciones dolorosas.

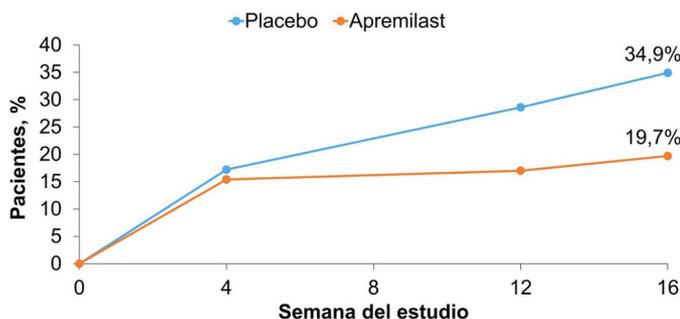
Tabla 354

Tabla 2. Características clínicas y demográficas basales según el número de articulaciones afectadas a nivel basal

	SJC o TJC ≤ 4		SJC o TJC > 4	
	PBO (n = 92)	APR (n = 176)	PBO (n = 13)	APR (n = 27)
Edad, media (DE), años	49,4 (12,6)	50,9 (12,2)	56,2 (14,9)	53,9 (12,7)
Hombres, n (%)	47 (51,1)	73 (41,5)	7 (53,8)	12 (44,4)
Raza, caucásica, n (%)	86 (93,5)	167 (94,9)	13 (100,0)	25 (92,6)
Duración de APs, media (DE), meses	10,3 (11,2)	10,0 (10,3)	7,3 (4,9)	8,2 (7,9)
Uso previo de FAMEsc, n (%)	62 (67,4)	120 (68,2)	7 (53,8)	15 (55,6)
SJC (0-66), media (DE)	2,5 (0,6)	2,6 (0,7)	3,2 (0,8)	3,1 (0,8)
TJC (0-68), media (DE)	3,1 (0,8)	3,2 (0,8)	3,8 (0,4)	3,6 (0,7)
BSA, media (DE), %	6,0 (8,5)	7,5 (13,0)	8,9 (21,6)	3,1 (5,2)
Evaluación del dolor por el paciente (EVA 0-100 mm), media (DE)	49,6 (23,0)	52,5 (21,8)	61,4 (18,4)	50,9 (23,2)
PtGA (EVA 0-100 mm), media (DE)	49,4 (21,1)	51,2 (22,0)	58,2 (16,1)	54,3 (22,2)
HAQ-DI, media (DE)	1,0 (0,7)	1,0 (0,6)	1,2 (0,5)	1,0 (0,6)
LEI, media (DE)	2,4 (1,5)	2,4 (1,4)	3,4 (2,0)	2,5 (1,8)
cDAPSA, media (DE)	15,5 (4,5)	16,2 (4,3)	19,0 (2,9)	17,2 (4,2)
PASDAS, media (DE)	4,8 (1,1)	4,9 (1,1)	5,3 (0,7)	5,2 (1,2)

aEn pacientes con entesopatía preexistente. APR: apremilast; APs: artritis psoriásica; BSA: área de superficie corporal; cDAPSA: Clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis; DE: desviación estándar; EVA: escala analógica visual; FAMEsc: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sistémicos convencionales; HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire Disability Index; LEI: Leeds enthesitis index; PASDAS: Psoriatic Arthritis Disease Activity Score (0-10); PBO: placebo; PtGA: Patient's Global Assessment of Disease Activity (EVA 0-100 mm); SJC: recuento de articulaciones inflamadas; TJC: recuento de articulaciones dolorosas.

articulaciones activas en BL. En un análisis *post hoc*, se observaron tasas de respuesta MDA-articular similares en pac. con 2-4 articulaciones (APR: 34,4%, PBO: 17,2%) vs. la población total del estudio en la S16. En pac. con 2-4 articulaciones afectadas en BL, hubo un aumento de los que pasaron a tener un recuento de articulaciones > 4 en la S16 entre los que recibieron PBO pero no entre los que recibieron APR (fig.). No se identificaron nuevas señales de seguridad.



Porcentajes calculados según los datos observados en cada punto temporal. Imagen de creación propia.

Porcentaje de pacientes que pasaron de un recuento de articulaciones ≤ 4 en el momento basal a > 4 hasta la semana 16.

Conclusiones: FOREMOST es el primer ensayo global aleatorizado y controlado que ha estudiado la APs oligoarticular temprana. En este estudio, se alcanza un mejor control de la enfermedad con APR, con el doble de respuesta MDA-articular vs. PBO en la S16. Un porcentaje más alto de pac. con recuento de articulaciones en BL ≤ 4 pasaron a un recuento > 4 con PBO vs. APR.

P355. CARACTERIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA OCULAR NO INFECCIOSA EN ESPONDILOARTRITIS EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR

Marina Molinari Pérez¹, Elena Miguélez², Carolina Tornero¹, Armelle Schlinker³, Ventura Hidalgo³, Alejandro Balsa¹ y Diana Peiteado¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Universidad Autónoma de Madrid. ³Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La afectación inflamatoria ocular es una de las manifestaciones extraarticulares más frecuentes de la espondiloartritis (EspA). Se han descrito diferencias en el tipo de manifestación ocular entre los distintos tipos de EspA; sin embargo, la información en la literatura es escasa y contradictoria. La diferenciación de estos procesos asociados tiene implicaciones importantes tanto en el tratamiento como en el pronóstico, y puede condicionar el tratamiento de la enfermedad subyacente.

Objetivos: Analizar las características de la inflamación ocular no infecciosa en los diferentes tipos de EspA en una consulta multidisciplinaria de patología inflamatoria ocular.

Métodos: Estudio observacional descriptivo que incluye datos de pacientes con un proceso ocular inflamatorio no infeccioso secundario a EspA evaluados en una consulta multidisciplinaria de inflamación ocular entre enero de 2012 y enero de 2024. Se analizan comparativamente los datos demográficos, la afectación ocular, sus secuelas y el tratamiento. Las variables cuantitativas se describieron como mediana y rango intercuartílico (RIC) o media y desviación estándar (DE), y se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. El análisis comparativo se realizó mediante t de Student y la comparación de proporciones mediante el test de chi-cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Se empleó el programa IBM SPSS 21,0 para el análisis estadístico.

Resultados: De un total de 564 pacientes registrados, recopilamos datos de 147 pacientes con EspA (26%). La tabla muestra las características clínicas en la muestra global y en los diferentes tipos de EspA. En el análisis comparativo, según el tipo de EspA, se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de HLAB27 positivo ($p < 0,01$); siendo más frecuente en la espondilitis anquilosante (EA) y la espondiloartritis axial (EspAax). La edad de inicio fue significativamente mayor en EA y la artritis psoriásica (APs) ($p < 0,01$). En cuanto al compromiso ocular, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,01$) en el patrón y curso. El patrón de uveítis anterior aguda recurrente (UAAR) y el curso agudo recurrente fueron predominantes en EA, EspAax y APs. El patrón de uveítis anterior aguda bilateral (UAAB) y las formas crónicas fueron más frecuentes en la espondiloartritis periférica (EspAp) y la enfermedad inflamatoria intestinal asociada a espondiloartritis (EII-EspA). En cuanto al examen oftalmológico, se encontraron diferencias significativas (p

Tipo de Espondiloartritis N (%)	TOTAL 147 (100%)	EA 83 (56%)	EspAax 41 (28%)	EspAP 7 (5%)	EII-EspA 3 (2%)	APs 13 (8.8%)
Sexo (varón)	78 (53%)	49 (59%)	22 (54%)	2 (28%)	2 (67%)	3 (23%)
Edad de inicio (**)	42 (±15)	45,73 ± (15,02)	35,31± (13,62)	34 ± (11,73)	33,67 ± (14,57)	43,75 ± (18,89)
HLAB27 + (**)	105 (72%)	62 (76%)	36 (88%)	2 (28%)	1 (33%)	4 (33%)
Psoriasis	22 (20%)	5 (6%)	4 (10%)	0	0	13 (100%)
Enfermedad inflamatoria intestinal	20 (13.6%)	11 (13%)	4 (10%)	2 (29%)	3 (100%)	0
Patrón	UAANR 16 (11%)	8 (10%)	6(15%)	1(14%)	1(33%)	0
	UAAR 104 (70%)	64(77%)	31(76%)	2(28%)	0	7(54%)
	UAAB 12 (9%)	7(8%)	2(5%)	1(14%)	1(33%)	1(8%)
	UAC 8 (5%)	2(2%)	1(2%)	2(28%)	1(33%)	2(15%)
	UI 3 (2%)	1 (1%)	1(2%)	0	0	1(8%)
	UP 1 (1%)	0	0	0	0	1(8%)
	Escleritis 2 (1%)	0	0	1(14%)	0	1(8%)
Epiescleritis 1 (1%)	1(1%)	0	0	0	0	0
Localización	Anterior 143 (97%)	82(99%)	40(97%)	7(100%)	3(100%)	11(84%)
	Intermedia 2 (1.4%)	1(1%)	0	0	0	1(8%)
	Posterior 1 (1%)	0	0	0	0	1(8%)
	Panuveítis 1 (1%)	0	1(2%)	0	0	0
Curso (**)	Agudo no recurrente 20 (13.6%)	9(10%)	7 (17%)	2(28%)	1(33%)	1(8%)
	Agudo recurrente 115 (78%)	71(86%)	32(78%)	3(42%)	1(33%)	8(61%)
	Crónico 12 (8.2%)	3(4%)	2(5%)	2(28%)	1(33%)	4(31%)
Tyndall máximo 4+	21 (14%)	2,62 (±1)	2,86 (±0,9)	3,2 (±1,1)	2 (±0)	2,44 (±1)
Vitritis (*)	18 (13%)	7(8%)	4(10%)	2(28%)	0	5(38%)
Precipitados queráticos (*)	53 (57%)	7(8%)	4(10%)	2(28%)	0	5(38%)
Glaucoma	22 (15%)	12 (14%)	6 (15%)	0	1 (33%)	3 (23%)
Catarata (*)	60 (44%)	41(49%)	6 (15%)	1 (14%)	2 (66%)	10 (77%)
Sinequias	26 (30%)	16 (19%)	9 (22%)	1 (14%)	0	3 (23%)
Membrana epirretiniana	7 (9.5%)	3 (4%)	1 (2%)	0	0	3 (23%)
Edema macular quístico	15 (11%)	9 (11%)	2 (5%)	0	0	4 (31%)
Vasculitis	2 (1%)	1 (1%)	0	0	0	1 (8%)
Papilitis	15 (10%)	5 (6%)	6 (15%)	1 (14%)	0	3 (23%)
Corticoides sistémicos (*)	26 (18%)	11 (13%)	5 (12%)	3 (43%)	0	7 (54%)
FAME uveítis (*)	50 (35%)	24 (29%)	11 (27%)	5 (71%)	1 (33%)	9 (69%)
Número de brotes anuales	1.86 (±1.4)	1.76 (±1)	1.84(±0.9)	2 (±1.2)	1	2.42 (±1.4)

TABLA 1. Elaboración propia. EA: espondilitis anquilosante; EspAax: espondiloartritis axial; EspAp: espondiloartritis periférica; EII-EspA: espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal; APs: artritis psoriásica; FAME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; UAANR: uveítis anterior aguda no recurrente; UAAR: uveítis anterior aguda recurrente; UAAB: uveítis anterior aguda bilateral; UAC: uveítis anterior crónica; UI: uveítis intermedia; UP: uveítis posterior. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

< 0,05) en la presencia de precipitados queráticos (más frecuentes en EA, EspAax y APs), vitritis (en APs) y cataratas (en EA, EII-EspA y APs). No se encontraron diferencias en el sexo, la ubicación/lateralidad de la uveítis, ni en las complicaciones analizadas. En cuanto al tratamiento, hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) en el uso de esteroides sistémicos y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), que fue mayor en EspAp y en APs.

Conclusiones: El estudio muestra que hay diferencias en el compromiso ocular inflamatorio en función del tipo de EspA. Las formas bilaterales y crónicas de uveítis se observaron con mayor frecuencia en EII-EspA o EspAp. Además, el uso de esteroides sistémicos y FAME fue más común en EspAp y APs.

P356. RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y EL SÍNDROME METABÓLICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN BADAJOZ

Luis María Jiménez Liñán¹, José Luis Álvarez Vega², Antonio Cardenal Escarcena³, Raúl Veroz González¹, Sara María Rojas Herrera¹, Mirian Yaneth Orellana¹, Clara Terol Muñoz¹, Juan José Aznar Sánchez¹, Eugenio Chamizo¹ y Antonia Ferreira Conejo³

¹Reumatología. Hospital de Mérida. ²Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ³Reumatología. Hospital Don Benito-Villanueva. Badajoz.

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica y heterogénea con manifestaciones articulares y extraarticulares. Además, presenta una elevada comorbilidad, incluyendo enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico (SM). Aunque existen estudios al respecto, no existen datos concluyentes acerca de la presencia de SM y su influencia sobre la actividad inflamatoria.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas, así como de variables analíticas en una cohorte de pacientes con AP, y estudiar la relación entre SM y la actividad inflamatoria.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, de pacientes diagnosticados de AP que presentan criterios de clasificación CASPAR, en tres servicios de Reumatología de la provincia de Badajoz. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de laboratorio en la visita del paciente. Valoramos si cada paciente reunía criterios para SM, de acuerdo con los criterios de ATP III revisados en 2005 por la NHLBI y la AHA, y evaluamos la actividad de la enfermedad mediante DAPSA (Disease Activity Score for Psoriatic Arthritis) y MDA (Minimal Disease Activity). Se realizó un análisis estadístico mediante regresión logística multivariante binaria, ajustada por edad, para establecer la relación entre SM y los índices de actividad de enfermedad.

Figura 1. Relación entre DAPSA y síndrome metabólico

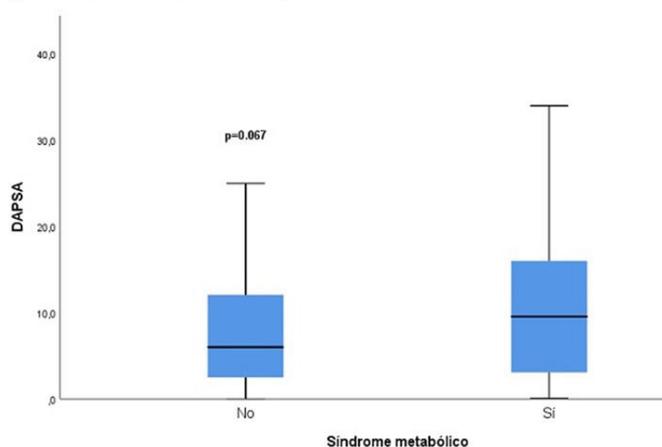


Tabla 1. Características de la muestra estudiada

Variable	Valor
Sexo	
Varón, n (%)	85 (59,4%)
Mujer, n (%)	58 (40,6%)
Edad (años)	54,2 (DE: 11.4)
Evolución de la enfermedad (años)	7 (RIC: 7)
IMC (kg/m ²)	27,0 (P ₂₅ : 24,1; P ₇₅ : 30,4)
Perímetro abdominal (cm)	96 (P ₂₅ : 91; P ₇₅ : 105)
Tabaquismo	
Activo	26 (18,3%)
Exfumador/a	31 (21,8%)
Tratamiento antihipertensivo, n (%)	38 (26,6%)
Tratamiento hipolipemiante, n (%)	48 (33,6%)
Tratamiento antidiabético, n (%)	15 (10,5%)
Triglicéridos (mg/dl)	98 (P ₂₅ : 76; P ₇₅ : 134)
HDL colesterol (mg/dl)	55 (P ₂₅ : 43; P ₇₅ : 65)
Criterios para SM, n (%)	57 (40,7%)
Psoriasis, n (%)	133 (93,0%)
Onicopatía, n (%)	86 (60,1%)
Afectación articular	
Periférica	114 (79,7%)
Axial	10 (7,0%)
Ambas	19 (13,3%)
Uveítis	5 (3,5%)
Dactilitis	38 (26,8%)
Entesitis	30 (21,0%)
EII	2 (1,4%)
VSG (mm/h)	7 (P ₂₅ : 5; P ₇₅ : 16)
PCR (mg/L)	2,4 (P ₂₅ : 1,1; P ₇₅ : 4,8)
MDA (%)	
No (0-4 puntos), n (%)	46,7%
MDA (5 o 6 puntos), n (%)	30,4%
Remisión (7 puntos), n (%)	23,0%
DAPSA (P ₅₀)	7,2 (P ₂₅ : 3,0; P ₇₅ : 13,3)
DAPSA, n (%)	
Remisión	55 (40,1%)
Baja actividad	50 (76,6%)
Moderada actividad	30 (21,9%)
Elevada actividad	19 (1,5%)
FAMES _{sc}	
Metotrexato	69 (48,3%)
Sulfasalazina	3 (2,1%)
Leflunomida	3 (2,1%)
FAME _{de/sd}	
Apremilast	19 (13,3%)
Jakinibs	3 (2,1%)
FAME _b	
Anti-TNF	45 (31,5%)
Anti-IL 12/23	10 (7,0%)
Anti-IL 23	4 (2,8%)
Anti-IL 17	13 (9,1%)
FAME _b +FAME _{sc}	29 (20,3%)
FAME _{de/sd} +FAME _{sc}	7 (4,9%)

Resultados: Se incluyen 143 pacientes diagnosticados de AP durante el periodo comprendido entre enero de 2022 y noviembre de 2023. El 59,4% son mujeres, edad media de 54,2 ± 11,4 años, y duración de la enfermedad de 7 años (RIC 7). El 40,7% cumplen criterios de SM. En nuestra serie, el 26,6% recibe tratamiento para la HTA, el 33,6% para dislipidemia y el 10,5% para la DM. En relación a la actividad inflamatoria, la media de la VSG (mm/h) es de 7 (P₂₅: 5; P₇₅: 16) y de la PCR (mg/L) de 2,4 (P₂₅: 1,1; P₇₅: 4,8). La remisión medida por MDA (VLDA) la habían alcanzado el 23,0% y la MDA el 30,4%. La media del

DAPSA es de 7,2 puntos (P_{25} : 3,0; P_{75} : 13,3), alcanzando la remisión el 40,0% y una baja actividad el 37,0%. El resto de las variables están detalladas en la tabla. Estudiamos la relación entre DAPSA y SM (ajustado por edad). Por cada punto aumentado en el DAPSA, el riesgo de presentar SM aumenta en 1,05 veces OR 1,05 (IC95%: 1,0-1,1; $p = 0,067$) (fig.). Además, presentar un DAPSA mayor de 14 puntos (actividad moderada o alta), ajustado por edad, aumenta el riesgo de presentar de presentar SM 2,7 veces, siendo estadísticamente significativo, OR 2,7 (IC95%: 1,1-6,3; $p = 0,023$). En el análisis bruto (sin ajustar por la edad), los pacientes con SM tienen 3,55 puntos más (diferencia de medianas) de DAPSA frente a los que no lo tienen. Mediana 9,57 frente a 6,02 de los que no tienen SM ($p = 0,126$). No hemos encontrado relación entre MDA y SM ni entre DAPSA o MDA con IMC ni con el perímetro abdominal.

Conclusiones: en nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con AP y SM es similar al de otros estudios publicados. Además, aunque es próximo a la significación estadística que probablemente no se alcanza por el tamaño muestral, DAPSA se relaciona con el SM. Por el contrario, una actividad moderada o elevada mediada por DAPSA aumenta de forma significativa el riesgo de SM. De acuerdo con estos resultados, deberíamos evaluar la presencia de SM en todos los pacientes con AP, especialmente aquellos en los que no se consigue un control de la actividad inflamatoria. Son necesarios nuevos estudios que refuerzan la existencia de esta relación.

P357. TERAPIA LOCAL Y SISTÉMICA DE LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA OCULAR NO INFECCIOSA EN LAS ESPONDILOARTRITIS

Elena Miguélez Sánchez¹, Marina Molinari², Carolina Tornero², Armelle Schlinker³, Ventura Hidalgo³, Alejandro Balsa² y Diana Peiteado²

¹Universidad Autónoma de Madrid. ²Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Oftalmología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La afectación inflamatoria ocular es una de las manifestaciones extraarticulares más frecuente de las espondiloartritis (EspA). La terapia habitualmente empleada es el corticoide tópico, si bien puede ser necesario el uso de corticoides periorbitales, sistémicos o intravenosos (iv). En caso de formas más graves o recurrentes, se emplean fármacos inmunomoduladores (FAME) o terapias biológicas.

Objetivos: Analizar de forma comparativa el uso de terapias (tópicas y sistémicas) en la patología inflamatoria ocular asociada a los distintos tipos de EspA.

Métodos: Estudio descriptivo observacional que incluye datos registrados de pacientes con afectación inflamatoria ocular secundaria a EspA atendidos en una consulta multidisciplinar de inflamación ocular (Oftalmología-Reumatología) desde enero de 2012 hasta enero de 2024. Se analizan los tratamientos recibidos según el tipo de EspA y su afectación ocular. Las variables cuantitativas se describieron como mediana y rango intercuartílico (RIQ) o media y desviación estándar (DE), y se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. El análisis comparativo se realizó mediante t de Student y la comparación de proporciones mediante el test chi-cuadrado. Los valores $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Se empleó el programa IBM SPSS 21.0 para el análisis estadístico.

Resultados: De un registro de 564 pacientes, se analizan 147 pacientes con EspA y afectación ocular (26%). La tabla compara las terapias iniciadas para el control del proceso ocular (o modificaciones en la terapia previa) en el total de las EspA y en los distintos subgrupos. Un 35% de los pacientes necesitaron FAME, siendo el metotrexato el más utilizado en 1ª línea, seguido de la salazopirina. Un 21% requirieron terapia biológica, siendo el adalimumab el más empleado como 1ª línea. Cabe destacar, que un 10% y 11% de pacientes precisaron un 2º, 3º o incluso 4º FAME o biológico para conseguir el control del proceso inflamatorio ocular. Las proporciones de pacientes que usaron corticoide sistémico ($p < 0,01$), FAME ($p = 0,016$) o biológico

Tratamiento patología inflamatoria ocular	TOTAL EspA 147(100%)	EA 83(56%)	EspAax 41(28%)	EspAp 7 (5%)	EII-EspA 3 (2%)	APs 13 (9%)
Corticoide tópico	132 (100%)	76 (100%)	35 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	13 (100%)
Corticoide pericular/ intraocular	13 (10%)	8 (11%)	1 (3%)	1 (14%)	-	3 (23%)
Corticoide sistémico (**)	28 (21%)	11 (15%)	6 (17%)	4 (57%)	-	7 (54%)
n(%)	28(±21)	30(±24)	32(±18)	32(±38)	-	15(±13)
Mediana (±DS)						
Corticoide iv	1 (1%)	1 (1%)	-	-	-	-
Tópico hipotensor	22 (15%)	12 (14%)	6 (15%)	-	1 (33%)	3 (23%)
FAME (*)	52 (35%)	25 (30%)	14 (34%)	4 (71%)	1 (33%)	7 (54%)
n(%)	1 (0,1)	0 (0,1)	0 (0,1)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,2)
Mediana (RIC)						
1ª línea (53 pac)	MTX 27 SZP 22 CICLO/AZA 2	MTX 14 SZP 11 AZA 1	MTX 7 SZP 7 AZA 1	SZP 2 CICLO/MTX 1	MTX 1	MTX 4 SZP 2 CICLO 1
2ª línea (18 pac)	SZP 11 MTX 4 CICLO 2	SZP 5 MTX, AZA, CICLO 1	SZP 2 MTX 1	MTX, CICLO 1	SZP 1	SZP 3 MTX 1
3ª/4ª línea (7 pac)	AZA 2 SZP, MTX, MYC 1	MTX, MYC, CICLO 1	SZP 1	AZA 2 MYC 1	-	-
Biológico (*)	30 (21%)	12 (15%)	12 (29%)	3 (43%)	-	3(23%)
n(%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,1)	0 (0,2)	-	0 (0,0)
Mediana (IQR)						
1ª Línea (29 pac)	ADA 25 GOLI, CERTO, IFX 1	ADA 10 GOLI 1	ADA 11 CERTO 1	ADA 2 IFX 1	-	ADA 3
2ª línea (9 pac)	ADA 5 GOLI, IFX 2	ADA 2 IFX, GOLI 1	IFX 2	ADA 1	-	GOLI, IFX 1
3ª /4ª línea (1 pac)	GOLI, CERTO 1	-	-	-	-	GOLI, CERTO 1

P357 Figura. Elaboración propia. Metotrexato (MTX), salazopirina (SZP), ciclosporina (CICLO), azatioprina (AZA), micofenolato (MYC), adalimumab (ADA), golimumab (GOLI), certolizumab (CERTO), infliximab (IFX). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

($p = 0,044$) variaron de forma significativa según el tipo de EspA (más frecuentes en la APs y en EspAp que en el resto). Asimismo, hubo diferencias significativas en cuanto a la necesidad de terapia con FAME o biológico según el patrón/curso de la uveítis, siendo más necesaria en los cursos crónicos, uveítis intermedias, escleritis ($p < 0,01$) y las uveítis bilaterales ($p < 0,05$). En cuanto al tipo de paciente, precisaron más terapia inmunomoduladora aquellos con un mayor número de brotes anuales, edad de inicio menor, presencia de afectación periférica en su proceso articular ($p < 0,01$ para todas estas comparaciones). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para otras variables como el sexo, el HLA-B27 y la presencia de psoriasis o EII. Respecto a la exploración oftalmológica, los precipitados queráticos, un Tyndall más alto y la vitritis se relacionaron con una necesidad de FAME significativamente mayor ($p = 0,01$).

Conclusiones: El uso de FAME o biológico para el control de la patología inflamatoria ocular es frecuente, siendo los más usados el metotrexato, la salazoprina y el adalimumab. Sin embargo, en aproximadamente el 10% de los pacientes es necesario probar distintas líneas de tratamiento. El subtipo de Spa, algunas características clínicas generales o del proceso ocular determinan una mayor necesidad de tratamiento sistémico.

P358. ¿MEJORAN LOS RESULTADOS COMUNICADOS POR EL PACIENTE A LARGO PLAZO DE MANERA SIMILAR EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y EN LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL TRATADOS CON SECUKINUMAB? RESULTADOS DE LA RED DE COLABORACIÓN EUROSPA

Isabel Castrejón¹, Marion Pons², Simon Horskjær Rasmussen², Sara Nysom Christiansen², Brigitte Michelsen³, Bente Glintborg², Bjorn Gudbjornsson⁴, Gerdur Maria Grondal⁵, Jiri Vencovsky⁶, Anne Gitte Loft⁷, Ziga Rotar⁸, Katja Perdan Pirkmajer⁹, Michael Nissen¹⁰, Burkhard Moeller¹¹, Gary Macfarlane¹², Gareth T. Jones¹², Florenzo Iannone¹³, Roberto F. Caporali¹⁴, Karin Laas¹⁵, Sigrid Vorobjov¹⁶, Daniela Di Giuseppe¹⁷, Belkis Nihan Coskun¹⁸, Burcu Yagiz¹⁸, Sella Provan¹⁹, Karen Fagerli¹⁹, Lucia Otero-Valera²⁰, Marleen van de Sande²¹, Irene van der Horst-Bruinsma²², Dan Nordstrom²³, Laura Kuusalo²⁴, Elsa Vieira-Sousa²⁵, Miguel Bernardes²⁶, Tor Olofsson²⁷, Jana Baranová²⁸, Merete Hetland², Mikkel Østergaard²⁹ y Lykke Ørnbjerg²

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Copenhagen Center for Arthritis Research. Rigshospitalet. Copenhagen. Dinamarca.

³Center for Treatment of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases (REMEDY). Diakonhjemmet Hospital. Oslo. Noruega. ⁴Centre for Rheumatology Research. University Hospital. Reykjavik. Islandia.

⁵Department for Rheumatology. Landspítali University Hospital. Reykjavik. Islandia. ⁶Institute of Rheumatology. Prague. Czech Republic. Department of Rheumatology. ^{1st} Faculty of Medicine. Charles University. Prague. República Checa. ⁷Aarhus University. Horsens. Dinamarca. ⁸University Medical Centre Ljubljana. Ljubljana. Eslovenia. ⁹University Medical Centre Ljubljana. University of Ljubljana. Ljubljana. Eslovenia. ¹⁰Geneva University Hospitals. Geneva. Suiza. ¹¹Inselspital-University Hospital Bern. Bern. Suiza. ¹²Aberdeen Centre for Arthritis and Musculoskeletal Health (Epidemiology Group). University of Aberdeen. Aberdeen. Reino Unido.

¹³Rheumatology Unit. Department of Precision and Regenerative Medicine and Ionian Area. University of Bari "Aldo Moro". Bari. Italia. ¹⁴Department of Clinical Sciences and Community Health. University of Milan. and Department of Rheumatology and Medical Sciences. ASST Gaetano Pini-CTO. Milano. Italia. ¹⁵Department of Rheumatology. East-Tallinn Central Hospital. Tallinn. Estonia. ¹⁶National Institute for Health Development. Tallinn. Estonia.

¹⁷Karolinska Institutet. Stockholm. Suecia. ¹⁸Department of Rheumatology. Bursa Uludag University. Bursa. Turquía. ¹⁹Diakonhjemmet Hospital. Oslo. Noruega. ²⁰Spanish Society of Rheumatology. Madrid. ²¹Amsterdam UMC. University of Amsterdam. Department of Rheumatology & Clinical Immunology and Department of Experimental Immunology. Amsterdam Infection & Immunity Institute. Amsterdam Rheumatology & Immunology Center (ARC). Academic Medical Center. Amsterdam. Países Bajos. ²²Rheumatology. Radboud University Medical Center. Nijmegen. Países Bajos. ²³Helsinki University Hospital. Helsinki. Finlandia. ²⁴Centre for Rheumatology and Clinical Immunology. University of Turku and Turku University Hospital. Turku. Finlandia. ²⁵Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Centro Académico de Medicina de Lisboa. Lisboa. Portugal. ²⁶Rheumatology Department. Centro Hospitalar e Universitário de São João. Porto. Portugal. ²⁷Lund University and Skåne University Hospital. Lund. Suecia. ²⁸Institute of Biostatistics and Analyses. Brno. República Checa. ²⁹Copenhagen Center for Arthritis Research. Center for Rheumatology and Spine Diseases. Centre for Head and Orthopaedics. Rigshospitalet. University of Copenhagen. Copenhagen. Dinamarca.

Introducción: Los resultados comunicados por el paciente (PRO) son importantes en la evaluación del tratamiento de pacientes con espondiloartritis, incluida la espondiloartritis axial (EspAax) y la artritis psoriásica (APs). En el caso de secukinumab, los datos de PROs en práctica clínica real son aún limitados y no se ha realizado ninguna comparación entre los pacientes con EspAax y con APs. En este trabajo, se estudió: 1) la proporción de pacientes que alcanzaron remisión en las escalas de dolor, fatiga, valoración global por parte del paciente (VGP) y cuestionario de evaluación de la salud (HAQ) a los 6, 12 y 24 meses y 2) la tasa de retención de secukinumab a los 24 meses en pacientes europeos con EspAax y con APs que iniciaron secukinumab.

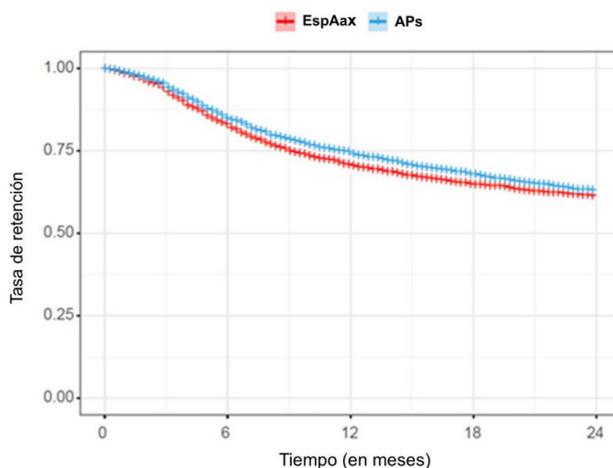
Métodos: El estudio se llevó a cabo dentro de la red europea de colaboración EuroSpA. Se incluyeron pacientes con EspAax o APs que iniciaron secukinumab entre 2015 y 2021 de 16 registros europeos. Basándose en la definición del grupo de trabajo ASAS de remisión parcial en EspAax, se aplicó las siguientes definiciones de la remisión de PRO para hacer las comparaciones entre EspAax y APs: dolor ≤ 20 , VGP ≤ 20 , fatiga ≤ 20 (todos en EVAs 0-100 mm) y HAQ $\leq 0,5$. Las tasas de remisión de los PRO se calcularon con valores brutos y ajustados según la adherencia al tratamiento con secukinumab (LUNDEX). Las comparaciones de las tasas de remisión se realizaron mediante análisis de regresión logística uni- y multivariantes (covariables basales: edad, sexo, registro y n° de FAMEb/sd previos). Se realizaron análisis de Kaplan-Meier con prueba de rango logarítmico y regresión de Cox para evaluar y comparar la tasa de retención de secukinumab a los 24 meses entre los pacientes con EspAax y APs.

Resultados: Se incluyeron 3.062 pacientes con EspAax y 3.217 con APs que iniciaron secukinumab en práctica clínica real. Al inicio del tratamiento con secukinumab (basal), los pacientes con EspAax tenían una media (DE) de edad de 46,8 (12,0) años y el 52,7% eran hombres, y los pacientes con APs de 51,9 (11,9) años y 56,9% de mujeres. No se encontraron diferencias de interés clínico en la duración de la enfermedad, la valoración global por parte del médico (VGM), el n° de FAMEb/sd previos ni los valores de PRO en la basal (tabla 1). Las reducciones en dolor, fatiga y VGP desde la basal hasta los 24 meses fueron superiores en EspAax que en APs. Las tasas crudas de remisión de PRO (dolor, fatiga, EGP y HAQ) fueron más altas en EspAax que en APs en todos los tiempos, aunque las tasas de remisión ajustadas fueron similares en ambas patologías (tabla 2). Después del ajuste de factores de confusión, no se encontraron diferencias entre los grupos, excepto una mayor tasa de remisión de la fatiga en APs a los 24 meses (OR = 1,8 [IC95% 1,1-3,0]) (tabla 2). Las tasas de reten-

ción a los 24 meses fueron similares en EspAax y APs (61,2 frente a 62,8%, HR = 0,92 [IC95% 0,84-1,02], p = 0,14 en análisis completamente ajustado) (fig.).

Conclusiones: Este estudio avala la efectividad en la práctica clínica real con secukinumab tanto en EspAax como en APs, medida

mediante los PRO, y señala que los PRO (incluidos el dolor, la VGP y el HAQ) y la tasa de retención a los 24 meses tras el inicio de secukinumab son similares en los pacientes con EspAax y APs. Es necesario seguir realizando análisis adicionales que evalúen la efectividad a largo plazo en EspAax y APs.



Número en riesgo		0	6	12	18	24
EspAax		3062	1904	1317	928	658
APs		3217	2133	1591	1150	843

	Tasas de retención		Cocientes de riesgos instantáneos (HR) a los 24 meses [IC al 95 %] APs vs. EspAax		
	EspAax	APs	Sin ajuste	Con ajuste Edad + sexo	Con ajuste: todos*
24 meses	61,2 %	62,8 %	0,93 [0,85-1,02]	0,92 [0,84-1,01]	0,92 [0,84-1,02]

*Valores ajustados por edad, sexo, registros y número de FAMEb/sd previos. (0/1/≥2). IC, intervalo de confianza.

Tasas de retención de secukinumab en pacientes con EspAax y APs con cocientes de riesgos instantáneos no ajustados y ajustados.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con EspAax y APs

Características basales*	Pacientes con EspAax (n = 3.062)		Pacientes con APs (n = 3.217)	
	Valor	N disponible	Valor	N disponible
Edad (años)	46,8 (12,0)	3.062	51,9 (11,9)	3.216
Sexo (varón)	1.612 (52,7)	3.062	1.386 (43,1)	3.217
HLA-B27 positivo	1.290 (73,0)	1.766	-	-
IMC (kg/m ²)	27,6 (5,4)	1.580	28,3 (5,9)	1.415
Años desde el diagnóstico (años)	9,0 (9,2)	2.564	8,6 (7,9)	2.465
FAMEb/sd previos				
Sin FAMEb/sd previos	802 (26,2)	3.062	815 (25,3)	3.217
1 FAMEb/sd previo	735 (24,0)	3.062	784 (24,4)	3.217
≥ 2 FAMEb/sd previos	1.525 (49,8)	3.062	1.618 (50,3)	3.217
Dosis de secukinumab				
150 mg	1.033 (50,1)	2.060	399 (20,4)	1.952
300 mg	69 (3,4)	2.060	399 (17,4)	1.952
Desconocido	958 (46,5)	2.060	1.214 (62,2)	1.952
PRO				
Dolor (0-100 mm)	65,6 (22,6)	1.787	61,6 (24,6)	1.861
Fatiga (0-100 mm)	66,6 (23,7)	1.535	65,8 (24,9)	1.223
EGP (0-100 mm)	66,0 (22,8)	1.891	63,7 (24,3)	2.035
HAQ (0-3)	1,1 (0,6)	1.339	1,1 (0,7)	1.736
Mediciones de la actividad de la enfermedad				
EGM (0-100 mm)	44,1 (24,6)	1.283	42,1 (25,6)	1.525
Recuento de 28 articulaciones dolorosas	2,0 (4,1)	1.234	5,9 (6,1)	2.095
Recuento de 28 articulaciones tumefactas	0,7 (2,0)	1.313	3,0 (4,0)	2.081
PCR (mg/l)	17,4 (31,0)	2.005	12,0 (21,2)	2.036
VSG (mm/h)	25,9 (23,0)	1.496	22,6 (21,2)	1.696

*Los valores se representan como media (DE) y n (%) de la variable continua y categórica, respectivamente. HLA-B27: antígeno leucocitario humano subtipos B*2701-2759; IMC: índice de masa corporal; FAMEb: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; FAMEsd: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos; EGP: evaluación global de la actividad de la enfermedad por parte del paciente; HAQ: Health Assessment Questionnaire Disability Index; EGM: evaluación global por parte del médico; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; PRO: resultado comunicado por el paciente; N: número.

Tabla P358

Tabla 2. PRO y tasa de remisión de los PRO a los 6, 12 y 24 meses después del inicio de secukinumab en pacientes europeos con EspAax y APs

Meses	Valores PRO									Tasas de remisión de los PRO								
	Pacientes con EspAax (n = 3.062)			Pacientes con APs (n = 3.217)			Diferencia estimada (IC95%) APs vs. EspAax			Pacientes con EspAax			Pacientes con APs			OR (IC95%) APs vs. EspAax		
	Media (DE)	N disponible	Media (DE)	N disponible	Sin ajuste	Con ajuste (edad + sexo)	Con ajuste (todos*)	Valor bruto	Con ajuste según LUNDEX	N disponible	Valor bruto	Con ajuste según LUNDEX	N disponible	Sin ajuste	Con ajuste (edad + sexo)	Con ajuste (todos*)		
Dolor	0	65,6 (22,6)	1.787	61,6 (24,6)	1.861	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	6	43,7 (26,3)	1.473	46,1 (27,4)	1.548	2,4 (0,5; 4,3)	1,5 (-0,4; 3,5)	-1,8 (-3,8; 0,2)	26,5	17,9	1.473	22,5	15,9	1.548	0,8 (0,7; 1,0)	0,9 (0,7; 1,0)	1,1 (0,9; 1,3)	
	12	39,7 (26,3)	846	42,9 (26,8)	940	3,2 (0,7; 5,6)	1,9 (-0,6; 4,4)	-1,2 (-3,8; 1,4)	33,1	16,8	846	27,4	15,4	940	0,8 (0,6; 0,9)	0,8 (0,7; 1,0)	1,0 (0,8; 1,3)	
	24	38,1 (27,0)	397	44,1 (26,2)	455	6,0 (2,4; 9,5)	4,5 (0,9; 8,2)	0,0 (-3,6; 3,6)	36,0	12,7	397	25,1	9,6	455	0,6 (0,4; 0,8)	0,6 (0,5; 0,9)	1,0 (0,7; 1,5)	
Fatiga	0	66,6 (23,7)	1.535	65,8 (24,9)	1.223	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	6	47,7 (29,4)	1.355	53,6 (28,8)	1.115	6,0 (3,6; 8,3)	5,2 (2,8; 7,5)	-3,0 (-5,3; -0,6)	25,8	17,4	1.355	18,3	12,9	1.115	0,6 (0,5; 0,8)	0,7 (0,6; 0,9)	1,3 (1,0; 1,7)	
	12	41,9 (28,9)	764	52,1 (30,2)	611	10,2 (7,0; 13,3)	9,3 (6,1; 12,4)	0,1 (-3,2; 3,4)	32,2	16,3	764	21,9	12,3	611	0,6 (0,5; 0,8)	0,6 (0,5; 0,8)	1,3 (1,0; 1,8)	
	24	42,3 (28,2)	343	51,7 (30)	296	9,4 (4,8; 13,9)	7,6 (3,1; 12,1)	-1,9 (-6,3; 2,6)	29,7	10,5	343	22,0	8,4	296	0,7 (0,5; 1)	0,7 (0,5; 1,1)	1,8 (1,1; 3,0)	
VGP	0	66,0 (22,8)	1.891	63,7 (24,3)	2.035	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	6	45,2 (27,2)	1.582	47,0 (27,6)	1.608	1,8 (-0,1; 3,7)	0,7 (-1,3; 2,6)	-3,0 (-4,9; -1,0)	27,2	18,3	1.582	22,4	15,8	1.608	0,8 (0,7; 0,9)	0,9 (0,7; 1,0)	1,1 (0,9; 1,3)	
	12	40,1 (26,6)	926	43,5 (27,5)	1.066	3,4 (1,0; 5,8)	2,2 (-0,2; 4,7)	-1,8 (-4,2; 0,7)	34,4	17,5	926	28,1	15,8	1.066	0,7 (0,6; 0,9)	0,8 (0,7; 1,0)	1,1 (0,9; 1,4)	
	24	37,9 (27,9)	424	44,6 (27,1)	505	6,7 (3,1; 10,2)	5,1 (1,5; 8,7)	0,6 (-3,0; 4,1)	41,0	14,5	424	25,9	9,9	505	0,5 (0,4; 0,7)	0,6 (0,4; 0,7)	0,8 (0,5; 1,1)	
HAQ	0	1,1 (0,6)	1.339	1,1 (0,7)	1.736	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	6	0,9 (0,6)	1.027	0,9 (0,7)	1.447	0,1 (0,0; 0,1)	0,0 (-0,0; 0,1)	0,0 (-0,1; 0,1)	35,4	23,9	1.027	32,5	23,0	1.447	0,9 (0,7; 1,0)	1,1 (0,9; 1,3)	1,1 (0,9; 1,3)	
	12	0,8 (0,6)	565	0,9 (0,7)	865	0,1 (0,0; 0,2)	0,0 (-0,0; 0,1)	0,0 (-0,1; 0,1)	38,8	19,7	565	32,1	18,0	865	0,7 (0,6; 0,9)	0,9 (0,7; 1,2)	1,0 (0,7; 1,3)	
	24	0,8 (0,6)	256	0,9 (0,7)	426	0,1 (0,0; 0,2)	0,04 (-0,1; 0,1)	0,01 (-0,1; 0,1)	41,8	14,7	256	30,3	11,6	426	0,6 (0,4; 0,8)	0,7 (0,5; 1,0)	0,8 (0,6; 1,2)	

*Ajuste con edad, sexo, registros y número de FAMEb/sd previos (0/1 ≥ 2). PRO, resultados comunicados por el paciente; IC, intervalo de confianza; EGP, evaluación global por parte del paciente; HAQ, cuestionario de evaluación; la salud, el dolor, la fatiga y la EGP se puntuaron utilizando una escala visual analógica (EVA) de 0 a 100 mm; el HAQ se puntuó utilizando una escala del 0 al 3; los criterios de remisión de los PRO se definieron de la siguiente manera, basándose en la definición del grupo de trabajo ASAS de remisión parcial en EspAax (Anderson JJ, et al. Arthritis and Rheumatism 2001;44:1876-1886): remisión del dolor ≤ 20 mm, EGP ≤ 20 mm, fatiga ≤ 20 mm, HAQ ≤ 0,5; los valores significativos aparecen en negrita.

P359. SECUKINUMAB DEMUESTRA UN PERFIL DE SEGURIDAD CONSISTENTE EN PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ANÁLISIS ACTUALIZADO DE DATOS DE SEGURIDAD AGRUPADOS DE ENSAYOS CLÍNICOS

Dolores López-Montilla^{1,2}, Atul Deodhar², Iain McInnes³, Xenofon Baraliakos⁴, Alice B. Gottlieb⁵, Uta Kiltz⁶, Stefan Schreiber⁷, Braja Gopal Sahoo⁸, Weibin Bao⁹, Hanno Richards¹⁰, Luminita Pricop¹¹, Corine Gaillez¹², Victor Dong¹¹ y Philip J. Mease¹³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ²Division of Arthritis and Rheumatic Disease. Oregon Health & Science University. Portland. OR. EE. UU. ³University of Glasgow. Glasgow. Reino Unido. ⁴Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne. Ruhr-University Bochum. Herne. Alemania. ⁵Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. NY. EE. UU. ⁶Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. ⁷University Hospital Schleswig-Holstein. Kiel. Alemania. ⁸Novartis Healthcare Pvt.

Hyderabad. India. ⁹Novartis Pharmaceuticals Corporation. Hanover. NJ. EE. UU. ¹⁰Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. ¹¹Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU. ¹²Novartis Pharma AG. Croissy Sur Seine. Francia. ¹³Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington School of Medicine. Seattle. WA. EE. UU.

Introducción: Se han presentado datos de seguridad agrupados del tratamiento con secukinumab en pacientes con psoriasis (PsO), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax)^{1,2}. En este estudio, se pretende describir el perfil de seguridad de secukinumab después de una exposición prolongada en los pacientes en ensayos clínicos. Se incluyen análisis de seguridad de un grupo más amplio de pacientes y de más estudios que los que figuran publicados hasta la fecha³.

Métodos: El análisis de seguridad agrupado incluyó 48 ensayos clínicos de fase II/III/IV con pacientes que habían recibido 150 mg y/o 300 mg de secukinumab subcutáneo (s.c.) durante al menos

Tabla 359

Resumen del análisis de los datos de seguridad agrupados de ensayos clínicos de fase II/III/IV de secukinumab

Variable	PsO	APs	EspAax
	Cualquier dosis de secukinumab (N = 10.150)	Cualquier dosis de secukinumab (N = 4.401)	Cualquier dosis de secukinumab (N = 2.457)
TIAE por 100 pacientes-año (IC95%)			
Cualquier AA	145,22 (141,84; 148,65)	107,78 (103,83; 111,85)	105,07 (100,01; 110,31)
Cualquier AA grave	5,84 (5,46; 6,25)	6,78 (6,18; 7,43)	4,78 (4,14; 5,48)
AA más frecuentes, TIAE (IC95%)			
Nasofaringitis	19,44 (18,66; 20,24)	11,36 (10,54; 12,23)	12,88 (11,73; 14,11)
Infección del tracto respiratorio superior	6,14 (5,75; 6,56)	8,1 (7,42; 8,82)	8,28 (7,41; 9,22)
Cefalea	6,55 (6,13; 6,98)	3,76 (3,32; 4,24)	4,50 (3,88; 5,20)
Artralgia	5,24 (4,87; 5,62)	4,18 (3,71; 4,68)	3,64 (3,09; 4,27)
Diarrea	4,27 (3,95; 4,62)	4,21 (3,74; 4,72)	4,90 (4,25; 5,63)
AA de especial interés, TIAE (IC95%)			
Infecciones graves ¹	1,4 (1,22; 1,6)	1,65 (1,37; 1,98)	1,07 (0,78; 1,42)
Infecciones oportunistas	0,2 (0,13; 0,28)	0,16 (0,08; 0,28)	0,11 (0,04; 0,26)
Acontecimientos relacionados con la tuberculosis	0,03 (0,01; 0,07)	0,04 (0,01; 0,12)	0,07 (0,01; 0,2)
Infecciones por <i>Candida</i> ²	0,31 (0,23; 0,41)	0,17 (0,09; 0,3)	0,04 (0,01; 0,16)
EII ³			
EII	0,01 (0,00; 0,05)	0,04 (0,01; 0,12)	0,02 (0,00; 0,13)
Enfermedad de Crohn	0,06 (0,03; 0,12)	0,08 (0,03; 0,18)	0,27 (0,14; 0,47)
Colitis ulcerosa	0,12 (0,07; 0,19)	0,09 (0,04; 0,19)	0,27 (0,14; 0,47)
MACE ⁴	0,3 (0,22; 0,4)	0,28 (0,17; 0,43)	0,29 (0,16; 0,5)
Uveítis ⁵	0,02 (0,00; 0,07)	0,09 (0,04; 0,19)	1,35 (1,03; 1,74)
Tumor maligno ⁵	0,72 (0,6; 0,87)	1,04 (0,82; 1,3)	0,45 (0,27; 0,7)

¹Tasas por SOC; ²Tasas por término de nivel alto; ³Tasas por término preferente; ⁴Tasas por término de consulta en MedDRA de Novartis; ⁵Tasas por consulta normalizada MedDRA del término «tumores malignos y tumor no especificado». AA: acontecimiento adverso; EspAax: espondiloartritis axial; IC: intervalo de confianza.; TIAE: tasas de incidencia ajustada a la exposición por 100 paciente-año; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; MACE: acontecimientos cardiovasculares adversos importantes; N: número de pacientes en el análisis; APs: artritis psoriática; PsO: psoriasis.

16 semanas para PsO (31 ensayos), APs (9 ensayos) y EspAax (8 ensayos), con fecha de corte en junio de 2022. En cuanto a la EspAax se incluyen datos de pacientes con EspAax radiográfica o EspAax no radiográfica. Los acontecimientos adversos (AA) se notificaron según las tasas de incidencia ajustada a la exposición (TIAE) por 100 pacientes-año. En el análisis se incluyeron todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de secukinumab.

Resultados: En este análisis se incluyeron un total de 17.008 pacientes con PsO (10 150), APs (4.401) y EspAax (2.457). Los AA más frecuentes que se notificaron en todas las indicaciones fueron nasofaringitis (TIAE [IC95%]; PsO, 19,44 [18,66, 20,24]; APs, 11,36 [10,54, 12,23]; EspAax, 12,88 [11,73, 14,11]) e infección del tracto respiratorio superior (TIAE [IC95%]; PsO, 6,14 [5,75, 6,56]; APs, 8,1 [7,42, 8,82]; EspAax, 8,28 [7,41,9,22]). Las TIAE por 100 pacientes-año para enfermedad intestinal inflamatoria (EII), tumores malignos y acontecimientos adversos cardiovasculares mayores (MACE) se mantuvieron bajas en todas las indicaciones. Las TIAE por 100 pacientes-año de los acontecimientos adversos (AA) de especial interés se incluyen en la tabla.

Conclusiones: Este análisis de datos agrupados de seguridad de 48 ensayos clínicos de fase II/III/IV demuestra que secukinumab se tolera bien en pacientes con PsO, APs y EspAax, y en un seguimiento más prolongado de tiempo no muestra señales nuevas aparte de las ya identificadas en los estudios de menor duración^{1,2}.

BIBLIOGRAFÍA

- Deodhar et al. Arthritis Research & Therapy (2019) 21:111.
- Deodhar et al. EULAR (2020). Eposter no. FRI0272.
- Gottlieb et al. Acta Derm Venereol (2022) 102: adv00698

P360. ¿ES EL FALLO PRIMARIO A UN ANTI-TNF PREDICTOR DE UN NUEVO FALLO A UN SEGUNDO ANTI-TNF EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPONDILOARTRITIS?

Esther Monleón Acosta, Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Pérez González, José Andrés Rodríguez Fernández, María Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayer, Carlos Fernández Díaz, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

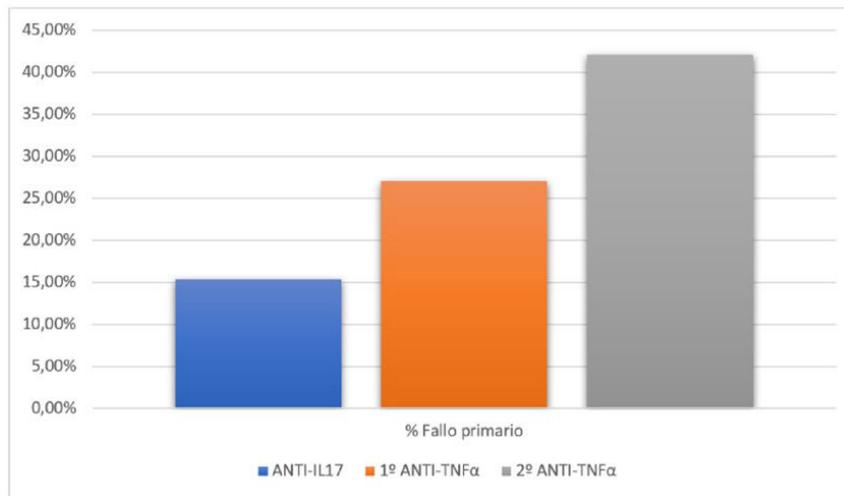
Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción: Los inhibidores del TNF α (anti-TNF α) han demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de pacientes con espondiloartritis (Spa) con altas tasas de respuesta y supervivencia en primera línea de tratamiento¹. Actualmente las nuevas recomendaciones acerca del tratamiento de las SpA indican que ante la ineficacia de un anti-TNF α en primera línea se puede cambiar a un anti-IL17 o bien a otra molécula anti-TNF α ¹⁻³. Parece ser que este cambio a un segundo anti-TNF α no disminuye la eficacia de dicho tratamiento¹⁻³.

Objetivos: Analizar si presentar un fallo primario a un primer anti-TNF α se asocia a un nuevo fallo al iniciar una segunda molécula anti-TNF α . En segundo lugar, comparar el porcentaje de fallo primario a un anti-TNF α vs. anti-IL17.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluye pacientes diagnosticados espondiloartritis en tratamiento con fármacos biológicos en el Hospital General Universitario Santa Lucía. Se recogieron datos sobre las distintas líneas de tratamiento y el motivo de suspensión, calificando al fallo primario como aquel que se producía en los tres primeros meses tras iniciar el fármaco biológico. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo y estadístico utilizando el programa SPSSv23.

Resultados: Se obtuvieron 289 pacientes diagnosticados de espondiloartritis en tratamiento con fármacos biológicos. En primera línea de tratamiento, el 85% se encontraban con una molécula anti-TNF α , un 10% con un anti-IL17, un 4,8% con un anti-IL12/23 y un 0,2% con inhibidor de las JAK. El 27% de los pacientes en tratamiento con un anti-TNF α sufrieron un fallo primario, siendo necesario iniciar una segunda línea de tratamiento, mientras que este hecho solamente ocurrió en el 15,4% de los individuos en tratamiento con un anti-IL17, sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ($p = 0,227$). De los individuos que habían fallado a un anti-TNF α , el 91% cambió a un segundo anti-TNF, de los cuales el 42% volvió a sufrir un nuevo fallo primario. De esta forma, mientras que con el primer anti-TNF α solamente el 27% sufrieron un fallo primario, este porcentaje asciende al 42% en los individuos que iniciaron un segundo anti-TNF (fig.). Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas, no existiendo una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,789$) entre sufrir un fallo primario a un anti-TNF α y presentarlo de nuevo al iniciar una segunda molécula anti-TNF.



P360 Figura. Porcentaje de fallo primario en pacientes en tratamiento con anti-IL17, un primer anti-TNF y una segunda molécula de anti-TNF.

Conclusiones: Presentar un fallo primario a una molécula anti-TNF α no parece predecir un nuevo fallo al iniciar un segundo anti-TNF α , siendo el porcentaje de ineficacia similar tanto para la primera como para la segunda molécula anti-TNF α . En segundo lugar, no hemos encontrado diferencias significativas en el porcentaje de fallo primario que se produce entre los individuos con anti-IL17 y los que se encuentran con un inhibidor del TNF α .

BIBLIOGRAFÍA

1. Gratacós, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en espondiloartritis axial. *Reumatol Clin.* 2018;14(6):320-33.
2. Lie E, et al. Effectiveness of switching between TNF inhibitors in ankylosing spondylitis: data from the NOR-DMARD register. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(1):157-63.
3. Dadoun S, Geri G, Paternotte S, Dougados M, Gossec L. Switching between tumour necrosis factor blockers in spondyloarthritis: A retrospective mono centre study of 222 patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;29:1010-3.

P361. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA AXIAL

A. García Gargallo, C.D. Adao-Abe, A. Mocritcaia, J.A. Peñafiel, C. Arango, C. Chacur, A. Azuaga, L. Alascio, H. Flórez, J.A. Gómez-Puerta y J. Ramírez

Hospital Universitari Clínic de Barcelona.

Introducción: No existe una definición consensuada de la afectación axial en artritis psoriásica (APs). Este hecho ha limitado la realización de estudios que nos ofrezcan datos sobre la prevalencia y las características de estos pacientes. En la actualidad, el criterio clínico se considera el *gold standard* para el diagnóstico de enfermedad axial en APs. Se cree que solo un 5% de los pacientes con APs tienen afectación axial aislada, aunque hasta un tercio pueden tener una enfermedad mixta, donde el componente axial es uno más de los dominios afectos.

Objetivos: Describir las características clínicas y radiográficas de una cohorte de pacientes con APs axial en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con APs con afectación axial a juicio del reumatólogo tratante. Se han recogido variables clínicas, demográficas y radiográficas de estos pacientes. Para las variables cuantitativas se han usado medianas y rangos y para las variables cualitativas se han usado porcentajes.

Resultados: Se han revisado un total de 97 pacientes con APs. De ellos, 18 (18,5%) presentaban afectación axial según el criterio del reumatólogo. Doce pacientes (66,7%) eran varones, con una mediana de edad de 64 años (rango 45) y un tiempo de evolución de la enfermedad de 12 años (rango 10). Doce pacientes (66,7%) tenían dolor lumbar inflamatorio como primera manifestación de la enfermedad y 8 pacientes (38,1%) tenían afectación de la columna cervical. Seis pacientes (33,3%) eran positivos para el HLAB27. Casi todos los pacientes (17 pacientes, 94,4%) tenían concomitantemente afectación periférica y 2 de ellos (11,1%) tenían dactilitis. Desde el punto de vista radiográfico, 9 de estos pacientes (50%) tenían sacroilitis objetivada por radiología convencional, cumpliendo 6 de ellos (33,3% del total) criterios de Nueva York modificados para espondilitis anquilosante. Nueve pacientes (50%) tenían sindesmositos en columna cervical y/o lumbar. Un total de 13 pacientes (72,2%) estaban en tratamiento biológico (8 pacientes con fármacos anti-TNF y 5 pacientes con inhibidores de IL23), mientras que el resto tomaban AINE a demanda. En la última visita recogida, 7 pacientes (38,1%) estaban en remisión clínica tanto a nivel articular como cutáneo, 5 pacientes (27,7%) estaban en remisión de la artritis pero con actividad cutánea persistente y 6 pacientes (33,3%) tenían actividad clínica a nivel periférico y/o axial.

Conclusiones: En una cohorte de práctica clínica real de pacientes con APs, la prevalencia de la afectación axial fue cercana al 20%. Todos ellos tenían afectación del dominio axial según el criterio del reumatólogo, mientras que la mitad tenían cambios a nivel radiográfico. Un tercio de los pacientes cumplían criterios para espondilitis anquilosante y un tercio eran HLAB27 positivos. Un porcentaje importante de los pacientes estaban en terapia biológica mientras que dos terceras partes de ellos estaban en remisión clínica.

P362. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESPONDILOARTRITIS EN EL ÁREA DE SALUD DE DON BENITO/VILLANUEVA. ESPECIAL FOCO A LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO DE LOS ENFERMOS EVALUADOS

Adela Gallego Flores, Laura Pérez Sánchez, Luis María Jiménez Liñán, Antonio Cardenal Escarcena y Antonia Ferreira Conejo

Hospital Don Benito/Villanueva de la Serena. Don Benito.

Introducción: El diagnóstico precoz de la espondiloartritis ha mejorado en los últimos años gracias a la introducción de los criterios ASAS en la práctica clínica habitual. Sigue existiendo un retraso

diagnóstico en muchos casos, pero el paciente accede con mayor facilidad a las consultas y puede ser clasificado de manera más precoz una vez evaluado. Por otro lado, parecen existir diferencias de género que pueden condicionar la actitud terapéutica y determinar el pronóstico de los enfermos.

Objetivos: Analizar las características clínicas (spaxr/spax nor), comorbilidad cardiovascular, actividad de la enfermedad y uso de fármacos biológicos en una cohorte de pacientes con espondiloartritis en el área de salud de Don Benito/Villanueva, y valorar si existen diferencias por género de los pacientes incluidos.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes diagnosticados de espondiloartritis axial radiográfica y espondiloartritis axial no radiográfica, en el área de salud de Don Benito/Villanueva.

Resultados: Nuestra serie incluye 58 enfermos (un 44,8% mujeres y un 55,1% hombres). La media de edad al diagnóstico se sitúa en 49,8 años. En relación al diagnóstico, un 63,6% de los pacientes presenta una espondiloartritis axial no radiográfica, y el 36,37% una espondiloartritis axial radiográfica. En cuanto a la presencia de HLAB27+, este se encuentra presente en un 83,63% de los pacientes siendo en su mayoría hombres, en un 58,6%. La HTA y la dislipemia son los factores de riesgo cardiovascular más notables (15,51% y 27,58% respectivamente). La uveítis anterior, como manifestación extra musculoesquelética, está presente en el 10,34% de los pacientes, siendo el 100% de ellos HLAB27+. En cuanto al tratamiento, un 36,20% estaba tratado con FAME convencional (metotrexato y salazopyrina) con predominio de afectación periférica y un 63,79% seguía tratamiento con FAME Biológico (de ellos, el 72,9% anti-TNF y 27,1% inhibidor de IL17). Un 9,09% de los pacientes se encuentra en tratamiento activo con JaKi (todos tras uso de FAME biológico). Existen diferencias en el uso de herramientas para valorar la actividad clínica de los pacientes incluidos pero la mayoría presentan una baja o moderada actividad (un 91,37% de estos enfermos está en tratamiento con FAME biológico). De los 58 enfermos de la serie, 8 presentan un diagnóstico de fibromialgia asociada (siete mujeres y un hombre). En lo referente a diferencias por género, un número mayor de pacientes HLAB27+ son hombres y presentan con más frecuencia espondiloartritis axial radiográfica frente a las mujeres (mayor número de espondiloartritis axial no radiográfica). En cuanto a alta actividad, no se encuentran diferencias entre ambos sexos.

	Hombre (n)	Mujer (n)
HLAB27+	27	19
HLAB27 negativo	5	7
Espondiloartritis axial no radiográfica	15	20
Espondiloartritis axial radiográfica	17	6
Actividad moderada	8	5
Alta actividad	3	3
Baja actividad	23	17
Fibromialgia	1	7
FAME biológico	20 pacientes tratados con FAME biológico	17 pacientes tratadas con FAME biológico

Conclusiones: En este estudio realizado en un hospital comarcal destaca, como ocurre en otras series, un mayor número de hombres que presentan un diagnóstico de espondiloartritis axial radiográfica y mayor frecuencia de HLAB27+ si lo comparamos con el grupo de mujeres. En cambio, la alta actividad (medida por BASDAI O ASDAS) es similar en ambos grupos. Por otro lado, hay un número mayor de pacientes diagnosticados de fibromialgia en el sexo femenino, hallazgo que coincide con estudios previos. En cuanto al tratamiento, la mayoría de los pacientes que se encuentran en baja y moderada actividad estaban en tratamiento con FAME biológico (más hombres que mujeres). En nuestra serie, un 9,09% de los enfermos están en tratamiento con JaKi.

P363. RESULTADOS DE SALUD DE UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN ENFERMEDADES MEDIADAS POR LA INMUNIDAD (EIMI)

Juan Carlos Nieto González¹, Isabel Castrejón Fernández¹, Luis Menchén Viso², Ofelia Baniandrés Rodríguez³, Rosa Jiménez⁴, Amparo López López⁵, Susana Sánchez Vázquez⁵, Carmen Lobo Rodríguez⁵, José María Álvaro-Gracia¹ e Indalecio Monteagudo Sáez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Aparato Digestivo; ³Servicio de Dermatología; ⁴Servicio de Farmacia Hospitalaria; ⁵Enfermería de Práctica Avanzada. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Las enfermedades mediadas por la inmunidad (EIMI) en Reumatología incluyen la artritis reumatoide (AR), las espondiloartritis (EspA) y la artritis psoriásica (Aps). Estas entidades comparten fisiopatología y tratamientos inmunomoduladores con otras enfermedades inflamatorias atendidas en otras especialidades, como las enfermedades inflamatorias intestinales y la psoriasis cutánea. Su interrelación y su complejidad obligan a la atención multidisciplinar, que puede realizarse con modelos variables. Presentamos los resultados de salud de las EIMI en Reumatología y los costes por paciente del centro de EIMI (CEIMI).

Métodos: Se incluyeron los pacientes con AR, EspA o Aps en tratamiento biológico o con pequeñas moléculas, atendidos en el CEIMI. Se revisaron los pacientes atendidos en Reumatología en un mes representativo (octubre de 2023) y se confirmó el estado inflamatorio (remisión, baja actividad o activos) en función de los índices de actividad correspondientes (DAS28pcr en AR, DAPSA en Aps y BASDAI/ASDAS en EspA). Se consideró objetivo terapéutico cuando los pacientes se encontraban en remisión o baja actividad de la enfermedad y además, no se había modificado al alza el tratamiento. En los casos en los que no hubiera un índice de actividad calculado (o que no se pudiera calcular con la información disponible) se atendió a los comentarios generales y a los cambios de tratamiento, considerando baja actividad inflamatoria o activos. Se muestran resultados de remisión, de objetivo terapéutico (remisión y baja actividad) y de pacientes activos. Se calculó el coste medio por paciente en el año 2023 por patología y se comparó con las referencias marcadas por la Comunidad Autónoma. Se aportan también los resultados de satisfacción del paciente del año 2023 de las encuestas cumplimentadas por los pacientes y los resultados del sistema Net Promoter Score (NPS), con puntuación de 0 a 10 y estratificado en detractores (puntuación de 0 al 6), pasivos (7 a 8) y promotores (9 a 10).

Resultados: Se atendieron 1.807 pacientes en el CEIMI durante 2023, con un total de 2.390 visitas (4,56% telefónicas). Se atendieron 236 pacientes en el mes indicado, de los cuales 114 fueron AR, 69 EspA axiales y 8 periféricas, 45 Aps y 32 AIJ. Los anti-TNF son los biológicos más utilizados (158 pacientes, 58,3%), seguidos de los anti-IL6R (22, 8,1%) y de los JAKi (18, 6,6%). La mediana de DAS28pcr fue 2,24, de BASDAI 2,6 y de DAPSA 3,4, todos en rango de remisión. El coste medio por paciente/año en AR fue 4.881 euros, en EspA 4.098 euros y en Aps 5.198 euros, todos inferiores al marcado por la Comunidad Autónoma. De las 1085 encuestas de satisfacción en 2023 los aspectos mejor valorados fueron la satisfacción en su participación en la toma de decisiones (4,7/5 con DE 0,8), el tiempo dedicado por el profesional (4,8/5 con DE 0,7) y el trato y amabilidad de los profesionales (4,9/5 con DE 0,5). Además, el NPS mostró un índice global de 83,2, similar a los años previos.

Porcentajes de remisión clínica, objetivo terapéutico y pacientes activos en 2023

	Total (n: 271)	Artritis reumatoide (n: 114)	Espondiloartritis (n: 77)	Artritis psoriásica (n: 45)
Remisión (%)	69,9	66,7	74	71,1
Objetivo terapéutico (%)	78,8	75,4	79,2	86,7
Activos (%)	21,2	24,6	20,8	13,3

Conclusiones: La atención integral de los pacientes con EIMI se traduce en buenos resultados de salud, con obtención del objetivo terapéutico en más de 2 tercios de los pacientes, manteniendo un equilibrio de la eficiencia y con una alta satisfacción de los pacientes.

P364. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. PERSPECTIVA DE GÉNERO RELACIONADA CON LA COMORBILIDAD

Carlos Alberto Montilla Morales¹, Carolina Chacón Vélez¹, Olga Compán¹, Cristina Hidalgo Calleja¹, Marta Ibáñez¹, Belén Miguel¹, Laura Blanco¹, Candela Hernández Miranda¹, Ana Turrión Nieves¹, Olga Martínez¹, Manuel Martín¹, Susana Gómez¹ y Esther Toledano Martínez²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Las diferencias específicas al sexo en los pacientes con artritis psoriásica (APs) han dado numerosos estudios orientados, preferentemente, a describir un determinado fenotipo, más que a investigar los agentes causantes de estas diferencias.

Objetivos: Evaluar las diferencias relacionadas con el sexo en cuanto a las manifestaciones clínicas, actividad, funcionalidad e impacto y su relación con la comorbilidad en un grupo de pacientes con APs.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron 203 pacientes con APs. Se excluyeron pacientes con fibromialgia, diabetes o dislipemia en tratamiento por la potencial interacción de estas con alguna variable medida. Como variables clínicas o demográficas se midieron la edad, los años de educación recibida, el tiempo de evolución de la enfermedad, el consumo tabáquico, el tipo de tratamiento utilizado, la forma clínica (periférica, mixta o axial), el número de entesitis (mMASES), la dactilitis (presente o pasada), la fatiga (FACIT-F) y la afectación cutánea (PASI). La actividad y la funcionalidad se midió mediante el DAPSA y HAQ en las formas periféricas y el ASDAS-PCR y BASFI en las formas axiales. El impacto de la enfermedad se evaluó mediante el PSAID. Dentro de las comorbilidades, se valoró la obesidad (y la leptina como determinación asociada con esta), la ansiedad y la depresión (HADS) y la calidad del sueño (ISI).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 54,6 años, de los cuales el 46,8% eran mujeres. Las mujeres presentaron menos formas axiales (8,8 vs. 27,7%; $p < 0,001$), más entesitis ($2,2 \pm 2,4$ vs. $0,7 \pm 1,2$; $p < 0,001$) y una mayor fatiga ($32,7 \pm 11,2$ vs. $38,5 \pm 10,8$; $p < 0,001$). También tuvieron una mayor actividad tanto en las formas periféricas ($16,4 \pm 7,1$ vs. $13,4 \pm 7,5$; $p < 0,001$) como axiales ($2,4 \pm 0,8$ vs. $1,5 \pm 0,7$; $p < 0,02$), impacto ($4,0 \pm 2,1$ vs. $3,0 \pm 2,1$; $p < 0,001$) y una peor funcionalidad en las formas periféricas ($0,8 \pm 0,5$ vs. $0,5 \pm 0,5$; $p < 0,001$). Respecto a las comorbilidades, no encontramos diferencias en el IMC. Sin embargo, las mujeres presentaron unos niveles séricos de leptina mayores ($26,4 \pm 22,6$ vs. $8,4 \pm 8,6$, $p < 0,001$), una mayor ratio leptina/IMC ($2,4 \pm 0,8$ vs. $1,5 \pm 0,7$; $p < 0,001$), una mayor ansiedad ($6,9 \pm 3,8$ vs.

$4,7 \pm 3,2$; $p < 0,001$), depresión ($4,9 \pm 3,4$ vs. $3,4 \pm 3,5$; $p < 0,004$) y una peor calidad del sueño ($9,3 \pm 4,9$ vs. $7,0 \pm 4,3$; $p < 0,001$). Relacionando en cada sexo los componentes del DAPSA con las comorbilidades obtuvimos que en las mujeres el dolor se asoció al ratio leptina/IMC y al ISI (leptina/IMC β : 0,29; $p < 0,004$; IC95%: 0,3-1,6, ISI β : 0,31; $p < 0,004$; IC95%: 0,04-0,25; R^2 : 0,26). La ratio leptina/IMC no se correlacionó con ningún componente de la actividad en el sexo masculino.

Conclusiones: El sexo se relacionó con varias de las manifestaciones clínicas, la actividad, la funcionalidad e impacto de la enfermedad. La leptina, independientemente de la obesidad, pudo justificar la intensidad del dolor en el sexo femenino.

P365. EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB

Lorena Pérez Albaladejo¹, Francisco Javier Godoy Navarrete¹, Pedro Aceituno Madera², Luis Sarabia de Ardanaz¹, Zahra Echeri Fhafah¹ e Isabel Añón Oñate¹

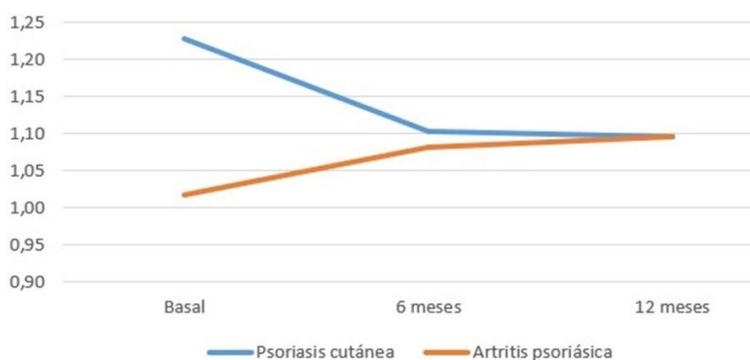
¹Reumatología. Hospital Universitario de Jaén. ²Dermatología. Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) es la enfermedad hepática más común en nuestro medio. En pacientes con enfermedad psoriásica (EPs) el vínculo con esta patología es el síndrome metabólico, originando un estado de inflamación que hace que exista un recambio de tejido hepático por tejido conectivo, dando lugar a EHGNA. Enfermedades inflamatorias crónicas como la EPs en las que el riesgo cardiovascular es mayor, la prevalencia de alteraciones hepáticas es mayor que el de la población general.

Objetivos: Evaluar el riesgo de enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) en pacientes con EPs (artritis psoriásica (APs) y/o psoriasis cutánea (Ps) en tratamiento con secukinumab mediante el índice FIB-4.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo en pacientes con enfermedad psoriásica (APs axial o periférica, y PsO) en tratamiento con secukinumab durante un año. Se han recogido datos demográficos (sexo y edad), clínicos (consumo de alcohol, hábito tabáquico, índice de masa corporal (IMC), hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia), tiempo de evolución de la enfermedad, fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) previos, índices de actividad (DAPSA y PASI) y el índice FIB-4. Se realizó evaluación basal, a los 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (22 mujeres y 35 hombres) con edad media $52 \pm 12,9$ años. Las características basales del estudio son: 100% no consumo de alcohol, 16% fumadores, IMC $30,7 \text{ kg/m}^2$, 36,8% hipertensos, 22,8% diabéticos, 31,5% hipercolesterolemia y 33,3% hipertrigliceridemia. El 24,6% (14) presentan Ps y 75,4% (43) APs. Tratamiento previo: 1,02 FAMEb (49,1% antiTNF). El 47% comenzó con secukinumab de 300 mg sc según pauta recomendada (inicial-



P365 Figura. Evolución FIB-4 enfermedad psoriásica.

mente en las semanas 0, 1, 2, 3 y 4 y, luego mensualmente). El 83,7% de los pacientes con APs presentaban afectación periférica, 25,6% axial y 18,6% dactilitis. El tiempo de evolución de la APs es 5,98 ± 0,93 años. En cuanto a la actividad al inicio del tratamiento, 25,58% de las APs tenía actividad moderada al inicio del tratamiento según DAPSA (16,17) y 57,14% de Ps tenían una actividad moderada por PASI (8,5). Se estudió la evolución del FIB-4 a lo largo del tiempo mediante un modelo de efectos mixtos, considerando como efectos fijos las 3 medidas de FIB-4 (fig.). Los valores de FIB4 en la media basal tienen un promedio de 0,030 unidades menos que los valores de FIB-4 en la media a 12 m no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,774). En el análisis por subgrupos, APs tienen un promedio de 0,036 unidades menos que los valores de FIB-4 en la media 12 m (p = 0,725) con una tendencia muy leve ascendente. Los valores Ps tienen un promedio de 0,070 unidades más (p = 0,475) al inicio del tratamiento con una tendencia descendente.

Conclusiones: La falta de cambios significativos en los niveles de FIB-4 sugiere que el tratamiento con secukinumab puede no tener un impacto directo en la progresión de la fibrosis hepática en pacientes con EPs. Es crucial considerar en futuras investigaciones la posibilidad de factores adicionales que puedan influir en la progresión de la fibrosis hepática en estos pacientes.

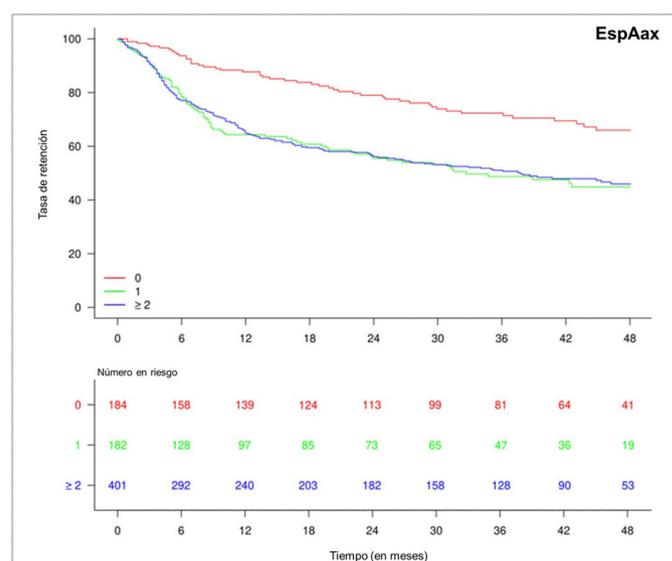
P366. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS DURANTE CUATRO AÑOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: RESULTADOS DE LA RED DE COLABORACIÓN EUROSPA

Isabel Castrejón¹, Marion Pons², Stylianos Georgiadis², Zohra Faizy Ahmadzay³, Mikkel Østergaard⁴, Bente Glintborg², Jette Heberg², Sara Nysom Christiansen², Simon Horskjær Rasmussen², Fernando Alonso⁵, Karin Laas⁶, Sigrud Vorobjov⁷, Nikita Khmelinskii⁸, Jakub Zavada⁹, Adrian Ciurea¹⁰, Michael Nissen¹¹, Brigitte Michelsen¹², Pawel Mielnik¹³, Anne Gitte Loft¹⁴, Ziga Rotar¹⁵, Katja Perdan Pirkmajer¹⁶, Gary Macfarlane¹⁷, Gareth T. Jones¹⁷, Dan Nordstrom¹⁸, Anna-Mari Hokkanen¹⁹, Irene van der Horst-Bruinsma²⁰, Johan Karlsson Wallman²¹, Bjorn Gudbjornsson²², Olafur Palsson²³, Merete Hetland² y Lykke Ørnbjerg²

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Copenhagen Center for Arthritis Research. Rigshospitalet. Copenhagen. Dinamarca. ³Rigshospitalet Glostrup. University of Copenhagen. Glostrup. Dinamarca. ⁴Copenhagen Center for Arthritis Research. Center for Rheumatology and Spine Diseases. Centre for Head and Orthopaedics. Rigshospitalet. University of Copenhagen. Copenhagen. Dinamarca. ⁵Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ⁶Department of Rheumatology. East-Tallinn Central Hospital. Tallinn. Estonia. ⁷National Institute for Health Development. Tallinn. Estonia. ⁸Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Lisboa. Portugal. ⁹Institute of Rheumatology. Charles University. Prague. República Checa. ¹⁰University Hospital Zurich. Zürich. Suiza. ¹¹Geneva University Hospitals. Geneva. Suiza. ¹²Rigshospitalet Glostrup. Diakonhjemmet Hospital. Sørlandet Hospital. Copenhagen. Dinamarca. ¹³Section for Rheumatology. Helse Førde. Førde. Noruega. ¹⁴Aarhus University. Horsens. Dinamarca. ¹⁵University Medical Centre Ljubljana. Liubliana. Eslovenia. ¹⁶University Medical Centre Ljubljana. University of Ljubljana. Liubliana. Eslovenia. ¹⁷Aberdeen Centre for Arthritis and Musculoskeletal Health (Epidemiology Group). University of Aberdeen. Aberdeen. Reino Unido. ¹⁸Helsinki University Hospital. Helsinki. Finlandia. ¹⁹Departments of Medicine and Rheumatology. Helsinki University Hospital. Helsinki. Finlandia. ²⁰Rheumatology. Radboud University Medical Center. Nijmegen. Países Bajos. ²¹Lund University and Skåne University Hospital. Lund. Suecia. ²²Centre for Rheumatology Research. University Hospital. Reykjavik. Islandia. ²³Faculty of Medicine. University of Iceland. Reykjavik. Islandia.

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) y la artritis psoriásica (APs) son parte del espectro de espondiloartritis que pueden tratarse con secukinumab, un mAb IgG1 íntegramente humano dirigido a la IL-17A. Se pretendía evaluar las tasas de retención y las proporciones de pacientes que alcanzaban puntuaciones compuestas de remisión y respuesta a los 24 y 48 meses en cohortes independientes de pacientes con EspAax y APs, tratados con secukinumab en la práctica clínica habitual.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EspAax y APs que iniciaron secukinumab de 13 registros de la red europea de colaboración EuroSpA. Se elaboraron curvas de Kaplan-Meier con pruebas de rango logarítmico y análisis de regresión de Cox para evaluar las tasas totales de retención de secukinumab a los 24 y 48 meses y se compararon según FAMEb/sd previo (0/1/≥ 2). Las comparaciones de las tasas de remisión y respuesta según FAMEb/sd se realizaron mediante regresión logística ajustada por edad, sexo, registro, tiempo desde el diagnóstico y actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento (basal).



	Número de FAMEb/sd previos	Tasas de retención	HR completamente ajustado* ref. sin FAMEb/sd previos
24 meses	Sin FAMEb/sd previos	79,0 %	
	1 FAMEb/sd previo	55,5 %	2,59 [1,69-3,96], p <0,001
	≥2 FAMEb/sd previos	56,1 %	2,38 [1,58-3,59], p <0,001
48 meses	Sin FAMEb/sd previos	66,0 %	
	1 FAMEb/sd previo	44,8 %	2,13 [1,47-3,08], p <0,001
	≥2 FAMEb/sd previos	46,0 %	1,92 [1,35-2,73], p <0,001

*Valores ajustados por edad, sexo, registro, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y ASDAS-CRP basal. Los valores en negrita indican resultados estadísticamente significativos.

Figura 1. Tasa de retención de secukinumab a los 48 meses en los pacientes con EspAax, estratificados según el número de FAME biológicos/sintéticos dirigidos previos.

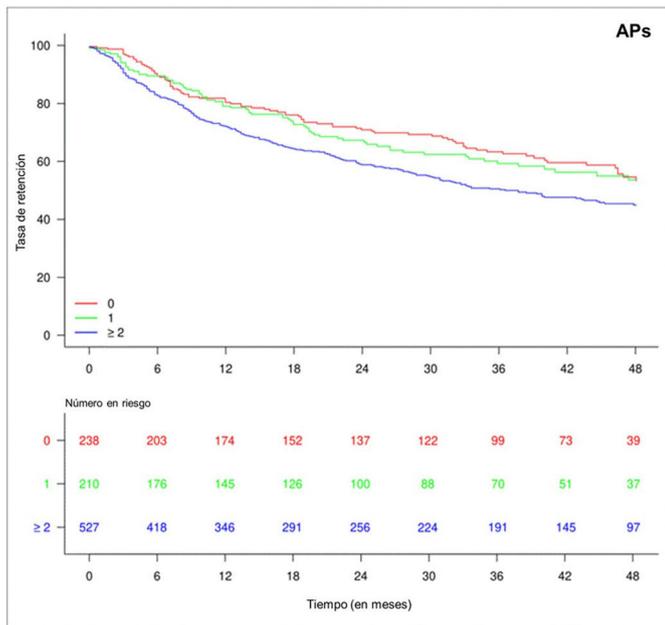
Resultados: Se incluyeron un total de 767 pacientes con EspAax y 975 pacientes con APs procedentes de 13 y 12 países, respectivamente. En la basal, los pacientes con EspAax (mediana de edad (RIC) de 47 (38-55) años, mayoría hombres (60%)) presentaban una actividad de la enfermedad elevada (mediana (RIC) del ASDAS-PCR 3,6 (2,9-4,2)). Los pacientes con APs, 52 (44-59) años, mayoría mujeres (56%) presentaban una actividad moderada de la enfermedad (mediana (RIC) del DAPSA28 de 25,1 (16,7-37,3)). Las tasas de retención de secukinumab a los 24/48 meses fueron del 61%/51% en los pacientes con EspAax y del 63%/49% en los pacientes con APs, respectivamente. Las tasas de retención de secukinumab a los 24/48 meses en EspAax fueron significativamente más altas en los pacientes sin tratamiento biológico previo que en los tratados con 1

Tabla 366

Puntuaciones compuestas de las tasas de remisión y respuesta en pacientes con EspAax y APs tratados con secukinumab

Pacientes con EspAax (N = 767)				Pacientes con APs (N = 975)					
Puntuaciones compuestas de las tasas de remisión y respuesta	Valor bruto (%)	N disponible	OR completamente ajustado* [IC95%] ref. sin FAMEb/sd previos	Puntuaciones compuestas de las tasas de remisión y respuesta	Valor bruto (%)	N disponible	OR completamente ajustado** [IC95%] ref. sin FAMEb/sd previos		
LDA según ASDAS-CRP (< 2,1) 24 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 184) 1 FAMEb/sd previo (n = 182) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 401)	60 51 25	70 45 123	Referencia 0,79 [0,32-1,98], p = 0,62 0,33 [0,14-0,78], p = 0,01	LDA según DAPSA28 (≤ 14) 24 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 238) 1 FAMEb/sd previo (n = 210) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 527)	49 42 38	85 77 203	Referencia 0,61 [0,30-1,26], p = 0,18 0,73 [0,39-1,36], p = 0,32
LDA según ASDAS-CRP (< 2,1) 48 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 184) 1 FAMEb/sd previo (n = 182) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 401)	59 37 37	41 19 52	Referencia 0,23 [0,05-0,98], p = 0,05 0,30 [0,09-1,03], p = 0,06	LDA según DAPSA28 (≤ 14) 48 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 238) 1 FAMEb/sd previo (n = 210) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 527)	57 53 41	42 30 92	Referencia 0,86 [0,28-2,65], p = 0,79 0,76 [0,29-2,01], p = 0,58
MCI según ASDAS-CRP (≥ 1,1) 24 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 184) 1 FAMEb/sd previo (n = 182) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 401)	75 48 32	53 33 93	Referencia 0,81 [0,21-3,04], p = 0,75 0,43 [0,13-1,41], p = 0,16	Respuesta moderada según DAPSA28 (75%) 24 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 238) 1 FAMEb/sd previo (n = 210) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 527)	49 15 15	61 54 166	Referencia 1,17 [0,24-5,57], p = 0,85 0,31 [0,08-1,25], p = 0,10
MCI según ASDAS-CRP (≥ 1,1) 48 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 184) 1 FAMEb/sd previo (n = 182) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 401)	81 54 40	31 13 40	Referencia 0,22 [0,02-1,97], p = 0,17 0,21 [0,03-1,39], p = 0,10	Respuesta moderada según DAPSA28 (75%) 48 meses	Sin FAMEb/sd previos (n = 238) 1 FAMEb/sd previo (n = 210) ≥ 2 FAMEb/sd previos (n = 527)	39 24 18	33 21 78	Referencia 3,50 [0,43-28,26], p = 0,23 0,95 [0,19-4,82], p = 0,95

*Valores ajustados por edad, sexo, registro, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y ASDAS-CRP basal. **Valores ajustados por edad, sexo, registro, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y DAPSA28 basal. OR: oportunidad relativa; IC: intervalo de confianza; ASDAS-CRP: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score-C reactive protein; DAPSA28: Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis in 28 joints; FAMEb/sd: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos/sintéticos dirigidos; LDA: actividad baja de la enfermedad; MCI: mejoría clínicamente importante. Los valores en negrita indican resultados estadísticamente significativos. N: número.



	Número de FAMEb/sd previos	Tasas de retención	HR completamente ajustado* ref. sin FAMEb/sd previos
24 meses	Sin FAMEb/sd previos	70,9 %	
	1 FAMEb/sd previo	67,2 %	0,81 [0,46-1,44], p = 0,47
	≥ 2 FAMEb/sd previos	58,9 %	1,32 [0,83-2,10], p = 0,25
48 meses	Sin FAMEb/sd previos	53,2 %	
	1 FAMEb/sd previo	53,6 %	0,94 [0,58-1,52], p = 0,79
	≥ 2 FAMEb/sd previos	44,9 %	1,23 [0,81-1,86], p = 0,33

*Valores ajustados por edad, sexo, registro, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y DAPSA28 basal.

Figura 2. Tasa de retención de secukinumab a los 48 meses en los pacientes con APs, estratificados según el número de FAME biológicos/sintéticos dirigidos previos.

o ≥ 2 FAMEb/sd previos (fig. 1). En los pacientes con APs, las tasas de retención de secukinumab a los 24/48 meses fueron similares en los pacientes sin tratamiento biológico previo y en los que habían recibido 1 FAMEb/sd previo y fueron numéricamente más bajas en los que habían recibido ≥ 2 FAMEb/sd previos (fig. 2). En los pacientes con EspAax, las tasas de actividad baja de la enfermedad (LDA) y de mejoría clínicamente importante (MCI) según ASDAS-PCR fueron numéricamente superiores en el grupo sin tratamiento biológico previo a los 24 y 48 meses. Después del ajuste de los factores de confusión, los pacientes sin tratamiento biológico previo presentaron tasas más altas de LDA según ASDAS-PCR que los que habían recibido 1 o más FAMEb/sd previos (tabla). De manera similar, las proporciones de pacientes con APs que lograron una LDA o una respuesta moderada según DAPSA28 fueron numéricamente superiores (pero no de forma estadísticamente significativa) en el grupo sin tratamiento biológico previo (tabla).

Conclusiones: Este amplio estudio en práctica clínica real demostró que las tasas de retención de secukinumab después de 4 años fueron aproximadamente del 50% en los pacientes con EspAax y APs. Los pacientes sin tratamiento biológico previo presentaron tasas de retención, remisión y respuesta más altas que aquellos con exposición previa a FAMEb/sd, particularmente en EspAax.

P367. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE TOFACITINIB EN EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Ignacio Braña Abascal, Estefanía Pardo, Marta Loredó, Stefanie Burger, Pablo González del Pozo, Paula Álvarez, Norma Alejandra Callejas, Sara Alonso, Isabel Zapico, Fernando Jirout, Mercedes Alperi y Rubén Queiro

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

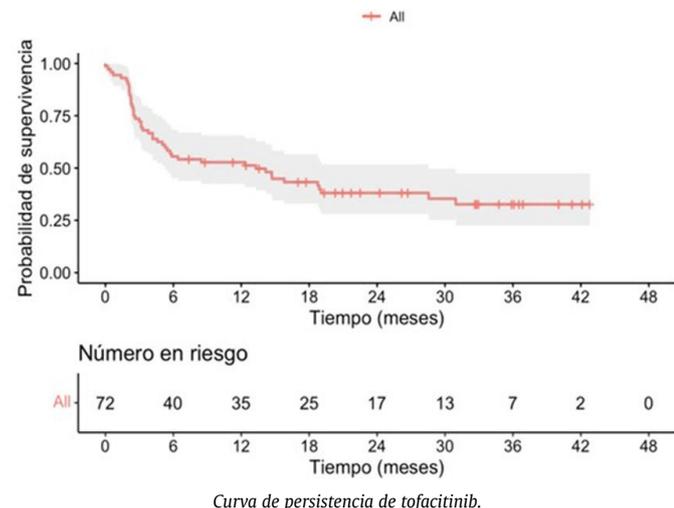
Introducción y objetivos: Los datos de persistencia y seguridad del tofacitinib (TOF) en artritis psoriásica (PsA) son escasos y poco

conocidos en España. Esta información es crucial para conocer el verdadero valor de este tratamiento en la práctica clínica diaria. Nuestro objetivo es analizar la persistencia y seguridad del TOF en condiciones de vida real.

Métodos: Se ha incluido a toda la población con PsA expuesta al menos a una dosis de TOF de un hospital Universitario en el norte de España. Las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) del medicamento se analizaron en la población total, según sexo, factores de riesgo cardiometabólicos y líneas de tratamiento (1ª/2ª vs. 3ª o más). Para analizar los factores de persistencia, se llevaron a cabo una regresión multivariante de Cox. Se registraron, además, eventos adversos.

Características de la población

Variable	Mujeres, n: 54	Hombres, n: 18	Total, n:72
Edad (años) (DE)	51,8 (10,5)	52,1 (13,0)	51,9 (11,1)
Pso duración (años) (DE)	16,4 (11,9)	15,2 (7,79)	16,1 (11,0)
PsA duración (años) (DE)	10,3 (7,51)	10,8 (5,36)	10,4 (6,99)
Peso (Kg) (DE)	75,3 (18,1)	83,1 (14,0)	77,7 (17,3)
Hipertensión arterial, n (%)	17 (31,5)	5 (27,8)	22 (30,6)
Dislipemia n (%)	16 (29,6)	3 (16,7)	19 (26,4)
Diabetes, n (%)	5 (9,3)	2 (11,1)	7 (9,7)
Fumadores, n (%)	16 (29,6)	3 (16,7)	19 (26,4)
Exfumadores, n (%)	16 (29,6)	3 (16,7)	19 (26,4)
Patrón articular, n (%)			
Periférico	38 (70,4)	10 (55,6)	48 (66,7)
Axial	3 (5,6)	0 (0)	3 (4,2)
Mixto	13 (24,1)	8 (44,4)	21 (29,2)
Placas de psoriasis, n (%)	32 (59,3)	16 (88,9)	48 (66,7)
Afectación ungueal	18 (33,3)	10 (55,6)	28 (38,9)
Dactilitis, n (%)	13 (24,1)	7 (38,9)	20 (27,8)
Entesitis, n (%)	11 (20,4)	4 (22,2)	15 (20,8)
Depresión, n (%)	36 (66,7)	4 (22,2)	40 (55,6)
Biológicos previos, n (%)	53 (98,1)	18 (100)	71 (98,6)
Tofacitinib línea, n (%)			
1	1 (1,9)	0 (0)	1 (1,4)
2	17 (31,5)	1 (5,6)	18 (25,0)
3	11 (20,4)	8 (44,4)	19 (26,4)
4	13 (24,1)	5 (27,8)	18 (25,0)
≥ 5	12 (22,2)	4 (22,2)	16 (22,2)
Tratamiento actual tofacitinib, n (%)			
Sí	19 (35,2)	8 (44,4)	27 (37,5)
No	35 (64,8)	10 (55,6)	45 (62,5)
Duración tratamiento (meses), mediana [min, max]	7,44 [0,23, 42,8]	14,7 [0, 40,0]	10,0 [0, 42,8]



Resultados: Se han incluido 72 pacientes, 54 mujeres y 18 hombres. La mayoría han estado previamente con terapia biológica y moléculas orales dirigidas (PsA refractaria). La tabla resume las principales características de la población del estudio. La mediana

de supervivencia del TOF fue de 13 meses (IC95% 5,3-29). La persistencia en el primer año fue del 50%. La figura muestra la curva Kaplan-Meier de supervivencia del TOF para la población total. Ni el sexo, ni los factores cardiometabólicos, ni la línea de tratamiento influyeron en la supervivencia del TOF. Los pacientes más jóvenes [OR 0,96 (IC95%: 0,92-0,99), p: 0,011] o aquellos con entesitis [OR 0,37 (IC95%: 0,15-0,92)], mostraron mayores probabilidades de persistencia de TOF. Por otro lado, los fumadores presentaron mayor riesgo de interrumpir el tratamiento con TOF [OR 2,58 (IC95% 1,05-6,39), p: 0,04]. Los pacientes tratados previamente con metotrexato tuvieron mayor tasa de suspensión del tratamiento, sin ser estadísticamente significativo [OR 2,16 (IC95%: 0,96-4,86), p: 0,063]. De los 45 pacientes que suspendieron el medicamento, 24 (53,3%) lo hicieron por pérdida o falta de eficacia, 10 (22,2%) intolerancia, y el resto 11 (24,4%) debido a eventos adversos durante la exposición.

Conclusiones: Tofacitinib ha mostrado buena persistencia en una población de PsA en su mayoría refractaria a biológicos y pequeñas moléculas orales. Los pacientes con entesitis podrían tener mejor respuesta al tratamiento con tofacitinib. No detectamos nuevas señales de alarma con respecto a la seguridad.

P368. SWITCHING VERSUS CYCLING EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ¿QUÉ ESTRATEGIA SEGUIR?

Manuel Juárez García¹, Claudia Campos-Fabre¹, Victoria Navarro Compán¹, Diego Benavent², Marta Novella-Navarro¹, Diana Peiteado¹, Alejandro Villalba¹, Irene Monjo¹, Laura Nuño¹, María Sanz¹, Alejandro Balsa¹ y Chamaida Plasencia Rodríguez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

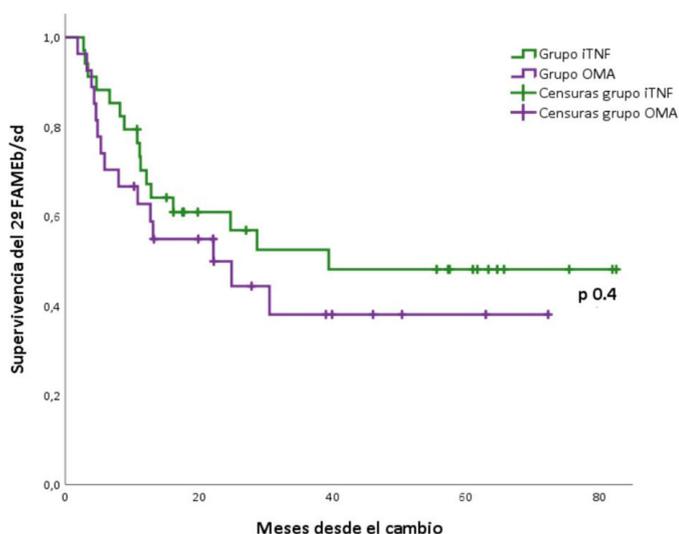
Introducción: A pesar de que el arsenal terapéutico en la espondiloartritis axial (EspAax) ha aumentado (iTNF, iIL-17, iJAK), el porcentaje de respuesta a un 2º FAMEb oscila entre un 25-49%. Definir cuál es la mejor estrategia terapéutica tras el fallo a un 1º FAMEb es una de las necesidades no cubiertas en pacientes con EspAax. Los motivos de este fallo están aún por discernir, desconociendo si realmente hay actividad inflamatoria subyacente u otros motivos, como comorbilidades asociadas.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes con EspAax con fallo a un 1º iTNF que realizan cambio a un 2º iTNF (grupo "iTNF") o a otra diana terapéutica, incluyendo iIL-17 o iJAK (grupo "otro mecanismo de acción"-OMA -), y comparar la respuesta clínica y supervivencia del 2º fármaco.

Métodos: Se analizaron los datos de una cohorte prospectiva de pacientes con EspAax, que iniciaron un 2º FAMEb/sd entre 2017 y 2023, tras fallo a un 1º iTNF. Se recogieron datos clínicos y medidas de actividad en el momento del cambio al 2º FAMEb/sd, así como medidas de actividad a los 6 meses tras el mismo. Se realizó un análisis comparativo, usando los test de chi-cuadrado o exacto de Fisher para variables cualitativas y t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Finalmente, se usaron los test de Kaplan Meier y log-rank para crear y comparar gráficas de supervivencia del 2º FAMEb/sd y de regresión de Cox para estimar el hazard ratio (HR) de suspensión.

Resultados: De los 61 pacientes identificados (tabla 1), 34 cambiaron de iTNF y 27 a OMA (26 iIL-17 y 1 iJAK). La causa más frecuente de cambio tras el 1º iTNF fue la ineficacia secundaria en ambos grupos, aunque fue más común en el grupo iTNF (67,6 vs. 40,7%, p 0,04), tendiendo la ineficacia primaria a ser más frecuente en el grupo OMA, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (25,9 vs. 8,8%, p 0,07). Los pacientes OMA también tendían a comenzar el

1^{er} FAMEb antes y con una menor supervivencia del mismo, pero sin diferencias significativas. Un dato a destacar es que la proporción de pacientes con fibromialgia (FM) fue mayor en el grupo OMA (15,4 vs. 0%, p 0,03). No se encontraron diferencias en los índices de actividad en el momento del cambio. Sin embargo, los pacientes OMA puntuaron más alto en ASDAS, BASDAI y EVA de dolor a los 6 meses del cambio (aunque de manera no significativa), registrando puntuaciones mayores en la valoración global del médico (40 vs. 20, p 0,04) (tabla 2). El porcentaje de pacientes que abandonaron fue menor en el grupo iTNF en todos los puntos analizados (6, 12, 18 y 24 meses: 11,8%, 30,3%, 44,8% y 46,4 vs. 29,6%, 38,5%, 48% y 59,1%, respectivamente). En el análisis de supervivencia (fig. 1), aunque el grupo OMA parecía mostrar una menor supervivencia del 2^o FAMEb/sd, no se encontraron diferencias significativas (HR 1,4, IC95% 0,7-2,8, p 0,4). Los motivos más frecuentes de suspensión del 2^o FAMEb/sd fueron ineficacia primaria (48,4%) y secundaria (22,6%), sin diferencias entre grupos.



Curvas de supervivencia del 2^o FAMEb/sd (grupo iTNF en verde y grupo OMA en morado).

Tabla 1. Descripción estratificada de ambos grupos

	iTNF (n = 34)	OMA (n = 27)	p
Edad al inicio del 2 ^o FAMEb/sd (años), media ± DE	49,2 ± 14	52,6 ± 14,1	0,4
Duración de la enfermedad hasta el 1 ^{er} FAMEb/sd (años), mediana (RIC)	3,5 (1,6-19,5)	2,4 (0,8-12,6)	0,5
Supervivencia del 1 ^{er} FAMEb (años), mediana (RIC)	2,9 (0,5-7,7)	1,7 (1,2-4,3)	0,6
Motivos de suspensión del 1 ^{er} FAMEb/sd, n (%):			
Ineficacia primaria	3 (8,8%)	7 (25,9%)	0,07
Ineficacia secundaria	23 (67,6%)	11 (40,7%)	0,04*
Otros motivos	8 (23,5%)	9 (33%)	Ref
Sexo varón, n (%)	18 (52,9%)	13 (48,1%)	0,7
Hábito tabáquico activo, n (%)	12 (35,3%)	5 (18,5%)	0,1
HLA-B27 positivo, n (%)	26 (76,5%)	15 (57,7%)	0,1
IMC (kg/m ²), media ± DE	28,5 ± 6,1	27,9 ± 4,4	0,7
Subtipo de EspAax, radiográfica, n (%)	13 (38,2%)	12 (44,4%)	0,6
Afectación periférica, n (%)	27 (79,4%)	26 (96,3%)	0,07
Entesitis, n (%)	24 (70,6%)	21 (77,8%)	0,5
Artritis periférica, n (%)	20 (58,8%)	16 (59,3%)	1
Dactilitis, n (%)	2 (5,9%)	0 (0%)	0,5
Uveítis anterior, n (%)	11 (32,4%)	5 (18,5%)	0,2
Psoriasis, n (%)	5 (14,7%)	1 (3,7%)	0,2
EII, n (%)	4 (11,8%)	1 (3,7%)	0,4
Fibromialgia, n (%)	0 (0%)	4 (15,4%)	0,03*
Tratamiento concomitante con FAMEsc (1 ^{er} FAMEb/sd), n (%)	13 (43,3%)	7 (30,4%)	0,3
Tratamiento concomitante con FAMEsc (2 ^o FAMEb/sd), n (%)	20 (60,6%)	11 (40,7%)	0,1

Tabla 2. Medidas de actividad a los 6 meses del cambio al 2^o FAMEb/sd

	iTNF (n = 34)	OMA (n = 27)	p
ASDAS, media ± DE	2,7 ± 1	3,2 ± 0,9	0,09
ΔASDAS, mediana (RIC)	0,4 (0,1-1,4)	0,3 (-0,2-0,6)	0,2
Respuesta clínicamente significativa, n (%)	9 (28,1%)	4 (17,4%)	0,4
Mejoría importante, n (%)	3 (9,4%)	2 (8,7%)	0,9
BASDAI, media ± DE	4,7 ± 2,4	5,8 ± 2,2	0,08
VGP, mediana (RIC)	60 (27,5-80)	67,5 (45-82,5)	0,3
VGM, mediana (RIC)	20 (10-47,5)	40 (25-60)	0,04*
EVA dolor, mediana (RIC)	50 (20-70)	70 (50-80)	0,2
NAD, mediana (RIC)	0 (0-3)	0 (0-5)	0,6
NAT, mediana (RIC)	0 (0-1)	0 (0-3)	0,3
PCR (mg/L), mediana (RIC)	5 (1,4-11,2)	7,7 (1,6-16,1)	0,6
VSG (mmh), mediana (RIC)	7 (4-11)	8 (5-21)	0,2

Conclusiones: La respuesta clínica inicial a un 2^o FAMEb parece menor en el grupo OMA, donde hay una mayor proporción de FM asociada. Además, aproximadamente la mitad de los pacientes que abandonan el 2^o FAMEb lo hacen por ineficacia primaria. Esto manifiesta la importancia de considerar el impacto de las comorbilidades en la evaluación de la actividad de la enfermedad previo al cambio de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webers C, et al. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):130-41.

P369. EFECTIVIDAD DE GUSELKUMAB EN VIDA REAL SEGÚN LÍNEAS DE TRATAMIENTO Y REDUCCIÓN DE DOLOR DE FORMA TEMPRANA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

M.J. Moreno Martínez¹, M.J. Moreno Ramos², A.C. Castillo González², M. Castaño Sánchez² y L.F. Linares Ferrando²

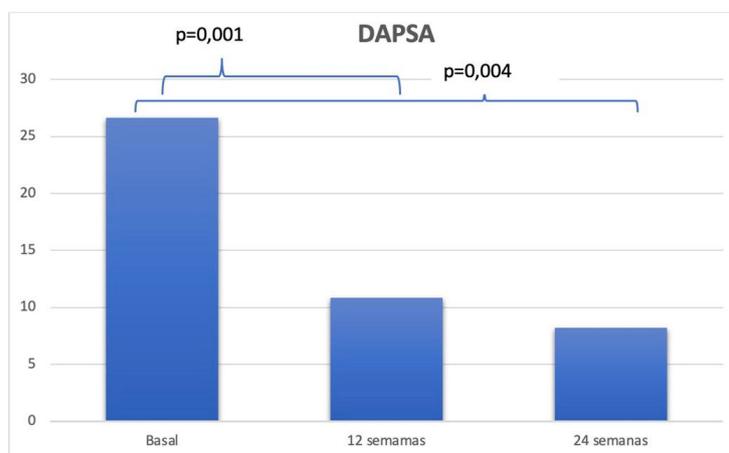
¹Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar.

Introducción: Guselkumab es un anticuerpo monoclonal IgG que bloquea la subunidad p19 de la IL-23 indicado para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica moderada-grave. Se han realizado ensayos clínicos sobre la eficacia y la seguridad en pacientes con artritis psoriásica (APs), pero es necesario ver el comportamiento del fármaco en los pacientes de práctica clínica española.

Objetivos: Describir el uso, efectividad, persistencia y mejoría del dolor en una cohorte de pacientes con APs, tratados en práctica clínica real, en el Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia) desde la aprobación de este en mayo de 2022.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, en pacientes adultos diagnosticados de APs que cumplen criterios CASPAR, tratados con guselkumab desde mayo de 2022. Se obtuvieron los siguientes datos de las historias clínicas: recuento de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD), EVA dolor, EVA global del paciente, PCR y DAPSA. Se recogieron las características demográficas y clínicas de los pacientes, así como línea de tratamiento y fármacos previos. Se muestran frecuencias y medias (± desviación típica).

Resultados: En total, se incluyeron 28 pacientes diagnosticados de APs. Las características clínicas y demográficas se describen en la tabla, destacando un 28,6% con afectación mixta. Todos los pacientes presentaban afectación articular, y 16 (57,1%) de los mismos, presentaban afectación cutánea. 15 pacientes se encontraban en primera y segunda línea (1^a y 2^aL) de tratamiento y el resto en 3^o o más. El valor medio de DAPSA al inicio del tratamiento fue de 26,6 (± 5,7) en los pacientes de 1^a-2^a L y de 24,6 (± 5,5) en pacientes de 3^a L y sucesivas (p > 0,05). El DAPSA se redujo progresivamente hasta la semana 24 de forma estadísticamente significativa (fig. 1). El recuento de NAD de dicha cohorte de pacientes en el momento basal fue de 6,5 (2-12), en semana 12 de 2,2 (0-10) y en semana 24 de 1,5 (0-4). El recuento de NAT fue de 3,5 (0-10) en el momento basal,



P369 Figura 1. Evolución DAPSA.

de 1,4 (0-6) a las 12 semanas y de 0,8 (0-2) a las 24 semanas de tratamiento con guselkumab. La respuesta al dolor, medida mediante el EVA DOLOR disminuyó de forma significativa desde la semana 12, reduciéndose a prácticamente la mitad, y dicha disminución continuó de forma progresiva hasta la semana 24 (fig. 2).

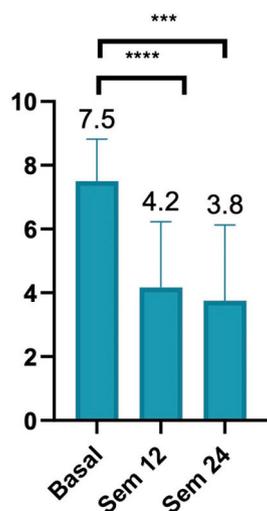


Figura 2. EVA DOLOR
test Kruskal-Wallis. **** p<0,0001 ;
*** p<0,0009

Figura 2. EVA dolor.

Características basales	Pacientes (n=28)
Mujeres, n(%)	18 (64,3)
Media de biológicos previos (rango)	2,5 (1-8)
Líneas de tratamiento previo (n)	
- 1ª-2ª	15
- 3L o +	13
FAME concomitante, n(%)	7(25)
- Metotrexato	7(100)
Tipo de artritis psoriásica, n(%)	
- Periférica	20/28 (71,4)
- Mixta	8/28 (28,6)
Pacientes con Psoriasis, n(%)	16/28 (57,1)

Tabla 1.

Conclusiones: Guselkumab ha demostrado en práctica clínica, ser un fármaco eficaz, en diferentes líneas de tratamiento, con mejoría

ya a las 12 semanas tanto en índices compuestos (DAPSA) como en el dolor notificado por el paciente, siendo esto un reflejo de la velocidad de respuesta del fármaco. 4 pacientes discontinuaron, 3 de ellos en 4ª línea o superior, y siendo el principal motivo la falta de eficacia. No hubo ningún reporte de efecto adverso a destacar.

P370. PERSISTENCIA EN LOS TRATAMIENTOS CON INHIBIDORES DEL TNF E IXEKIZUMAB EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA, MENOR EN LAS MUJERES

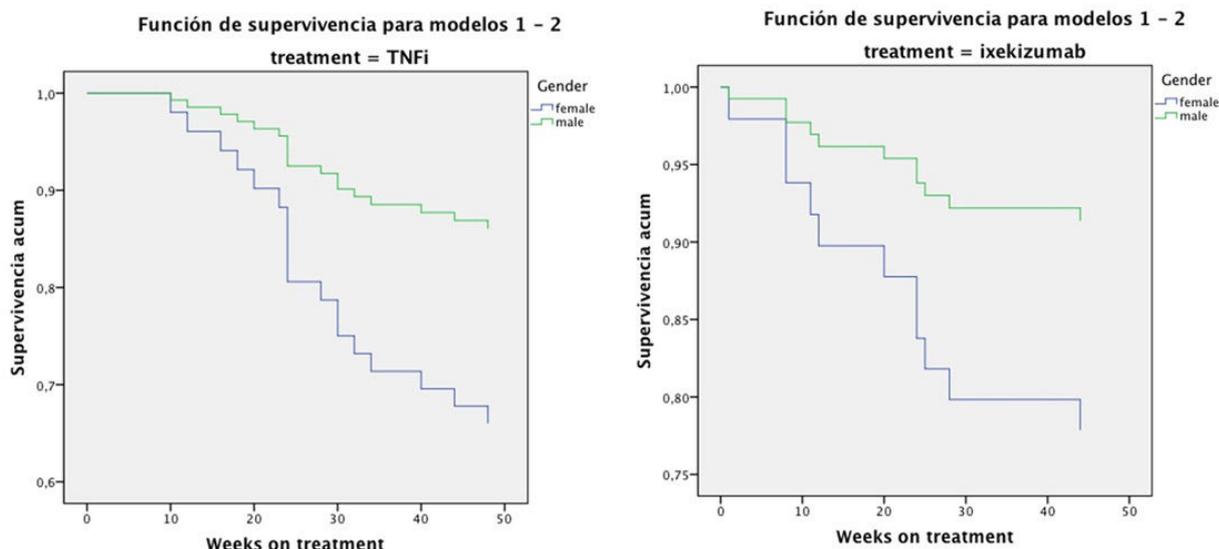
Evelin Cecilia Cervantes Pérez, Diego Dios-Santos, Carlota Iñíguez, María Caeiro Aguado, Carlos García Porrúa y José A. Pinto Tasende

Complejo Hospitalario de Pontevedra. CHU A Coruña-INIBIC. Hospital de Ponferrada. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción: La persistencia del tratamiento es un indicador de la eficacia y la seguridad de este, y ambas cualidades de un tratamiento son importantes cuando se tratan enfermedades crónicas como la artritis psoriásica (APs). El mayor abandono o cambio de fármacos iTNF en mujeres que en hombres parece evidente en distintos estudios, pero desconocemos qué ocurre con otros biológicos. El objetivo de este estudio fue evaluar la persistencia a las 52 semanas del inicio de iTNF e ixekizumab (iIL17A) en pacientes con APs y la influencia del género en la misma.

Métodos: Se trata de un estudio observacional multicéntrico realizado en pacientes con APs en tratamiento con etanercept (ETN), adalimumab (ADA), golimumab (GOL) y certolizumb pegol (CZP) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Se evaluaron mediante el índice DAPSA y el MDA al inicio y a las 52 semanas del inicio o cuando el paciente interrumpió el tratamiento. Se recogieron los motivos de cambio del tratamiento durante el periodo de seguimiento. Los pacientes firmaron un formulario de consentimiento informado para permitir la recopilación y el análisis de datos anónimos y la inclusión en un registro de estudio de pacientes con APs (código de registro: 2015/671). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 23 (IBM SPSS Statistics). Los valores de p < 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: En este estudio se evaluaron 154 pacientes con APs (edad media 56,7 ± 10,8; 69 género femenino 45,1%). Estos pacientes se caracterizaban principalmente por una APs activa y de larga evolución, considerando la mediana de duración de la enfermedad de 9,6 (6,5) años. La afectación periférica se reconoció en 105 pacientes (69%), rasgos axiales puros en 10 (6,5%) y mixtos en 38 (25%). La afectación de las entesis estaba presente en 37 (25%) y la dactilitis en 14 (9,5%). Onicopatía 38 (24,8%) y la mediana de BSA era 1 (q1-q3: 0-2), con BSA mayor de 3 en 14 (9,2%). Estaban en tratamiento con



P370 Figura

AINE 63 (41,2%), corticoide oral 51 (33,3%), FAMEsc 63 (41,2%). El 55,0% de los pacientes presentaban comorbilidades, principalmente hipertensión arterial (31,2%), dislipidemia (25,3%) y obesidad (20,7%). DAPSA, HAQ, PsAID12 mejoraron de forma global durante las 52 semanas en ambos grupos, pero en menor medida en las mujeres. Hubo 29 (19,0%) abandonos del tratamiento sin diferencias entre los grupos terapéuticos, con una persistencia del iTNF del 78,6 vs. 84,1% del Ixekizumab ($p = 0,389$), y la persistencia del tratamiento fue mayor en los hombres que en las mujeres en ambos grupos ($p = 0,036$ en el grupo iTNF y $p = 0,018$ en el grupo del IXE). El análisis de regresión de Cox mostró que el género femenino era un factor predictivo del abandono del tratamiento a lo largo de las 52 semanas del estudio y los hombres tenían una OR de 2,768 (IC95%: 1,274-6,015) para persistir en el tratamiento con respecto a las mujeres, $p = 0,010$ (fig.).

Conclusiones: Los pacientes mejoraron significativamente en todos los parámetros analizados durante 52 semanas, sin diferencias significativas entre los iTNF y el IXE. La persistencia del tratamiento fue alta y hubo una mejora significativa en los PRO utilizados. Se pudo observar que el sexo femenino fue un factor independiente de interrupción del tratamiento en los 2 grupos de tratamiento, iTNF e IXE.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Porrúa C, et al. J Rheumatol. 2023;jrheum.2023-0822.

P371. PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES Y COMORBILIDADES EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Carlota Navarro Joven, María Alonso de Francisco, Pablo Navarro Palomo, María Machattou, Laura Ramos Ortiz de Zarate, Alejandro Redondo Martínez, Hildegarda Godoy Tundidor, Mónica Fernández Castro, Carlos Isasi Zaragoza, Carmen Barbadillo Mateos, José Campos Esteban, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Olga Rusinovich, José Luis Andreu Sánchez y Jesús Sanz Sanz

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Establecer la prevalencia de las manifestaciones extra-musculoesqueléticas y comorbilidades más frecuentemente asociadas a la artritis psoriásica (APs), así como comparar estos datos con lo publicado en la literatura disponible hasta el momento.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y uni-céntrico donde se seleccionaron pacientes diagnosticados de

artropatía psoriásica según los criterios CASPAR, en seguimiento activo en el servicio de Reumatología de un hospital terciario en el año 2022. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, patrón de afectación, tiempo de evolución), la presencia o no de afectación no-musculoesquelética (afectación cutánea psoriásica personal y gravedad de la misma, uveítis anterior aguda (UAA), enfermedad inflamatoria intestinal (EII)) y la coexistencia de ciertas comorbilidades: factores de riesgo cardiovascular mayor (FRCV) (dislipemia (DL), hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) o glucemia basal alterada (GBA)), obesidad, hiperuricemia, síndrome metabólico y esteatosis hepática no alcohólica (EHNA), confirmada mediante prueba de imagen. Se utilizó estadística descriptiva para definir las características clínicas de los pacientes (medias, desviación estándar).

Resultados: Se incluyeron los datos de 375 pacientes, la edad media en el momento de la recogida de los datos fue de 58,6 años (DE: 11,35), la edad media al diagnóstico de la enfermedad 45,8 años (DE 12,6), el tiempo medio de evolución de la enfermedad era de 12,4 años, el 51% de la muestra eran mujeres y el 49% varones. El patrón de afectación predominante fue el periférico en un 52% de la cohorte, siendo menos frecuente la afectación periférica y axial simultánea (34%) y la afectación puramente axial (7%) y exclusivamente entesítica (4%). La afectación extra musculoesquelética más frecuente fue la psoriasis cutánea (82%), presentando un 48% de la cohorte una afectación cutánea leve. Se recogen antecedentes de UAA en el 3,5% de la muestra y de afectación intestinal en forma de EII en un 2% de la cohorte. El 37,5% de los pacientes que tenían diagnóstico de EII era en forma de enfermedad de Crohn y en un 37,5% de colitis ulcerosa, mientras que el 25% restante presentaba una forma indeterminada de EII. En cuanto a las comorbilidades un 68% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) mayor, siendo el más prevalente la DL (50,9%), seguida de la HTA (31,2%) y la DM o GBA (20,5%); el 40% de los pacientes presentaban hiperuricemia y el 22% presentaba un IMC > 30. El 22% de la muestra cumplía criterios de síndrome metabólico y el 15,5% presentaba afectación hepática en forma de EHNA.

Conclusiones: La artritis psoriásica es una enfermedad sistémica que se asocia a afectación otros órganos, lo más frecuente a la psoriasis cutánea pero también a la enfermedad inflamatoria intestinal y la uveítis anterior aguda, si bien la asociación con estas dos últimas entidades es más débil que en otras espondiloartritis. Además presenta asociación con otras enfermedades, destacando los FRCV clásicos, la obesidad, la hiperuricemia, el síndrome metabólico y la

ENHA. Esto supone una gran comorbilidad y un importante aumento del riesgo cardiovascular y debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer un plan terapéutico adecuado.

P372. ESTUDIO CUALITATIVO DEL IMPACTO DE LA GOTA EN EL EMPLEO

César Díaz Torné¹, María Antonia Pou^{2,3,4}, Anne Horne², Chiara Gasteiger² y Nicola Dalbeth²

¹Servei de Reumatologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Barcelona. ²Department of Medicine. University of Auckland. Nueva

Zelanda. ³Equip d'Atenció Primària Encants. ICS. Barcelona. ⁴GREMPAL.

IDIAPI JGol. ICS. Barcelona.

Introducción: La gota es la forma más frecuente de artritis inflamatoria. Causa dolor e inflamación y reduce la calidad de vida. Existen estudios cualitativos que analizan el impacto de la gota en diferentes ámbitos, pero no se han realizado estudios sobre su impacto en el empleo.

Objetivos: Identificar y describir las experiencias sobre el impacto de la gota en el empleo.

Métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas con pacientes que habían experimentado brotes de gota durante sus años laborales. Los participantes, procedentes de Nueva Zelanda y España, cumplían criterios de gota ACR/EULAR 2015. Se utilizó un muestreo intencional para garantizar la diversidad demográfica, laboral y clínica. Las entrevistas incluyeron las siguientes temáticas: impacto de la gota durante el trabajo, influencia de la enfermedad en cambios de trabajo, consecuencias de la revelación de la gota y reacciones de los compañeros de trabajo. El tamaño final de la muestra se determinó cuando se alcanzó la riqueza, profundidad y pertinencia de la información obtenida y cuando no se identificaron temas adicionales. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se realizó un análisis temático reflexivo.

Resultados: Se incluyeron 18 participantes con gota. Las características demográficas, clínicas y laborales se muestran en la tabla. Se identificaron seis temas clave: 1. Factores relacionados con la gota: la intensidad del dolor, la presencia de tofos y la localización de las articulaciones afectadas fueron descritos como factores críticos. Los brotes graves hacían casi imposible trabajar, mientras que los leves eran un inconveniente. 2. Factores laborales: Los trabajos con elevados requisitos físicos eran especialmente difíciles. La falta de flexibilidad en el lugar de trabajo, la imposibilidad de trabajar a distancia, cambiar fechas de las reuniones o adaptar tareas, tuvo repercusión en la capacidad de seguir trabajando. 3. Experiencias físicas: describieron una amplia gama de ellas, desde trabajar con molestias hasta no poder trabajar. La capacidad para trabajar y la concentración se vieron afectadas por la gravedad del brote. La dificultad para desplazarse al lugar de trabajo fue un factor importante. 4. Experiencias emocionales: Sentirse responsable del trabajo perdido, la reducción de la eficiencia o la necesidad de ayuda fueron temas comunes. Algunos se sentían avergonzados por tener gota e intentaban ocultarlo, especialmente jóvenes y mujeres. Otros se sentían culpables, sobre todo si creían que su enfermedad era autoinfligida. Algunos manifestaron sentirse deprimidos debido a las limitaciones impuestas por la gota. 5. Experiencias sociales: Los efectos se extendían más allá del trabajo. Se describió la preocupación por revelar la enfermedad en el trabajo, la priorización del trabajo sobre otras funciones vitales y el impacto económico negativo. 6. Impactos positivos del tratamiento eficaz: El tratamiento eficaz se consideró crucial para mejorar la experiencia laboral. La comprensión de la enfermedad, el control de los brotes con AINEs y el tratamiento hipouricemiente regular fueron elementos clave para prevenir los brotes, reducir la intensidad del dolor y mantener la capacidad de trabajar.

Características de los participantes

Participante	Sexo	Edad (años)	Duración (años)	Tofos	Trabajo
1	H	62	41	Sí	Trabajador portuario/Servicios/Dependiente
2	H	41	8	No	Gerente
3	H	56	12	No	Arquitecto
4	H	54	2	No	Programador informático
5	H	74	14	Sí	Mantenimiento
6	H	57	3	Sí	Ingeniero químico
7	H	48	8	No	Profesor universitario
8	H	43	9	No	Dependiente/Reponedor
9	H	60	30	Sí	Funcionario
10	H	59	12	No	Ingeniero/Servicios
11	H	49	9	No	Ingeniero
12	H	36	1	No	Supervisor de proyectos
13	M	36	18	Sí	Administrativa
14	M	33	10	No	Servicios
15	H	29	13	Sí	Estudiante/Dependiente/Reponedor/Psicólogo
16	H	42	8	No	Profesor de secundaria
17	H	66	37	No	Operario de fábrica/Comercial
18	H	67	3	No	Profesor de inglés

Conclusiones: Este estudio arroja luz sobre el impacto multifacético de la gota en el trabajo y el empleo, haciendo hincapié en la importancia tanto en el manejo de la enfermedad como de las adaptaciones del lugar de trabajo para los pacientes de gota.

P373. EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE ATROSCLEROSIS CAROTÍDEA Y DEPÓSITOS DE URATO TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO EN GOTA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Cristina Rodríguez Alvear, Irene Calabuig Sais, Agustín Martínez Sanchís y Mariano Andrés

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Introducción: La aterosclerosis carotídea es prevalente en pacientes con gota. Un estudio anterior realizado en nuestro centro demostró asociación entre la extensión de tofos y la señal *power Doppler* (PD) positiva con la presencia de placas de ateroma [Front Med. 2021;8:795984]. Al tratarse de un estudio transversal, esa asociación debía ser confirmada de forma prospectiva.

Objetivos: Analizar si la evolución de la aterosclerosis carotídea está asociada con la evolución de los signos de depósito ecográficos y la inflamación asociada.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyen 103 pacientes con gota probada por cristales de reciente diagnóstico, 94% hombres, edad media basal de 62 años y 17% con gota tofácea. Se realizaron tres evaluaciones ecográficas: basal (M0), a los 6 meses (M6) y a los 12 meses (M12). Fueron realizadas por dos expertos ecografistas, con fiabilidad intra- e interobservador, ciegos a los datos analíticos y de tratamiento. La M0 constaba de A) evaluación carotídea bilateral, para medición del grosor íntima-media (GIM) y presencia de placas de ateroma, según consenso de Mannheim, y de B) evaluación musculoesquelética en carpos, 2ª MCFs, 1ª MTFs y tendones tricipitales y patelares, para signos de depósitos de urato (doble contorno, agregados hiperecóticos y tofos, según definiciones de OMERACT) y para señal PD local. La M0 se realizó en ausencia de tratamiento hipouricemiente, permitiendo tratamiento profiláctico de ataques. Posteriormente, los pacientes fueron tratados de forma paralela en práctica clínica. En M6 y M12, se repitió la evaluación ecográfica carotídea y en las localizaciones con depósito basal (M0). La evolución de los depósitos y las placas carotídeas se clasificó en "desaparición", "reducción", "persistencia" y "progresión". Para la señal PD, se tomó el valor máximo en cualquier localización evaluada. Para los análisis, las variables de placa y depósitos se dicotomizaron en "desaparición/reducción" o "persistencia/progresión". La evaluación del cambio en carótidas,

depósitos y señal PD se ha realizado mediante chi-cuadrado y test exacto de Fisher.

Resultados: De los 103 pacientes, se realizó evaluación M6 en 91 (88,3%) y M12 en 78 (75,7%). En M0, la media de localizaciones con depósito fue de 9,9 (DE 4,1) y con señal PD positiva de 1,1 (DE 1,1). Un 59% tenía placas de ateroma carotídeas y el GIM medio fue de 0,82 mm (DE 0,21). En la figura 1 se muestra la evolución de las placas carotídeas, los depósitos de urato y la señal PD (fig. 1A M0-M6; fig. 1B M6-M12). El cambio de GIM en M6 y M12 no fue significativo. En M6, no se encontró asociación entre las variables carotídeas y las musculoesqueléticas. No obstante, en M12, la reducción o desaparición de la placa de ateroma se asoció de manera significativa con la ausencia de la señal PD, en comparación con señal PD persistente (64,0 vs. 28,6%, $p = 0,017$). La mejoría de placas carotídeas no se relacionó con las mejorías en signos de doble contorno (62,5 vs. 0%, $p = 0,087$), agregados (57,9 vs. 37%, $p = 0,162$) y tofos (48,4 vs. 42,9%, $p = 0,731$). El uso de estatinas de alta potencia se asoció a la reducción o desaparición de la placa de ateroma, sin encontrar relación con otras variables.

Figura 1A. Evolución M0-M6

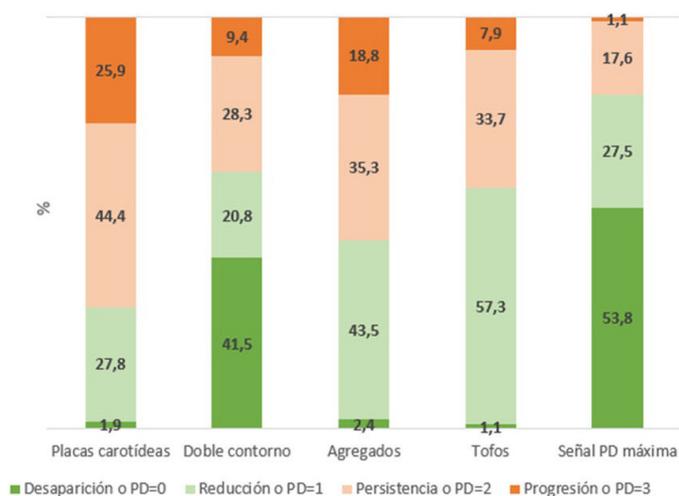
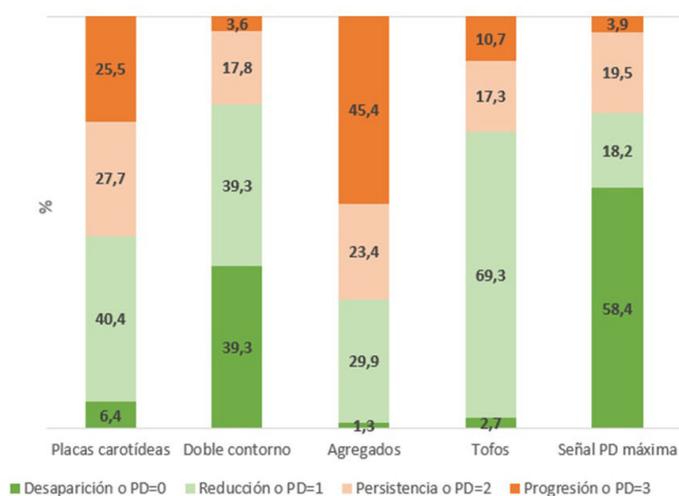


Figura 1B. Evolución M6-M12



Conclusiones: A los 12 meses de inicio del tratamiento hipouricémico en pacientes con gota, la reducción o desaparición de la placa de ateroma carotídea fue más frecuente en aquellos sin señal PD en las localizaciones evaluadas, lo que apoya la relación identificada basalmente.

P374. PREVALENCIA DE CONDROCALCINOSIS Y ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE PIROFOSFATO CÁLCICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS CON HIPOFOSFATASIA CONGÉNITA

C. Tornero^{1,2}, E. de Miguel¹, V. Navarro-Compán¹, A. Balsa¹ y P. Aguado^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Unidad Multidisciplinar de Displasias Esqueléticas. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La hipofosfatasa (HPP) es una enfermedad congénita del metabolismo mineral óseo caracterizada por niveles bajos de fosfatasa alcalina (FA) y elevación de sus sustratos (piridoxal 5'-fosfato sérico, PLP) y fosfoetanolamina urinaria, FEA). La condrocalcinosis y artritis secundaria al depósito de pirofosfato cálcico (EDPPCa) son una manifestación asociada a esta enfermedad.

Objetivos: El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de condrocalcinosis y enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico dihidrato (EDPPCa) en pacientes adultos con niveles bajos de fosfatasa alcalina (FA) y un estudio genético *ALPL* positivo (TG+) que confirme hipofosfatasa (HPP) en comparación con aquellos con la misma anomalía bioquímica y un test genético negativo (TG-).

Métodos: Se incluyeron 78 adultos con niveles persistentemente bajos de FA (≥ 2 mediciones de FA ≤ 35 UI/L y ninguna > 45) y prueba genética *ALPL* realizada. Se realizó una ecografía basal y a los 24 meses en 42 sujetos TG+ y 36 TG-, en los que se exploró el fibrocartílago y el cartílago hialino de los meniscos, los tendones y el líquido sinovial de ambas rodillas para detectar depósitos de pirofosfato cálcico. Se utilizó un ecógrafo MyLabTwice (Esaote, Génova, Italia) con un transductor de matriz lineal multifrecuencia (4-13 MHz).

Resultados: Al inicio del estudio, se observó un mayor porcentaje de condrocalcinosis en el grupo TG+ [9/42 (21,4%)] en comparación con el grupo TG- [2/36 (5,6%), $p = 0,045$]. Dos pacientes (4,8%) del grupo TG+ presentaron artritis secundaria a EDPPCa. No se identificaron nuevos casos en el control a los 24 meses. Al comparar a los pacientes TG+ con y sin condrocalcinosis (tabla 1), los niveles de FA fueron inferiores en los que presentaron condrocalcinosis frente a los que no asociaron este hallazgo (17 [11,4-23] vs. 27 [23-30,5]; $p < 0,01$) y los niveles de PLP fueron superiores en el primer grupo (663,6 [437-863] vs. 260,5 [162,5-310,5]; $p < 0,01$), al igual que los niveles de fosfato sérico (4,7 [3,8-5,2] vs. 3,8 [3,5-4,3]; $p = 0,016$).

Datos demográficos y bioquímicos comparativos de los pacientes con prueba genética *ALPL* positiva con y sin condrocalcinosis

	RN	Presencia de condrocalcinosis (n = 9)	Ausencia de condrocalcinosis (n = 33)	p
Edad, años	-	56,3 (39,2-61,3)	50,9 (37,9-60,4)	0,487
Sexo femenino, n (%)	-	5 (55,6%)	24 (72,7%)	0,323
FA (UI/L)	45-116	17 (11,4-23)	27 (23-30,5)	< 0,01
PLP (nmol/L)	15-73	663,6 (437-863)	260,5 (162,5-310,5)	< 0,01
FEA (μ mol/g cr.)	< 70	77,5 (24,5-120)	33,5 (22,3-55)	0,096
PTH (pg/mL)	18,5-88	45 (32,2-59)	44 (36,5-56,7)	0,786
Vit. D (ng/mL)	30-100	25 (21-33)	27 (23-35,3)	0,631
Calcio (mg/dL)	8,6-10,2	9,6 (9,5-9,9)	9,6 (9,4-9,9)	0,695
Magnesio (mg/dL)	1,6-2,6	2 (1,9-2,1)	2 (1,8-2,1)	0,984
Fosfato (mg/dL)	2,5-4,5	4,7 (3,8-5,2)	3,8 (3,5-4,3)	0,016
Exc. calcio orina (mg/24h)	< 250	184,6 (164-195,2)	184,6 (164,3-195,2)	0,505
Exc fosfato orina (mg/24h)	400-1.300	724 (598-937)	724 (598,5-937,5)	0,824

Las variables cuantitativas se expresan como mediana (rango intercuartílico, IQR) y las cualitativas como números (porcentajes). Cr: creatinina; Exc: excreción; FA: fosfatasa alcalina; FEA: fosfoetanolamina urinaria; PLP: piridoxal-5'-fosfato sérico; PTH: hormona paratiroidea; RN: intervalo biológico de referencia; Vit. D: vitamina D.

Conclusiones: La condrocalcinosis fue un hallazgo ecográfico frecuente en la HPP confirmada genéticamente. Estos pacientes tenían niveles más bajos de FA y más altos de PLP. No obstante, la artritis

secundaria a cristales de pirofosfato cálcico fue poco frecuente. La HPP debe considerarse una posible causa metabólica en pacientes con condrocalcinosis y EDPPCa.

P375. APROXIMACIÓN A LA ASOCIACIÓN DE GOTA Y DIABETES Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORBILIDAD UTILIZANDO UN CONJUNTO DE DATOS DE HOSPITALIZACIONES A ESCALA NACIONAL

Patricia Mora¹, Fernando Borrás¹, Eugenio de Miguel² y Mariano Andrés^{1,3}

¹Universidad Miguel Hernández. Elche. ²Hospital La Paz. Madrid.

³Hospital General Universitario Dr. Balmis-ISABIAL. Alicante.

Introducción: La gota y la diabetes mellitus (DM) son dos enfermedades muy prevalentes a nivel mundial, íntimamente relacionadas por su fisiopatología. Las consecuencias de padecer ambas patologías, especialmente en términos de desarrollo de morbilidades, han recibido poca atención en la literatura,

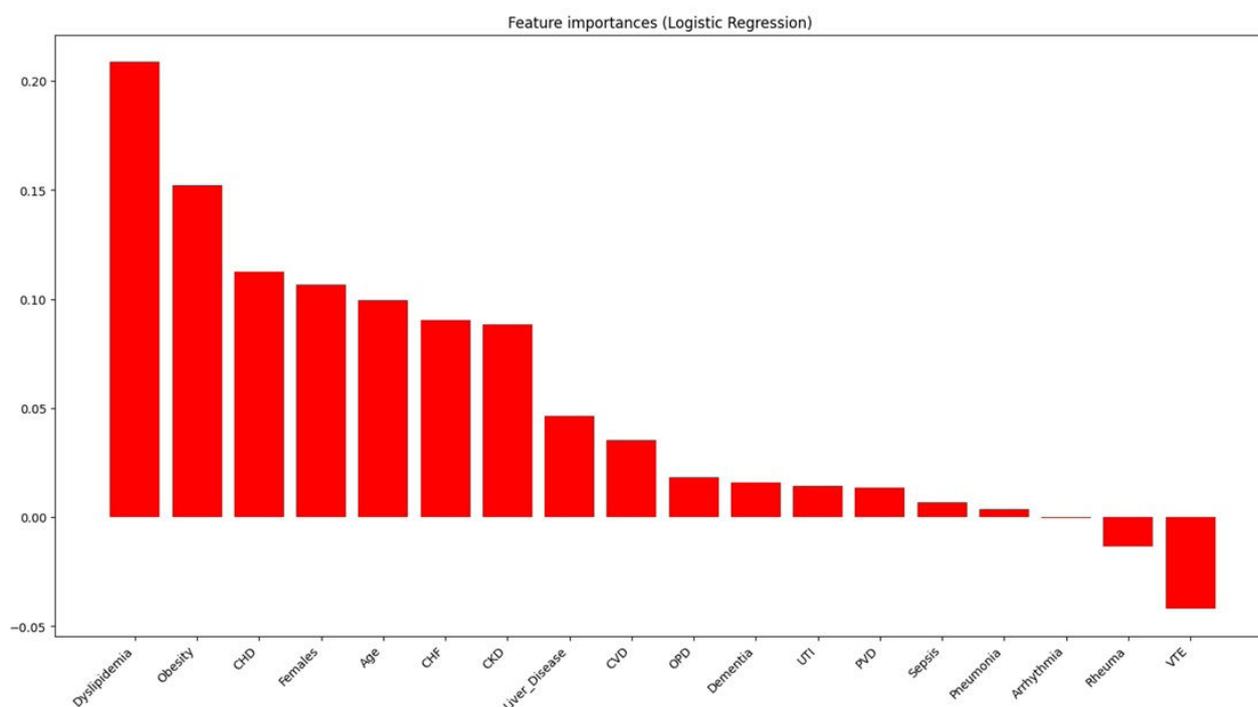
Objetivos: Analizar el impacto de la coexistencia de DM en una población española hospitalizada a nivel nacional con gota.

Métodos: Análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos de 192,062 hospitalizaciones españolas con gota (codificación CIE-9) entre 2005 y 2015. Las comorbilidades de interés fueron enfermedades cerebrovasculares, tromboembolismo venoso, sepsis, enfermedad renal crónica, arritmia, demencia, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar obstructiva y otras enfermedades reumáticas, entre otras. En primer lugar, se estimó la prevalencia de DM en toda la población, de forma global y por tipos de DM (DM tipo 1, tipo 2 y Otros tipos de DM) así como presencia de DM “Complicada” o “No complicada”, según los códigos CIE-9 adecuados, estimando sus intervalos de confianza (IC) al 95%. Se construyó un modelo de regresión logística múltiple para discernir las características de los pacientes gotosos con y sin DM. Posteriormente, se identificaron pacientes con ingresos repetidos en la base y se crearon dos grupos de DM y no DM, emparejados por edad, sexo, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular (variable combinada de enfermedad cardíaca, cerebral y periférica) e infecciones (variable combinada de neumonía, infecciones urinarias y sepsis) en el primer tercil (2005-2008). Des-

Tabla 375

Evolución de las comorbilidades de interés en pacientes con reingresos, tras aparear por edad, sexo, infecciones y enfermedades cardiovasculares y renal. Datos mostrados como n (%)

	Tercil 1 (2005-08)		Tercil 2 (2009-12)		Tercil 3 (2013-15)		p
	No DM	DM	No DM	DM	No DM	DM	
Enfermedad cardiovascular	6.169 (47,2)	6.593 (48,8)	1.033 (45,3)	934 (55,4)	388 (43,6)	354 (57,9)	< 0,001
Enfermedades cerebrovasculares	545 (4,2)	544 (4,0)	103 (4,5)	70 (4,1)	46 (5,2)	29 (4,7)	0,530
Enfermedad coronaria	3.473 (26,6)	4.029 (29,8)	565 (24,8)	505 (29,9)	193 (21,7)	200 (32,7)	< 0,001
Insuficiencia cardíaca congestiva	2.850 (21,8)	3.077 (22,8)	534 (23,4)	522 (31,0)	187 (21,0)	200 (32,7)	< 0,001
Enfermedad vascular periférica	500 (3,8)	522 (3,9)	86 (3,8)	68 (4,0)	43 (4,8)	27 (4,4)	0,709
Infecciones	1.381 (10,6)	1.415 (10,5)	283 (12,4)	199 (11,8)	123 (13,8)	81 (13,3)	< 0,001
Neumonía	515 (3,9)	524 (3,9)	94 (4,1)	83 (4,9)	45 (5,1)	31 (5,1)	0,119
Sepsis	94 (0,7)	89 (0,7)	40 (1,8)	22 (1,3)	19 (2,1)	12 (2,0)	< 0,001
Infección del tracto urinario	832 (6,4)	855 (6,3)	170 (7,5)	107 (6,3)	68 (7,6)	43 (7,0)	0,238
Tromboembolismo venoso	347 (2,7)	262 (1,9)	46 (2,0)	27 (1,6)	31 (3,5)	14 (2,3)	< 0,001
Enfermedad renal crónica	2.427 (18,6)	2.621 (19,4)	912 (40,0)	717 (42,5)	339 (38,1)	289 (47,3)	< 0,001



P375 Figura. Resultados del modelo de regresión logística. Valores positivos (por encima de la horizontal) indican asociación con DM, y negativos (por debajo de la horizontal) con no padecerla.

pués, se compararon las frecuencias de comorbilidades de interés en segundo (2009-2012) y tercer terciles (2012-2015) mediante la prueba de χ^2 .

Resultados: En población hospitalizada con gota, la prevalencia de DM fue del 27,7% (IC95% 27,5-27,9%). Por subtipos, la DM tipo 2 fue mucho más prevalente (27,4%; IC95% 27,2-27,7%) que la tipo 1 (0,1%; IC95% 0,1 -0,2%) u otras formas de DM (0,4%; IC95% 0,3-0,4). La presencia de DM complicada fue del 19,76% (IC95%: 19,43-20,10). La figura muestra los resultados de la regresión logística múltiple. Las variables más relacionadas con la DM fueron dislipemia, obesidad, sexo femenino, edad avanzada y enfermedades cardíacas y renales. Por otra parte, el tromboembolismo venoso y otras enfermedades reumáticas concurrentes se asociaron a pacientes sin DM. La tabla muestra la distribución de comorbilidades en el modelo de ingreso recurrente, mostrando cerca de un 10% más de frecuencia de eventos cardiovasculares (por enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca) y enfermedad renal en el grupo con DM, similar para infecciones y menor presencia de tromboembolismo venoso.

Conclusiones: Un análisis de 11 años de hospitalizaciones con gota confirma un perfil de comorbilidad diferente entre DM y no DM, con estrecha relación con el síndrome metabólico. Evaluando los reingresos, la copresencia de DM tuvo un impacto significativo en el perfil cardiovascular y renal del paciente con gota, no identificando impacto en infecciones y un menor riesgo de tromboembolismo. Nuestros hallazgos pueden ser de interés al atender pacientes con gota y DM.

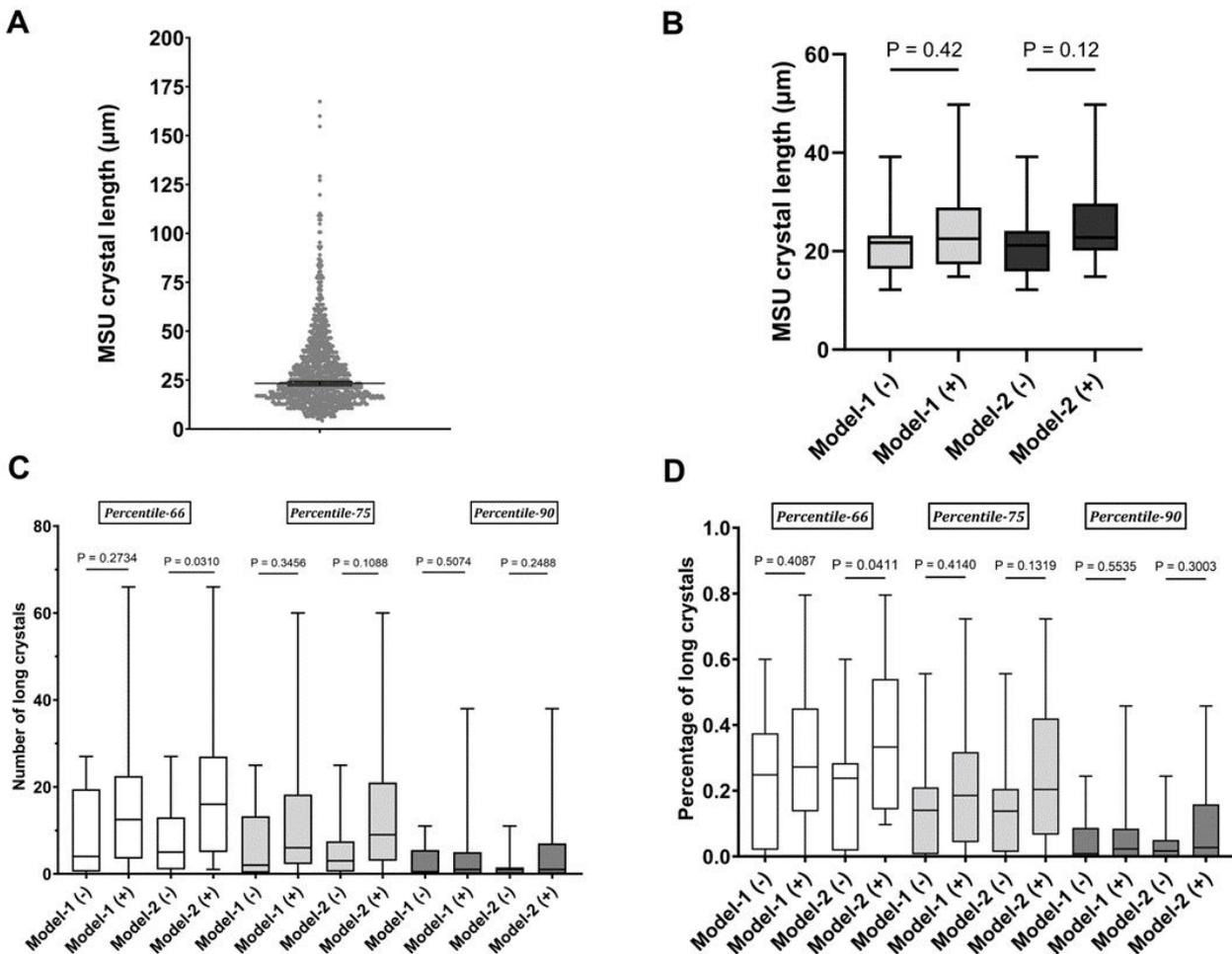
P376. DEPÓSITOS ARTICULARES ECOGRÁFICOS Y LONGITUD DE LOS CRISTALES DE URATO MONOSÓDICO EN EL LÍQUIDO SINOVIAL: AVANCES EN EL PROCESO DE CRISTALIZACIÓN

María del Carmen López González¹, Elena Sansano², Cristina Rodríguez Alvear^{3,4}, Irene Calabuig^{3,4}, Agustín Martínez Sanchis^{3,4}, Eliseo Pascual^{2,4} y Mariano Andrés^{2,3,4}

¹Hospital Universitario de la Ribera. ²Universidad Miguel Hernández. Elche. ³Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁴Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante.

Introducción: Diversos datos sugieren que la formación de urato monosódico (UMS) requiere una plantilla proteica para iniciar la cristalización [PMID 9709185], mientras que las secciones de tofos muestran cristales largos y altamente organizados [PMID 26369610], probablemente formados después de otros cristales. Por lo tanto, podría existir un doble mecanismo de cristalización en la articulación. En este estudio, nuestro objetivo fue evaluar si la longitud de los cristales de UMS encontrados en líquido sinovial varían si existe en esas articulaciones depósitos ecográficos organizados (derivando posiblemente los cristales largos de ellos).

Métodos: Se reclutaron pacientes consecutivos con gota confirmada por cristales. Se realizó una ecografía de la articulación inflamada para detectar lesiones sugerentes de gota [OMERACT 2021]: signo de doble contorno (DC), tofos y agregados. Se evaluaron dos modelos ecográficos: el Modelo 1, grado 2-3 de cualquier depósito (signo DC, tofos o agregados), y el Modelo 2, limitado a signo DC o tofos de grado 2-3.



P376 Figura

Posteriormente, se aspiró el líquido sinovial. La longitud de los cristales de UMS fue medida por un observador ciego a datos clínicos y ecográficos, utilizando un microscopio de luz polarizada. La distribución de la longitud de los cristales de UMS (en μm) y la presencia de cristales largos (definidos según los percentiles 66, 75 o 90) se evaluaron con cada modelo ecográfico mediante la prueba U de Mann-Whitney. Las variables cuantitativas se muestran como mediana (p25-75).

Resultados: Analizamos 1076 cristales en 28 articulaciones de 25 pacientes (tres con un brote oligo-poliarticular). La edad mediana fue de 60 años (54-72), y el 32% presentaban tofos subcutáneos. La uricemia mediana en los últimos dos años fue de 7,5 mg/dL (7,1-8,9), llevando el 29% tratamiento hipouricemiante. La longitud mediana de los cristales de UMS fue de 23,3 μm (95%CI 15,9-36), longitud donde se encuentran la mayoría de cristales [fig. A]. Aplicando el Modelo 1 (20 articulaciones, 71,4%), no hubo diferencias en la longitud de los cristales entre las que presentaban depósitos y las que no (22,5 μm versus 21,7 μm ; $p = 0,42$) [fig. B] con una distribución similar de los cristales largos (P66, P75 o P90) [fig. C y D]. En cuanto al Modelo 2 (15 articulaciones, 53,6%), tampoco hubo diferencias significativas en la longitud de los cristales en función de si había o no depósitos (22,8 μm versus 21,2 μm ; $p = 0,12$) [fig. 1-B]. No obstante, encontramos una mayor presencia de cristales largos (P66), tanto en números absolutos como en porcentaje, en los pacientes que presentaban depósitos [fig. C y D]. La longitud de los cristales y la presencia de cristales largos no se asoció con las características de la gota, con la uricemia o con la señal *power-Doppler* local.

Conclusiones: El análisis del líquido sinovial de nuestros pacientes con gota sugiere que existen dos mecanismos distintos de cristalización del UMS: uno de longitud reducida compartida por la mayoría de los cristales y otro con cristales más largos, mejor identificados en la ecografía por la presencia de depósitos (pero no de agregados), lo cual se asemeja a lo observado en las secciones anatomopatológicas de los tofos. Este hallazgo aporta evidencia a la hipótesis de que ocurre una formación secundaria utilizando como plantillas cristales previamente formados en el proceso de cristalización del UMS.

P377. DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS SÉPTICA VS. ARTRITIS MICROCRISTALINA SOBRE ARTICULACIÓN NATIVA: ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE 292 CASOS

Raquel Zas¹, Jorge Boán², Marta Obra², Anatolio Alonso², Carlos Lumbreras², Jaime Lora-Tamayo² y José Luis Pablos¹

¹Servicio de Reumatología. Instituto de investigación Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: En pacientes que presentan una monoartritis aguda, es imperativo distinguir rápidamente las artritis sépticas

de otras artritis inflamatorias no infecciosas, ya que el tratamiento y el pronóstico son considerablemente diferentes. Nuestro objetivo fue identificar variables no microbiológicas independientes capaces de distinguir entre artritis séptica y artritis microcristalina, por ser el diagnóstico diferencial más común en práctica clínica habitual.

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo que incluye todas las artrocentesis realizadas en monoartritis aguda en pacientes adultos en nuestro centro desde enero-2019 hasta junio-2023. Se excluyeron los casos de hemartros, oligo/poliartritis, articulaciones protésicas, inflamación > 6 semanas o bursitis. Se recopiló información sobre antecedentes y presentación clínica, análisis de sangre y de líquido sinovial (LS). La variable resultado fue artritis séptica, definida por un resultado microbiológico positivo. La artritis se consideró microcristalina cuando se observaron cristales en LS (probadas) o frente a una historia clínica compatible con un cultivo de LS negativo. Se utilizaron curvas ROC para identificar el corte más discriminativo de las variables continuas (índice de Youden) y una regresión logística por pasos para identificar parámetros independientes asociados con la artritis microcristalina.

Resultados: Se identificaron 39 (7,2%) artritis sépticas y 253 (46,6%) microcristalinas de 543 casos que cumplían criterios de inclusión: 194 (76,7%) hombres, edad mediana 63 años (RIQ 51-84), mediana del índice de comorbilidad de Charlson de 1 (RIQ 0-2). De las artritis microcristalinas 126 (49,8%) fueron probadas y 127 (51,2%) probables, con diferencias entre ambos grupos: edad (71 vs. 64 años; $p = 0,002$), índice de Charlson (1,8 vs. 1,1; $p = 0,001$), antecedente de hiperuricemia (43,5 vs. 60,3%; $p = 0,006$), proteínas en LS (4,03 vs. 5,17 mg/dl; $p = 0,035$) y leucocitos en LS (25,531 vs. 32,971 / μL ; $p = 0,02$) respectivamente. En la comparación de parámetros analíticos de artritis sépticas y microcristalinas, el recuento de leucocitos sinoviales, la concentración de glucosa sinovial y la proteína C reactiva plasmática (PCR) mostraron el mayor poder discriminativo (fig. 1). Los parámetros independientes que predijeron la artritis séptica fueron [OR (intervalo de confianza del 95%)]: antecedente de neoplasia [6,486 (1,689-24,913)], eritema [7,234 (2,262-23,139)], PCR [7,603 (2,628-21,997)], leucocitos sinoviales [5,352 (1,832-15,634)], glucosa sinovial [0,102 (0,032-0,324)], y edad [0,942 por año (0,914-0,971)]. En el subanálisis de artritis séptica frente a artritis microcristalina probada los parámetros independientes fueron: eritema [11,464 (3,171-41,447)], PCR > 15,5 mg/dL [5,312 (1,330-21,216)], leucocitos sinoviales ≥ 38.944 leuc/ μL [16,338 (5,294-50,425)], antecedente de cristales [0,276 (0,087-0,870)], y edad [0,967 por año (0,941-0,993)].

Conclusiones: El valor de parámetros de forma aislada en el diagnóstico de artritis séptica vs. microcristalina tiene un valor limitado por su baja sensibilidad y especificidad. Sin embargo, el uso combi-

Tabla 377

Tabla 1. Artritis microcristalinas vs. sépticas

Variable	ABC (IC95%)	p	Punto de corte (índice Youden)	Sensibilidad	Especificidad
Leucocitos en LS	0,718 (0,614-0,821)	< 0,001	≥ 38.944 leuc/ μL	71,8%	76,4%
Edad **	0,719 (0,184-0,378)	< 0,001	$\leq 63,5$ años	41,7%	90,4%
Glucosa sinovial**	0,840 (0,086-0,234)	< 0,001	$\leq 82,5$ mg/dL	84,6%	74,3%
Proteína C-reactiva	0,721 (0,619-0,822)	< 0,001	$\geq 15,53$ mg/dL	69,2%	78,3%

Tabla 377

Tabla 2. Artritis microcristalinas probadas vs. sépticas

Variable	ABC (IC95%)	p	Punto de corte (Índice Youden)	Sensibilidad	Especificidad
Leucocitos sinoviales	0,762 (0,657-0,868)	< 0,001	≥ 38.814 leuc/ μL	71,8%	83,3%
Edad**	0,748 (0,649-0,847)	< 0,001	≤ 72 edad	41,7%	93,7%
Glucosa sinovial**	0,853 (0,780-0,926)	< 0,001	$\leq 82,5$ mg/dL	84,6%	73,6%
Proteína C-reactiva	0,697 (0,589-0,805)	0,001	$\geq 7,95$ mg/dL	89,2%	45,0%

**1-ABC (área bajo la curva).

nado de parámetros analíticos plasmáticos, sinoviales y datos clínicos del paciente puede ayudar a establecer una sospecha sobre el diagnóstico de infección.

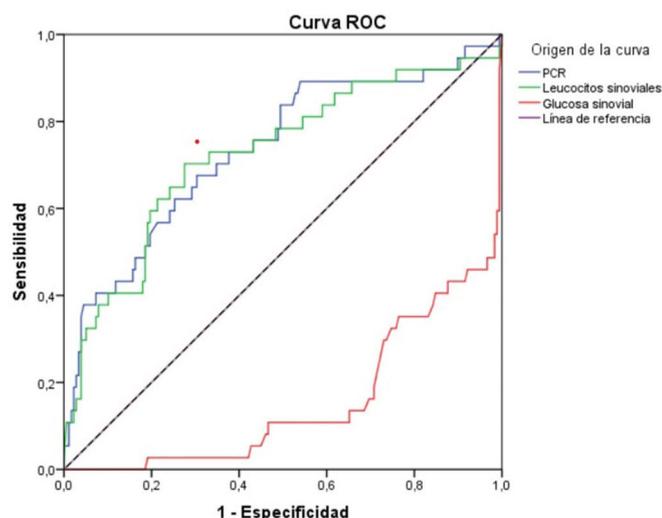


Figura 1. Artritis microcristalinas vs. sépticas.

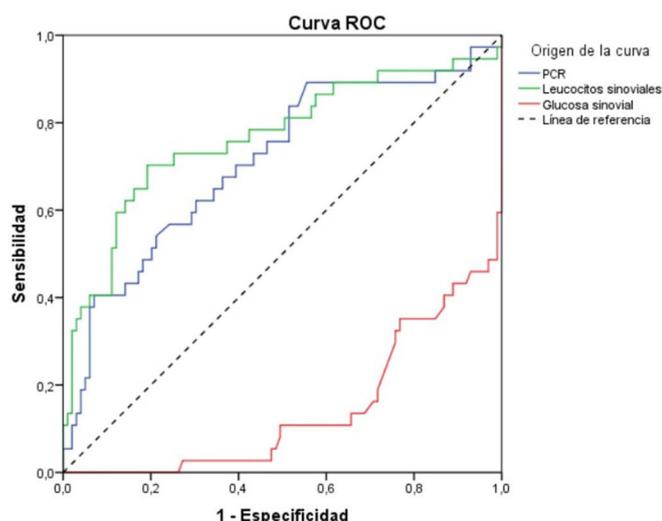


Figura 2. Artritis microcristalinas probadas vs. sépticas.

P378. ¿ES FRECUENTE LA HIPOFOSFATASIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE FIBROMIALGIA?

Anastasia Mocritcaia¹, Chafik Alejandro Chacur¹, Eva González², María Belén Busso¹, Tamara Rodríguez¹, Luciano Polino¹ y Pilar Peris¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

²Servicio de Biología Molecular. Laboratorio CORE. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Introducción: Estudios recientes han sugerido que la hipofosfatasa (HPP), una enfermedad rara del metabolismo óseo causada por un déficit de la actividad de la fosfatasa alcalina debido a mutaciones en el gen *ALPL*, puede, en ocasiones, confundirse con una fibromialgia (FM). El amplio espectro clínico de la HPP, que incluye un síndrome de dolor crónico similar a la FM, podría explicar esta confusión diagnóstica. Por ello, recientemente se ha sugerido que antes de establecer el diagnóstico de FM debería descartarse esta afección en la valoración inicial de estos pacientes.

Objetivos: Analizar la prevalencia de HPP en una cohorte de pacientes con FM atendidos en el Servicio de Reumatología de un hospital universitario de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de una cohorte de 713 pacientes diagnosticados de FM en el Servicio de Reumatología en el período de tiempo comprendido entre 2014 y 2021, que tuvieran determinaciones previas de fosfatasa alcalina total (FAT). Se revisaron sus historias clínicas, incluyendo valores de FAT, antecedentes de fracturas y/u osteoporosis (OP), estudios radiológicos, tratamiento farmacológico y comorbilidades. Los pacientes con ≥ 2 determinaciones de FAT por debajo del valor normal fueron evaluados de forma prospectiva. En estos sujetos se realizó un estudio adicional de marcadores de remodelado óseo (MRO), sustratos de ALP (PLP: piridoxal-5'-fosfato) y estudio genético para detectar mutaciones en *ALPL*.

Resultados: 15 de 713 pacientes con FM (2,1%) presentaron valores bajos de FAT en al menos 2 determinaciones; todas eran mujeres, con una mediana de edad de 49 años, y con valores séricos de calcio y fosfato dentro de la normalidad; 4 presentaron valores elevados de PLP (> 96 nmol/l) sin referir/recordar toma de suplementos polivitamínicos. No se observaron mutaciones en el gen *ALPL* en ninguna de las 15 pacientes evaluadas. Cabe destacar que 4 tenían un hipotiroidismo asociado (3 tratadas con levotiroxina); una seguía tratamiento con denosumab por OP (si bien, presentaba valores bajos de FAT previos al inicio del tratamiento) y 2 pacientes recibían dosis bajas de glucocorticoides por un lupus eritematoso sistémico. Ninguna de ellas seguía tratamiento con bifosfonatos y los MRO estaban dentro del rango de normalidad en todas las pacientes.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con FM, aunque el 2,1% presentó una disminución persistente de los valores de FAT, no se observaron mutaciones del gen *ALPL* en ninguna de estas pacientes. Estos resultados indican que la HPP rara vez se diagnostica erróneamente como FM en un Servicio de Reumatología.

P379. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y DEPRESIÓN MAYOR: DATOS PRELIMINARES DE ANÁLISIS LOS TENDER POINTS

Tamara Libertad Rodríguez Araya¹, Lucía Blanc², María Suñol³, Xavier Torres¹, Luciano Polino¹, Myriam Caverio³, Anna Arias¹, Marc Valenti³, Laura Martín-Herrero², Miguel Montero², Saul Pascual-Díaz² y Marina López-Solà²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Departamento de Psiquiatría y Psicología. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. ³Instituto de Neurociencias. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

Introducción y objetivos: La fibromialgia (FM) es una enfermedad que produce dolor generalizado, fatiga, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y otros síntomas, como percepciones negativas con uno mismo que puede asociarse a depresión. Los criterios de clasificación que suelen utilizarse son ACR1990, basados en la exploración de Tender Points (TP) o puntos de sensibilidad, criterios ACR2010 y 2016 que introducen el concepto de índice de dolor generalizado (WPI) e índice de severidad de los síntomas (SSS) que evalúan síntomas cognitivos, calidad de sueño y fatiga. La depresión mayor (DM) es un trastorno afectivo que se suele acompañar de dolor, alteraciones del sueño y fatiga. Estas dos enfermedades pueden confundirse o solaparse y dar lugar a errores diagnósticos. Evaluamos aquí la exploración física con análisis de TP de estos pacientes.

Métodos: Presentamos datos de pacientes con FM derivados desde la Unidad Multidisciplinar de FM del Hospital Clínic vs. pacientes con DM, del servicio de Psiquiatría del mismo hospital vs. controles sanos (sin patología física o psiquiátrica). Presentamos datos demográficos (fig. 1), número de tender points (fig. 2) y umbral mecánico medio de dolor (fig. 3).

Demographic Variables

DEMOGRAPHIC VARIABLES	FM Patients		MDD Patients		Healthy Controls		Statistics	
	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)	One-way ANOVA	p-value
Age	39	48.15 (11.05)	18	49.31 (10.96)	38	46.44 (16.16)	0.323	0.725
Years school	32	16.75 (4.95)	16	18.18 (7.11)	36	18.63 (5.42)	1.001	0.372
Household Income	37	4.62 (3.13)	16	3.93 (3.12)	36	6.47 (4.80)	3.148	0.0479

Figura 1. Datos demográficos.

Tender Point Exam - Tender Point count

TENDER POINTS	FM Patients		MDD Patients		Healthy Controls		Statistics	
	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)	One-way ANOVA F	p-value
	39	15.23 (2.67)	18	3.72 (4.42)	37	0.64 (1.63)	216.6	p<.0001

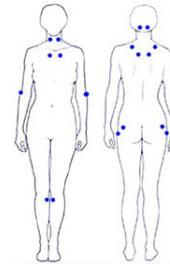
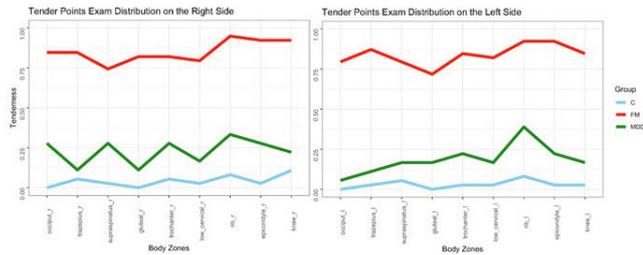
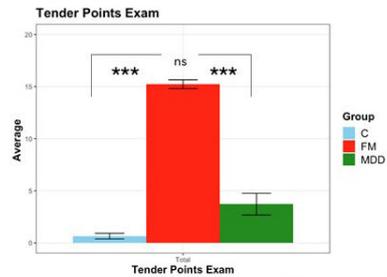


Figura 2. Tender Points.

Tender Point Exam – Mechanical thresholds

TENDER POINTS	FM Patients		MDD Patients		Healthy Controls		Statistics	
	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)	One-way ANOVA F	p-value
	30	2.39 (0.76)	10	3.61 (0.69)	31	3.95 (0.14)	328	p<.0001

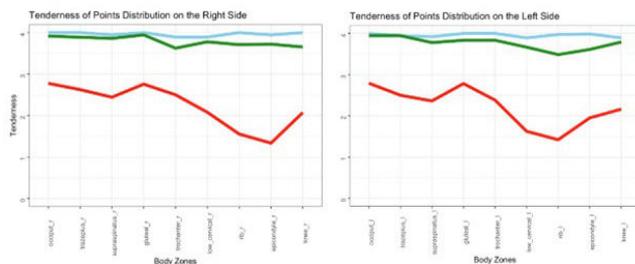
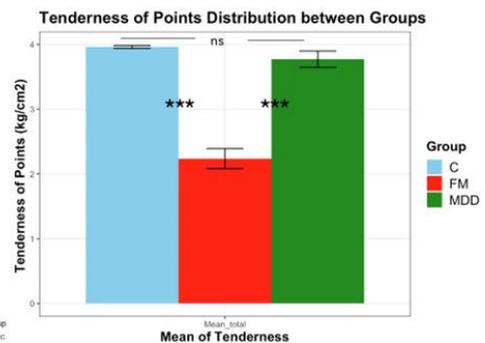


Figura 3. Umbral mecánico del dolor.

Resultados: El número de TP de los pacientes con FM (15,23/18 SD 2,67) es muy superior al de pacientes con DM (3,72/18 SD 4,42) así como el umbral mecánico es significativamente menor en pacientes con FM. Tal y como muestran las guías, el umbral en controles sanos se ha comprobado en esta cohorte que es cercano a 4 kg de fuerza.

Conclusiones: La evaluación de los pacientes con dolor crónico generalizado que incluye la exploración de los puntos tender o puntos de sensibilidad, es capaz de discriminar entre fibromialgia y otros trastornos que cursan con dolor, como la depresión mayor.

P380. RESULTADOS TRAS TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO PRIMARIO Y FIBROMIALGIA

A. Arias Gassol, T.L. Rodríguez Araya, L. Polino, X. Guiu y X. Torres Mata

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este estudio es observar la evolución de los principales síntomas en personas con fibromialgia (FM) y dolor crónico primario (DPC) tras ser tratadas en la Unidad Multidisciplinar (MD) de Dolor Crónico Primario y Fibromialgia, del Hospital Clínic de Barcelona.

Métodos: Se estudiaron 109 pacientes con FM y 34 pacientes con DCP (NoFM), para comparar la evolución del dolor (EVA), la fatiga (EVA) y la capacidad funcional (medida mediante el Fibromialgia Impact Questionnaire, FIQ) antes y después de un tratamiento MD durante el último año en el Hospital Clínic de Barcelona. En esta terapia, el paciente acude a nuestra unidad dos veces por semana/seis semanas y realiza sesiones de fisioterapia grupal, sesiones de terapia cognitivo conductual individuales y grupales con psicólogo, sesiones individuales de terapia ocupacional, sesiones individuales de reumatología y sesiones neuroeducativas grupales realizadas por todos los profesionales.

Resultados: Los valores de dolor en la evaluación inicial fueron EVA = 7,22/10 en FM y EVA = 6,23/10 en noFM y, al final de la terapia MD, dolor EVA = 4,702/10 en FM y EVA = 2,86 en noFM. Los valores de fatiga al inicio fueron EVA = 7,47/10 en FM y EVA = 6,245/10 en noFM; y, al final del tratamiento, EVA = 5,19/10 FM y EVA = 3,54/10 en NoFM. La capacidad funcional inicial, fue de 65,1747/100 en FM y 65,28/100 en noFM, al final del tratamiento el FIQ fue de 41,23 en FM y 29,37/100 en NoFM.

Conclusiones: Una vez más, el tratamiento multidisciplinar está a la vanguardia de las terapias para tratar el dolor crónico. En esta cohorte parece más eficaz en pacientes con patologías de dolor crónico distintas a la fibromialgia, aunque también lo es en esta última.

Fig. 1: DOLOR

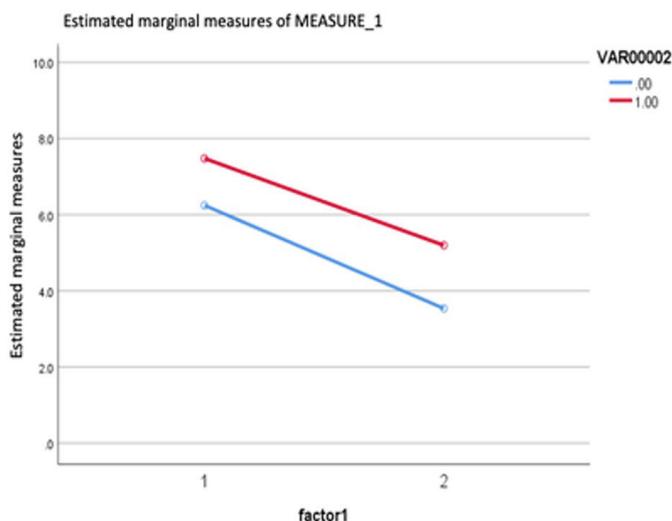


Fig. 2: Fatiga

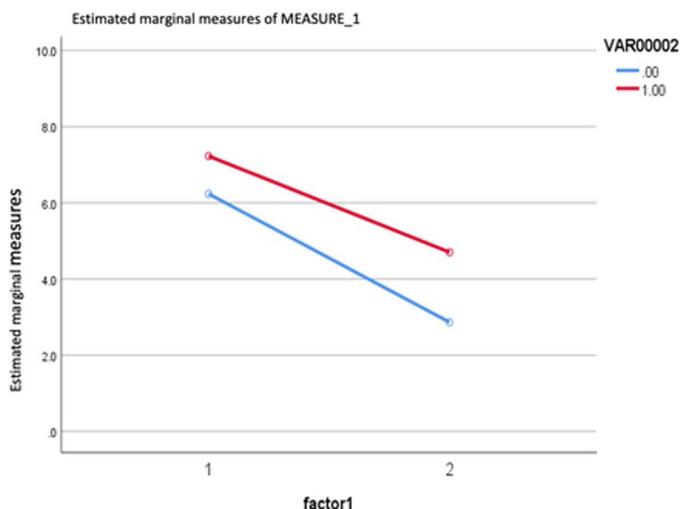
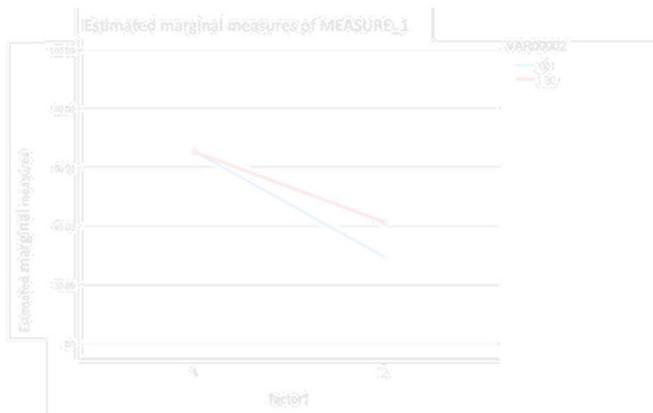


Fig 3: FIQ

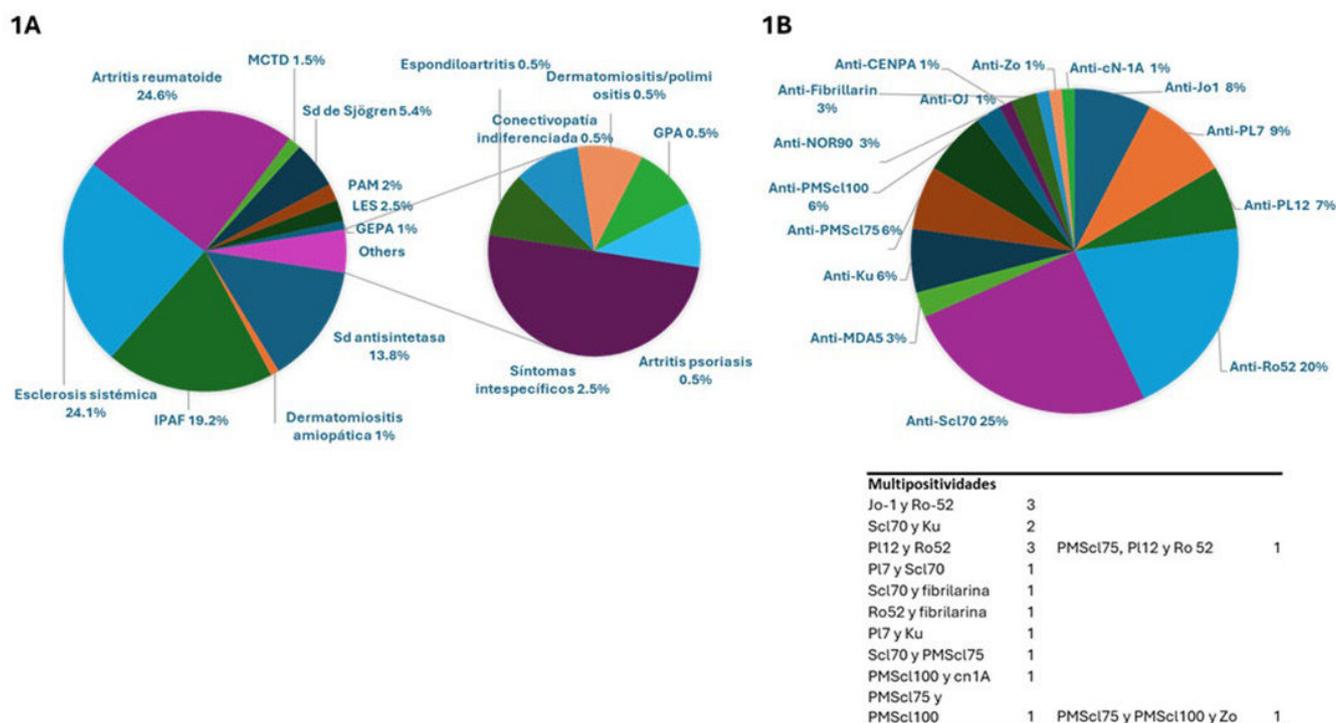


P381. ASOCIACIONES CLÍNICAS DE LOS INMUNOBLOTS DE MIOSITIS Y ESCLERODERMIA EN LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES ASOCIADAS A ENFERMEDADES AUTOINMUNES: DATOS DE 203 PACIENTES EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Belén Atienza Mateo¹, Mónica Renuncio-García², Ana Serrano-Combarro¹, Juan Irure-Ventura², José M. Cifrián³, Marcos López Hoyos² y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) pueden ser idiopáticas o de causa conocida, como las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Aproximadamente un tercio de los pacientes con EPI tienen una EAS asociada. Un diagnóstico precoz y preciso de las EPI-EAS es crucial, al que contribuye significativamente la determinación de autoanticuerpos (AAc). En la práctica clínica, no es inusual encontrar positividad de distintos AAc dentro del mismo grupo de pacientes con EPI-EAS. Sin embargo, pueden presentar características clínicas y patológicas diferentes.



P381 Figura. Enfermedades reumatológicas de los 203 pacientes con EPI-EAS (1A) y especificidades de los inmunoblots de miositis y esclerodermia positivos en 62 pacientes (1B).

Objetivos: Evaluar la especificidad de los AAC de los blots de miositis y esclerodermia en una cohorte de pacientes con EPI-EAS y su correlación con características clínicas y patológicas.

Métodos: Se recogieron datos de pacientes valorados en una consulta multidisciplinar de referencia de EPI. Se registraron las historias clínicas disponibles de los pacientes con EPI-EAS, con especial atención a los patrones de EPI, las manifestaciones clínicas y el perfil serológico de los AAC de miositis y esclerodermia.

Características demográficas y clínicas de 203 pacientes con EPI-EAS

Características	Pacientes con EPI-EAS
Edad al diagnóstico de EPI (años), media ± DE	59,97 ± 12,46
Sexo (mujeres/hombres), n (%)	104/99 (51,23/48,77)
Tabaquismo, n (%)	131 (64,53)
PFR al diagnóstico de la EPI	
FVC //DLCO (% pred.), media ± DE	83,18 ± 24,09 //46,65 ± 18,47
Patrón de EPI por TACAR, n (%)	
NIU definida //probable //indeterminada	72 (35,47) //21 (10,35) //4 (1,97)
Alternativo: NINE //no NINE //inclasificable	80 (39,41) //24 (11,83) //2 (0,97)
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Artralgia/artritis	116 (57,14)
Mialgia/miositis	33 (16,25)
Fenómeno de Raynaud	76 (37,44)
Diffuse cutaneous sclerosis	45 (22,17)
Disfagia/ERGE	70 (34,48)
Hipertensión pulmonar	39 (19,22)
Úlceras digitales	19 (9,36)
Telangiectasias	24 (11,82)
Fotosensibilidad/erupción	13 (6,40)
Trombosis	20 (9,85)

DE: desviación estándar; DLCO (siglas en inglés): capacidad de difusión del pulmón para monóxido de carbono; EAS: enfermedad autoinmune sistémica; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; FVC (siglas en inglés): capacidad vital forzada; NINE: neumonía intersticial no específica; NIU: neumonía intersticial usual; PFR: pruebas de función respiratoria; TACAR: tomografía computarizada de alta resolución.

Resultados: Incluimos un total de 203 pacientes con EPI-EAS. En la tabla se muestran las características demográficas y clínicas de estos. Las EAS más frecuentes fueron la artritis reumatoide (n = 50) y la esclerosis sistémica (n = 49), seguidas de la neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF, por sus siglas en inglés) (n = 39) y el síndrome antisintetasa (n = 28) (fig. 1A). Los inmunoblots de miositis y esclerodermia fueron positivos en 62 pacientes, encontrando un total de 79 especificidades (fig. 1B). Los AAC anti-ScI70 se asociaron significativamente con la esclerosis sistémica (p < 0,001), un patrón de neumonía intersticial no específica (p = 0,007) y clínicamente con fenómeno de Raynaud (FR) (p < 0,001), afectación cutánea difusa (p < 0,001), telangiectasias (p = 0,008), úlceras digitales (p = 0,001) y fotosensibilidad (p = 0,009). Los anti-PMScl75 se asociaron con FR (p = 0,003) y afectación cutánea difusa (p = 0,005). Los anti-PL7 y anti-Ro52 se asociaron negativamente con artritis (p = 0,017 y 0,023, respectivamente). Los anti-Ku se asociaron significativamente con mialgia (p = 0,007). No se encontraron más correlaciones significativas entre los AAC del inmunoblot y otras características.

Los AAC anti-ScI70 se asociaron significativamente con la esclerosis sistémica (p < 0,001), un patrón de neumonía intersticial no específica (p = 0,007) y clínicamente con fenómeno de Raynaud (FR) (p < 0,001), afectación cutánea difusa (p < 0,001), telangiectasias (p = 0,008), úlceras digitales (p = 0,001) y fotosensibilidad (p = 0,009). Los anti-PMScl75 se asociaron con FR (p = 0,003) y afectación cutánea difusa (p = 0,005). Los anti-PL7 y anti-Ro52 se asociaron negativamente con artritis (p = 0,017 y 0,023, respectivamente). Los anti-Ku se asociaron significativamente con mialgia (p = 0,007). No se encontraron más correlaciones significativas entre los AAC del inmunoblot y otras características.

Conclusiones: El perfil de AAC es decisivo en todos los pacientes con EPI-EAS y puede asociarse a características esperadas o no tan típicas. La presencia de multipositividades no es infrecuente y se requieren más investigaciones para identificar posibles correlaciones clínicas. Este trabajo contó con el apoyo parcial del MTVAL22/01 del IDIVAL.

P382. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ESCLERITIS Y UVEÍTIS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Paola del Coromoto León Suárez, Félix M. Francisco Hernández, Fayna Rodríguez González, Jesús González Martín, Francisco J. Rubiño Juárez, Cristina del Pino Almeida Santiago y Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas Gran Canaria.

Introducción: La uveítis es una de las principales causas de discapacidad visual en adultos jóvenes en países desarrollados, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano en la que han jugado parte importante las unidades multidisciplinarias de patología inflamatoria ocular (PIO). Se han realizados estudios descriptivos y epidemiológicos de patología ocular inflamatoria en otras regiones de España.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, tratamientos y complicaciones de los pacientes con uveítis y escleritis de una población de referencia de la provincia de las Palmas.

Métodos: Se analizó de forma retrospectiva pacientes mayores de 16 años de la base de datos de la Unidad de PIO del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín entre mayo 1991-mayo 2023 con una población de referencia de 490,214 habitantes. Se recogieron características demográficas (raza, sexo), comorbilidades (tabaquismo, déficit de vitamina D, enfermedad tiroidea, diabetes mellitus). Fueron anotados la edad al diagnóstico, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, de primera visita y de remisión. Se recogió la localización anatómica, curso, lateralidad y etiología (idiopática, infecciosa, autoinmune, ocular y mascarada), complicaciones y tratamientos recibidos. Se ha calculado la media y desviación típica para describir las variables cuantitativas. Se ha utilizado el test de Kolmogórov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos de las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se han descrito mediante frecuencia absoluta y relativa. Se considera significativo un p inferior a 0,05.

Resultados: se incluyeron 942 pacientes con edad media al diagnóstico de 49,2 años (DE) ($\pm 17,1$). 52,5% mujeres, 89,8% caucásicos, 20,9% fumadores y 11,5% diabéticos. 895 tenían uveítis: anterior 527 (58,9%), intermedia 79 (8,8%), posterior 155 (17,3%), panuveítis 134 (15,0%). 47 tenían escleritis (41 anterior (36 difusas) y 6 escleritis posterior). Respecto a la etiología la más frecuente es la idiopática 301 (32,0%); infecciosa 218 (24,4%; más frecuente virus herpes simple (35,4%), seguido de toxoplasmosis (22,3%)); autoinmune 275 (29,2%); más frecuente espondiloartropatía 86 (31,3%), Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) 23 (8,4%) y Behçet 22 (8,0%), ocular 114, mascarada 8 (6 linfomas). La complicación más común fue el edema macular quístico 64 (7,7%), cataratas y sinequias posteriores; ambos 51 (5,4%). 355 (37,7%) recibieron glucocorticoides (GC) orales, generalmente prednisona y pulsos de GC 34 (3,6%). Uso de metotrexato 149 (15,8%), azatioprina 47 (5,0%), sulfasalacina 23 (2,4%), ciclosporina 44 (4,7%), micofenolato de mofetilo 29 (3,1%). 72 pacientes (7,64%) recibieron FAME biológico; la mayoría inhibidores del TNF (62); 52,4% adalimumab. La panuveítis es la localización con más uso de tratamiento biológico (11,9%). Uso de antivírico 110 (11,7%), antibiótico 119 (12,6%), la mayoría sulfametoxazol/trimetoprima por toxoplasmosis. Tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la primera visita 37,9 meses ($\pm 90,7$), al diagnóstico 39,5 meses ($\pm 178,5$) y a la remisión 82,8 meses ($\pm 179,5$).

Conclusiones: La prevalencia de uveítis y escleritis en nuestro medio es 5,7 casos por 100.000 habitantes al año en adultos. No se ha encontrado etiología en casi un tercio de los pacientes, de ahí la importancia y el seguimiento exhaustivo del curso de la enfermedad en las unidades de PIO. Destacar la prevalencia del VKH en nuestro medio.

P383. PERFIL DE SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS INHIBIDORES DE LA JANUS KINASA

Elisabet Castañeda-Estévez¹, Cristina Vergara-Dangond¹, Martina Steiner¹, M. Beatriz Paredes-Romero¹, Ana Esteban-Vázquez¹, Tatiana Cobo-Ibáñez¹, Laura Trives-Folguera¹, M. Liz Romero-Bogado¹, Isabel de la Cámara-Fernández¹, Patricia Richi-Alberti¹, Ana Acosta-Alfaro¹, Israel Thuissard² y Santiago Muñoz-Fernández¹

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

²Servicio de estadística. Universidad Europea. Madrid.

Introducción: Los inhibidores de la JAK (iJAK) podrían tener un mayor riesgo de desarrollar un evento adverso mayor de tipo cardiovascular, isquémico o trombótico. La alerta sanitaria recomienda evitar el uso de iJAK en pacientes de 65 años o más, con factores de riesgo cardiovascular, fumadores o exfumadores, o con riesgo ele-

vado de cáncer, quedando su uso solo cuando no haya otra alternativa terapéutica.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes que ha desarrollado algún evento adverso de tipo cardiovascular, isquémico, neoplasia o trombótico en una cohorte de pacientes que recibe o han recibido tratamiento con inhibidores de la JAK entre enero de 2018 y septiembre de 2023.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal. Se incluyen pacientes del servicio de Reumatología del Hospital Infanta Sofía que reciben o han recibido tratamiento en algún momento con inhibidores de la JAK entre el 1 de enero 2018 y el 30 de septiembre del 2023. Se recogieron variables demográficas y clínicas como antecedentes médicos, diagnóstico, tiempo del diagnóstico, fármacos inmunosupresores previos, tiempo de uso del iJAK, efectos adversos, motivo del cambio del iJAK. También se evaluó un subgrupo de pacientes al momento de salir la alerta sanitaria. Los datos se recogieron de la historia clínica electrónica.

Resultados: Se analizaron 101 pacientes. El 60,4% tenía diagnóstico de artritis reumatoide, 18,8% de artritis psoriásica, 5,9% espondiloartritis axial, 3% espondiloartritis periférica, 5,9% artritis seronegativa, 3% espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 2% artritis idiopática juvenil y 1% LES. Recibieron tratamiento con iJAK en primera, segunda, tercera, cuarta y quinta línea o más en un 7,92%, 27,7%, 29,7%, 16,83%, y 17,82% respectivamente. Un 29,7% estuvo en tratamiento con baricitinib, 6,93% con filgotinib, 10,89% con tofacitinib, y 52,48% con upadacitinib, con una mediana de uso de todos los fármacos de 15 meses y rango intercuartílico de 20. Los efectos adversos más frecuentes fueron infecciones que obligó a la suspensión del tratamiento en un 5,9%. Ningún paciente desarrolló un ictus isquémico ni cardiopatía isquémica durante el uso con iJAK. Al momento de la alerta sanitaria del 2022, 75 pacientes mantenían tratamiento con iJAK; 33 cumplían criterios de alerta. De estos pacientes se realizó el cambio de biológico en un 12,12% por motivo de la alerta y en un 12,12% por fallo al biológico. Se mantuvo el fármaco en un 9,09% por no contar con otras opciones terapéuticas, en un 57,58% por estabilidad clínica y en un 9,09% por preferencia del paciente (tabla).

N	Grupo total		Subgrupo alerta sanitaria	
	101	75		
Edad media (años)	57,6	58,1		
Sexo femenino (%)	72,3	73		
Cumplen criterios de alerta (n)			Sí: 33	No: 42
HTA (%)	24,8	27,27	11,9	
DM (%)	13,9	9,09	14,29	
DL (%)	20,8	33,33	9,5	
Fumador (%)	15,8	33,33	0	
Exfumador (%)	13,9	30,30	4,7	
Insuficiencia cardiaca (%)	4	9,09	0	
Cardiopatía isquémica (%)	5	6,06	0	
Ictus (%)	4	9,09	0	
Neoplasias (%)	5,9	12,12	0	
Efectos adversos				
Infecciones graves (%)	5,9	6,06	7,14	
Neoplasias (%)	2,97	6,06	0	
Cardiopatía isquémica (%)	0	0	0	
Ictus isquémico (%)	0	0	0	
Ictus hemorrágico (%)	1	0	0	
TVP (%)	1	0	0	
Otros (%)	11,9	6,06	4,54	

Conclusiones: A pesar del riesgo inferido al uso de iJAK, en nuestro grupo de pacientes de práctica clínica real no se registraron nuevos eventos cardiovasculares o ictus isquémicos. Sin embargo, se trata de un período de tiempo corto y sería conveniente aumentar el número de pacientes para poder sacar conclusiones robustas.

P384. INCREMENTO DE INFECCIÓN POR LEISHMANIASIS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTI-TNF EN ÁREAS ENDÉMICAS

Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Pérez González, Esther Monleón Acosta, José Andrés Rodríguez Fernández, Juan Moreno Morales, María Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayer, Carlos Fernández-Díaz, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

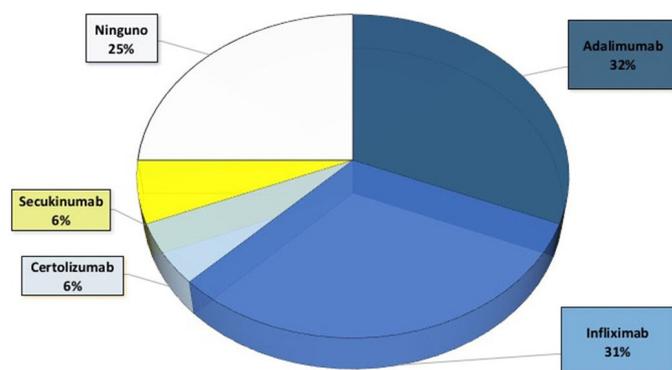
Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa causada por protozoos que se presenta de forma endémica en la cuenca mediterránea¹. La enfermedad de leishmaniasis puede manifestarse como enfermedad cutánea (CL), mucocutánea (ML) o visceral (VL)². El número de infecciones producidas por leishmaniasis en pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF ha aumentado en los últimos años^{1,2}.

Objetivos: Evaluar el riesgo de infección por leishmaniasis y la evolución de la infección en pacientes inmunodeprimidos con terapia anti-TNF en zonas endémicas de *Leishmania*.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico en un hospital del sureste de España. Se recolectaron datos de una base de datos de microbiología de pacientes con biopsia positiva para leishmaniasis desde enero de 2020 a diciembre de 2023. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, presencia de enfermedad inmunosupresora y presencia de tratamiento biológico (TB) al momento del diagnóstico de leishmaniasis. También se revisó el tratamiento recibido para la leishmaniasis y el pronóstico de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes con leishmaniasis, cuyas características se resumen en una tabla (tabla). De los 16 pacientes, 12 (75%) estaban recibiendo BT en el momento del diagnóstico de leishmaniasis, 11 estaban en tratamiento anti-TNF y uno de ellos estaba recibiendo tratamiento anti-L17 (fig. 1), sin embargo este paciente había recibido anti-TNF recientemente. El

tratamiento inmunosupresor se suspendió en todos los pacientes cuando se les diagnosticó leishmaniasis, excepto en tres pacientes con CL. Los pacientes que no suspendieron el anti-TNF tuvieron fracaso primario del tratamiento local y recurrencia de la infección. Posteriormente, estos tres pacientes suspendieron el anti-TNF y requirieron anfotericina B intravenosa hasta la remisión de la infección. Tres pacientes reintrodujeron tratamiento con terapia anti-TNF cuando se encontraban en remisión de leishmaniasis, uno de ellos recibió fluconazol profiláctico y otro anfotericina B liposomal profiláctica. Esos tres pacientes continuaron en remisión 12 meses después de reintroducir la terapia anti-TNF en el seguimiento.



Tratamiento biológico en pacientes con leishmaniasis.

Conclusiones: La terapia antiTNF es un riesgo potencial de enfermedad de leishmaniasis en áreas endémicas. El mejor enfoque para el tratamiento del CL parece ser el tratamiento sistémico y la interrupción del tratamiento antiTNF al menos hasta la recuperación clínica.

Características de los pacientes incluidos en el estudio

Género- edad	Tipo	Localización	Nº de lesiones	Patología	TB al diagnóstico de leishmaniasis	BT previo al diagnóstico de leishmaniasis	Tratamiento <i>Leishmania</i>	TB suspensión	Resultados a los 6 meses/ Segundo tratamiento	Reincorpora antiTNF después de la remisión
H-45	LC	Dorso mano	1	No	x	No	AmP intralocal		Remisión	
H-64	LV	Bazo	x	EA B27+	IFX	ADA, ETN, CERTO, SEKU, IFX	L-AmB iv	Sí	Remisión	No
H-62	LC	Codo	1	EA + EII	IFX	No	AmP intralocal	Sí	Fallo al tratamiento Fluconazol y suspensión INF	Sí
H-61	LC	Codo	1	EII	IFX	No	L-AmB iv AmP intralocal	Sí	Remisión	No
H-40	LC	Muslo	1	EA	ADA	IFX, ADA, TOFA	AmP intralocal	No	Fallo al tratamiento L-AmB iv y suspensión ADA	No
M-77	LC	Lesión palpebral	1	AR	ADA	No	L-AmB iv	Sí	Remisión	No
H-48	LC	Ambos codos	2	Spa + EII	ADA	No	AmP intralocal	No	Recurrencia L-AmB iv y suspensión ADA	Sí
M-40	LV	-	-	PsA	SECU	ADA	L-AmB iv	Sí	Remisión	No
M-66	LC	Antebrazo	2	Spa	ADA	No	AmP intralocal	No	Fallo al tratamiento L-AmB iv y suspensión ADA	No
H-44	LV	Intestino + médula ósea	-	VIH	-	No	L-AmB iv Pentamidina iv Miltefosina iv	-	Remisión	-
H-60	LC	Piernas	4	No	-	No	L-AmB iv	-	Remisión	-
H-15	LC	Mano	1	AIJ	ADA	No	AmP intralocal	Sí	Remisión	No
M-77	LC	Mejilla	1	-	-	No	AmP intralocal	-	Remisión	-
H-82	LC	Mano	1	EII	IFX	No	AmP intralocal + Crioterapia	Sí	Remisión	Sí
H-34	LC	Antebrazo	1	EII	IFX	Sí	AmP intralocal	Sí	Remisión	-
H-44	LC	Brazo	1	EA	CERTO	Sí	AmP intralocal + Fluconazol oral	Sí	Remisión	-

ADA: adalimumab; AIJ: artritis idiopática juvenil; AmP intralocal: pentavalente antimonial intralocal; AR: artritis reumatoide; CERTO: certolizumab; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EA: espondilitis anquilosante; H: hombre; IFX: infliximab; LC: leishmaniasis cutánea; LV: leishmaniasis visceral; MO: médula ósea; M: mujer; H: hombre; SECU: secukinumab; SpA: espondiloartritis; TB: terapia biológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch-Nicolau P, et al. Leishmaniasis and tumor necrosis factor alpha antagonists in the Mediterranean basin. A switch in clinical expression. PLoS Negl Trop Dis. 2019.
2. Hammarström H, et al. Leishmania infantum infection after visiting southern Spain in patients on biological treatment; an observational, longitudinal, cohort study. Travel Med Infect Dis. 2023.

P385. DOCE AÑOS EVALUANDO A RESIDENTES: EXPERIENCIA DE UNA ECOE VIRTUAL 2.0-CNE-SER

Francisco Javier de Toro Santos¹, Vega Jovani², Ana Pérez Gómez³, Enrique Casado⁴, Juan Carlos Nieto⁵, Carlos de la Puente⁶, Blanca Hernández Cruz⁷, Ana Turrión⁸, María Galindo⁹, Mariano Andrés², María López Lasanta¹⁰ y Antonio Naranjo¹¹

Servicio de Reumatología: ¹Hospital Universitario. A Coruña. ²Universidad da Coruña. ³Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁴Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ⁵Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁸Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁹Hospital Universitario de Salamanca. ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La SER, en colaboración con la CNE, organiza desde 2010 una evaluación clínica objetiva y estructurada (Ecoe) como modelo de evaluación final a los MIR con el objetivo de conocer el nivel de competencia alcanzado. Desde 2021, se planteó una Ecoe virtual mediante la plataforma Moodle (40% de la calificación total) y de práctica clínica (60% de la calificación total) con la evaluación mediante el mini-Cex en cada unidad docente.

Métodos: La prueba consistió en 10 casos clínicos (90 preguntas a completar en 120 minutos). La prueba es el mismo día, hora y supervisada por un tutor. Los casos clínicos son contruidos a partir de historias de pacientes reales derivados tanto desde atención primaria como de interconsultas hospitalarias. Cada caso clínico constaba entre 8 y 10 situaciones en la evolución del paciente y con preguntas encadenadas en diferentes formatos (preguntas tipo opción múltiple, emparejamientos, preguntas de respuesta abierta y preguntas con respuestas anidadas tipo cloze) en donde se evaluaban una serie de "competencias" como la anamnesis dirigida, conocimientos, interpretación de imágenes y razonamiento clínico. Como entrenamiento a los MIR, se incluyeron varios casos ejemplo en la plataforma durante la semana previa a la evaluación.

Resultados: Se han presentado 73 participantes en la edición 2023 (52 MIR de 3º año (71%) y 21 MIR de 4º año (28,78%)). En la tabla 1 se exponen los resultados de la prueba que son mejores que en ediciones anteriores. La puntuación promedio fue 701 puntos sobre 1000,

	2010 tarragona	2011 málaga	2012 Zaragoza	2013 Tenerife	2014 Santiago	2015 Sevilla	2016 barcelona	2017 Palma de Mallorca	2018 Alicante	2019 Málaga	2021 virtual	2023 virtual	total ediciones	
media	592	621	572,8	611,5	617,4	625,2	631,7	655,0	600,4	591,6	642,0	701,5	622	media
DT	70	174	48,8	69,3	93,8	61,9	85,4	84,5	70,4	62,3	61,0	11,6	74	DT
mediana	562	617	564	608,3	628,8	613,5	615	663,5	602,6	591,4	641,3	570,9	607	mediana
minimo	372	478	505	525	505	502,4	432,5	461,8	454,8	420,8	403,0	570,9	469	minimo
maximo	872	718	652	785	765	734,1	809,6	866,7	776,9	709,0	768,0	867,3	777	maximo
especial >800	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5	9	especial >800
mencion > 650	2	4	4	3	7	11	8	23	10	10	21	45	148	mencion > 650
< 500	1	0	0	0	0	0	1	3	3	5	3	0	16	< 500
partic	14	14	20	13	19	28	23	43	51	51	40	73	398	partic

P385 Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en las diferentes ediciones de la Ecoe.

Prueba Ecoe 2023

Pregunta	Cuestionarios	Valoración					Media					
		1	2	3	4	5						
¿Crees que es importante evaluar la competencia profesional?	35	0	0.00 %	0	0.00 %	3	8.57 %	12	34.29 %	20	57.14 %	4.49
¿Crees que una herramienta de este tipo es adecuada para valorar la competencia profesional?	35	6	17.14 %	5	14.29 %	11	31.43 %	9	25.71 %	4	11.43 %	3.00
¿Te has sentido cómodo durante la realización de la prueba?	35	6	17.14 %	7	20.00 %	7	20.00 %	10	28.57 %	5	14.29 %	3.03
¿Te ha parecido correcta la organización de la prueba?	35	4	11.43 %	7	20.00 %	9	25.71 %	10	28.57 %	5	14.29 %	3.14

P385 Tabla 2. Encuesta satisfacción Ecoe 2023.

superior en la prueba virtual comparado con las diez ECOE presenciales previas. Se detectaron las siguientes áreas de mejora: interpretación de imágenes radiológicas, tratamiento en situaciones especiales como es la insuficiencia renal o de efectos adversos de las terapias biológicas y dirigidas en la artritis reumatoide.

Desde el inicio de la evaluación en 2010 se han evaluado un total de 398 residentes entre las 12 ediciones ECOE, que alcanzaron una media de 621 puntos (DE 74,4), con mediana de 606 puntos. Se han otorgado 9 menciones especiales (800 puntos) (2,26% de los presentados) y 148 menciones (> 650 puntos) (37,18% de los presentados) (tabla 1). En relación a la opinión de los participantes, sobre un total de 5 puntos han valorado con una media de 4,49 la importancia de evaluar sus competencias profesionales, señalando la importancia de evaluarlos de forma práctica (tabla 2).

Conclusiones: Hemos comprobado que los resultados de esta versión virtual ECOE son superiores a las ediciones anteriores utilizando la estandarizada presencial, y con mayor participación de los MIR de 3^{er} año. Se detectan fortalezas (organización y corrección más sencillas) como debilidades (satisfacción algo menor de las ediciones anteriores y reclamación de evaluaciones prácticas). En este sentido hay que señalar, que en esta modalidad virtual no se evalúan competencias importantes como son: la relación con el paciente, la anamnesis estándar, la exploración física y la realización de técnicas. Entendemos esta evaluación como complementaria, externa y objetiva, a la realizada en cada unidad docente mediante el Mini-Cex estructurado en cada unidad docente. Tenemos que estar satisfechos porque los MIR de Reumatología han mostrado suficiencia de forma mayoritaria.

P386. INTEGRACIÓN DE MODELOS PROBIT CON ANÁLISIS DE EFECTOS MARGINALES, VÍA A-RULES Y MODELOS DE META-APRENDIZAJE INTERPRETABLES PARA PREDECIR LA RETIRADA DE FÁRMACOS BIOSIMILARES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS, BASADOS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

D. Castro Corredor¹, L.Á. Calvo Pascual² y E.C. Garrido Merchán²

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Introducción: Para predecir la retirada de medicamentos biosimilares en enfermos reumatológicos y entender las causas de la retirada, usamos una amplia variedad de enfoques metodológicos. El modelo Pro-

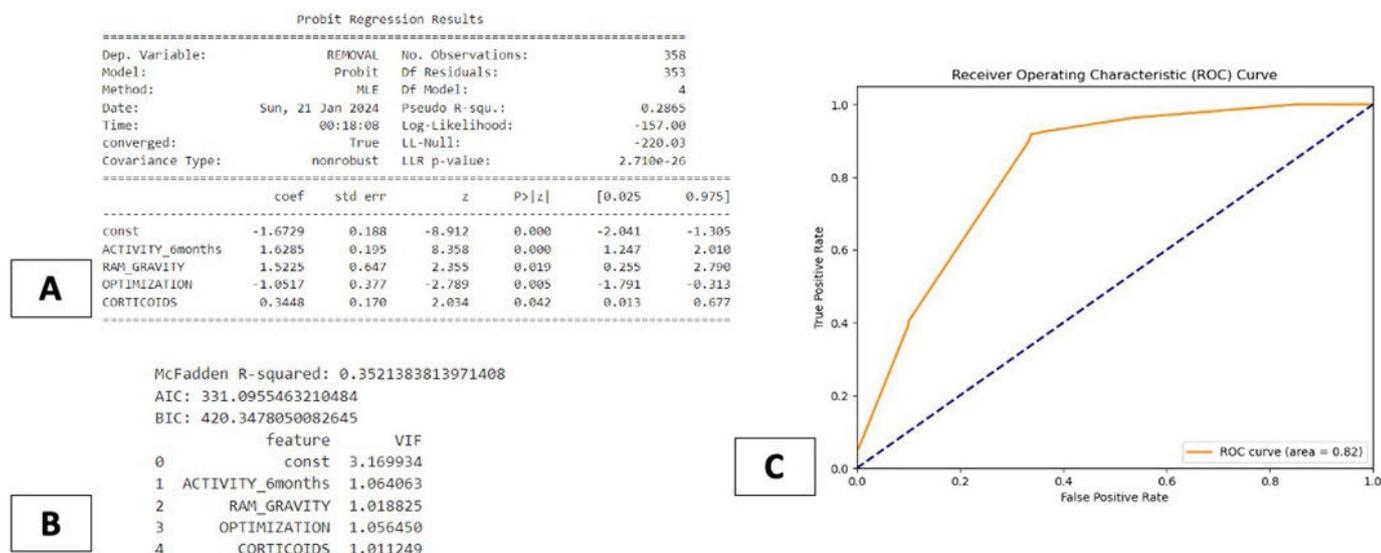
bit, proporciona información detallada sobre la influencia de las variables independientes en la variable objetivo y sus efectos marginales. El método *A-rules data mining* tiene capacidad para descubrir relaciones causa-efecto entre variables categóricas y predecir resultados experimentales de manera efectiva. Las técnicas de meta-aprendizaje explicables ofrecen una valiosa oportunidad para mejorar la interpretabilidad de los modelos de *machine learning* habituales.

Objetivos: Analizar las causas de la retirada de fármacos biosimilares en pacientes reumatológicos, calculando los efectos marginales de las variables influyentes, identificar las mejores reglas de asociación y trabajando con métodos ML explicables y de meta-aprendizaje.

Métodos: Estudio descriptivo observacional y retrospectivo. La población son 365 pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias que cambiaron de un fármaco biológico a un fármaco biosimilar en el período febrero 2022 a noviembre de 2023. El análisis Probit evaluó la retirada del biosimilar como variable independiente, evaluando la robustez del modelo a través de métricas como el pseudo R-cuadrado de McFadden, el AIC, el BIC y la precisión de la regla de la mayoría. Además, analizamos los efectos marginales de las variables más significativas en relación con la retirada de los biosimilares. Posteriormente, empleamos el algoritmo A-priori para calcular diferentes reglas de asociación (A-rules), utilizando métricas como Soporte, Confianza y Lift. Por otro lado, empleamos técnicas de aprendizaje automático interpretable, como los valores de Shapley y LIME, junto con clasificadores de conjunto, optimizados. Finalmente, aplicamos un enfoque *data-driven* de aumento de datos y utilizamos modelos como *random forest* y métodos bayesianos.

Resultados: Se ha desarrollado un modelo Probit (fig. 1A) con variables significativas que exhiben un buen ajuste y ausencia de multicolinealidad (fig. 1B). La robustez del modelo se confirma mediante un bajo LLR p-valor, indicando una mejora significativa sobre el modelo nulo, y mediante el análisis del Área ROC (fig. 1C). Los efectos marginales revelan una mayor probabilidad de retirada del biosimilar en pacientes jóvenes con alta actividad inflamatoria a las 6 semanas y con corticoides (fig. 2). Tras analizar diversos modelos clasificatorios sobre la variable objetivo Retirada del biosimilar, hemos observado la importancia explicativa de la variable actividad final, el empleo de corticoides y la edad. En los modelos de regresión logística (fig. 3A) y de *Random Over Sampler* (fig. 3B) vemos cómo en pacientes a los que se le quita o deja el biosimilar la explicación inflamatoria es la más importante, teniendo diferentes respuestas en función de la edad.

Conclusiones: Todos los modelos dan como resultado una relación directa entre la alta actividad inflamatoria en pacientes de mediana



P386 Figura 1. Modelos Probit. (A) Tabla resumen con las variables significativas, sus coeficientes, intervalo de confianza, etc. (B) Métricas y análisis de la multicolinealidad con VIF. (C) Curva ROC.

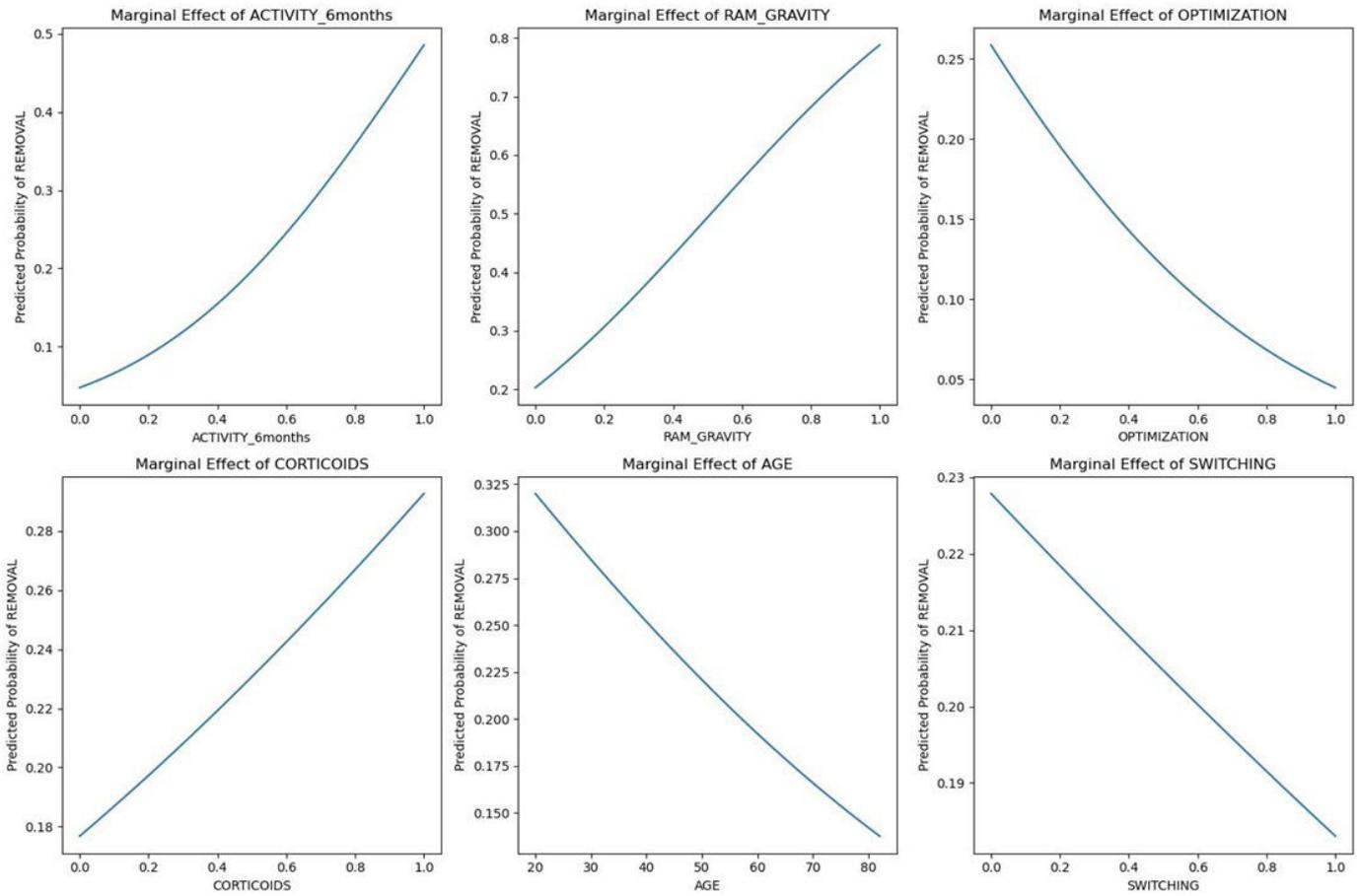


Figura 2. Efectos marginales de las principales variables sobre la retirada de biosimilares.

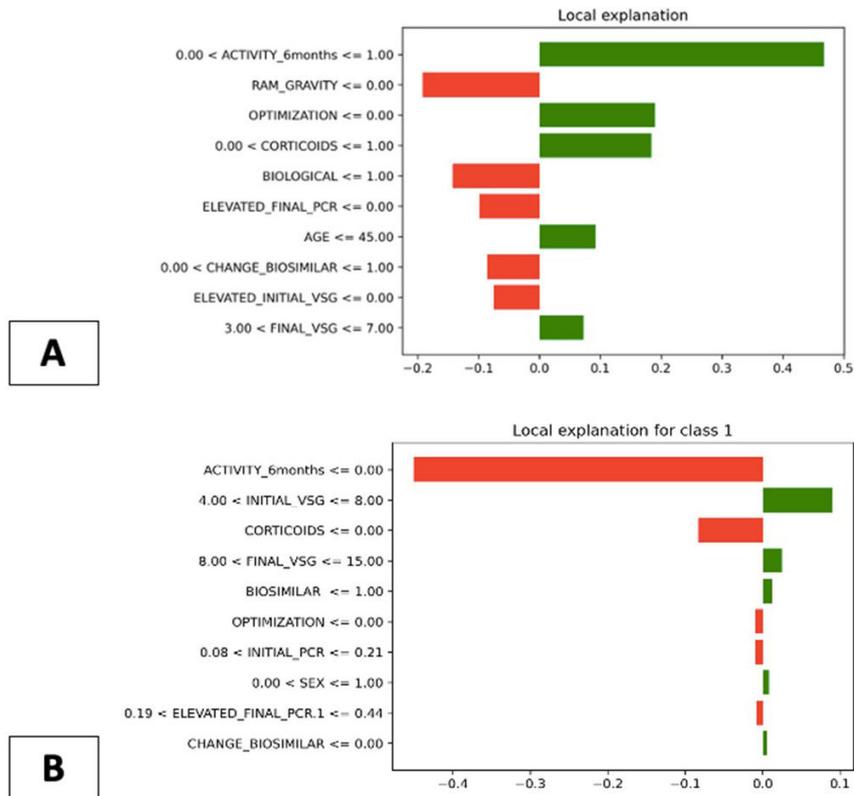


Figura 3. Valores LIME explicativos de RETIRADA. (A) Para una regresión logística y un paciente aleatorio que tuvo REMOVAL del biosimilar. (B) Para un modelo Random over sampler + Decision tree y un paciente aleatorio que NO tuvo REMOVAL del biosimilar.

edad (30-60), bajo el tratamiento con corticoides con la retirada del medicamento biosimilar. Otra variable que jugó un papel relevante en los diferentes modelos fue la retirada gradual del biosimilar (OPTIMIZATION), que tiene efectos óptimos disminuyendo la inflamación y confirmando que la retirada era la mejor opción.

P387. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA CON ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Manuel Beladiez Giner, Cristina Zamora Ramos, Paloma Turiel Hernández, Nuria Garvín Grande, Paz Collado Ramos, Ana Belén Rodríguez Cambrón, Eva Álvarez Andrés, Clara Sangüesa Gómez, Patricia López Viejo, Eva Delgado Aguayo y María Alcalde Villar

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Objetivos: Determinar los factores que afectan a la calidad percibida y el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta de Reumatología.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, realizado en las consultas externas del servicio de Reumatología de un hospital de complejidad intermedia de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron todos aquellos pacientes mayores de 16 años que acudían a una consulta sucesiva con su reumatólogo habitual. Se excluyeron del estudio los pacientes que por razones físicas o psíquicas no fueran capaces de completar el cuestionario. Se analizó la atención por su médico y por el personal de enfermería, el posible cambio en la atención tras la digitalización de la historia clínica y tras la pandemia COVID-19, la atención telefónica, y también se valoraron las infraestructuras del hospital en relación con el servicio de Reumatología, todo ello con el fin de identificar áreas de mejora. Se realizó un cuestionario estructurado, anónimo, recogido en buzón, con un tiempo estimado de realización en torno a los 5-10 minutos aproximadamente, basado en la encuesta SERVQHOS. Los ítems fueron puntuados por los participantes mediante una escala de Likert (1 a 5). Las puntuaciones de las cuestiones se dicotomizaron en satisfacción (puntuaciones > 3) e insatisfacción (puntuaciones < 3). Los resultados en el análisis posterior se expresaron en forma de media \pm desviación estándar.

Tabla 1. Puntuaciones de las preguntas de la encuesta

Instalaciones y comodidad	
Tiempo de espera	3,3 \pm 0,99
Accesibilidad hasta la sala	3,7 \pm 0,81
Ruido en la sala	3 \pm 1,04
Asientos de la sala	3,4 \pm 0,95
Intimidad en los despachos	4,3 \pm 0,75
Hospital de día	4,1 \pm 0,49

*Valores expresados como media \pm desviación estándar.

Tabla 2. Puntuaciones de las preguntas de la encuesta

Atención por reumatólogo/enfermera	
Reumatólogo	4,5 \pm 0,69
Información de la enfermedad por reumatólogo	4,3 \pm 0,84
Explicaciones sobre el tratamiento por reumatólogo	4,4 \pm 0,73
Tiene en cuenta sus opiniones	4,4 \pm 0,65
Cambio desde introducción sistema informático	3,6 \pm 0,89
Atención por la enfermera fuera de las citas	4,3 \pm 0,83
Atención/información en la consulta de Enfermería	4,3 \pm 0,66
Recomendación del Servicio de Reumatología	4,5 \pm 0,65
Atención en consulta telefónica por reumatólogo	4,3 \pm 0,61
Cambio en trato y atención por reumatólogo tras COVID	3,3 \pm 0,72

*Valores expresados como media \pm desviación estándar.

Resultados: Se entregaron 121 encuestas, de las cuales fueron completadas 102 (tasa de respuesta del 84,3%). La edad media fue de 58,1 \pm 14,4 años, 70% mujeres. Las preguntas mejor calificadas fueron aquellas relacionadas con la atención y el trato de los sanitarios, siendo las que presentaron mayor puntuación la satisfacción con su

reumatólogo (4,5 \pm 0,69) y la recomendación de este servicio de Reumatología a otros pacientes (4,5 \pm 0,65). Aunque obtuvieron una puntuación de satisfacción, la atención tras la digitalización y la atención tras la pandemia COVID-19 recibieron las puntuaciones más bajas dentro de ese rango. Las cuestiones de mayor grado de insatisfacción corresponden a la comodidad y a las infraestructuras, sobre todo el ruido en la sala de espera (3 \pm 1,04).

Conclusiones: Encontramos una alta satisfacción global en cuanto a la atención dada en el servicio de Reumatología. El reumatólogo y la enfermera se consideran claves a la hora de transmitir información satisfactoria al paciente. Existen deficiencias importantes que pueden afectar al valor de nuestros cuidados y a las que hay que prestar mayor atención. Conocer y sistematizar la opinión de los pacientes es esencial para mejorar la atención ofrecida. A partir de este estudio se han tomado medidas para mejorar la atención global de nuestros pacientes.

P388. EFFICACY AND SAFETY OF THE RECOMBINANT SUBUNIT VACCINE AGAINST VARICELLA ZOSTER VIRUS IN PATIENTS WITH CHRONIC ARTHRITIS

Raquel Zas¹, María Martín-López¹, Alicia Usategui¹, Alfredo Pérez-Rivilla², Purificación Maldonado¹, Pilar Arrazola³, Gabriel Criado¹ and José Luis Pablos¹

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Servicio de Microbiología. Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Medicina Preventiva. Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introduction: Varicella zoster virus (VZV) is a herpes virus that causes chickenpox (varicella) and herpes zoster (HZ). It is known that treatment with Janus kinase inhibitors (JAKi) increases the risk of herpes zoster in patients with immune-mediated inflammatory diseases. Since 2021, a safe and efficacious recombinant subunit vaccine is available and recommended for patients receiving JAKi.

Objectives: To describe the serological response and safety of the recombinant vaccine against VZV (RZV) in patients with chronic arthritis treated with JAKi. To analyse the potential influence of different patient and concomitant therapy factors on the immunogenicity of VZR.

Methods: A single-center prospective longitudinal study was conducted in 45 patients with chronic arthritis receiving JAKi treatment. Clinical, analytical and demographic characteristics were collected at baseline, at the administration of the first RZV dose, and three months later (one month after the second dose). The serological response was evaluated by determining specific anti-VHZ IgG at baseline and at three months and expressed as the post-vaccination/basal ratio. Qualitative variables are shown as n (%) and quantitative variables as median (Q1-Q3) or mean (SD). To determine the association of the anti-VZV ratio with the different variables analysed, the Mann Whitney or Kruskal-Wallis U test, or the Wilcoxon test for paired samples were performed as appropriate. The correlation between quantitative variables and anti-VZV IgG ratio was analysed with the Pearson or Spearman test. $p < 0.05$ was defined as statistically significant.

Results: 45 patients were included and their characteristics are shown in Table 1. Of them, 27 (60%) patients were concomitantly receiving csDMARD and 19 (42.2%) glucocorticoids (mean dose of prednisone equivalent 4.1 \pm 1.8 mg/day). 32 (71.1%) had previously received other b/tsDMARDs. The median basal serum concentration of anti-VZV IgG, before vaccination, was 904.2 (439.9-1,178) mUi/mL. Three patients (6.7%) were seronegative (< 150 mU/ml). Four patients had had an episode of HZ in the previous 5 years and showed a higher baseline titer (median titer 2,428 (1,284-2,983) mUi/mL) and a significantly reduced response to the vaccine compared to patients without HZ (Table 2), being excluded for further analyses. After vaccination a significant 2.6-fold (range 0.8-14.1) increase of the anti-VZV IgG titer was observed (median titer 2,178 (1,549-2,686) mUi/mL; ($p < 0.0001$))

in patients without recent HZ. We analysed the potential influence of age, sex, concomitant treatment, disease activity, time since diagnosis, and type of rheumatologic disease on vaccine immunogenicity. Any of these factors was associated with differences in the serological response (Table 2). A total of 15 (33.3%) and 21 (46.7%) patients reported adverse effects after the first and second RZV doses, respectively. All were mild; being the most frequent the local reactions at the puncture point (22.2 and 28.9% respectively) followed by systemic symptoms, such as myalgia, fatigue or fever (17.8% and 22.2%).

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the study population

	Total (n = 45)
Age, years [mean (SD)]	58 (11)
Female, n (%)	35 (77.7)
BMI, kg/m ² [mean (SD)]	26.8 (4.4)
Previous HZ, n (%)	
Diagnosis, n (%)	
RA	28 (62.2)
SpA	9 (20)
PsA	8 (17.8)
Disease duration, years [median (Q1-Q3)]	11 (5-18)
JAKi, n (%)	
Upadacitinib	27 (60)
Baricitinib	8 (17.8)
Tofacitinib	8 (17.8)
Filgotinib	2 (4.4)
csDMARDs, n (%)	
None	18 (40)
Methotrexate	18 (40)
Leflunomide	8 (17.8)
Azathioprine	1 (2.2)
Glucocorticoids, n (%)	
No	26 (57.8)
Yes	19 (42.2)
Previous b/tsDMARDs, n (%)	
0	13 (28.9)
1	10 (22.2)
2	10 (22.2)
≥ 3	12 (26.7)
Previous b/tsDMARDs, n (%)	
TNF inhibitors	12 (37.5)
TNF inhibitors and others	12 (37.5)
TNF inhibitors and others including JAKi	3 (9.4)
Others	5 (15.6)
Disease activity, n (%)	
Remission	9 (20)
Low	4 (8.9)
Moderate	21 (46.7)
High	11 (24.4)

Table 2. Serological response to the VHZ vaccine

Variables	Postvaccine/Basal Ratio anti-VZV IgG (LC95%)	p	Correlation (p) ^a
Age > 65 years	5.0 (1.8-8.2)	0.8	R = -0.165 (p = 0.3) (quantitative age)
Age < 65 years	3.7 (2.5-4.9)		
Female	3.9 (2.7-5.1)	0.75	
Male	4.6 (0.8-8.3)		
RA	4.0 (2.5-5.5)	0.92	
PsA	3.7 (1.1-6.4)		
SpA	4.4 (0.5-8.3)		
Disease duration	-	-	R = -0.223 (p = 0.16) R = -0.246 (p = 0.12) (glucocorticoid dose)
Glucocorticoids		0.18	
Yes	3.0 (1.7-4.4)		
No	4.8 (3.0-6.5)		
csDMARDs		0.69	
Yes	4.0 (2.6-5.5)		
No	4.1 (1.9-6.3)		
Previous b/tsDMARDs		0.84	
No	3.4 (2.1-4.8)		
1	4.5 (1.1-7.8)		
2	3.3 (1.1-5.5)		
≥ 3	5.0 (1.7-8.3)		
Previous HZ * < 5 years	1.2 (2.8-5.2)	0.007	
No previous HZ	4.0 (0.5-1.9)		
Disease activity		0.42	
High	5.4 (2.5-8.4)		
Moderate	3.3 (2.1-4.5)		
Low	2.1 (0.4-3.8)		
Remission	5.0 (0.1-9.9)		

^aPearson correlation for age as a quantitative variable and the rest with Spearman's r.

Conclusions: Our study shows a robust humoral response after the RZV in patients with chronic arthritis treated with JAKi and a good tolerance, regardless of age or other factors including concomitant steroids or csDMARD therapy.

P389. EFECTIVIDAD DEL RITUXIMAB EN LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

Fernando López Gutiérrez¹, Javier Loricera¹, Cristina Hormigos Martín², Dalífer Freites Núñez², María Rodríguez Laguna², Patricia Moya Alvarado³, Marta López I Gómez⁴, Héctor Corominas Macias³, Ángel García-Aparicio⁵, Judit Font Urgelles⁶, Ivette Casafont Solé⁶, Pablo Martínez Calabuig⁷, Elisabet Castaneda⁸, Carolina Merino Argumánz⁹, Raquel Zas Vaamonde¹⁰, Sergio Rodríguez Montero¹¹, Rafael Melero González¹², Eva Galíndez Agirreigoitia¹³, Andrea Hernández¹⁴, Lucía Pantoja Zarza¹⁵, Ignacio Braña Abascal¹⁶, Vega Jovani Casano¹⁷, Elia Valls Pascual⁷, Natalia Mena Vázquez¹⁸, Adela Gallego Flores¹⁹, Sabela Fernández Aguado²⁰, Raúl Veroz González²¹, Mariano Andrés¹⁷ y Ricardo Blanco Alonso¹, en representación del Grupo de Cooperación Nacional de Rituximab en Enfermedad Relacionada con IgG4

¹Grupo de Inmunopatología. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Araba. Vitoria.

⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Toledo. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

⁷Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Hierro.

¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme.

¹²Servicio de Reumatología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital General de Segovia.

¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias.

¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario

de Alicante. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario

de Málaga. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Don Benito-Villanueva.

Badajoz. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Montecelo.

Pontevedra. ²¹Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad fibroinflamatoria frecuentemente asociada a niveles séricos elevados de IgG4. Las dosis altas de corticoides son la piedra angular del tratamiento, no obstante, las recaídas y los efectos adversos son frecuentes, precisando de inmunosupresores sintéticos (FAMEc) o biológicos. El rituximab (RTX) parece ser un tratamiento efectivo en la ER-IgG4.

Objetivos: Evaluar la efectividad del RTX en pacientes con ER-IgG4.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico con pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 tratados con RTX. El objetivo principal fue la evaluación de la respuesta clínica y serológica así como la seguridad.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes (33 varones, 13 mujeres; edad media 53,4 DS ± 13,58 años) con diagnóstico de ER-IgG4 tratados con RTX (tabla 1). Los órganos más afectados fueron los ganglios linfáticos (n = 26, 56,52%), retroperitoneo (n = 16, 34,78%), aorta (n = 12, 20,08%), pleuropulmonar (n = 12, 20,08%), riñón (n = 12, 20,08%), órbita (n = 12, 20,08%), páncreas (n = 9, 19,56%), glándula lacrimal (n = 8, 17,39%), glándula salivar (n = 8, 17,39%), ORL (n = 7, 15,21%), hepatoiliar (n = 7, 15,21%), meníngea (n = 3, 6,52%) y mesenterio (n = 2, 4,34%). Todos los pacientes excepto dos habían recibido glucocorticoides orales, y

12 pacientes recibieron bolos de metilprednisolona. 24 pacientes fueron tratados con FAMEc: metotrexato (MTX) (n = 15), azatioprina (AZA)(n = 7) y micofenolato mofetilo (MMF) (n = 2). El esquema más frecuente de tratamiento con RTX fue 1 g × 2 (n = 37), 500 mg × 2 (n = 5) y 375 mg/m² × 4 (n = 3). 32 pacientes recibieron tratamiento de mantenimiento con RTX. La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta inicio de RTX fue de 5 (0-72) meses (tabla 2). Tras 12 meses de seguimiento, se observó respuesta completa y parcial en 17 (53,12%) y 13 (40,62%) de los pacientes respetivamente, y a los 24 meses en 18 (66,65%) y 7 (25,92%) pacientes, respectivamente. Solo se objetivaron 5 recaídas. El tratamiento con prednisona pudo ser suspendido en 13 pacientes. 3 pacientes fallecieron durante el seguimiento. Un paciente precisó ingreso en UCI por neumonía secundaria a influenza y dos pacientes fueron diagnosticados de cáncer de mama y laringe, respectivamente.

Tabla 1. Datos demográficos, clínicos y serológicos y tratamientos al inicio de RTX

Parámetro	Valor
Edad (años, media ± DE)	53,4 DE± 13,58
Sexo masculino (n, %)	33 (71,7%)
Número de órganos afectados, (media, ± DE)	3,17 ± 1,67
Afectación de órgano (n, %)	
Ganglios linfáticos	26 (56,52)
Retroperitoneo/Aorta/Riñón	16 (4,78)/12 (20,08)/12 (20,08)
Pleuropulmonar	12 (20,08)
ORL/Orbital	7 (15,21)/12 (20,08)
Pancréatica/Hepatobiliar	9 (19,56)/7 (15,21)
Glándulas salivares/Glándulas lacrimales	8 (17,39)/8 (17,39)
Paquimenigitis/Mesenterio/Otros	3 (6,52)/2 (4,34)/9 (19,56)
Criterios de clasificación ER- IgG4-RD (n, %)	
Okazaki/Umehara (probable o definitivo)	19 (41,3)/19 (41,3)
ACR/EULAR	22 (47,82)
Tiempo desde diagnóstico hasta inicio de RTX (meses; mediana, rango)	5 (0-72)
Biomarcadores al diagnóstico (mediana, rango)	
PCR (mg/dL)/VSG (mm/h)/niveles IgG4 séricos (mg/dL)	1,14 (0,04-35)/22 (4-120)/90,3 (1-689)
Tratamiento previo con FAMEc, n (%)	24 (52,1)
Dosis de prednisona (mg/día, media ± DE)	46,09 ± 16,97

Tabla 2. Dosis, datos clínicos y serológicos, tratamiento con glucocorticoides y recaídas durante tratamiento con RTX

Resultados	Valor
Régimen de RTX, dosis inicial, n (%)	
1 g × 2	37 (80,43)
500 mg d1-d15	5 (10,86)
375 mg/m ² /s × 4	3 (6,52)
Régimen de RTX, dosis mantenimiento, n (%)	
1 g × 2	18 (39,1)
375 mg/m ² /s × 4	1 (2,1)
Optimizado	16 (34,7)
Respuesta clínica, n (%)	
A los 12 meses	
Parcial	13 (40,6)
Completa	17 (53,1)
A los 24 meses	
Parcial	7 (25,92)
Completa	18 (66,6)
Respuesta biológica (mg/dL), mediana (rango)	
PCR a los 12 meses de inicio de RTX	0,7 (0,1-35)
PCR a los 24 meses de inicio de RTX	0,5 (0,1-7,9)
IgG4 a los 12 meses de inicio de RTX	55,9 (1,3-180)
IgG4 a los 24 meses de inicio de RTX	55,4 (3,1-104)
Dosis de prednisona (mg/día), mediana (rango)	
A los 6 meses de inicio de RTX	5 (0-40)
A los 12 meses de inicio de RTX	5 (0-20)
A los 24 meses de inicio de RTX	1,81 (0 -10)
Retirada de prednisona, n (%)	11 (23,9)
Tiempo de seguimiento (meses), mediana (rango)	24 (1-132)
Tiempo recibiendo RTX (meses), mediana (rango)	18 (1-115)
Recaídas, n (%)	5 (10,8)

Conclusiones: El RTX parece un tratamiento efectivo y relativamente seguro en pacientes con ER-IgG4, con una baja incidencia de recaídas.

Grupo de cooperación nacional de rituximab en enfermedad relacionada con IgG4: Blanca García Magallón (Hospital Universitario Puerta del Hierro), Maite Odriozola Gil (Hospital Universitario de Valme), Cristina Arciniega (Hospital de Mérida), Maria Lourdes Mateo Soria (Hospital German Trias i Pujol), Jorge Juan Fragío Gil (Hospital General Universitario de Valencia), Roxana González Mazarío (Hospital General Universitario de Valencia), Santiago Muñoz (Hospital Universitario Infanta Sofía), Iñigo Jesús Rua Figue-roa, (Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín), Noelia Cabaleiro Raña, (Hospital de Montecelo).

P390. SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAK EN LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS REUMÁTICAS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Susana Vázquez Guerra, Tania Natividad Rodrigues Cabral, Rebeca Belmonte Gómez, Beltrán Escribano Jañez y Ángel María García Aparicio

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Toledo.

Introducción: Los inhibidores de la quinasa Janus (jakinibs) han demostrado en estudios clínicos múltiples eventos adversos (EA), en especial en sujetos mayores de 65 años. A pesar de los hallazgos en estudios controlados, la interpretación de estos datos en la práctica clínica habitual ha generado controversia; ya que los rigurosos criterios presentes en los ensayos clínicos pueden no reflejar completamente las condiciones en vida real. Es importante pues el estudio de la seguridad de estos fármacos en vida real.

Objetivos: Describir las características de pacientes tratados con jakinibs seguidos en consultas de reumatología del Hospital Universitario de Toledo (HUT) y describir los EA ocurridos durante el tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte de pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias tratados con jakinibs en el servicio de reumatología del HUT entre 2021-2022. Se recogieron datos de historias clínicas. Se analizaron variables de edad, sexo, comorbilidad, tratamientos, EA. Se realizó un análisis descriptivo de cada variable. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas y medias y desviaciones estándar o bien mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas en función de la distribución. Se utilizó un intervalo de confianza del 95% tanto para medidas de tendencia central como proporciones.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes en tratamiento con jakinibs; 40 con upadacitinib (56%), 16 con baricitinib (21%), 11 con tofacitinib (14,4%) y 9 con filgotinib (11,8%). La edad media fue 57 años, siendo 72,4% mujeres. El 21% de los sujetos eran mayores de 65 años. Los diagnósticos en los que se indicó tratamiento fueron art. reumatoide en la mayoría de casos (78,9%) seguido de art. seronegativa (10,5%), esp. axial (5,3%), art. psoriásica (3,9%) y lupus eritematoso sistémico (1,3%). El 68,4% (n = 52) presentaban tratamiento concomitante con FAMEs y 31,5% (n = 24) estaban en monoterapia. El 98,6% (n = 75) habían recibido tratamiento con FAME convencional y uno o más fármacos biológicos previamente. 11 pacientes (14,4%) presentaba algún factor de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes o dislipemia) y 41 (53,9%) tenía alguna comorbilidad, siendo más común cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica o pulmonar. Con respecto a los EA se registraron 107 infecciones. El tipo de infección más común fue la respiratoria (65,4%), seguido de la urinaria (15,8%), digestiva (6,5%) y partes blandas (5,6%). El 86,2% fueron de carácter leve, siendo tratadas ambulatoriamente. Solo 1 paciente precisó ingreso en UCI. La mortalidad relacionada con infección fue 1,9% (n = 1). Los gérmenes causantes de infecciones respiratorias fueron COVID-19 (32,8%, n = 23) y gripe A (4,2%, n = 3). En el 62,8% restante no se identificó germen causante. 6 pacientes tuvieron reinfección por herpes zoster (7,8%), todos de carácter leve. Se diagnosticó 1 único caso de reactivación de tuberculosis. No se registraron citopenias, eventos cardiovasculares isquémicos o trombóticos.

Conclusiones: En nuestra cohorte la población tratada con jakinibs se trataba en su mayoría de mujeres de mediana edad con art. reumatoide y upadacitinib fue el fármaco más utilizado. Las infecciones respiratorias leves de evolución favorable fueron el EA más frecuente. Se detectó un porcentaje de infección por herpes zoster superior a registros previos.

P391. REACCIONES PARADÓJICAS Y OTROS FENÓMENOS INMUNES EN PACIENTES CON TERAPIA BIOLÓGICA

Álvaro Román Perea, Raquel Hernández Sánchez, Sergio Rodríguez Montero, Celia Azábal Pérez, Minerva Berrocal Acedo y María Luisa Velloso Feijóo

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las reacciones paradójicas (RP) son efectos adversos no esperables que suponen el desarrollo *de novo* o empeoramiento de una patología causado por un FAMEb utilizado para el tratamiento de dicha enfermedad. También pueden desarrollarse otros fenómenos autoinmunes y enfermedades desmielinizantes. Se han descrito sobre todo asociados a anti-TNF, aunque son cada vez más frecuentes en terapias de reciente aparición.

Objetivos: Describir las características de pacientes con RP del Hospital de Valme de Sevilla.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de historias digitalizadas de pacientes con RP de nuestro hospital. Análisis de variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados: Se evaluaron 13 pacientes con RP (tabla 1), 84,6% mujeres, con edad media $49,77 \pm 4,24$ años. El 61,5% presentaba psoriasis previa, 30,8% antecedentes familiares de psoriasis, 1 Crohn y 1 uveítis. En cuanto a la patología de base: 4 artritis reumatoide (AR) seropositiva, 3 artritis psoriásica, 3 espondiloartritis (EA) B27+, 2 psoriasis, Crohn. El tiempo de evolución de enfermedad fue $75,33 \pm 96,17$ meses. El 69,2% era *naïve* a FAMEb, el 76,9% había realizado tratamiento con FAMEsc (principalmente metotrexato -MTX- 80%). Los anti-TNF son el fármaco causante de la RP en el 92,3% (adalimumab -ADA- 5, infliximab -IFX- 3, etanercept 2, certolizumab (SCK) 7,7%. El 46,2% realizaba tratamiento con FAMEsc concomitante (leflunomida 4, esteroides 2, MTX 1, sulfasalazina 1). El tiempo medio hasta la aparición de RP fue $8,58 \pm 3,53$ meses: empeoramiento de psoriasis previa 53,8% (cambio de morfología 75%, más frecuente pustulosa palmo-plantar), psoriasis paradójica 38,5% (más frecuente en placas 80%) y artritis psoriásica 7,8%. Respecto del tratamiento, el 92,3% discontinuó

el FAMEb y el 84,6% comenzó nuevo FAMEb (SCK 7, IFX 1, ustekinumab 2, guselkumab 2, ixekizumab 1), con respuesta variable: resolución de la RP total 46,2%, parcial 15,4%, sin respuesta 38,5% (diagnóstico o cambio de FAMEb reciente). Dos pacientes asociaron tratamiento tópico sin nuevo FAMEb sin respuesta. Un paciente continuó el FAMEb y asoció MTX con respuesta. El 15,4% desarrolló nueva RP con el cambio de FAMEb pese a cambio de diana, principalmente con SCK 2 (50%). Respecto de otros fenómenos autoinmunes, se evaluaron 2 pacientes en tratamiento con ADA: una mujer con AR que desarrolla polimiositis, precisando tratamiento con esteroides y MTX, y un varón con psoriasis que desarrolla lupus cutáneo subagudo, precisando suspensión del FAMEb y tratamiento tópico, ambos con buena respuesta. Respecto de enfermedades desmielinizantes, se evaluaron 4 pacientes (2 EA y 2 uveítis) en tratamiento con anti-TNF, que desarrollan afectación central (protuberancia, médula espinal) y periférica (polineuropatía sensitiva), con buena respuesta tras discontinuación del FAMEb y tratamiento esteroideo, aunque el 66,7% con secuelas.

Conclusiones: Las RP más frecuentes son cutáneas en forma de psoriasis paradójica. Pese a su relativa baja frecuencia, el aumento en el uso de nuevos FAMEb hace esperable un aumento de casos, por lo que es necesario un alto grado de sospecha para un correcto diagnóstico y tratamiento de las RP y otros fenómenos autoinmunes en pacientes con terapia biológica. Generalmente el tratamiento supone la suspensión o el cambio por otro FAMEb, aunque no siempre es necesaria la discontinuación del FAMEb.

P392. REVISIÓN DE BIOPSIAS QUIRÚRGICAS DE ANEURISMAS Y DISECCIONES AÓRTICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO REFERENTE. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON HALLAZGOS HISTOLÓGICOS INFLAMATORIOS Y NO INFLAMATORIOS

Adrián Martín Gutiérrez¹, Javier Loricera¹, José María Gómez-Ortega², Ander Ucelay³, Carmen Secada-Gómez¹, Iván Ferraz-Amaro⁴, Fernando López-Gutiérrez¹ y Ricardo Blanco¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo de Inmunopatología. Santander. ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo de Inmunopatología. Santander. ³Departamento de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo de Inmunopatología. Santander. ⁴Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Tabla P391

Caso	Edad	Sexo	Psoriasis previa	Patología de base	FAMEb	FAMEsc concomitante	Tipo de RP	Tratamiento de la RP	Discontinuación del FAMEb	FAMEb nuevo	Respuesta al tratamiento
1	48	M	No	AR (FR y ACPA +)	ADA	PDN-db + LFN	Psoriasis <i>de novo</i>	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, IFX	Sí
2	70	V	Sí	EA B27+	ETN	PDN-db + MTX	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	UTK, SCK	Sí
3	39	M	Sí	APs	ADA	NC	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, UTK, GSK	No
4	76	M	Sí	APs	SCK	No	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	ADA	No
5	56	M	No	AR (FR y ACPA +)	AFA	LFN	Psoriasis <i>de novo</i>	Suspensión de FAMEb + tópico	Sí	SCK	Parcial
6	32	M	No	EA B27+	CTZ	SSZ	Psoriasis <i>de novo</i>	Cambio de FAMEb	Sí	SCK	Sí
7	31	M	Sí	AR (FR y ACPA +)	CTZ	No	Empeoramiento de psoriasis	Suspensión de FAMEb	Sí	No	Sí
8	39	M	No	EA B27+	ADA	No	Psoriasis <i>de novo</i>	Cambio de FAMEb	Sí	IXE	No
9	60	M	Sí	APs	ADA	LFN	Empeoramiento de psoriasis	Tópico	No	ETN	No
10	51	M	Sí	AR (FR y ACPA +)	ETN	LFN	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	IXE	Parcial
11	46	M	Sí	Psoriasis	IFX	No	APs	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, IXE	Sí
12	45	V	Sí	Psoriasis	IFX	No	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, IXE, GSK	Sí
13	54	M	No	Crohn	IFX	No	Psoriasis <i>de novo</i>	Suspensión de FAMEb + MTX	Sí	No	Sí

Figura 1. Principales características de 57 biopsias aórticas. Comparación entre biopsias inflamatorias y no inflamatorias.

	Global n=57	Hallazgos inflamatorios n=44	Hallazgos no inflamatorios n=13	p
General				
Edad al diagnóstico (media±DE)	64.5±10.9	65.2±10.1	62.5±13.3	0.5054
Mujer/Hombre, n (% de mujeres)	14/43 (75.4)	11/33(25)	3/10 (23.1)	0.9999
Factores de riesgo cardiovascular				
Hipertensión arterial, n (%)	41 (71.9)	32 (72.7)	9 (69.2)	0.9999
Dislipemia, n (%)	28 (49.1)	22 (50)	6(46.2)	0.9999
Diabetes, n (%)	10 (17.5)	9 (20.5)	1 (7.7)	0.4261
Historia previa o fumador, n (%)	35 (61.4)	28 (63.6)	7 (53.8)	0.5359
Infarto de miocardio, n (%)	3 (5.3)	2 (4.5)	1 (7.7)	0.5474
Ictus, n(%)	4 (7)	3 (6.8)	1 (7.7)	0.9999
Localización de la biopsia				
Aneurisma torácica	51 (89.5)	38 (86.4)	13 (100)	0.6660
Aneurisma abdominal	2 (3.5)	2 (9.1)	0 (0)	0.9999
Diseción sin aneurisma	4 (7)	4 (4.5)	0 (0)	0.9999
Síntomas al diagnóstico				
Dolor torácico, n (%)	16 (28.1)	12 (27.3)	4 (30.8)	0.9999
Disnea, n (%)	20 (35.1)	15 (34.1)	5 (38.5)	0.7538
Asintomático, n (%)	23 (40.4)	17 (38.6)	6 (46.2)	0.7505
Manifestaciones reumatológicas				
Hipersensibilidad cuero cabelludo, n (%)	1 (1.8)	1 (2.3)	0 (0)	0.9999
PmR, n (%)	1 (1.8)	1 (2.3)	0 (0)	0.9999
Claudicación mandibular, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.9999
Reactantes de fase aguda				
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	0.4 [0.4-0.4]	0.4[0.4-0.4]	0.4[0.4-0.4]	0.1157
Tamaño del aneurisma, n (%)	51 [47.1- 56.5]	52 [47.1 - 58.5]	50 [45.3-54.2]	0.0665
Diseciones, n (%)	10 (17.5)	8 (18.2)	2 (15.4)	0.9999
Fallecimientos, n (%)	8 (14)	6 (13.6)	2 (15.4)	0.9999

Abreviaturas: PCR: proteína C reactiva; RIC: rango intercuartílico; n: número; DE: desviación estándar.

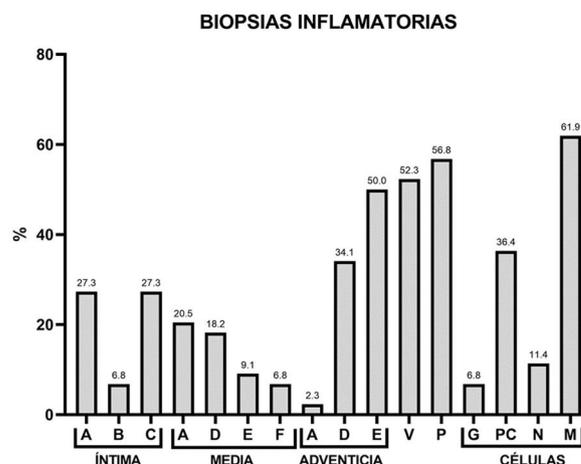
Introducción: Las aneurismas y las disecciones aórticas pueden ser secundarias a procesos tanto inflamatorios como no inflamatorios, los cuales pueden ser diagnosticados en las biopsias quirúrgicas.

Objetivos: Comparar pacientes con hallazgos histopatológicos inflamatorios y no inflamatorios en biopsias quirúrgicas de aneurismas y disecciones aórticas en pacientes sin procesos inflamatorios previos.

Métodos: Se revisaron cortes histológicos de aorta de pacientes a los que se les había llevado a cabo una cirugía cardiovascular de aneurismas y/o disecciones aórticas desde febrero de 2022 hasta diciembre de 2023 en un hospital de referencia. El patrón inflamatorio se definió por la presencia de hallazgos inflamatorios en a) cualquiera de las capas de la aorta: íntima, media y/o adventicia; b) la *vasa vasorum*; y/o c) la presencia de fibrosis periaórtica. Las biopsias fueron analizadas por un patólogo experto.

Resultados: Se analizaron 57 pacientes (14 mujeres/43 hombres) con una media de edad de 64,5 ± 10,9 años que habían sido intervenidos quirúrgicamente de una aneurisma de aorta (n = 53; 93%) o una disección de aorta (n = 4; 7%). Se observaron hallazgos inflamatorios en 44 (77,2%) pacientes, mientras que en 13 (22,8%), hallazgos no inflamatorios. Las características principales de los pacientes

Figura 2. Principales hallazgos anatomopatológicos en 44 biopsias.



Abreviaturas: A: inflamación; B: fibrosis; C: fibrosis con inflamación; D: ateromatosis; E: ateromatosis con inflamación; F: diseción; G: células gigantes; M: macrófagos; N: neutrófilos; P: fibrosis periaórtica; PC: células plasmáticas; V: afectación vasa vasorum.

están recogidas en la Figura 1. Las biopsias correspondían a: aneurismas de aorta torácica (n = 5; 89,5%), de aorta abdominal (n = 2; 3,5%), y disecciones aórticas sin aneurismas previos (n = 4; 7%). Ninguno de los pacientes había sido previamente diagnosticado de enfermedad reumatológica. Además de la inflamación histológica, se identificaron dos hallazgos frecuentes, la afectación de la *vasa vasorum* (n = 21; 36,8%) y la fibrosis periaórtica (n = 19; 33,3%) en el patrón inflamatorio. Se observaron células gigantes en 3 (5,3%) de los pacientes (fig. 2). Un paciente (1,8%) fue diagnosticado de arteritis de células gigantes tras la cirugía.

Conclusiones: En el estudio, no se encontraron diferencias significativas entre las principales características de los pacientes con y sin patrón inflamatorio histológico.

P393. CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

Anastasia Mocritcaia¹, Chafik Alejandro Chacur¹, Eva González², Marc Ramos Jovani³, Ana García-Álvarez³, Helena Flórez¹, Ana Monegal¹, Núria Guañabens¹ y Pilar Peris¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

²Servicio de Biología Molecular. Laboratorio CORE. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad genética caracterizada por anomalías del tejido conectivo y asociada a una disminución de la biodisponibilidad del colágeno tipo I (COL1), lo que provoca fragilidad ósea y una mayor susceptibilidad a fracturas. Si bien el fenotipo óseo de la OI es bien conocido, se sabe menos sobre los efectos de la OI a nivel de otros tejidos y órganos que contienen COL1, como el corazón. A nivel cardíaco, las válvulas, las cuerdas tendinosas, los anillos fibrosos y el tabique interventricular contienen COL1, lo que indica la conveniencia de evaluar la presencia de enfermedad cardíaca en sujetos con OI.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de cardiopatía estructural en una cohorte de sujetos adultos con OI y su relación con la gravedad de la enfermedad y el genotipo.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de 28 pacientes adultos (> 18 años) diagnosticados de OI. Los datos clínicos (mutación genética y tipo de OI, antecedentes de fracturas, presencia de pérdida auditiva, escleróticas azules y/o dentinogénesis imperfecta [DI]) se obtuvieron de los registros médicos. Además, se recogieron los principales hallazgos de laboratorio, densitométricos y ecocardiográficos.

Resultados: Entre los 28 pacientes (de 19 a 78 años), la mayoría afectos de OI tipo I (26 tipo I, 1 tipo III, 1 tipo IV), 7 (25%; mediana de edad: 32 años) presentaron alteraciones ecocardiográficas. Estas incluyeron disfunción diastólica (1 paciente), dilatación auricular izquierda (3 pacientes, uno de ellos con fibrilación auricular), dilatación de la raíz aórtica (1 paciente; 38 mm), divertículo apical (1 paciente) y valvulopatías significativas (4 pacientes; 14,3%). Estas últimas comprendieron 3 casos de insuficiencia aórtica (2 graves que requirieron sustitución valvular y 1 de grado moderado; 2 de estos pacientes tenían válvula aórtica bicúspide) y 1 insuficiencia mitral moderada. Estos 4 sujetos (de 28 a 35 años) tenían OI tipo 1, 3 eran de sexo masculino, con varias fracturas esqueléticas previas (de 4 a 12), todos tenían escleróticas azules y ninguno presentaba hipoacusia ni DI. Los 2 sujetos con valvulopatía severa además presentaban una marcada baja masa ósea (Z-score < -4) y > 10 fracturas previas, mostrando en el test genético mutaciones en COL1A1 con afectación del aminoácido glicina (p.[Gly200Asp] y p.[Gly221Arg], respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes con OI pueden presentar afectación cardíaca, especialmente en forma de valvulopatías, siendo algunas de estas graves y tributarias de tratamiento. El cribado periódico con

ecocardiografía parece esencial para identificar y controlar posibles complicaciones cardíacas graves en este trastorno. Asimismo, es necesaria la realización de ulteriores estudios para determinar si algunas mutaciones favorecen el desarrollo de enfermedad valvular.

P394. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA MEJORAR LA EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS MEDIANTE LAS TICS

B. Carballal Platas, M.L. Uriondo Martínez, T. Díaz Díez, G. González-Arribas, D. Dios-Santos, M.C. San José-Méndez, U. Couto Lareo, L. Dávila, N. Esquirol, F.J. de Toro Santos y E.M. González Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción: Las TIC han demostrado ser una herramienta valiosa para mejorar la educación sanitaria y la adherencia a los medicamentos en pacientes con enfermedades reumáticas. A través de aplicaciones móviles, plataformas en línea, y otras tecnologías, los pacientes pueden acceder a información actualizada sobre su enfermedad y tratamiento, realizar un seguimiento de su medicación, conectarse con otros pacientes y profesionales de la salud, y recibir recordatorios personalizados para tomar sus medicamentos. YouTube es una plataforma web de video extremadamente popular que puede ser una herramienta valiosa para lograr estos objetivos y debemos rentabilizar estas herramientas.

Objetivos: Ofrecer una educación de calidad a pacientes que reciben tratamiento subcutáneo.

Métodos: Hemos diseñado un canal como un recurso educativo esencial, donde compartimos una serie de videos instructivos de corta duración, producidos con la ayuda de una tableta electrónica o una videocámara, y posteriormente editados mediante un sencillo programa de edición. En "Reumatología CHUAC", hemos organizado cuidadosamente nuestro contenido en cuatro listas de reproducción temáticas. Una de ellas está especialmente dedicada a nuestros pacientes, y en ella encontrarán información valiosa sobre las enfermedades reumáticas, así como una guía detallada sobre la correcta administración de tratamientos subcutáneos con agujas. Nuestro objetivo principal es proporcionar información precisa y confiable sobre estas condiciones médicas y los procedimientos asociados, con la finalidad de empoderar a nuestros pacientes y ayudarles a entender y gestionar mejor su salud.

Resultados: El canal fue creado el 14 de enero de 2013. Hay 42 videos alojados. Hemos tenido 2.895.224 visitas con un total de 115,00 horas de visualización y con una retención media de la audiencia de 2,14 minutos en cada visita a 21 de enero de 2024. La fuente fundamental de búsqueda es la web YouTube (49%). El material fue visto fundamentalmente desde México (22,9%) y España (18,8%). Tenemos 16.300 suscriptores. Es visualizado tanto por mujeres (50,7%) como hombres (49,3%). El segundo vídeo más popular desde 2019 está dirigido a pacientes sobre el aprendizaje del uso correcto de la administración adecuada de fármacos biológicos subcutáneos con 447.464 visitas, y que utilizamos como refuerzo a las instrucciones señaladas en la consulta de enfermería.

Conclusiones: La enfermería en reumatología tiene un importante papel en la capacitación de los pacientes para una administración precisa de los tratamientos biológicos, pilar fundamental para garantizar la eficacia, adherencia y seguridad en el tratamiento. En este contexto, la utilización de la plataforma YouTube se ha revelado como una herramienta sumamente efectiva para fortalecer los mensajes transmitidos durante las consultas de enfermería. Esta plataforma permite complementar el proceso de aprendizaje autónomo de aquellos pacientes que requieren tratamientos subcutáneos, consolidando los conocimientos adquiridos en el entorno clínico.

Agradecimientos: iniciativa del servicio de reumatología del área sanitaria de A Coruña con la colaboración de Roche.

P395. ¿SE HACE UN FILTRO EFECTIVO DE LOS PACIENTES QUE SE PUEDEN BENEFICIAR DE UNA ATENCIÓN INMEDIATA?

L. Blanco Ramis, M. Ibáñez Martínez, B. Miguel Ibáñez, C. Chacón Vélez, O. Compan Fernández, S. Gómez Castro, O. Martínez González, C. Hidalgo Calleja, C. Montilla Morales, A. Turrión Nieves y M. Martín Martínez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Las enfermedades reumáticas son un grupo de afecciones que producen grados variables de discapacidad funcional y disminución de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Su diagnóstico precoz resulta vital para minimizar el riesgo de aparición de complicaciones y deformidades articulares. Tras la pandemia ha habido un desorden en la gestión de citas, se ha perdido el seguimiento de los pacientes y ha aumentado la lista de espera en nuestro servicio, quedando muchos pacientes huérfanos. Por ello se fomenta en el Hospital de Salamanca la consulta de atención inmediata de reumatología (CAIR). Se trata de una consulta de atención muy preferente. El jefe de servicio filtra todas las solicitudes que llegan al hospital, catalogándolas en ordinarias, preferentes y muy preferentes, citando estas últimas como CAIR. Con esta consulta se busca seleccionar a aquellos pacientes que se pueden beneficiar de una atención rápida y de calidad, con la finalidad de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Objetivos: Valorar si en la consulta de atención inmediata se hace un filtro efectivo de los pacientes citados y realmente son pacientes que se benefician de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico recogiendo características demográficas y clínicas de los pacientes atendidos como CAIR, así como los tiempos de espera que hay desde que se les deriva hasta que son atendidos entre los meses de junio y noviembre de 2023.

Tabla 1. Característica demográfica y clínicas de pacientes de CAIR

Sexo	Mujer (n 93/57,41%) Hombre (n 69/42,59%)
Edad	< 21 (n 2/1,23%) 21-40 (n 20/12,35%) 41-60 (n 51/31,48%) 61-80 (n 67/41,36%) > 80 (n 22/13,58%)
Patología	Conectivopatías (n 56/35,57%) Alteraciones óseas/cartilaginosas (n 31/19,14%) Enfermedades metabólicas/endocrinas asociadas a reumatismos (n 18/11,11%) Artrosis (n 12/7,41%) Miscelánea con manifestaciones articulares (n 10/6,17%) Espondiloartropatías (n 10/6,17%) Síntoma de alarma sin diagnóstico definitivo (n 9/5,56%) Trastornos extraarticulares (n 8/4,94%) Patología no reumatológica (n 4/2,47%) Trastornos neurovasculares (n 2/1,23%) Síndromes reumáticos asociados a infección (n 2/1,23%)
Servicio que deriva	Atención primaria (n 89/54,94%) Especialidad hospitalaria (n 47/29,01%) Urgencias (n 26/16,05%)
Complicaciones	No (n 126/77,78%) Sí (n 36/22,22%)
Pruebas complementarias aportadas	Sí (n 148/91,36%) No (n 14/8,64%)
Seguimiento servicio de reumatología	Sí (n 148/91,36%) No (n 14/8,64%)

Tabla 2. Media de días de espera para primera consulta

Media de días de espera CAIR	Junio 19,38 días Noviembre 16,77 días
Media de días de espera consulta ordinaria	Junio 108,45 días Noviembre 83,14 días

Resultados: De todas las derivaciones preferentes que ha recibido el servicio de reumatología de Salamanca, 162 se han filtrado como CAIR entre los meses de junio y noviembre de 2023. Los pacientes atendidos tenían una edad comprendida entre 16 y 91 años, con predominio de mujeres frente a hombres (93/69). Más del 95% padecían una enfermedad reumatológica, siendo las principales sospechas diagnósticas: conectivopatías (34,57%), alteraciones óseas/cartilaginosas (19,14%) y enfermedades metabólicas/endocrinas asociadas a reumatismos (11,11%). La mayoría de CAIR habían sido derivados por médicos de atención primaria (54,94%), seguidos por médicos de especialidad hospitalaria y por último del servicio de urgencias. Entorno al 90% de los pacientes atendidos acudían a la consulta con alguna prueba complementaria y requerían posteriormente seguimiento por nuestra consulta. En el momento de la consulta < 25% de los pacientes presentaban complicaciones. La espera media en la consulta CAIR se redujo de junio a noviembre de 19,38 a 16,77 días respectivamente, gracias al aumento progresivo del número de citas de estas consultas pasando de 17 en junio a 57 en noviembre. Esta consulta reduce el tiempo medio de espera en > 77 días respecto a los pacientes nuevos citados en consulta ordinaria (tablas).

Conclusiones: Se realiza un filtro eficaz de los pacientes citados como CAIR; ya que la mayoría de estos padecen enfermedades reumáticas, que se benefician de un abordaje precoz. Además, llegan a la consulta con alguna prueba complementaria lo que agiliza el proceso diagnóstico. El tiempo de espera se reduce, con lo que las complicaciones en estos pacientes (ingresos, fracturas...) se encuentran en menos del 25%.

P396. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE CONECTIVOPATÍA

Juan Antonio Meraz Ostiz¹, Aina Puiggròs-Ferrer¹, Núria Bou¹, Irene Carrión-Barberà¹, Carolina Pérez-García¹, Diana Badenes², Eva Balcells² y Anna Pros¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Servicio de Neumología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación frecuente de las conectivopatías, condiciona el pronóstico y se asocia a una alta mortalidad. La prevalencia y las características de nuevos diagnósticos de conectivopatía (NDC) que debutan como una EPI no está muy estudiado a pesar de su importancia por influir el tratamiento.

Objetivos: Investigar la prevalencia de NDC en una cohorte de pacientes que realizan su primera visita en una unidad específica multidisciplinar de EPI. Describir las características clínicas, serológicas y radiológicas de los subgrupos de pacientes con diagnóstico final de NDC, EPI con positividad autoinmune (EPI-AI), neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) y EPI no-autoinmunes.

Métodos: Estudio retrospectivo a partir de todas las primeras visitas de pacientes derivados a una consulta hospitalaria monográfica de EPI del servicio de neumología desde enero/2021 hasta octubre/2023. Se revisaron las historias clínicas de 347 pacientes, siendo la n final de 175 (fig. 1). La consulta neumológica está estandarizada con el objetivo de optimizar el diagnóstico de posibles conectivopatías asociadas a EPI. Los pacientes de la cohorte disponen de un TACAR y un test clínico y serológico (fig. 2). Ante la sospecha de NDC, se realizó una evaluación posterior reumatológica utilizando los criterios clasificatorios ACR/EULAR para establecer un diagnóstico final. Se realizó un análisis descriptivo y otro comparativo univariante entre los diferentes grupos (NDC, EPI-AI, IPAF y otras EPI no autoinmunes) mediante test de Chi Cuadrado o test exacto de Fisher para variables categóricas y test de ANOVA para cuantitativas (tabla).

Resultados: La prevalencia de NDC y EPI-AI fue del 9,71% (17/175) y 29,14% (51/175) respectivamente. El síndrome de Sjögren primario

(SSp) fue la conectivopatía más frecuente 64,7% (11/17). El 45,5% (5/11) de los SSp eran seronegativos y el criterio histológico fue fundamental para llegar al diagnóstico en el 54,4% (6/11) (tabla 2). El resto de conectivopatías diagnosticadas fueron artritis reumatoide (2/17), esclerosis sistémica (1/17) y miopatías inmunomediadas (3/17). En las 51 EPI-AI, el criterio serológico más frecuente fue la presencia de ANA \geq 320 45,1% (23/51) y el anticuerpo específico más prevalente el anti-PL7 13,72% (7/51). Dentro de las EPI-AI, el 29,4% (15/51) cumplieron criterios de IPAF siendo el criterio serológico más frecuente la presencia de ANA \geq 320 (53,3%, 8/15) independientemente del patrón y de la especificidad, sin clara dominancia de un anticuerpo respecto a los demás. Del grupo EPI-AI, 3 pacientes fueron diagnosticados de EPI-ANCA (todas con especificidad anti-MPO).

El patrón radiológico alternativo para NIU (29,4%) y el patrón de NINE (60%) fueron los más prevalentes en el subgrupo de NDC e IPAF respectivamente. El 23,52% (4/17) de los NDC debutó con EPI con patrón de probable NIU/NIU.

Conclusiones: El SSp fue la conectivopatía que con más frecuencia debutó como una EPI, 64,7% de los NDC. La biopsia de glándula salival menor permitió su diagnóstico en más de la mitad de los casos, evidenciando la importancia de esta, sobre todo en aquellos pacientes seronegativos (hasta un 45,5%) con clínica guía de síndrome seco.

Consideramos de especial relevancia el concepto de EPI-AI, dado que un porcentaje no despreciable de pacientes se presentan con EPI tipo NIU/probable NIU y esta no se tiene en cuenta en los criterios de la IPAF a pesar de cumplir criterios serológicos.

Tabla 1. Características de los pacientes estudiados

	EPI con diagnóstico de conectivopatía n=17	EPI con autoinmunidad positiva n=51	EPI con autoinmunidad no IPAF n=36	IPAF n=15	Otras EPI n=107	p-valor
Edad	71,8 \pm 10,3	76,6 \pm 10,8	75,1 \pm 9,9	80 \pm 12,3	74,4 \pm 11,4	0,676
Etnia						0,899
Caucásico	15 (88,2%)	44 (86,3%)	32 (88,9%)	12 (80,0%)	97 (92,4%)	
Árabe	1 (5,9%)	4 (7,8%)	2 (5,6%)	2 (13,3%)	4 (3,8%)	
Latinoamericano	1 (5,9%)	3 (5,9%)	2 (5,6%)	1 (6,7%)	3 (2,9%)	
Otros	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	
Género: mujeres	11 (64,7%)	28 (54,9%)	20 (55,6%)	8 (53,3%)	46 (43,0%)	0,267
Síntomas respiratorios ¹	13 (76,5%)	46 (90,2%)	32 (88,9%)	14 (93,3%)	87 (81,3%)	0,426
FVC %	88,7 \pm 19	85,4 \pm 21	87,7 \pm 21,3	76,8 \pm 19,6	83 \pm 19,1	0,858
DLCO %	69,5 \pm 22,2	55,9 \pm 22,6	57,5 \pm 24,4	50,8 \pm 16,8	61,7 \pm 29,1	0,907
Patrón radiológico					*	0,011
NINE	3 (17,6%)	11 (21,6%)	2 (3,0%)	9 (60,0%)		
Alternativo para NIU	5 (29,4%)	12 (23,5%)	10 (27,3%)	2 (13,3%)		
Indeterminado para NIU	4 (23,5%)	7 (13,7%)	5 (15,2%)	2 (13,3%)		
Probable NIU	3 (17,6%)	9 (17,6%)	9 (27,3%)	0 (0,0%)		
NIU	1 (5,9%)	6 (11,8%)	5 (15,2%)	1 (6,7%)		
Otros	1 (5,9%)	6 (11,8%)	5 (12,1%)	1 (6,7%)		

¹ Disnea, tos, dolor torácico

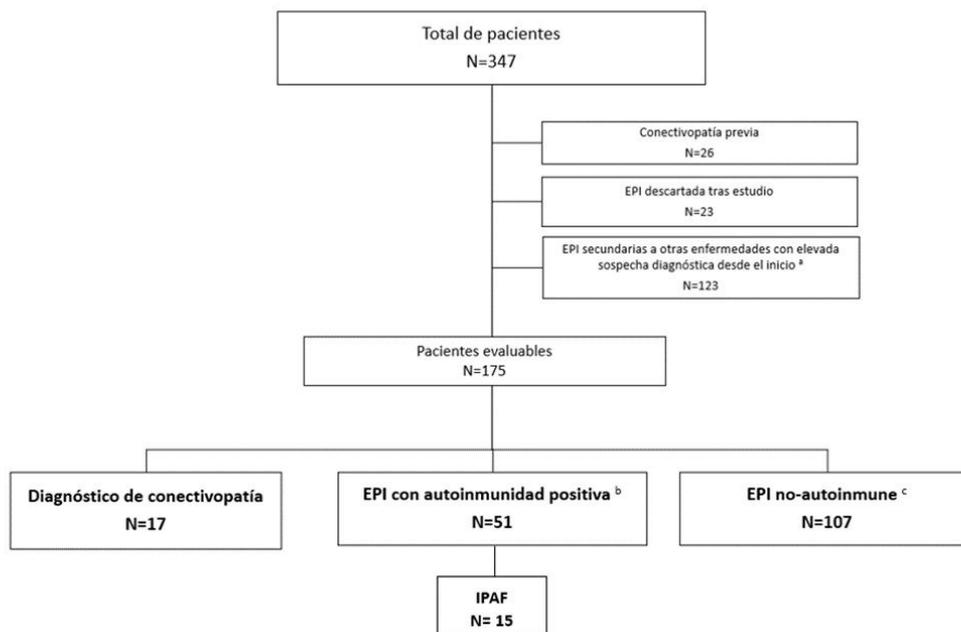
* Variable no recogida, fuera del objetivo del estudio

Tabla 2. Características de los pacientes diagnosticados de SSp

Paciente	Xerostomía	Xeroftalmia	ANA ^a y patrón	Anti-Ro	Schirmer patológico ^b	Sialometría patológica ^c	Biopsia glándula salival patológica ^d	Patrón radiológico
1	Sí	Sí	Negativo	Ro52	Sí	No	Sí	Probable NIU
2	Sí	No	1/320 AC-16	Negativo	Sí	No	Sí	Indeterminado para NIU
3	Sí	Sí	1/160 AC-4,15,23	Ro52	Sí	Sí	No realizada	NIU
4	Sí	Sí	1/640 AC-1,4,5	Ro52 Ro60	Sí	Sí	No realizada	Indeterminado para NIU
5	Sí	Sí	1/160 AC-1	Negativo	Sí	Sí	Sí	Alternativo para NIU
6	Sí	Sí	1/160 AC-1	Negativo	Sí	No	Sí	Probable NIU
7	Sí	Sí	1/640 AC-4	Ro50 Ro52	No	No	Sí	Alternativo para NIU
8	Sí	No	1/640 AC-29	Ro52	Sí	Sí	No realizada	NINE
9	Sí	Sí	1/640 AC-1,19	Negativo	Sí	Sí	Sí	Alternativo para NIU
10	Sí	Sí	Negativo	Negativo	Sí	No	Sí	Indeterminado para NIU
11	Sí	Sí	1/160 AC-5,8	Ro60	No	Sí	No	Indeterminado para NIU

^aInternational Consensus on Antinuclear Antibody (ANA) Patterns (ICAP). ^bTest de Schirmer \leq 5 mm/5 minutos en al menos un ojo. ^cTest de flujo salival no estimulado \leq 0,1 ml/minuto. ^dBiopsia de glándula salival menor con sialoadenitis focal linfocítica con un focus score \geq 1 foco/4 mm².

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de pacientes



* Sarcoidosis, histiocitosis de células de Langerhans, neumoconiosis, neumonía eosinofílica, neumonía organizativa post-infecciosa.

^b Dentro de este grupo se incluyen las EPI con autoinmunidad positiva (utilizando el criterio serológico de IPAF) pero que no cumplen criterios para establecer una conectivopatía definitiva ni IPAF en el sentido estricto

^c Neumonía intersticial relacionada con el tabaco, neumonitis por hipersensibilidad, toxicidad farmacológica, fibrosis pulmonar idiopática, no filiadas.

P396 Figura 2

Síntoma/signo		Anticuerpos	
Xeroftalmia/xerostomía	Disfagia	ANA	Anti-PL7/PL12
Artralgias	Gottron	Anti-Ro/La	Anti-Sc170
Artritis	Eritema heliotropo	Anti-Mi2a/Mi2b	Anti-centrómero
Raynaud	Pitting scar	Anti-TIF1 y'	Anti-RNAPol III
Mialgias	Úlceras digitales	Anti-MDA5	Anti-fibrilarina
Debilidad muscular	Esclerodactilia	Anti-NXP2	Anti-NOR90
Fotosensibilidad	Otras lesiones cutáneas	Anti-SAE	Anti-Th/To
Reflujo gastroesofágico		Anti-Ku	ANCA
Analítica		Anti-PMScl75/100	FR
PCR/VSG	LDH/CK/aldolasa	Anti-Jo1	ACPA
		Anti-SRP	Anti-dsDNA

P397. ESTADO NUTRICIONAL Y ÓSEO PREOPERATORIO. ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA

Blanca Varas de Dios¹, María Martín Fuentes¹, Ana M^a Valverde Villar², Rosalía Sánchez-Almaraz¹, Almudena Pérez Torres¹, Carlos Reche Sainz², Yolanda Guindal Pérez², Irene Espina Flores² e Inmaculada Neira Borrajo²

¹Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. ²Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.

Introducción: La malnutrición tanto por defecto como por exceso de nutrientes y la salud ósea se relacionan con la morbilidad del paciente quirúrgico. Por este motivo nos planteamos la necesidad de implementar un cribado para anticiparnos a posibles complicaciones postquirúrgicas.

Objetivos: Analizar el estado preoperatorio nutricional y metabolismo óseo de los pacientes que van a ser sometidos a artroplastia de cadera (PTC) y rodilla (PTR) por causas degenerativas.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye los pacientes intervenidos de forma programada de PTC y PTR. Se realiza estudio preoperatorio de malnutrición (Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), medidas antropométricas, dinamometría manual, parámetros nutricionales y bioimpedanciometría (BIA101 Akern)) y metabolismo óseo (analítica, radiología columna y DEXA). Analizamos la evolución de la herida quirúrgica, funcionalidad y posibles complicaciones.

Resultados: 86 pacientes (61,6%), edad media 69 ± 9,5 años. El 55,8% fueron cirugías de rodilla y el resto caderas. Según MUST 21,3% estaban en riesgo de desnutrición. 59% tenía obesidad (IMC medio 31,3 ± 4,5). En la antropometría, 6,8% tenía circunferencia muscular del brazo, 12,2% la circunferencia de pantorrilla y 16,9% el pliegue tricótipal respecto al percentil 50. El 88,7% presentaba medición de cintura patológica. 20% tenía dinamometría manual por debajo de valores de referencia. El 19% prealbúmina ≤ 18. En la valoración de composición corporal las presentaban significativamente menor% de agua corporal total y mayor cantidad de masa grasa, presentando además parámetros respecto a los de referencia. De todos los pacientes, previo a la cirugía, solo 10 (12,8%) estaban diagnosticados de OP u osteopenia, habiendo recibido tratamiento específico el 60% de los mismos. 10 pacientes (11,6%) presentaban valores de baja masa ósea compatible con OP y 38 con osteopenia (44%). El valor medio del T score de c. lumbar en DEXA fue de -0,57(-4,30 a 4,90 con una DE de 1,65) y para cadera -3,80 (-1,01 a 3,2 con DE de 1,2). El valor medio de niveles de vitamina D fue de 18,38 ng/mL (4-56). Detectamos 74 pacientes (91,4%) con niveles insuficientes de vitamina D. 10 pacientes (11,6%) presentaban 14 fracturas previas (9 cadera, 3 vertebrales y 2 periféricas). En el estudio radiológico se detectan 11 fracturas vertebrales (no conocidas).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de obesidad en candidatos a artroplastia y esto no excluye la existencia de riesgo de desnutrición al ingreso. Además pueden presentar disminución de masa y fuerza muscular. En cuanto al metabolismo óseo es conocido que existe controversia en la literatura sobre la posible relación inversa de la artrosis y la osteoporosis. En nuestro estudio llama la atención la baja prevalencia de un déficit de masa ósea a pesar de tratarse de una población con edad avanzada y predominio de con artrosis importante. Estos datos podrían corroborar esta relación inversa descrita. Además hay un déficit de VitD no detectado muy llamativo (91,4%). Existe una alta prevalencia de fracturas vertebrales no diagnosticadas y por tanto no tratadas adecuadamente. Consideramos fundamentales estos datos para la instauración de programas de prevención secundaria de nuevas fracturas en población mayor, tengan o no artrosis evolucionada. Además, la educación nutricional y recomendaciones de ejercicio físico son necesarias de cara a optimizar el estado nutricional previo a la cirugía.

P398. GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE IV NIVEL: 10 MESES DE ACTUACIÓN

S. Gómez Castro, M. Ibáñez Martínez, M. Martín Martínez, O. Compán Fernández, C. Hidalgo Calleja, C. Montilla Morales, A. Turrión Nieves, B. Miguel Ibáñez, C. Chacón Vélez, L. Blanco Ramis, L. Lorenzo Rodríguez y O. Martínez González

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Debido a la pandemia COVID 19 en los años 2020 y 2021 nos enfrentamos a una situación sin precedentes que provocó un estrés en el sistema sanitario y un aumento de la lista de espera en consultas externas (CE) de Reumatología (REU) debido a la prioridad de la atención de dichos pacientes y al llamamiento del personal para el refuerzo de guardias. Esto tuvo un efecto acumulativo en el año 2022 que se arrastró hasta inicios del 2023. En marzo 2023 había 845 pacientes nuevos en buzón pendientes de asignación de una primera consulta, con una entrada media de 25 solicitudes nuevas/día. Además, partíamos con un equipo humano limitado a 6 facultativos, 4 residentes y una enfermera para atender a una población de 327.100 habitantes.

Objetivos: Describir el plan de acción llevado a cabo en CE de REU en un hospital de IV nivel para eliminar la lista de espera y mejorar los tiempos estipulados en gestión sin disminuir la calidad de la asistencia de los pacientes.

Métodos: En la primera fase se identificaron los puntos críticos en el viaje del paciente desde Atención Primaria (AP) ya que más del 50% provenían de allí: Existía una espera media hasta la 1ª visita de forma ordinaria de 157 días, y 90 días por vía preferente. Desde AP se derivaban “sospechas” de patologías que no deberían ser remitidas; por ejemplo, patologías del aparato locomotor menor. El nivel de coordinación y formación con AP en patología reumatológica inflamatoria se deterioró por la pandemia. Se creó una cultura de medicina basada en “derivación” sobre todo en centros de salud con más presión asistencial. Algunos pacientes eran remitidos simultáneamente a varios servicios. Se realizó un seguimiento en tiempo real gracias al sistema Bision (<https://bision.saludcastillayleon.es/>) que nos permitió realizar movimientos ágiles. Las medidas que se adoptaron fueron las siguientes: Se clarificó la lista de espera de los pacientes más antiguos enviados por AP: ¿la necesidad de ser atendidos por REU seguía vigente? Se aumentó el número de pacientes nuevos presenciales/semana. Se aumentó el número de consultas de atención inmediata/semana. Se generalizó el uso de la e-consulta: circuito de interconsulta no presencial (ICNP) entre Reumatología y AP para resolución de dudas diagnósticas y terapéuticas. Se realiza-

ron jornadas extraordinarias de tarde voluntarias durante 3 semanas. Además, como parte del plan estratégico para mejorar derivaciones y no saturar las revisiones, se consensuó: Un circuito de derivación óptimo con protocolos de derivación preferente con AP. El incremento de las consultas de enfermería para revisiones intermedias. El seguimiento compartido implicando a los médicos de AP para control de pacientes estables realizando un control analítico.

Resultados: En diciembre de 2023 el número de pacientes pendientes de asignación en lista de espera de una 1ª consulta se había reducido a 25, con una espera media de 75, 54 días para consulta ordinaria y menos de 15 días para preferente.

Plan de acción

Acciones entre marzo-dic 2023	Métricas
Clarificar lista de espera: consultas telefónicas	411
Pacientes totales atendidos presencialmente en CE	11.773
	Primeras: 1.953
	Sucesivas: 9.820
Pacientes nuevos atendidos en jornadas de tarde	90
ICNP	522

Conclusiones: Los planes estratégicos son necesarios ante situaciones de estrés sanitario para restaurar el funcionamiento normal en CE. Seleccionar bien a los pacientes que se pueden beneficiar de nuestra atención es crítico; revisar protocolos de derivación; potenciar las ICNP sin olvidar la educación de los pacientes, son fundamentales para mantener la sostenibilidad, eficiencia y satisfacción percibida por todos los actores implicados en este sistema sanitario tan complejo.

P399. PREVALENCE AND CHARACTERIZATION OF JOINT MANIFESTATIONS INDUCED BY CHECKPOINT INHIBITORS IN ONCOLOGIC PATIENTS

Carolina Pérez García and Paula Carbó Mestres

Hospital del Mar. Universidad Pompeu i Fabra. Barcelona.

Introduction: The study focuses on evaluating the side effects of immune checkpoint inhibitors (ICIs) in cancer patients. ICIs such as CTLA-4 and PD-1 have emerged as a crucial treatment option in oncology. The study was conducted in two patient cohorts treated between 2021-2022 and 2016-2018 to analyze the prevalence and severity of immune-related rheumatologic adverse events (Rh-irAEs).

Methods: In the 2021-2022 cohort, 135 patients treated with ICIs were included, and data were collected regarding their age, cancer diagnosis, prior treatments, and rheumatologic side effects. Details were recorded about the type of ICI used, treatment duration, and the number of doses administered before the onset of Rh-irAEs. Laboratory analyses were performed to assess inflammatory markers. In the 2016-2018 cohort, 21 patients treated with ICIs were included, and similar data were collected regarding age, cancer diagnosis, prior treatments, and rheumatologic side effects. Laboratory analyses were also conducted in this cohort. Both cohorts were compared in terms of the prevalence and severity of rheumatologic side effects, as well as the treatment administered to address these side effects.

Results: In the 2021-2022 cohort, it was observed that most of patients were younger compared to the 2016-2018 cohort. The most common rheumatologic side effects were arthralgia and arthritis. Levels of C-reactive protein (CRP) were lower in this cohort. In the 2016-2018 cohort, all patients developed rheumatologic side effects, with arthritis and arthralgia being the most common. Comparison between both cohorts revealed that there were no significant differences in the prevalence or severity of rheumatologic side effects between them. Furthermore, no significant differences were

observed in the treatment administered to address these side effects between the two cohorts.

Comparison between 2021-2022 cohort and 2016-2018 cohort

	2021-2022 cohort	2016-2018 cohort
Age	54.4 years (SD 15.313)	68.1 years (SD 13.088)
Time before Rh-irAE	4.85 months (SD 3.764)	4.96 months (SD 3.927)
Doses before Rh-irAE	2.1 doses (SD 1.449)	2.25 doses (SD 1.282)
PCR	0.17 (SD 0.38)	8.86 (SD 11.52)
ACPA	Negative	282.638 (SD 1076.08)
RF	Negative	36.9 (SD 100.32)
ANA	Negative	Negative
ANCA	Negative	Negative

Conclusions: The study suggests that the use of ICI is on the rise, and rheumatologic side effects do not appear to be more severe with the newer drugs. This supports the safety of using ICIs in cancer treatment. However, limitations of the study, such as sample size and lack of representation of the general population, should be taken into consideration. In summary, the results indicate that ICIs continue to be a safe treatment option in oncology, and the prevalence and severity of rheumatologic side effects have not significantly changed with the introduction of new medications.

REFERENCES

- Naimi A, Mohammed RN, Raji A, Chupradit S, Yumashev AV, Sukatan W, et al. Tumor immunotherapies by immune checkpoint inhibitors (ICIs); the pros and cons. Vol. 20, Cell Communication and Signaling. BioMed Central Ltd; 2022.
- Das S, Johnson DB. Immune-related adverse events and anti-tumor efficacy of immune checkpointinhibitors. Vol. 7, Journal for ImmunoTherapy of Cancer. BioMed Central Ltd.; 2019.
- Pérez C, Ojeda F, Pros A, Beltrán E, Salman T, Arriola E, Monfort J. Manifestacions articulares secundàries a immunoteràpia: característiques clíniques i evolució. Barcelona; 2019.

P400. AVANCES EN TELEMEDICINA REUMATOLÓGICA: EXPLORANDO LA EFICIENCIA DE LA CONSULTA VIRTUAL

L. Sarabia de Ardanaz, F.J. Godoy Navarrete, L. Pérez Albaladejo, A. Cabezas Lucena, Z. Echeri Fhafah e I. Añón Oñate

Hospital Universitario de Jaén.

Objetivos: Analizar los resultados derivados de la implementación de la teleconsulta en las consultas externas de Reumatología y evaluar los motivos predominantes de derivación desde Atención Primaria.

Métodos: Se ha realizado un estudio transversal en el Hospital Universitario de Jaén, entre el 1 de enero del 2023 y al 15 de enero del 2024. Se han recogido todas las consultas telemáticas realizadas desde Atención primaria a nuestra Unidad usando la plataforma de "Teleconsulta". Por una parte, se han registrado los motivos de derivación, los juicios clínicos del facultativo tras la valoración de los datos referidos telemáticamente, la resolución de la consulta (alta, seguimiento, citación en consulta y no tributario). Por otra parte, se han comparado las derivaciones por teleconsulta con las derivaciones por vía presencial en ese mismo periodo de tiempo.

Resultados: Se han incluido los datos de 735 teleconsultas, los motivos de derivación han sido: Monoartritis/Poliartritis (189, 25,71%), osteoporosis (244, 33,19%), poliartalgias con autoinmunidad negativa (127, 17,27%), dudas en paciente en seguimiento (88, 11,97%), debilidad de cintura escapular/pelviánica (31, 4,11%), fenómeno de Raynaud (17, 2,3%), embarazo y enfermedades reumáticas 1 (0,22%). En comparación con la vía presencial durante el mismo periodo, se han realizado 5185 derivaciones presenciales, por lo que del total de consultas telemáticas han sido de un 14,17%. De las teleconsultas, la

resolución fue de: alta 519 (70,80%), citación en consulta 205 (27,96%) y no tributario 8 (1,09%).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la teleconsulta en reumatología es una herramienta prometedora para mejorar el acceso a la atención especializada, optimizar la gestión de pacientes y reducir costes en desplazamientos.

P401. ¿APROBAMOS EN LA GESTIÓN DEL VIRUS HERPES ZOSTER? ESTUDIO EN VIDA REAL

Eva María Pérez Pampín¹, María Sánchez Wonenburger¹, Pablo Castro Santamaría¹, Andre Pinto Saraiva³, Iria Bastón⁴, Rocío Ferreiro-Iglesias⁴, Manuel Barreiro-de Acosta⁴, Antonio Mera-Varela^{1,2} y José Ramón Maneiro^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Grupo de Reumatología Clínica. Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago (IDIS). Santiago de Compostela. ³Servicio de Reumatología. Centro Hospitalario e Universitário de Coimbra. Portugal. ⁴Servicio de Digestivo. Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: El tratamiento con inhibidores de la Janus kinase (JAKi) ha demostrado un mayor riesgo de reactivación del virus de la varicela zóster (VZV), especialmente en pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas. Se cree que esto es debido a que el virus de la varicela zóster podría actuar inhibiendo la transducción de señales de interferón a través de la vía JAK/STAT. La vacuna recombinante de subunidades del herpes zóster (Shingrix®) ha sido aprobada para pacientes con enfermedades inmunomediadas, mostrando tasas elevadas de eficacia, buena tolerancia y pocos efectos adversos reportados en ensayos clínicos. Sin embargo, aún son necesarios estudios en vida real sobre la efectividad de la vacuna para obtener una comprensión completa de la respuesta a la vacunación en este grupo de pacientes¹.

Objetivos: Analizar el estado de vacunación frente a VZV en pacientes tratados con JAKi y enfermedad inmunomediada procedentes de la consulta de Reumatología y Unidad EII de un hospital terciario, así como la incidencia en vida real de VZV en estos pacientes.

Métodos: Se recogieron de forma retrospectiva los datos demográficos, diagnóstico, tratamiento, vacunación frente a VZV, acontecimientos adversos derivados, casos de VZV y gravedad de dichos casos en todos los pacientes a los que se le ha indicado un JAKi. Se realizó análisis descriptivo de la muestra empleando medidas de dispersión y tendencia central según tipo de variable. Para los análisis de asociación se empleó test exacto de Fisher, t-Student y Mann-Whitney según procediese considerándose una $p < 0,05$ como significativa. Se empleó Stata-SE-14 para la realización de todos los análisis.

Resultados: Se han estudiado 79 pacientes (70% mujeres). Los datos demográficos se describen en la tabla. 64 pacientes fueron correctamente vacunados (81,01%), 4 pacientes no han sido vacunados, 2 de ellos por decisión de Medicina Preventiva y 2 por decisión del paciente. 2 pacientes presentaron un acontecimiento adverso en relación con la vacunación y en ambos casos fue dolor en la zona de la administración. En cuanto a la incidencia de VZV, se ha recogido en 3 pacientes (4,41%), todas ellas mujeres con AR y en 1 caso con el antecedente de VZV previo. Todos los casos fueron leves, con afectación de 1 metámera. La mediana de edad de estas pacientes fue de 54,65 años. Se ha visto asociación estadísticamente significativa ($p = 0,031$) con el tipo de JAKi recibido (2 casos con baricitinib y 1 con filgotinib) y el tiempo de inicio del tratamiento hasta la aparición del VZV ($p = 0,049$). No se ha visto asociación con el diagnóstico, número de FAMEB previos, monoterapia o FAMEsc en combinación, glucocorticoides, edad o duración de la enfermedad.